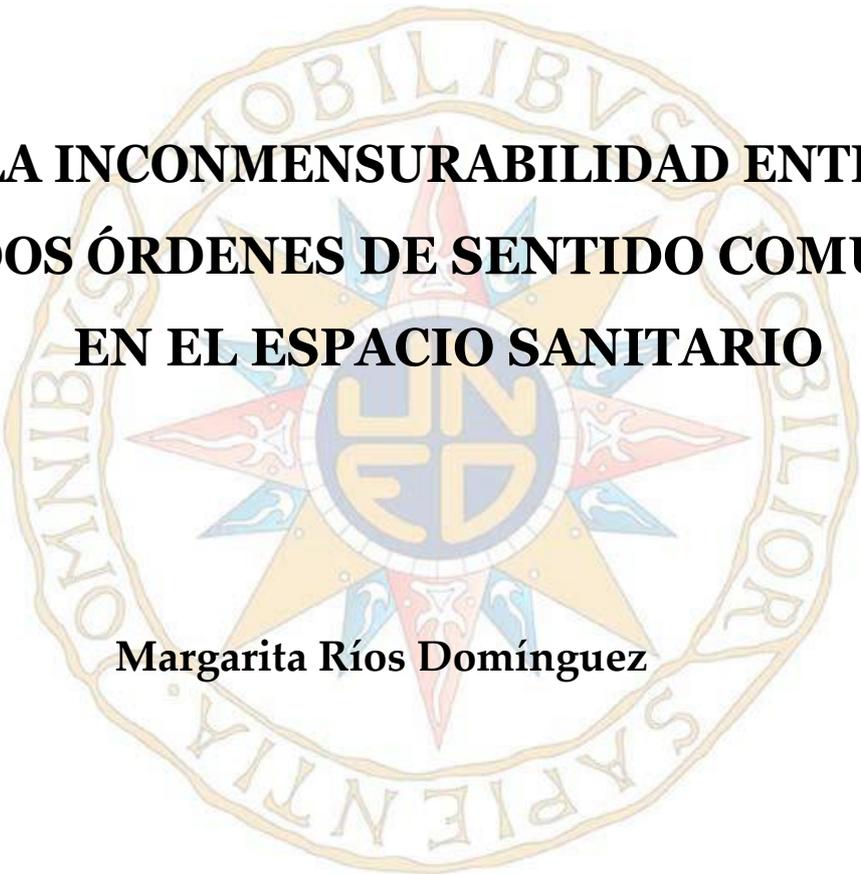


TESIS DOCTORAL 2022



**LA INCONMENSURABILIDAD ENTRE
DOS ÓRDENES DE SENTIDO COMÚN
EN EL ESPACIO SANITARIO**

Margarita Ríos Domínguez

PROGRAMA DE DOCTORADO EN: DIVERSIDAD, SUBJETIVIDAD Y
SOCIALIZACIÓN. ESTUDIOS EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL, HISTORIA DE
LA PSICOLOGÍA Y DE LA EDUCACIÓN

DIRECTOR: ÁNGEL DÍAZ DE RADA

Índice

Introducción	5
Origen de la investigación.....	5
Acceso al campo de investigación	6
Sobre los aspectos metodológicos	6
Avance de los capítulos.....	7
Descripción del espacio físico.....	9
Capítulo 1. Anomalía	17
El “modelo antropológico”	18
Breve repaso histórico de la mano de la antropología médica.....	22
El Modelo Médico Hegemónico (según Eduardo L. Menéndez)	31
Escena 1. Una nefrectomía radical	42
Extrañamiento.....	61
Capítulo 2. El cuerpo como espacio instrumental	65
Escena 2. Un trasplante de riñón.....	65
Una mirada al desarrollo de la anatomía empírica y las técnicas quirúrgicas	82
Cuerpo fragmentado.....	98
Capítulo 3. Hibridaciones	107
Escena 3. El cirujano como un <i>cyborg</i>	107
¿Sería posible una traducción entre modelos?	117
Capítulo 4. La construcción del error humano	143
El concepto de riesgo en el bloque quirúrgico	144
Protocolización y creciente automatización de las prácticas.....	159
Factores candidatos a posibles anomalías	161
Errores, justificaciones y concepto de culpa	167
Recursos institucionales.....	175
Capítulo 5. Relaciones de contraste y continuidad entre dos órdenes morales	185
Escena 4. Una laparotomía exploratoria	185
Contrastes y complicidades.....	194
Los cirujanos.....	197

Los anestesiólogos	206
Las enfermeras	212
Conclusiones	219
Los límites del concepto de cultura	226
La emergencia de un nuevo paradigma	229
Bibliografía	237

Introducción

Describiré en primer lugar el origen y motivo de la investigación que he desarrollado. Posteriormente abordaré cómo ha sido posible el acceso al campo de investigación, mencionando los aspectos metodológicos. Realizaré un breve análisis de cada capítulo, resumiendo los aspectos y apartados más importantes de cada uno de ellos y por último ofreceré una descripción del entorno y espacio físico donde se ha llevado a cabo el estudio. Comenzaré, por tanto, por el primero de estos apartados: cómo surgió la idea y origen de esta investigación.

Origen de la investigación

La idea de esta investigación ha surgido a partir de un extrañamiento, una anomalía observada por mí. Como licenciada en Antropología Social y Cultural, cursé posteriormente un máster en Antropología Médica y Salud Internacional y pude observar un importante contraste entre las intenciones del “paradigma o modelo antropológico” (propio de la antropología médica) y las observaciones que estaba llevando a cabo como investigadora en el bloque quirúrgico de un hospital.

El “modelo antropológico” ofrece un análisis cultural y sociopolítico de la enfermedad y de los tratamientos médicos, una crítica al “sistema biomédico” o “biologicista”, bajo una visión *humanística* y *repersonalizadora* y, por otro lado, las observaciones realizadas en el entorno quirúrgico me han ofrecido una estructura empírica de la acción técnica, con una elevada *depuración oligóptica*, de su objeto de intervención. El “modelo antropológico” parece no poder dar una correcta explicación sobre la clase de procesos tecnosociales que se desarrollan en el departamento quirúrgico y la relevancia de los componentes tecnológicos en la configuración de la acción “humana”. Este modelo presenta déficits en la interpretación de las prácticas sanitarias y se muestra limitado para dar cuenta de lo que sucede en este espacio hospitalario.

Es como si hubiera una completa inconmensurabilidad entre ambos modelos, se trata de dos maneras de entender y de construir la realidad completamente diferentes. En el capítulo 1 abordaré detenidamente todas estas cuestiones.

Teniendo en cuenta esta anomalía, pensé que podría resultar muy interesante y productivo un estudio en el departamento quirúrgico, ya que, aunque se han venido haciendo numerosas investigaciones en él, la gran mayoría han sido de índole clínica y farmacológica; pero se han hecho muy pocos estudios sociales, así que creí importante prestar atención a estos aspectos, describiendo y dando significado a las prácticas humanas que se producen en este espacio tan acotado y restringido.

Acceso al campo de investigación

El departamento quirúrgico de cualquier hospital es un espacio cerrado y restringido y, por tanto, de muy difícil acceso para cualquier investigador. En mi caso, el acceso a este lugar me fue facilitado ya que trabajé como enfermera en el centro y además concretamente en el bloque quirúrgico. No obstante, todas las observaciones y entrevistas realizadas para la investigación, las hice fuera de mi horario laboral, contando, eso sí, con el completo apoyo y colaboración institucionales y también con el apoyo de los diferentes profesionales sanitarios. Sin dicha colaboración habría sido completamente imposible llevar a cabo esta labor.

Sobre los aspectos metodológicos

Este estudio es una etnografía basada en observaciones presenciales y material de entrevistas realizadas en profundidad a cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y pacientes. Las observaciones se han llevado a cabo durante jornadas laborales habituales en el departamento. Se han intentado iniciar cuando llega el paciente a la sala de preanestesia, es recibido y atendido por las enfermeras, es trasladado al quirófano, se le administra la anestesia, es operado, se traslada a la sala de reanimación y finalmente se le da el alta a la unidad hospitalaria.

Con el material de observación y entrevistas he elaborado un diario de campo, y posteriormente he procedido al glosado del diario, es decir, al

etiquetado o clasificación del material empírico en categorías analíticas. Con todo ello he elaborado una guía de campo. Más tarde una guía de escritura y finalmente unas conclusiones.

Avance de los capítulos

En cuatro de los capítulos incluyo una escena de una intervención quirúrgica observada por mí en este departamento, acompañada de un análisis interpretativo sobre el tema abordado en cada sección.

En el capítulo 1 que lleva por nombre “*Anomalía*”, hago alusión al extrañamiento observado a causa del enorme contraste entre los dos órdenes de sentido común en el espacio sanitario. Para ello, presento una exposición apoyada bibliográficamente de lo que estoy entendiendo por “modelo antropológico”, una forma discursiva que toma por objeto de crítica al “modelo biomédico” propio de nuestra medicina occidental. En el apartado “El Modelo Médico Hegemónico (según Eduardo L. Menéndez)” analizo los diferentes rasgos en los que se basa el modelo antropológico en su crítica hacia el sistema médico. Después de esta exposición, bajo el encabezamiento “Una nefrectomía radical” paso a describir una escena observada en el bloque quirúrgico, la extirpación de un riñón por vía laparoscópica, a fin de ilustrar la enorme diferencia entre ambos modelos. Y finalmente, bajo el epígrafe “Extrañamiento” presento las conclusiones que me ha producido tal comparación.

En el capítulo 2, “*El cuerpo como espacio instrumental*”, presento una escena de “Un trasplante de riñón” y, más adelante, bajo el encabezamiento “una mirada al desarrollo de la anatomía empírica y las técnicas quirúrgicas” ofrezco un repaso histórico de cómo se ha ido configurando a través del tiempo la noción de *depuración bioquímica de la agencia* en el sistema médico. Analizo cómo se ha ido formando el actual concepto de cuerpo en medicina, haciendo hincapié en su fragmentación, propia de la donación y trasplante de órganos: esto está incluido dentro del apartado “Cuerpo fragmentado”. El hospital en el que trabajo es considerado un importante centro de referencia en trasplantes renales.

En el tercer capítulo “*Hibridaciones*” describo una escena bajo el título: “El cirujano como un *cyborg*” haciendo alusión a los robots utilizados en las cirugías que transforman al cirujano en un auténtico ser híbrido capaz de diluir la frontera

entre natural/artificial. El primer apartado lleva por título: “¿Sería posible una traducción entre modelos?” Aquí hago referencia a la inviabilidad resultante de que en un sistema sociotécnico basado en una casi perfecta depuración oligóptica del objeto de tratamiento, se rinda vital importancia a un holismo vehiculado por “lo humano”. No obstante, este holismo empezaría a cobrar sentido a medida que nos desplazamos hacia la periferia del sistema.

Haciendo referencia a Latour, en una sociedad compuesta por redes de actores que vinculan y suman sus intereses y que entrelazan diversos elementos heterogéneos, se podría llegar a un consenso y articulación que permitiera la aplicación de rasgos de los dos diferentes modelos, según sea la circunstancia y el lugar dentro del espacio sanitario.

En el capítulo 4, “*La construcción del error humano*”, menciono la importancia de la supresión de los errores en el bloque quirúrgico y, por tanto, esa parte humana que, a diferencia de las máquinas, es la más susceptible al error. Hago un repaso al “Concepto de riesgo en el bloque quirúrgico” y seguidamente considero la “Protocolización y creciente automatización de las prácticas” como vehículo para eliminar y neutralizar los errores.

Posteriormente analizo “Errores, justificaciones y concepto de culpa”, tres elementos vinculados a la agencia y, por tanto, a esa parte humana, con una fuerte tendencia a desaparecer, a fin de garantizar el éxito terapéutico.

Finalmente concluyo el capítulo haciendo alusión a los “Recursos institucionales”, donde describo a las instituciones hospitalarias como portadoras de una visión instrumental y oligóptica, necesaria para poder ofrecer el resultado quirúrgico.

En el capítulo 5 y último que lleva por título “*Relaciones de contraste y continuidad entre dos órdenes morales*” hago alusión a que el proceso de depuración oligóptica de la subjetividad ha dado lugar a una escisión entre dos órdenes morales: el orden moral de la responsabilidad, que corresponde a la acción técnica de los profesionales y expertos, y el orden moral de la aflicción subjetivamente vivida por los enfermos. A pesar de la separación entre ambos ordenes morales, existen complicidades y desplazamientos entre ellos. Bajo el

epígrafe: “Una laparotomía exploratoria” describo una cirugía de urgencia donde se ponen de manifiesto las incursiones de un orden moral en el otro.

Posteriormente, examino las interacciones de diferentes grupos profesionales con los pacientes. Los grupos analizados corresponden a cirujanos, anestesiólogos y enfermeras, por ser estos tres los más representativos en el bloque quirúrgico. A pesar de la alta instrumentalización del departamento se producen constantemente desplazamientos de un orden moral hacia el otro.

Finalmente, el capítulo de “*Conclusiones*” pone de manifiesto los aspectos más relevantes considerados en la tesis y plantea una propuesta a esa inconmensurabilidad entre diferentes órdenes de sentido común en el espacio sanitario. La propuesta tiene que ver con las hibridaciones que producen como resultado una emergencia, un nuevo elemento capaz de dar sentido a las prácticas humanas producidas en el espacio quirúrgico.

Descripción del espacio físico

La investigación se ha desarrollado en el bloque quirúrgico de un hospital de tercer nivel localizado en la Comunidad de Cataluña. Los hospitales suelen clasificarse por niveles: primer, segundo y tercer nivel, según el orden de complejidad. El tercer nivel corresponde a hospitales hiperespecializados donde se atienden problemas de salud complejos que requieren conocimientos y tecnología específica. En ellos también se desarrolla docencia e investigación¹. Éste es un hospital concertado con una parte pública y otra privada que pertenece al SISCAT (*Sistema Sanitari Integral d’Utilització pública de Catalunya*). La mayoría de los hospitales de Cataluña pertenecen a este colectivo.

He creído apropiado reservar la última parte de esta introducción para realizar un pequeño recorrido por este espacio que generalmente se presenta opaco y vedado a la mayoría de la población. Por tanto, a continuación, propongo una breve visita por las zonas más destacadas y escondidas del lugar en cuestión.

En la primera planta del hospital nos encontramos con un largo pasillo y sillas a ambos lados. En la parte derecha observamos una puerta cerrada y una inscripción: “Zona restringida”. Para poder entrar en ella necesitamos una tarjeta

¹ <https://es.wikipedia.org/wiki/Hospital>

especial con banda magnética. Si pasamos la tarjeta y entramos, nos encontramos con un vestuario dividido en área masculina y femenina. En cada una de estas áreas hay una máquina expendedora de uniformes desechables para el personal. El uniforme consta de pijama, zapatos, polainas, gorro y mascarilla. Si nos colocamos esas prendas, tenemos acceso a unas pequeñas escaleras que nos conducirán a una sala distribuidora. En la parte derecha de la sala hay una zona de repliegue para el personal con varias máquinas de café y de alimentos. También hay sofás, butacas, una nevera y una pequeña mesa (Ríos, 2020).

Allí siempre podemos ver a algún cirujano o cualquier otro miembro del equipo descansando, comiendo o charlando con los compañeros. Enfrente de esa sala hay una puerta transparente y, a través de ella, se puede visualizar una parte de la zona quirúrgica. Abrimos la puerta y a mano derecha nos encontramos con una zona de transferencias o intercambio de pacientes de la unidad hospitalaria al bloque quirúrgico. En la parte izquierda observamos también otra zona de intercambio similar.

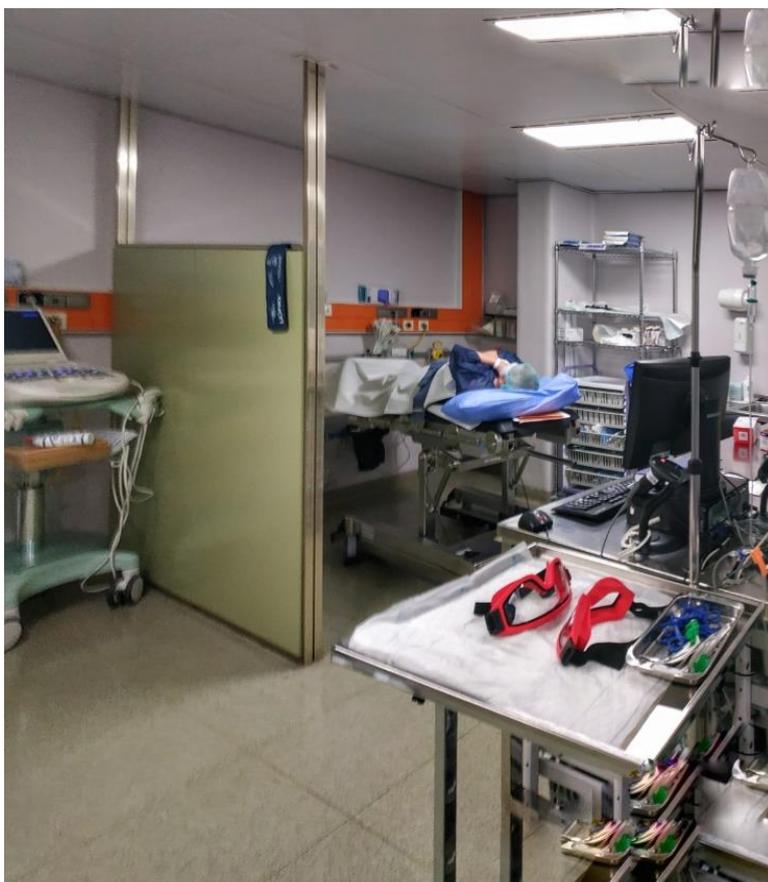


Ilustración 1 Una parte de la sala de pre-anestesia. Cada box corresponde a uno de los quirófanos. Los pacientes se suelen colocar mirando hacia la pared, así se pueden mantener al margen de la actividad de los sanitarios y de la movilidad general. A simple vista se podría percibir como una alienación o despersonalización de los enfermos, pero se hace necesario desvincular al paciente de la gestión interna del departamento. Él es atendido con amabilidad por el personal correspondiente, pero siempre al margen del resto de acontecimientos del espacio quirúrgico.

Después, un poco más adelante, aparece el despacho de supervisión y, enseguida, la sala de preanestesia. Allí hay cuatro boxes que corresponden a los cuatro quirófanos, una enorme máquina expendedora de fármacos, una mesa grande donde se prepara la medicación anestésica, armarios y estantes repletos de material de punción, monitores de recambio, enseres para la intubación y demás material necesario para mantener las funciones hemodinámicas.

Antes de ser operados, los pacientes pasan por esta sala y son atendidos por una enfermera, quien los prepara para entrar al quirófano. Delante de esta sala hay un pasillo con la zona de lavado quirúrgico y, justo enfrente están los quirófanos.



Ilustración 2
*Pasillo quirúrgico:
en la parte
derecha se
encuentra la zona
de lavado
quirúrgico y en la
izquierda están los
quirófanos.*

Si entramos en cualquiera de ellos, podemos observar gran número de aparatos electrónicos de alta tecnología, empezando por la mesa de operaciones localizada en el centro del quirófano que puede adoptar casi una infinita variedad de posiciones y a la que se pueden acoplar gran número de suplementos dependiendo del tipo de cirugía. Se controla con un mando a distancia o desde el panel fijo de mandos instalado en la pared.

Muy cerca está el respirador, un aparato capaz de mantener artificialmente la ventilación del paciente durante toda la cirugía, el monitor que controla durante todo el proceso su función hemodinámica, la torre quirúrgica de

laparoscopia con el monitor de vídeo, la fuente de luz, la cámara, el insuflador de dióxido de carbono y el bisturí, y dos grandes pantallas de vídeo fijadas al techo de la sala.

Además de eso, en el quirófano, también encontramos el carro de anestesia con abundante medicación y material para intubar y mantener anestesiado al paciente y el carro quirúrgico con material necesario para la cirugía.

En otro quirófano además de todo eso encontramos el robot “Da Vinci” — como el genio del Renacimiento italiano—, que se controla a distancia desde la misma sala de operaciones, consta de la consola del cirujano, el carro del paciente y el carro de visualización. Es capaz de alcanzar con sus brazos lugares donde los dedos de un médico nunca llegarían, ofreciendo al cirujano una imagen en tres dimensiones y una movilidad total por los órganos del paciente.



Ilustración 3
Cirugía robótica.
Los brazos del robot son accionados a control remoto por un cirujano desde una consola. El cirujano que aparece en la foto supervisa el proceso y su mirada no se centra en el cuerpo del enfermo, sino en la pantalla de video donde se proyectan los órganos que se están operando. La visión del cirujano es completamente oligóptica, concentrada exclusivamente en los órganos que se están interviniendo.

Se trata de una visión pequeña, pero muy precisa y profunda de los tejidos, que encaja perfectamente con la noción de *oligóptico*, utilizada especialmente por Latour para describir lugares desde donde se llevan a cabo visiones estrechas,

aunque extremadamente profundas del *todo* conectado, siempre y cuando se mantengan las conexiones con el resto de los elementos relacionados (Latour, 2008). El desarrollo tecnológico ha terminado por expandir el modelo *oligóptico*, ya que anteriormente predominaba un modelo *panóptico*, cuya visión es global, pero mucho más vaga e imprecisa (*Ibid.*: 105-106).

Los quirófanos tienen dos puertas de acceso; una se considera “limpia” y es por donde entra el paciente y todo el personal sanitario, y la otra puerta es la llamada “sucia”, que comunica el quirófano con la zona de lavado de material, donde se guardan las muestras orgánicas extraídas y tejidos extirpados pendientes de envío al departamento de anatomía patológica. Esa última zona también comunica con el arsenal de material quirúrgico y con la sala de esterilización.



Ilustración 4
Pasillo de la “zona sucia”, aquí se lava material quirúrgico y se guardan y clasifican muestras recogidas y tumores extirpados quirúrgicamente.

Si abandonamos los quirófanos y seguimos avanzando nos encontramos con una sala de repliegue ocupada normalmente por cirujanos, a la que llaman “*el dictat*”. Allí hay una mesa larga de escritorio con ordenadores, sillas y un sofá. Y un poco más adelante está el espacio de transferencia del paciente desde la

camilla de quirófano a la camilla de la UCIPO (Unidad de Cuidados Intensivos Post Operatorios).



Ilustración 5

Aquí se está transfiriendo a un paciente recién operado desde la camilla de quirófano a la cama de Reanimación.

La anesthesióloga está sujetando la cabeza del paciente, la enfermera sujeta los pies y dos sanitarios y una auxiliar se ocupan del resto del cuerpo.

Si caminamos unos pocos metros más, nos encontramos ya con la Unidad de Cuidados Intensivos Post Operatorios (UCIPO), que se compone de la sala de Reanimación y la de Despertar. La de Reanimación está indicada para cirugías complejas, el paciente suele pasar allí la noche y es trasladado a planta a la mañana siguiente. Está dividida en boxes y cada uno de ellos tiene un respirador, un monitor, una toma de oxígeno, una de aire medicinal y una toma de vacío. También dispone de varios estantes con el material necesario (jeringas, electrodos, sondas de aspiración, gasas, etc.), y una cama articulada con mando a distancia.

La sala de Despertar está destinada a cirugías más simples. Los pacientes suelen ser dados de alta después de unas tres horas de estancia e incluye material muy parecido al de la sala de Reanimación, salvo los respiradores. No obstante, en cada box hay, igualmente, una toma de oxígeno, de aire medicinal y de vacío y en muchas ocasiones, si se precisa, se conectan respiradores de la otra sala.

Una sala está enfrente de la otra y en medio de las dos encontramos el control de enfermería. Se trata de un espacio casi circular que consta de una mesa con ordenadores, zona de preparación de medicación, una máquina expendedora de fármacos y un almacén de material necesario para los distintos procedimientos de atención y cuidado a los pacientes. Al lado del primer box de Reanimación se encuentra el despacho de los anesestesiólogos. Recientemente pusieron un rótulo en la puerta: “Anestesia”, a fin de diferenciar su espacio y territorizarlo. Al lado del último box, encontramos la habitación del anesestesiólogo de guardia. En ella hay una cama, una butaca, televisión y cuarto de baño. Las enfermeras, por lo general, son muy respetuosas con el descanso del anesestesiólogo y sólo le llaman a la habitación en ocasiones de vital importancia.

Después de esta breve descripción del espacio físico podemos pasar al desarrollo de mi argumento.

Capítulo 1. Anomalía

Anteriormente he mencionado que, como licenciada en Antropología Social y Cultural, cursé un máster en Antropología médica y salud internacional y pude observar un importante contraste entre las intenciones del “paradigma antropológico” (propio de la antropología médica) y las observaciones que estaba llevando a cabo como investigadora en el bloque quirúrgico de un hospital.

Pude observar una inconmensurabilidad entre ambos órdenes de sentido común. Una anomalía en la que el “modelo antropológico” parece no poder ofrecer una adecuada explicación a los procesos tecnosociales que se desarrollan en el departamento quirúrgico. Bajo una visión *repersonalizadora y humanística* parece subestimar la relevancia de los componentes tecnológicos en la configuración de la acción “humana”.

El término *inconmensurabilidad* fue ampliamente utilizado por Thomas S. Kuhn para caracterizar las revoluciones científicas y el cambio de paradigma; el autor afirmó que, cuando un paradigma no puede hacer frente a un conjunto de anomalías, surge una crisis y ésta perdura hasta que un nuevo descubrimiento orienta la investigación hacia otro rumbo y surge un nuevo paradigma. Podríamos afirmar que las anomalías traen descubrimientos, pero suele ser difícil identificarlas porque la tendencia general es ver las cosas que esperamos ver.

Según Kuhn el avance de la ciencia no se desarrolla de manera lineal, algo contrario a lo que defendía el positivismo, sino que se escribe tras cada revolución, lo mismo que ocurre en los procesos sociales y políticos. El desarrollo científico, según él, consistiría en periodos de ciencia normal, seguidos de detección de anomalías, surgimiento de una crisis, posteriormente una revolución y el establecimiento de un nuevo paradigma, que a su vez sería seguido de un nuevo periodo de ciencia normal. Los diferentes paradigmas, el antiguo y

el nuevo, resultarían inconmensurables entre ellos, incomparables. No obstante Kuhn hizo alusión a la transición entre inconmensurables, no precisamente como algo habitual o fácil, pero tampoco como algo imposible (Kuhn, 1962). En el capítulo 3 me detendré en una explicación mucho más detallada de este concepto.

A continuación, desarrollaré una exposición amplia de lo que podemos entender como “modelo antropológico”. Después ofreceré una de mis observaciones en el bloque quirúrgico, y procederé a examinar el contraste mencionado anteriormente entre ambos modelos y a justificar la anomalía o el extrañamiento que ha sido la causa de esta labor de análisis.

El “modelo antropológico”

A finales del siglo XIX se realizaron los primeros estudios antropológicos de los procesos de salud/enfermedad, aunque la antropología médica como disciplina específica no empezó a organizarse hasta la década de 1950, especialmente en los Estados Unidos.

En la conocida expedición al estrecho de Torres en 1898 coincidieron Seligman, McDougall, Myers, Haddon y Rivers; salvo Haddon todos tenían titulación médica y Rivers fue el primer antropólogo social que se ocupó del tema de la medicina "primitiva". Afirmó que ésta, “en algunos casos, era más lógica que la científica, porque su sistema de interpretación de la enfermedad seguía muy de cerca las ideas etiológicas, aun cuando éstas fuesen erróneas desde el punto de vista de la medicina occidental” (Meyer-Fortes, 1976:13, cit. en Prat, Pujadas y Comelles, 1980:45).

Según Ángel Martínez, a principios del siglo XX “autores como Malinowski en *Magia, medicina y religión* y Evans Pritchard en *Brujería, magia y oráculos entre los azande*”, apuntaron a una cierta "racionalidad" en las acciones y comportamientos indígenas con respecto a la salud y la enfermedad. Para los mencionados autores la ciencia constituía una finalidad en el trabajo etnográfico, no un objeto de estudio (Martínez, 2008:20).

Durante este periodo también se publicó *Medicine, Magic and Religion* del antropólogo británico Rivers, donde se defiende “la existencia en todos los pueblos primitivos de un sistema cognitivo médico” y se mencionan las formas

en que dichos pueblos combaten la enfermedad dependiendo de sus creencias y su concepción global del mundo (De Miguel, 1980:14).

Más tarde, como sigue mencionando Martínez, apareció una antropología aplicada a la medicina con el surgimiento de organizaciones internacionales como la OMS. En esa época muchos antropólogos actuaron como mediadores interculturales, como intérpretes de las prácticas médicas de los nativos, a fin de desarrollar con éxito campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los países en desarrollo. El antropólogo intentaba hacer posible la inteligibilidad de las creencias y prácticas en materia de salud de las sociedades autóctonas que eran el objeto de estudio (Martínez, 2008:12, 30).

La Salud Pública y la Antropología Médica mantenían estrechas relaciones, especialmente por su común interés en la comunidad y eso se vio favorecido por la creación, a partir de 1914, de Facultades de Salud Pública en los Estados Unidos (*Schools of Public Health*).

Martínez hace referencia a que a mediados del siglo pasado apareció ya una antropología médica que revelaba una noción de bidimensionalidad en la enfermedad. Horacio Fabrega distinguió en esa época dos términos que en inglés hacen referencia a la enfermedad, pero que tienen diferentes matices; los términos son *disease* e *illness*. El primero, según Fabrega está relacionado con las alteraciones biológicas, los signos "objetivos" de la enfermedad, el discurso científico. El segundo término, hace hincapié en una dimensión mucho más "subjetiva" de la enfermedad; en la aflicción, el malestar, que cumple con criterios sociales, culturales y psicológicos (Fabrega, 1972; citado por Martínez, 2008:35, 36). No obstante, se asumió la medicina occidental como punto de referencia y patrón de medir lo verdadero y lo falso.

En la década de los 80 la antropología médica se había convertido ya en una especialidad capaz de producir una masa creciente de trabajos etnográficos e importantes aportes teóricos a la antropología social y cultural del momento.

Actualmente esta especialidad se ejerce con independencia de la medicina, asumiendo una actitud crítica hacia ella. Según Martínez, si Malinowski y Pritchard intentaban observar lo "racional" en el objeto de estudio, ahora la antropología médica "intenta observar lo creencial dentro del espacio de lo

racional”, es decir, el objeto de estudio lo constituye la propia medicina y sus representaciones culturales. “La antropología médica ha desarrollado la estrategia de analizar las dimensiones culturales y simbólicas de los procesos de salud y enfermedad, a partir de orientaciones interpretativas, semióticas, hermenéuticas, narrativas e incluso estéticas” (Martínez, 2008:38, 82).

Tal como menciona Martínez, aparecen autores como Good, Mishler, Menéndez, Kleinman, Young, entre otros, que califican a las dolencias y enfermedades como representaciones y construcciones del conocimiento, como categorías culturales que pueden ser estudiadas y analizadas. La medicina occidental “y sus productos biotecnológicos no aparecen como discursos ni libres de valores ni carentes de metáforas, sino más bien como nuevos objetos cuyas categorías y principios no son inmunes al ejercicio de la interpretación antropológica”. Se le atribuye la unicausalidad de la enfermedad, la dicotomía mente y cuerpo, y el biologicismo como características (*Ibid.*: 42, 44).

Jesús M. de Miguel afirma:

En las ciencias sociales ha prevalecido un sesgo occidental en el estudio de la medicina y los sistemas sanitarios, que consiste por un lado en creer que el conocimiento médico occidental representa el culmen del progreso del conocimiento racional aplicado a la medicina, y además el último eslabón en una cadena de modernización lineal. A su vez sostiene que el conocimiento primitivo (popular o no-occidental) es irracional y equivocado. Por eso ha sorprendido tanto el renacimiento de la medicina popular y el curanderismo, incluso en los centros de la medicina “cosmopolita”. Los antropólogos médicos han pasado a estudiar la figura del curandero urbano [...]. En cierto sentido, la medicina popular es más integral y comunitaria que la propia medicina científica. A ésta última se le achaca tratar la enfermedad, pero no a los enfermos, mientras que la medicina primitiva se halla integrada con otras instituciones sociales: magia, religión, moral, control social, etc. (J. M. de Miguel, 1980:25).

Según este autor, sería un error afirmar que la medicina popular no es “contemporánea, no es científica, no innova, y no cambia”, ya que

Los estudios señalan que la medicina popular existe en todos los países, incluso los más desarrollados; que mantiene a veces un sistema racional, científico, lógico y empírico de conocimiento y práctica médica; que muchos curanderos son enormemente innovadores a pesar de conservar formas tradicionales; y que las medicinas populares han evolucionado a lo largo de los siglos. Por otra parte, en la medicina cosmopolita, (supuestamente científica, contemporánea, y occidental) se observan rasgos que no son racionales ni científicos (*Ibid.:* 28).

Y añade:

El menosprecio por la medicina primitiva es en el fondo un mecanismo de autodefensa de la medicina «cosmopolita». [...] En resumen, que un detenido estudio de las medicinas primitivas señala que no son tan irracionales como se nos quiere hacer creer, y que contienen vestigios de tradiciones científicas inexploradas (*Ibid.:* 28-29).

El autor sigue mencionando que:

El avance científico occidental ha supuesto un modelo médico único, monopolístico, con mucho poder, medicalizado, universitario, uniforme, burocratizado, poco democrático e internacional [...]. La medicina occidental es supuestamente racional, pero el paciente muchas veces no participa de esa racionalidad, ni tiene capacidad de escoger ni decidir (entre diversas terapias, medicamentos distintos, etc.) [...] Los sistemas sanitarios de los países industrializados giran en torno al modelo de una elevada profesionalización del *arte* de curar (del médico) y una alta tecnificación de la práctica sanitaria (el hospital). La profesión médica burocratizada domina el sector, hace de juez, dicta normas para toda la población, y mantiene el monopolio de la definición de lo que sea la enfermedad y su tratamiento (*Ibid.:* 32, 33, 34).

Eduardo Menéndez² se refiere a la medicina occidental como *Modelo Médico Hegemónico*. Comelles dice al respecto: Este modelo “define una

² Hago especial referencia a este autor por considerarlo un importante punto de referencia en Antropología Médica, especialmente en el ámbito iberoamericano. En el máster que anteriormente cité es considerado una figura especialmente destacada en esta disciplina. Profesor-investigador del Centro de Investigaciones

identidad profesional que extrae al médico del contexto local de sus pacientes, en que era un intruso, y lo coloca en el espacio hospitalario, en el cual el enfermo llega a ser un intruso” (Comelles, 2002:97). No puede construir sus propuestas teóricas, es decir, su biologicismo sin mantener una constante tensión (derivada de las contradicciones provocadas por el mismo biologicismo) con lo social, psicológico, cultural y hasta religioso (*Ibid.*:95).

El *Modelo Médico Hegemónico*, según Menéndez, tiene una serie de características, de las cuales podemos destacar: biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia hacia la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2004).

Haciendo un repaso histórico a nuestra actual medicina occidental desde el punto de vista de la antropología médica según Comelles, podemos descubrir elementos interesantes relacionados con las afirmaciones anteriores.

Breve repaso histórico de la mano de la antropología médica

Se conocen prácticas médicas ya desde muy antiguo en la cultura egipcia, en Babilonia y en Persia. Pero se señala a Hipócrates como el padre de la actual medicina occidental.

Haciendo referencia a las palabras de Ordóñez: “[...] Tal vez, lo más reseñable de la medicina presocrática sean los valiosísimos documentos del siglo V que se han conservado y que nos muestran la existencia de dos centros médicos muy activos en el Mediterráneo, la Escuela de Cnido y la de Cos. Asociada a esta última encontramos el nombre de Hipócrates, llamado el Grande, un médico que fue tratado, tanto por sus contemporáneos como por sus sucesores, como la cumbre de la medicina” (Ordóñez, 2008:78).

y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS - DF/México). *Doctor Honoris Causa* por la Universidad Rovira i Virgili.

Uno de los elementos más relevantes de Hipócrates fue su *Colección hipocrática*, se trata de más cincuenta escritos que fueron elaborados por él y otros autores a lo largo de varios siglos. Fueron redactados en varias escuelas médicas, principalmente en las de Cnido y Cos (*Ibid.*: 79, 81).

Atribuido a la escuela de Cos, encontramos el tratado de Hipócrates “Aires, aguas y lugares”. En él se relaciona al individuo con el medio ambiente. La noción de *temperamento* relaciona estados de ánimo, clima y otras variables contextuales. En el siglo XVI hay 10 ediciones conocidas en el Occidente Europeo.

Según Comelles: “El proceso de medicalización es [...] un proceso de hegemonía lento y progresivo en torno a una dialéctica entre los intereses y los discursos de los médicos y el desarrollo de la gubernamentalidad moderna.” (Comelles, 2003: 113).

Vivian Nutton nos muestra en su libro *The Town and State Physician* cómo en la Grecia antigua existía ya la figura del médico público que establecía su residencia en la comunidad que le pagaba. Además, podía percibir honorarios adicionales por sus servicios y estar exento de impuestos locales y liturgias personales (Nutton, 1981).

En Roma ocurría algo parecido, Julio César extendió la ciudadanía romana a todos los que practicaban la medicina en Roma, estaban excusados de pagar impuestos y de las liturgias sociales, y cobraban una remuneración por sus servicios. En Egipto existía una compleja organización burocrática en las épocas ptolomeica y romana y se contaba ya con una jerarquía médica. El sueldo de los médicos era bajo y tenía que ser suplementado, pero podemos asegurar que la mayoría de ellos cobraba un sueldo público (*Ibid.*: *pass*).

En la Baja Edad Media la religión asume el milagro como uno de los fenómenos de la fe. Santos, reliquias y vírgenes compiten con los médicos en relación con la búsqueda de la salud (*Ibid.*: *pass*).

En la Alta Edad Media aparece la cultura de los copistas, el interés enciclopédico, una universidad basada en la autoridad del profesor: un comentador de textos clásicos. Médicos y misioneros se confrontan con la posibilidad de la observación directa sobre el medio y su descripción. Los

narradores de la época eran los religiosos regulares, funcionarios de la Corona, naturalistas, médicos y militares (*Ibid.: pass*).

Surge en ese momento la hegemonía del “escribano”, el nuevo significado de la documentación administrativa; así como la necesidad de información fidedigna, la necesidad de desarrollar instrumentos de obtención de datos, las compilaciones y cuestionarios, la influencia del naturalismo hipocrático y el despliegue de nuevos dispositivos asistenciales: principalmente el hospital (*Ibid.: pass*).

Emergen las profesiones sanitarias: médicos y cirujanos con criterios de acreditación. Aparece una retórica médica aplicada a la resolución de problemas colectivos como la peste (*Ibid.: pass*).

En el texto de Fernando Salmón "Voces de pacientes en la medicina universitaria medieval" se nos presenta ya en esa época a un sistema médico que luchaba para establecerse como completamente diferente de los otros recursos sanitarios (explicativos y prácticos), y que reclamaba para sí el único conocimiento verdadero posible e interpretaba como una amenaza la propia narrativa del paciente sobre su dolor y su enfermedad. El conocimiento del paciente sobre su propio sufrimiento tanto físico como emocional chocaba con el del médico universitario. La medicina escolástica desarrollaba ya la capacidad para monitorizar la experiencia subjetiva del sufrimiento doloroso, a la vez que intentaba invisibilizar a la persona enferma como agente en la creación del conocimiento sobre la salud y la enfermedad. Pretendía mostrar un discurso médico hegemónico, pero finalmente reconocía su dependencia de las contribuciones de las personas enfermas para la creación de una teoría médica (Salmón, 2008).

Siguiendo a este autor, en el caso de los judíos, el estereotipo del médico era el de un profesional que cobraba por sus servicios y no el de un generoso servidor comunitario. En la Italia medieval, en ciudades como Bolonia y Reggio se buscaba en primer lugar un médico residente que fuera permanente. A menudo la complejidad de las tarifas le ofrecía la posibilidad de aumentar sus ingresos con visitas fuera de la ciudad y con pacientes extranjeros o incluso en el extranjero. Los médicos públicos se extendieron a Lucca y Ravenna, también a Sicilia Palermo y sucesivamente a la mayoría de las ciudades. La escasez de médicos,

particularmente en las épocas de la peste, también provocaba la subida de los sueldos. Pero los sueldos no era lo único que una ciudad podía ofrecer a un médico; también podía concederle la ciudadanía, un privilegio considerable si se tenía en cuenta que esto podía ofrecer el acceso a la alta sociedad y a unos pacientes más ricos. El médico cívico podría recibir un subsidio para la vivienda o incluso para cubrir todos sus gastos, podría aliviar sus dificultades económicas puntuales con un crédito a bajo interés. Sobre todo, ganaba una reputación y seguridad laboral, si esto le interesaba, porque era difícil, si no imposible, encontrar casos de despido después del nombramiento (*Ibid.: pass*).

Finalmente, en el texto de Luis García Ballester "La salud y la atención médica en el galenismo medieval" también se presenta una visión del médico en la época medieval, aportando los comentarios de Tomás Aquino en la década de 1260 y los de Avicena en el siglo X. Ambos utilizaban las ideas de causalidad de Aristóteles, y contribuyeron a diferenciar dos disciplinas universitarias: el campo médico y el campo del filósofo natural. El campo de la salud física es la responsabilidad exclusiva del médico, éste es un "*artifex factivus sanitatis*", un hacedor de la salud. El médico es el ayudante de la naturaleza, "el remero de la naturaleza" según la metáfora de Hipócrates —una expresión del concepto aristotélico de la naturaleza y de las relaciones del médico con la naturaleza humana—. El médico desempeña un papel activo porque trabaja de acuerdo con la naturaleza, pero no busca la verdad, en el sentido de descubrir la realidad tal como es: esta función pertenecía al filósofo natural. Los médicos establecían el estado de salud de las personas y curaban a los enfermos, y para conseguir este objetivo bastaba con que hubieran recibido la formación que les capacitara para descubrir e interpretar las señales sintomáticas obtenidas a través de los sentidos (García Ballester, 1994).

Esa distinción médicos/filósofos naturales es interesante para destacar el papel eminentemente instrumental o técnico del médico, y su centración en los aspectos más aislables de la curación sintomática: es decir, una comprensión aislada de la "naturaleza", y dentro de ella de la enfermedad como hecho biofísico. Esos médicos se parecían más a un mecánico que a un filósofo.

En el siglo XV aparece la figura del catedrático que, en un espacio académico, dice lo que se ha de ver en el cuerpo muerto. Hasta entonces la

medicina operaba con libros escritos. En el siglo XVI ya se observa el cuerpo como centro, ya no es la palabra la que domina, ya no es el catedrático, sino la imagen. El cuerpo es ahora el objeto, un objeto sin historia, ni narrativa, ni vida social, el espacio es el objeto, el conocimiento se reduce al cuerpo. Esto aparece representado en las pinturas de la época (Vesalio, Leonardo da Vinci...). Poco a poco se empiezan a analizar las partes aisladas del cuerpo; no están en un entorno, ni siquiera en el entorno del propio cuerpo. En la historia natural, se arranca la hoja del árbol para poder estudiarla, se aísla, se hace una taxonomía y se hace una representación para poder clasificarla. Con el cuerpo pasa exactamente lo mismo, se estudia la representación de las partes del cuerpo, se hacen taxonomías, ese cuerpo ya no tiene historia ni contexto, se descompone en partes. Entre los siglos XVI y XVIII, se separa el “hospital de enfermos” de las instituciones de acogida de marginales (hospicios, casa de acogida...), y se desarrollan instituciones de formación médica especializadas: las *infirmaries*. El hospital empieza a convertirse en espacio medicalizado. Anteriormente era tan solo un espacio asistencial. A partir de ahora el hospital se especializa. Al paciente se le aísla de su entorno; importa el curso de la enfermedad, no tanto la causa de esta, se prioriza el relato nosológico, el relato expresado por el médico, más que el relato expresado por el paciente. Los objetivos y la gestión institucional están controlados por médicos (Comelles, 1993).

Los libros de divulgación aparecen en el siglo XVI, penetran en el tejido social y están presentes en lugares populares o instituciones asistenciales. Contienen conceptos y prácticas médicas, consejos sobre salud reproductiva, crítica al uso de nodrizas y comadronas y remedios caseros o “secretos”; y va tomando forma una medicalización de la vida cotidiana.

Ese proceso de medicalización se inicia con claridad entre los siglos XVIII y XIX, según Comelles:

Cuando los médicos definen el espacio hospitalario, es decir, el único lugar en que es posible un anfiteatro anatómico, como instrumento fundamental de la política de salud y más aún en la educación médica [...] Los autores del siglo XVIII pretendían reformar el hospital en el marco de una política general de salud pública, acabando con su condición de lugar del que emanan miasmas mefíticos, con tasas de mortalidad elevadísimas, y

estableciendo criterios técnicos de ordenación de las admisiones y de seguimiento de los internados, avanzando hacia su especialización. En un segundo momento, definen el hospital como un espacio de formación de conocimientos y reproducción de profesionales, en el que la terapéutica es esencialmente paliativa y la asistencia se basa en el cuidado y la protección. Únicamente en una etapa posterior, a finales del siglo XIX el hospital se convierte progresivamente en una institución diagnóstica y terapéutica [...] La medicalización hospitalaria es también la última fase de la secularización del curar, que se hace no sin incorporar rituales o símbolos que tienden a sacralizar algunas de sus dimensiones, que son las que permiten que el hospital, lentamente, vaya perdiendo su imagen de espacio donde el pobre va a morir, para adquirir la de espacio para vivir, lo que supone reubicar la institución en los procesos asistenciales (*Ibid*: 204, 205, 227).

En el siglo XVIII comienzan a emplearse nuevas metodologías de enseñanza, aislamientos de casos, espacios separados de observación, ampliación de la exploración física. Aparece una objetualización del paciente en un “espacio médico”, y, al incrementar la distancia física en estos espacios, se reduce la influencia de los sentimientos. La causa de la enfermedad ya no es el medio ambiente, sino el agente patógeno.

Si realizamos una comparación entre la obra de Rosen *De la política médica a la medicina social* (1985), y la de Foucault: *Saber y verdad* (1991), notamos que ambos textos están centrados en la Francia del siglo XVIII, aunque las ideas se podrían extender a la mayoría de los países europeos de la época. Los dos autores concuerdan en que la salud en general constituía uno de los objetivos esenciales del poder político. La salud era un deber para cada uno y un objetivo general. Rosen hace mención de que en época de Enrique IV (1589-1610) se llevó a cabo la creación de *Hopitaux Généraux*, en donde la salud de los pobres era atendida por el estado y se podía apreciar una implicación de los poderes públicos en aspectos sociales. En la obra de Rosen se muestra cómo Montesquieu critica la limosna en la calle porque es el estado el que debe evitar la pobreza y Diderot aboga por la disminución de la mortalidad infantil y por el hospital para acoger a los necesitados de cuidados de salud que no pueden pagar. El 25% de la población

de París era indigente en 1790, se incide en la malnutrición como causa de muchas enfermedades. Lavoisier plantea el plan de seguro contra la vejez y la pobreza, y hay un especial interés en la educación de la población en aspectos de higiene y cuidado de la salud.

Foucault plantea una noso-política del siglo XVIII, en la que primeramente se menciona el “privilegio de la infancia y la medicalización de la familia” (Foucault, 1991:97), se habla del número de nacimientos y de la relación entre natalidad y mortalidad. Se añaden a esto las condiciones físicas y económicas que inciden en la supervivencia hasta la edad adulta y las inversiones necesarias para ello.

También hace mención de “la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social” (*Ibid.*: 100), que tiene como objetivos la desaparición de las grandes epidemias, conseguir una baja tasa de morbilidad, la prolongación de la duración media de vida y la reducción de la mortalidad para cada edad. Para ello se proponen una serie de intervenciones, tanto en el espacio urbano en general (ubicación de los diferentes barrios, su humedad, la aireación de toda la ciudad, su sistema de alcantarillado y de evacuación de aguas, la situación de los cementerios y la de los mataderos...), como en un espacio más preciso y localizado (las prisiones, los navíos, las instalaciones portuarias, los hospitales generales). La figura del médico se va convirtiendo en el gran consejero y en el gran experto, si no en el arte de gobernar, al menos en el de observar, corregir, mejorar el “cuerpo” social y mantenerlo en un estado permanente de salud.

Foucault menciona la reforma del hospital. Este deberá ajustarse al espacio urbano en el que está situado, deberá funcionar como una “máquina de curar” (*Ibid.*: 104), un elemento esencial de la tecnología médica: un instrumento que permite curar. Surgen los hospitales especializados, en donde se llevará a cabo la formación de los nuevos médicos (*Ibid.*: *pass*).

Tanto Rosen como Foucault destacan el doble papel del hospital medicalizado; uno es la labor terapéutica y el otro la formación de nuevos profesionales. Los dos autores coinciden en una preocupación estatal por la salud de la población. En la visión de Rosen tal vez con un carácter más moralista y en la de Foucault con carácter más pragmático e interesado, pero ambos ofrecen una

amplia descripción de la situación del sistema de medicalización en el siglo XVIII. Los dos autores ofrecen un análisis de un sistema médico que va adquiriendo prominencia dentro de la población, que va constituyéndose en hegemónico dentro de la sociedad.

El texto de Foucault nos presenta una reforma o reconstrucción de los hospitales que tuvo lugar a lo largo del siglo XVIII. Con anterioridad se nos describe a los hospitales como instituciones de asistencia a los pobres y al mismo tiempo instituciones de “separación y exclusión”. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y, como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de éstas; por tanto, era considerado peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje típico del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre que estaba ya moribundo (Ibid.: *pass*).

El hospital y la medicina constituían campos diferentes. El punto de partida de la reorganización hospitalaria tuvo lugar en los hospitales militares y marítimos. Con la transformación técnica del ejército y la aparición del fusil, el precio de cada hombre había aumentado. Ahora el hospital sería un lugar adecuado para vigilar al individuo para que no desertara, para curarlo y que no falleciera de enfermedad, para que una vez restablecido no fingiera estar todavía enfermo... Esta reordenación no partía de una técnica médica, sino de una técnica más bien política, de la disciplina.

A partir de entonces el hospital reuniría una serie de condiciones: estaría localizado en un espacio urbano, se crearía un espacio individualizado en torno a cada enfermo, un espacio específico y modificable según el paciente y la evolución de su enfermedad. Las camas, por tanto, pasarían a ser individuales y no el lugar donde se encontraban a veces hasta seis personas. La arquitectura hospitalaria ahora constituye un instrumento de cura, lo mismo que la alimentación o cualquier acción médica; se medicaliza el espacio hospitalario.

Ahora es el médico quien asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria; se prohíbe la forma de claustro o de comunidad religiosa. Además, la presencia del médico en el hospital se consolida y multiplica. Aparece toda una jerarquía de poder entre el personal hospitalario donde el

médico ocupa el lugar más prominente, aparece también todo un sistema de registro de lo que ocurre en el hospital, empezando por la pulsera identificativa de cada paciente, la existencia de una ficha individualizada, registro de ingresos, altas, registro de tratamientos, recetas... El hospital no solo es ahora un lugar para curarse, es también un lugar de adquisición de conocimientos y de formación médica.

Si relacionamos todo esto con el actual modelo médico, observamos muchos puntos similares: la individualización de los pacientes, aislándolos de su entorno, la organización jerárquica encabezada por el médico como máxima autoridad, el hospital como lugar de cura y de formación de nuevos médicos, la medicalización del espacio... Sin duda el siglo XVIII constituyó un paso importante en la formación de nuestro actual sistema médico. El objetivo poco a poco era el de diagnosticar y establecer una terapia, y eliminar la subjetividad del proceso médico.

Ya en el siglo XIX el discurso médico empieza a ser pragmático y utilitarista. El hospital es un punto de anclaje de la medicina, una institución diagnóstica, creadora de conocimiento. Comelles menciona al respecto:

La teoría del proceso de medicalización y el propio 'modelo médico' proceden del análisis de los casos francés, alemán, británico y norteamericano como referentes históricos en la evolución del Estado liberal y de la transición al capitalismo. Estos dan atención al significado de los dispositivos de protección social, y las implicaciones jurídicas y políticas del despliegue de dispositivos de protección social. No sólo los médicos sino también los psiquiátricos y los de asistencia a los pobres en un grupo limitado de países centrales puesto que en ellos se evidencian con mayor claridad los acontecimientos y la articulación entre medicina, capitalismo y Estado liberal (Comelles, 2003: 117, 118).

En EE. UU., a partir de la década de los años veinte del pasado siglo, el hospital se convierte en una empresa capitalista de servicios. En la década de los cincuenta este modelo es exportado a todo el mundo y en muchos países se produce la transición de un modelo dominado por la beneficencia y la caridad a una empresa de servicios, de un modelo altruista a un servicio mercantilizado. El

cine y posteriormente la televisión se encargaron de expandir la cultura biomédica, reflejando la mercantilización de la medicalización.

Las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los sistemas sanitarios se convierten en un hecho, aparecen crisis en la forma de soporte social —soledad, aislamiento, pobreza— y surgen nuevos malestares como el *bullying*, *mobbing*, TCA, TCANE, síndrome de Ulises, trastornos somatológicos (fibromialgia, fatiga crónica...). Se patologizan procesos vitales (adolescencia, embarazo, menstruación, vejez...) y se mercantilizan los estados de ánimo (tristeza, depresión...). Surge una medicina estética quirúrgica, aparecen abundantes productos de cosmética y dietética. Se anhela un cuerpo sano, joven y bello.

Existen protocolos biologicistas que convierten las aflicciones en enfermedades, una práctica que se adapta a los intereses de la industria y al funcionamiento burocrático de los sistemas públicos de salud. Se intentan resolver muchos de los problemas de la vida cotidiana con pastillas, eludiendo las responsabilidades individuales, anestesiando el sufrimiento y el malestar. El cuerpo se convierte en un fin en sí mismo. Aparece el anhelo por un cuerpo sano y bello, un cuerpo que ahora contribuye en mayor grado al éxito social. Una medicina mercantilizada, biologicista, que se olvidó del enfermo para atender la enfermedad.

El Modelo Médico Hegemónico (según Eduardo L. Menéndez)

Antes he citado las diferentes características que Menéndez atribuye al *Modelo Médico Hegemónico* y que constituyen un pilar importante en la actual antropología médica. A continuación, analizaré cada una de ellas a fin de ofrecer una imagen clara de la visión del modelo antropológico hacia la actual medicina occidental. Según este autor “el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo” (Menéndez, 2003: 194), es decir, una reducción hacia la dimensión biológica de la enfermedad, subordinando o excluyendo completamente los aspectos psicológicos, sociales y culturales de los padecimientos. Según él esta dimensión biológica es el centro de la formación profesional del médico (*Ibid.: pass*). Predomina el determinismo biológico, es decir, la ilusión de la independencia de lo biológico de los aspectos culturales,

sociales y psicológicos. La enfermedad es una anomalía biológica, una alteración o desequilibrio en el organismo que hay que paliar y restituir, un tejido o un órgano dañado que reparar.

Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto a la dimensión biológica. La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico cotidiano, incluida la investigación clínica, pero el mismo aparece como un campo aplicado y subordinado al de la investigación, que es el que genera explicaciones y el tipo de fármaco específico que deben utilizar los clínicos... el paso a primer plano de la investigación genética en los últimos veinte años ha reforzado aún más esta tendencia (Menéndez, 2002 cit. en Menéndez, 2003: 194).

Citando a Martínez, en el modelo biomédico de las enfermedades existen tres paradigmas fundamentales que se han ido sucediendo recientemente: el primero es el anatomoclínico, que fue posterior al modelo puramente clasificatorio del siglo XVIII, proveniente de la botánica. Claude Bernard es una de las principales figuras del método anatomoclínico, basado en la observación anatómica y la experimentación. Se vincula un signo a una enfermedad localizada dentro de un cuerpo (Martínez, 2008:53).

A finales del siglo XIX se desarrolló un paradigma bacteriológico en el que se afirma que la causa de las enfermedades tiene que ver con microorganismos. Éstos serían los causantes de las disfunciones en el cuerpo humano. Destacan en este campo los trabajos de Koch y Pasteur. Este último influyó notablemente en la introducción de técnicas antisépticas en las cirugías. Con ello, se estableció la

unicausalidad de las enfermedades, es decir, que las enfermedades se deben únicamente a la existencia de gérmenes patógenos (*Ibid*:53, 54).

El tercer paradigma es el que tiene que ver con la biología molecular: se desarrolla un estudio profundo del interior de la célula gracias al microscopio electrónico y avanzadas técnicas como la cristalografía, los marcadores radioactivos, etc. Durante los últimos años se han efectuado importantes logros en el ámbito de la recombinación del ADN celular. Nos encontramos en una etapa en que la ingeniería genética cobra protagonismo. Se calcula que un gran número de enfermedades son de origen genético y que gracias a la biotecnología podrían ser reprogramadas y erradicadas. Parece que con tantos avances científico-tecnológicos no queda prácticamente espacio para la interpretación social y cultural de las enfermedades (*Ibid*:57).

La segunda característica según Menéndez es la asociabilidad, es decir, el enfermo visto como individuo alienado de su entorno social, cultural, y de su historia. Un cuerpo hecho objeto y a veces hasta solo una parte de ese cuerpo.

Pero, en términos de Berger y Luckmann y citando también a Martínez, podríamos hablar de una “construcción social de la enfermedad”. Cada sociedad determina qué es normal y qué no lo es: hasta hace poco menos de dos décadas en los manuales de psiquiatría figuraba la homosexualidad como patología mental. Además, se ha demostrado que para el desarrollo de las enfermedades no basta únicamente con la exposición al agente patógeno, sino que están implicados una serie de factores de tipo social como la pobreza, el estado nutricional, la edad, la presencia de otros antecedentes patológicos, etc. (*Ibid*:68).

Según Martínez, la medicina "primitiva" no sólo explica cómo se ha producido una enfermedad, sino también por qué se ha producido y quién es el responsable. La enfermedad no se analiza de forma aislada, sino que se pone en relación con otros factores sociales y culturales. Un ejemplo de la profunda influencia de lo social en la enfermedad (siguiendo al autor) lo tenemos en la muerte por vudú. Cannon fue el primero en registrarlo ya en el año 1942 y Lévi-Strauss posteriormente en “El hechicero y su magia”. Se trataría de la transgresión de un tabú o de haber recibido un maleficio. Debido a su tradición cultural, el individuo está completamente convencido de que morirá a causa de ello. Esta sugestión genera una serie de emociones que le provocarán insomnio y

falta de apetito. En muchos casos el individuo deja de comer y beber, y finalmente muere. En antropología médica, este fenómeno recibe el nombre de efecto nocebo. Aquí también se podrían incluir los efectos físicos que pueden provocar el aislamiento social y los resultados del etiquetamiento de una enfermedad para el que la padece (Martínez, 2008:69, J. M. de Miguel, 1980:30). Sería algo contrario al efecto placebo, en cuyo caso la sugestión provoca una mejoría en el paciente.

Relacionado con esto también encontramos los llamados “síndromes dependientes de la cultura”: en el mundo occidental podríamos destacar la anorexia nerviosa y la bulimia, pero existen tantos síndromes como mundos culturales. Solo por citar algunos podríamos destacar koro, amok, mal de pelea, cólera y latido (Martínez, 2008:78).

Siguiendo a Martínez, la enfermedad —por ejemplo, la tuberculosis— constituye un fenómeno multicausal y no unicausal. Se podrían añadir muchos más en los que las enfermedades no solamente dependen del agente microorgánico sino también de las condiciones socioeconómicas, higiene, etc. La antropología médica propone particularidad frente a la idea de universalidad del sistema médico. Los signos y síntomas no han sido los mismos en diferentes periodos históricos y en los diferentes marcos socioculturales. Las enfermedades no son fenómenos universales, estáticos e invariables sino todo lo contrario. La vida en general se caracteriza por su diversidad, dinamismo y cambio (Martínez, 2008:75).

Según Prat, la biomedicina ejerce la labor de curar y este “curar no es el instrumento para llegar al objetivo utópico de la salud, sino el medio para seguir curando y mantener así este equilibrio en la enfermedad, que genere la reproducción del circuito ritual del médico. Ese seguir curando, que permite entre otras cosas la supervivencia de los poderes de la clase médica en nuestra sociedad, es el resultado de no atacar las causas sociales de la enfermedad.” Quizás resulta más fácil recetar unas pastillas, que cuestan poco y de paso favorecen los intereses de la industria farmacéutica, que indagar en las causas profundas de la enfermedad, susceptibles de provocar ansiedades y culpabilizaciones importantes (Prat, Pujadas y Comelles, 1980: 52, 58).

Comelles cita a Xavier Allué que, como médico y antropólogo, señaló en una comunicación destinada a médicos de familia:

El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su status y de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico/paciente, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente contruidos. Además, debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso (Allué, 2003 cit. en Comelles, 2003:126).

La ahistoricidad, según Menéndez, constituye otro rasgo de la biomedicina, según él, para el sistema médico poco importa el pasado del paciente, su procedencia, sus prácticas anteriores, su estilo de vida o su entorno.

En cuanto al individualismo, Menéndez defiende que la medicina observa al enfermo aislado, desgajado de su entorno social y cultural, desubjetivado, convertido en individuo. El saber médico, como el mismo Menéndez hace mención, da prioridad a la enfermedad y no al enfermo. Éste queda alienado. Se trata de una relación entre el médico y la enfermedad. A veces, con solo una descripción de unos signos es suficiente y se puede diagnosticar sin tan siquiera ver al enfermo.

La eficacia pragmática, otro rasgo que menciona Menéndez, pone de manifiesto el aspecto utilitarista de la biomedicina. Ésta intenta curar el síntoma o dolencia que aparece en primer plano, pero deja de lado una serie de factores que capacitarían al médico para entender la auténtica envergadura de la

enfermedad, que aportarían un enfoque global y holístico del enfermo, y ofrecerían las herramientas necesarias para dar una atención completa y verdaderamente eficaz.

Comelles afirma que los conocimientos médicos y profesionales:

Están contenidos en un espacio propio, separado del contexto local de la enfermedad, en el cual el objeto de investigación se extrae de su medio y es llevado a un espacio configurado profesionalmente, a un laboratorio de observación y experimentación —habitualmente asociado al hospital— diagnóstico y terapéutico. Su objetivo es la eficacia pragmática, que lleva a una práctica intervencionista y un énfasis enfocado más en la intervención individualista que en la colectiva. Este modelo se ha seguido desde principios del siglo XX utilizando metodologías clínicas y cuantitativas, en detrimento de las cualitativas (Comelles, 2002: 96).

En cuanto a la relación médico-paciente asimétrica, Menéndez apunta a la voz omitida de los enfermos, a la expresión de su aflicción, a una relación vertical y unidireccional. Sólo importa la voz del experto y pasa inadvertido el relato del paciente. El ojo, y no la escucha, es aquello a lo que da prioridad el sistema médico. Predomina la observación visual sobre la escucha, pues lo que capta la mirada biomédica son las disfunciones biológicas, no las representaciones culturales del enfermo.

Pasar por alto la narrativa del paciente en estos casos sería como reducir los “guiños” a “tics” (Geertz, 1987:19-44, cit. en por Martínez, 2008). Según Martínez, una comprensión “densa” del enfermo y la enfermedad sería una herramienta terapéutica de vital importancia en este tipo de situaciones. Los enfermos no son islas patológicas, sino que son dueños de una biografía, una historia, unas relaciones sociales y una cultura. Se debe escuchar su narrativa y se deben tener en cuenta sus sentimientos y sus circunstancias (Martínez, 2008).

Marta Allué hace referencia a esto en su autoetnografía. Ella realiza el siguiente comentario tras su experiencia como paciente que está siendo operada bajo anestesia local en un quirófano: “los allí presentes, mientras trabajaban —ajenos— se pusieron a hablar de todo lo divino y lo humano sin inmutarse por mi presencia. Mi yo quedó oculto tras la sábana. Siguieron contando intimidades

hasta que, en un momento dado, retiraron la sábana y me dijeron: ‘¡Hola!, ¿qué tal?’. Habían terminado. A partir de ahí el tono, contenido y cadencia de la conversación cambió de nuevo para convertirse en el propio de un grupo de trabajadores enfrascados en su tarea frente al cliente. Me fascinó” (Allué, 2013:132).

Posteriormente, y con referencia a otra cirugía, Allué menciona:

Como era hacia el final de la mañana, y los equipos completos de cirugía se iban marchando, el médico se quedó sólo con una enfermera de su confianza. Éramos tres. O eso creí. Porque en el momento en que empezó la intervención yo dejé de existir, el cirujano y la enfermera que le iba prestando ayuda, como iba para largo, se sentaron en sendos taburetes que colocaron a la altura de mi tobillo y empezaron a hurgar mientras charlaban animados sobre las actividades de sus hijos, olvidando mi presencia. En un momento determinado pregunté algo y añadí que me sentía bien, aunque un poco al margen de todo aquello. El cirujano, para justificar la absurda situación a la que me tenían sometida —porque podía entender perfectamente todos y cada uno de los ítems de su conversación— dijo: “es que como estás ahí arriba”.

Para el *Doctor* —continúa Allué:

“ahí arriba” era el resto del cuerpo sobre el que estaba trabajando. Yo quedaba muy lejos y, por tanto, ni oír ni ver. El campo operatorio marcaba los límites, de manera que más allá no había nada de interés para el cirujano... El paciente en el bloque quirúrgico es un ser horizontal sin voz ni voto, aunque sea un habitual (*Ibid*:132, 133).

Más tarde, indica que a los médicos en su formación se les debe enseñar “que las personas tendidas en posición horizontal no son humanas, que ni sienten ni padecen, que son como los muertos” [...] Que en este caso “el hábito sí hace al monje en el hospital. Para evitar la transferencia [...] cosifican al sujeto hasta tal punto que antes de ponerse manos a la obra, se preguntan aquello tan anglosajón de ¿qué tenemos hoy?, en vez de ¿a quién vamos a curar?” (*Ibid*.:140).

Allué se refiere a la UCI post operatoria de un hospital como un espacio opaco y cerrado, como “el *sancta sanctorum* de la biomedicina”. Allí los mensajes

informativos son unidireccionales, de dentro hacia fuera. Todo es impersonal. Las enfermeras son las que a veces sirven de nexo con el exterior, son ellas “las que corren las cortinas, las que conectan el teléfono o acondicionan la cama” (*Ibid.*: 141, 142). La clausura, la escasez de ventanas, son elementos también despersonalizadores. El personal sanitario suele comentar en presencia del enfermo cuestiones profesionales, o el estado de otros enfermos, ignorando que el paciente está escuchando. Esto acentúa aún más la pérdida de la identidad (*Ibid.*: *pass*). Allué continúa:

Que me examinen sin decirme nada [...] que se hable de mí como si yo no estuviera allí [...] Algunos tocan e incluso acarician como se hace con un recién nacido. El enfermo experimenta entonces una sensación de retorno a la infancia [...] la relación médico-enfermo reside muy a menudo en la autoridad del primero y la infantilización del segundo. ¿Es necesario que desde que se atraviesa la puerta de un hospital el ser humano pierda todos los derechos y el respeto que le es debido para no ser tratado más que como un irresponsable? (Maggiani, 2007:192, cit. en Allué, 2013: 144).

Allué asemeja la UCI a una “institución total”, término introducido por Goffman: un lugar de residencia donde una gran cantidad de personas en una misma situación, separados del mundo exterior por un largo período de tiempo, llevan una vida de reclusión en la que las conductas están reglamentadas. “El aislamiento es la barrera que se encuentra entre el interno y el mundo exterior, y constituye la primera amputación que sufre de su personalidad” (Goffman, 1968:57, cit. en Allué, 2013:146).

En lo que se refiere a la salud/enfermedad como mercancía, Menéndez indica que actualmente las industrias farmacéuticas son quienes mueven buena parte del capital económico mundial. Ellas promueven la mayor parte de la investigación en medicina y todas las actividades son organizadas en función de su propio beneficio. Así, la medicina occidental seguirá ocupando su lugar hegemónico (Menéndez, 2005). En nuestro sistema capitalista todo se mercantiliza. Predomina una economía de servicios. El cuerpo es un objeto más de mercantilización y se ha convertido en el eje principal de producción de bienes y servicios en el mundo occidental.

Martínez refiere que la enfermedad ha llegado también a ser un producto de la explotación y de los procesos de acumulación de capital. La biomedicina ha sido una experta en “la individualización de los procesos mórbidos y en descontextualizarlos de las realidades socioeconómicas”. La biomedicina se ha comportado como un auténtico “instrumento del capitalismo” (Martínez, 2008:147).

Rudolf Virchow, un médico, patólogo, político y también antropólogo alemán, escribió en 1902 unas palabras sobre una investigación realizada en 1848 sobre el “tifus del hambre” en la alta Silesia. Fue por encargo del entonces ministro de sanidad de Prusia y esto dio como resultado un informe que ha sido uno de los referentes más importantes de la medicina social del siglo XIX. Se ha constituido en un auténtico precedente de lo que hoy en día representa el estudio de las dimensiones sociales y económicas de la enfermedad.

Se trataba de investigar la grave epidemia del llamado tifus del hambre que se había producido en la Alta Silesia. Al analizar las causas de la misma, llegué al convencimiento de que las más graves radicaban en males sociales y que la lucha contra estos males sólo sería posible mediante una profunda reforma social. Mi informe causó bastante malestar, pero para mí fue un consuelo el hecho de que el gobierno acometiese muy pronto este camino de las reformas, llegando a resultados altamente satisfactorios. Me complace todavía más que mi proceder no sólo fuera beneficioso para la Alta Silesia, sino que poco a poco una región tras otra se decidiera por el mismo camino. (...) Me interesa insistir en que es inevitable relacionar la medicina práctica con la legislación política, lo que intenté entonces en la *Reforma Médica*. (Virchow 1902 cit. en Jacob 1984:168, cit. en A. Martínez, 2008:123).

Virchow no sólo se limitó a describir una situación determinada, sino que puso de manifiesto las causas estructurales de la misma y denunció las distintas injusticias sociales implicadas. A la vez, propuso una solución que conllevaba toda una reforma de las condiciones sociales y una redistribución del capital.

Según Martínez, desde un enfoque marxista, la antropología médica pone de manifiesto que la causa de enfermedad y muerte en las zonas pobres del mundo tiene que ver con el patrón de dominio sobre los recursos en esas zonas:

las desigualdades sociales, las formas de opresión política y los procesos de globalización (Martínez, 2008:147).

Eduardo Menéndez en su monografía “Poder, estratificación, salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán” describe cómo la concentración urbana favorece el predominio de una medicina “científica” que subordina y margina las prácticas tradicionales. Muestra cómo el proceso capitalista conduce a un aumento de la jerarquización, especialización y mercantilización de la práctica médica. La medicina se convierte en un lucrativo negocio y si la esperanza de vida se ha visto aumentada en esa zona ha sido a causa de la creación de importantes infraestructuras de saneamiento, eliminación de residuos y salubridad, sistemas de transporte y potabilización del agua, sistemas de drenaje, etc. (Menéndez, 1981).

En la parte final de su libro, Menéndez escribe:

La descripción etnográfica de los campesinos ha enfatizado la dependencia, el retraimiento, la pasividad, la carencia de planificación, la rutinización de la cotidianeidad, la aceptación acrítica del poder [...] Nosotros nos encontramos en el conjunto de estas concepciones dos estructuras ideológicas [...] una percepción conductista de los conjuntos y una interpretación evolucionista jerarquizada del desarrollo y la estructuración social [...] Para gran parte de estos autores los obreros y los campesinos aparecen casi como títeres de las manipulaciones de las clases dominantes. (Menéndez, 1981:514, 515).

Otro enfoque crítico, pero distinto a los anteriores lo aporta Nancy Scheper-Hughes en su artículo “El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos”. Denuncia la implicación de cirujanos, pacientes, donantes, vendedores e intermediarios en un comercio infame que hace circular los órganos en la misma dirección que el capital y la tecnología. Es decir, los órganos circulan de sur a norte, del tercer al primer mundo, de los cuerpos más pobres a los más ricos (Scheper-Hughes, 2004). “Tanto donantes como receptores siguen los derroteros del capital y de la tecnología médica en la economía global” (*Ibid*:197). A pesar de que el trasplante de órganos está legislado y completamente regulado en los países desarrollados, existe una economía sumergida que está muy relacionada con el tráfico ilegal de

órganos (*Ibid.: pass*). Esta profesora estadounidense en antropología médica se centra en la investigación y crítica de la violencia y el sufrimiento experimentados en las zonas deprimidas de nuestro mundo moderno, relacionando los factores político-económicos con los estados de salud.

A modo de conclusión y volviendo a citar a Martínez:

Frente al enfoque microscópico que atomiza el cuerpo y la enfermedad dividiéndolos en compartimentos que se relacionan a su vez con las diferentes especialidades médicas (neumología, ginecología, psiquiatría, etc.), el objetivo ha sido actuar de macroscopio, ampliando holísticamente el campo de focalización hacia la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de la economía política. Frente a la idea biomédica de universalidad de las enfermedades se ha propuesto una concepción particularista basada en la imbricación entre biología y cultura. Ante la noción de uncausalidad de la enfermedad, la perspectiva antropológica ha retomado una interpretación de la etiología basada en la noción de redes multicausales (Martínez, 2008:67).

Martínez afirma que “frente a la idea de unidimensionalidad de la enfermedad que descuella del reduccionismo biológico, la antropología ha defendido una visión multidimensional que permita recuperar la condición de hecho social, cultural y político-económico de la enfermedad.” (Martínez, 2008:67). El modelo antropológico ha propuesto el uso de tres términos que han sido de utilidad para designar diferentes planos de análisis. Nos referimos a los términos *disease*, *illness* y *sickness* que designan de forma respectiva las dimensiones biológicas, culturales y sociales de la enfermedad. (*Ibid: 79*). El sistema médico debería dar atención a la diferencia entre *disease* e *illness* a la hora de tratar a sus pacientes, no solo observando la dimensión biológica de las enfermedades, sino también la cultural (Helman, 1981).

Martínez afirma que, “de esta manera, la noción de patología de nuestro tiempo parece alejarse progresivamente de su significado etimológico de *pathos* o sufrimiento para recortar, de forma cada vez más atomizada, las unidades que componen el cuerpo biológico” (Martínez, 2008:50).

Se hace necesario conocer nuestro sistema médico y “tomar conciencia de que no hemos de aceptar un determinado saber simplemente porque se presenta como científico, frente a un saber *supersticioso*, sino que hay que deslindar precisamente los límites de esta *cientificidad*”. El modelo antropológico debería servir al sistema médico para una reflexión, “para un replanteamiento crítico de su propia práctica, ayudándole a tomar conciencia de los límites, a veces sutiles, entre el ritual y la técnica científica, con el fin de articularlos honestamente” (Prat et al., 1980:64, 65).

Hasta aquí hemos podido ver una exposición del modelo antropológico, de su crítica hacia la medicina occidental, como una medicina deshumanizada, biologicista, despersonalizada y mercantilizada. Desde una posición hegemónica se ocupa de curar unos cuerpos objetualizados y fragmentados. La comunicación con el usuario es vertical y unidireccional. Se propone una medicina que precisa ampliar su visión y ser más global, más holística y humana al tratar con sus pacientes. En contraste con esto, ahora procederé a describir una escena observada por mí en el hospital: una escena habitual en el bloque quirúrgico, en lo que constituye el núcleo duro de nuestro actual sistema médico occidental. Se trata de una Nefrectomía radical laparoscópica, una cirugía programada bastante común en este hospital en un día cualquiera de trabajo. Después de relatar la observación examinaré las diferencias entre ambos modelos y las causas de mi extrañamiento.

Escena 1. Una nefrectomía radical

“Ahora es la hora crítica” —oigo decir a algunas enfermeras—, parece que es la hora en que comienzan todas las cirugías. Estoy en la sala de preanestesia y oigo un timbre. A continuación, aparece un sanitario empujando una camilla con un paciente, la deja en uno de los cuatro boxes de preanestesia y le dice al paciente: “ahora vendrá la enfermera y le explicará...” Al momento se vuelve a oír el timbre y pasa exactamente lo mismo; llega otro sanitario con una camilla y un paciente. Sigo viendo profesionales moverse de un lugar a otro. Me voy a centrar en el primer paciente que ha llegado. En el parte de quirófano está programado como “Tumor renal. Tipo de intervención: Nefrectomía radical laparoscópica derecha”. Al paciente le van a extirpar el riñón derecho con técnica laparoscópica.

Se acerca Carmen, una de las enfermeras, echa un vistazo a la historia clínica que está debajo de la almohada del paciente y le saluda: “Hola Felipe, yo soy Carmen, la enfermera de anestesia que estará con usted”. El paciente está cubierto con una sábana. La enfermera lo destapa y veo que él lleva puesto una especie de camión blanco abrochado por detrás, unas polainas blancas en los pies y un gorro verde. La enfermera continúa diciendo: “Le voy a quitar esta bata y le voy a poner unas pegatinas en el pecho para monitorizarlo después. También le voy a pinchar, le voy a poner una vía antes de entrar al quirófano”. El paciente, un hombre de 52 años (pude ver la edad en el parte de quirófano), parece muy nervioso, ni siquiera ha mirado la cara de la enfermera y le dice mientras mira hacia algún punto inconcreto del techo: “siempre me han dicho que tengo muy malas venas, vaya con cuidado”. La enfermera cubre al paciente con la sábana, le ata un *smarch* (goma elástica) en el brazo, le pasa una gasa con alcohol y le dice: “respire hondo...” Mientras, le pincha rápidamente la vía, le quita el *smarch* y le conecta a la vía un equipo de suero con un antibiótico ya preparado, y sigue diciendo: “ya está Felipe, cuando le haya pasado el antibiótico entraremos al quirófano”. El paciente está pálido, inmóvil, dice que tiene frío, pero parece que nadie le ha escuchado.

Ahora se acerca Juan, un anestesiólogo y le dice: “Hola, yo soy el anestesista que le dormiré, abra la boca...” Le mira el interior de la boca, “no tiene alergias a nada, ¿verdad?” —sigue diciendo— “no, que yo sepa” —contesta el paciente con voz temblorosa—. El anestesiólogo se acerca al grupo de enfermeras y pregunta, “¿quién entrará conmigo a la Nefrec?” Carmen contesta: “entro yo, ¿qué te preparo?” “Prepárame un tubo del 8,5, una inducción estándar y tres bombas (*Propo, Remi y Trakium*)”. La enfermera empieza a cargar jeringas con medicación. A su lado hay otras dos enfermeras más que preparan cosas para otros pacientes que también han llegado. Después Carmen lleva al quirófano un montón de grandes jeringas con alargaderas que cuelgan, allí dentro veo que comprueba el funcionamiento del respirador y va haciendo preparativos.

El auxiliar de quirófano también prepara cosas allí. Se acerca el anestesiólogo y le dice a Carmen: “Cuando quieras lo hacemos pasar”. La enfermera sale del quirófano y parece que busca un sanitario, ve a uno de ellos y dice: “Germán, entramos en el dos con la Nefrec”. “Ahora voy” —contesta

Germán—. Se dirige al paciente y le dice: “Caballero, entramos al quirófano”. El paciente no contesta, apenas cambia la expresión de su rostro. El sanitario empuja la camilla, la conduce hasta el quirófano y la hace encajar en un módulo central donde queda fijada. Hace frío. En el quirófano la temperatura es de unos 19°C, el paciente está cubierto sólo por una sábana y los uniformes de los trabajadores son de manga corta, pero nadie se queja de frío, aunque algunos llevan puesta una bata encima del uniforme.

Hay mucha luz en el quirófano. Además de las luces fijas en el techo, hay cuatro enormes lámparas de luz muy potente que se pueden enfocar con la mano hacia cualquier dirección. Se puede oír el ruido del respirador puesto en espera. Es un aparato enorme con una pantalla en la que se ven líneas de colores que indican los parámetros respiratorios a los que se va a someter el paciente cuando esté dormido. También se oye el ruido del monitor que está en marcha. Está acoplado al respirador. Indica básicamente la tensión arterial del paciente, la frecuencia cardíaca, la saturación del oxígeno y el número de respiraciones por minuto. Se pueden ver otros aparatos y artilugios por todas partes. La enfermera empieza a monitorizar al paciente mientras le dice: “Lo que le estoy poniendo en el brazo es para tomarle la tensión, notará que le aprieta de vez en cuando, los cables del pecho son para el corazón y por último una pinza en el dedo para ver cómo respira”. El paciente está en silencio, parece resignado, dispuesto a dejarse hacer cualquier cosa. Ahora lleva una vía endovenosa en la mano con un cable conectado a un suero, cables en el pecho, un manguito de tensión arterial en el brazo y una pinza en el dedo con otro cable.

Entra Juan con unos papeles, los deja sobre la mesa del respirador y le coloca una mascarilla al paciente cubriendo su boca y nariz, y le dice: “Esto sólo es oxígeno, cuando le vaya a dormir le avisaré”. La enfermera prepara cosas en el carro de anestesia que está justo al lado. En este carro hay medicación y material necesario para la intubación endotraqueal. El auxiliar y el sanitario también están allí preparando otras cosas.

Juan echa un vistazo al monitor y le dice a la enfermera: “Si te parece empezamos ya con el *Propo*”, ella coge una jeringa y empieza a infundir muy despacio un líquido blanco por la vía endovenosa que antes le ha puesto al paciente. El anestesiólogo dice al paciente: “Ahora poco a poco notará sueño,

piense en algo agradable, en lo que a usted más le guste...” El paciente permanece inmóvil, su cuerpo está cubierto por una sábana blanca y su cara por la mascarilla. La enfermera empieza hablar de su hija a Juan mientras introduce el líquido lentamente, él le cuenta cosas chistosas de sus hijos y entre medias le dice: “Ponle dos de *Fenta*”. El auxiliar se añade a la conversación y también el sanitario. Juan por un momento retira la mascarilla. El paciente parece completamente dormido. Juan dice a la enfermera: “Ponle todo el *Trakium*”. Después le vuelve a poner la mascarilla y explica el último chiste que le han contado. La enfermera mira su reloj y espera dos minutos exactos. Durante ese tiempo el ambiente está relajado, el auxiliar hace algún comentario gracioso y los demás se ríen. El anesthesiólogo está sujetando la mascarilla en la boca y nariz del paciente a la vez que le está levantando la mandíbula con la misma mano. La enfermera mira de nuevo su reloj y le da el laringoscopio (aparato con una luz incorporada para ver el interior de la cavidad bucal y garganta) al anesthesiólogo. Después le da el tubo que deberá ser introducido por la tráquea del paciente. Juan introduce el laringoscopio en la boca del paciente y dice: “No veo nada”. La enfermera se ríe pensando que es otra de sus bromas. “No veo absolutamente nada” —insiste—. Ella le dice: “Te traeré uno de los laringos nuevos que dan más luz”. Sale del quirófano y regresa enseguida con otro laringoscopio. Él lo prueba y vuelve a decir que no puede ver nada. Ella le dice con cierto nerviosismo: “A ver, ¿qué quieres que te traiga, la pala larga, la frova...?” Y él le dice: “probaré con el *Macoy* (laringoscopio especial para las intubaciones difíciles)”. Ella vuelve a salir del quirófano para buscar el *Macoy*. Se encuentra con Sergio, otro anesthesiólogo y le dice: “Juan tiene problemas, a ver si le podéis ayudar”. Sergio corre hacia el quirófano; enseguida llega Carmen con el *Macoy*. Sergio intenta intubarle con el *Macoy* pero tampoco puede. Al momento llegan Rosa y Clara, también anesthesiólogas, Rosa es una de las más antiguas en el hospital. Se acerca y dice: “Sergio, déjame a mí”. Coge el *Macoy* con una mano y con la otra le levanta la mandíbula al paciente y dice: “¡Ostia, la madre que lo parió! Si no tiene glotis... mira Clara...mira”, se respira un ambiente de tensión. Carmen dice a Rosa: “¿quieres la frova? A veces por intuición se acierta”. La frova es una especie de guía rígida que se utiliza también en intubaciones difíciles, ella contesta con algunas dudas: “A ver, dámela”. Se la da y Rosa intenta colocarla. Parece que no puede. Empieza a hacer movimientos bruscos, con rabia. Le dice a Carmen con tono enfadado: “Acércame el tubo”. Está

cada vez más nerviosa. Carmen se lo da y Rosa le dice gritando y muy enfadada: “Si no le quitas el tapón de abajo cómo quieres que lo meta en la frova, es que ya está bien...” Carmen le contesta: “Si me vuelves a gritar te lo haces tú sola”. Sergio interrumpe enérgicamente: “Dejaos ya de tonterías y traed el fibro, lo intubaremos con el fibro... Además está ventilando muy bien. Podemos esperar el tiempo que haga falta, no os pongáis nerviosos”.

Carmen, la enfermera, adopta una expresión de gran incomodidad en su cara (parece ser que el fibroscopio es un aparato no recomendable en casos de urgencia porque precisa mucha preparación antes de su uso; además es una técnica nueva en el hospital y todavía no están muy familiarizados con ella). Sale del quirófano y empieza a sacar cosas de un armario de preanestesia, se acerca otra enfermera y Carmen le pide ayuda, pero ella dice que no puede porque también hay complicaciones en su quirófano.

Alguien ha avisado a Germán, el sanitario, y éste llega ya con el fibroscopio, un aparato enorme que se traslada sobre ruedas. Lo introduce en el quirófano. Llega Carmen con un montón de piezas. Ahora en el quirófano hay cuatro anesthesiólogos, la enfermera, el auxiliar y el sanitario. El ambiente es muy tenso. Parece que el paciente está bien y no corre peligro. Después de cada intento de intubación le ponen rápidamente la mascarilla con oxígeno. Lo que puede ocurrir es que, si no consiguen intubarlo, no lo podrán operar. Nadie domina el fibroscopio, pero entre todos lo intentan. El aparato consta de una guía que se introduce junto con el tubo endotraqueal por la garganta del paciente y lleva incorporada una cámara que proyecta una imagen en color en una pantalla. (He de confesar que hubo un momento en que tuve que abandonar mi papel de observadora y colaborar en la situación). Después de varios intentos alguien dice: “Ya está, ya está en su sitio”. Ahora todos parecen más contentos y más tranquilos. Se oyen comentarios como: “Es que tenía una malformación y por eso no se podía ver nada”, “Esto era imposible de ver antes de intubarlo...”

Empieza a salir gente del quirófano y de nuevo se quedan Juan, la enfermera, el auxiliar y el sanitario. Lo recogen todo, sacan el fibroscopio. La enfermera fija el tubo con un esparadrapo y conecta el *BIS* (Índice Biespectral: es un aparato electrónico que sirve para medir el grado de consciencia del paciente, se pega una tira de plástico en la frente y sien del paciente y se conecta a una

pantalla mediante un cable). El anestesiólogo ya ha conectado las tubuladuras del respirador al tubo endotraqueal y comprueba los parámetros del respirador.

Ahora se asoma el cirujano, que pregunta: "¿Ya estáis?" Juan contesta: "Sólo ponerle una vía central y ya está"; y le dice a Carmen, "¿Qué tal lo ves para un *Drum*?" Ella le contesta: "Hoy me tienes hasta las narices, vaya mañana..." (El *Drum* es una vía central que suelen poner las enfermeras, se introduce por una vena gruesa del brazo y llega hasta la aurícula derecha del corazón) "Lo voy a mirar, pero si no puedo, le pones tú una yugular" (vía central que se pone en el cuello, esta técnica la suelen hacer solo los anestesiólogos). La enfermera va preparando todo el material, se pone guantes estériles, pincha al paciente y dice: "Has tenido suerte, Juan, lo he cogido a la primera, te libras de ponerle una yugular". El anestesiólogo gira la cabeza del paciente mientras ella va dando vueltas a una especie de ruedecilla junto a una enorme aguja clavada en el brazo del paciente, esto hace que se introduzca el catéter, un tubo pequeño de plástico. Una vez ha terminado, la enfermera fija esta vía con esparadrapo, comprueba que refluya sangre y conecta con alargaderas de plástico unas grandes jeringas introducidas en una bomba de perfusión.

Juan ahora le está introduciendo al paciente una sonda nasogástrica por la nariz —una especie de tubo que llega hasta el estómago— y le dice a Carmen: "¿Puedes comprobarlo?" Ella conecta el aspirador y con una sonda aspira por el interior del tubo. Al momento sale un líquido verde (contenido gástrico) y fija la sonda nasogástrica con un esparadrapo a la nariz del paciente. Juan se asoma fuera del quirófano y ve a la enfermera instrumentista. Le avisa de que ya pueden empezar. En el interior del quirófano se empieza a escuchar música. Puedo ver un reproductor de música conectado a unos altavoces que está sobre una pequeña mesa auxiliar, lo debe de haber conectado el auxiliar de quirófano porque es quien está más cerca. Él está preparando material quirúrgico embolsado sobre una mesa. Al instante llega la instrumentista con las manos y brazos mojados y goteando. El auxiliar le ofrece una tela estéril para que se seque. Llega también Rossi, uno de los cirujanos. Todos le llaman por el apellido. Es nuevo aquí. Dicen que ha venido de Estados Unidos, aunque es de origen italiano. Rossi dice: "Cuando queráis giramos al paciente". Habla con un acento muy extraño, parece

una mezcla de inglés, italiano y español. Juan dice: “Es el lado derecho si no me equivoco, así que lo giraremos hacia allá”.

El cuerpo del paciente está completamente desnudo. Juan le sujeta la cabeza y el tubo, Carmen el brazo, vigilando las vías endovenosas. El cirujano, el auxiliar y el sanitario giran al paciente. Juan dice: “Cuidado con el hombro, tiene que estar más bajo... y este brazo está en mala posición”. Carmen dice: “Germán, trae siliconas para los brazos”. Rossi dice: “Lo necesito mucho más hacia mí”. El sanitario y el auxiliar van obedeciendo órdenes, parece difícil contentar a todos.

El anestesiólogo vigila que la posición del paciente sea la correcta para que no se produzcan luxaciones ni lesiones de cintura hacia arriba durante la cirugía. Además, vigila también que haya un fácil acceso a las vías endovenosas para poder administrar medicación cuando sea necesario.

El cirujano quiere la mejor posición para realizar cómodamente la cirugía. En estos momentos el paciente parece un cuerpo sin identidad, un riñón que hay que sacar para el equipo de cirugía, y unas constantes vitales que mantener, para el equipo de anestesia. La enfermera cierra los ojos al paciente con unas gasas mojadas. Entre el sanitario y el auxiliar acoplan piezas a la camilla, montan y desmontan pequeñas partes. Con un mando a distancia van moviendo zonas de la camilla hasta contentar tanto al cirujano como al anestesiólogo.

El cuerpo del paciente está ahora girado sobre su lado izquierdo con ambos brazos estirados en horizontal en el mismo sentido. El cirujano sale a lavarse y al momento llega otro cirujano ayudante y un residente, ambos con las manos y brazos mojados y goteando. Al poco llega también el otro cirujano. Todos se secan con tallas estériles que el auxiliar les ha dejado preparadas. A continuación, se ponen batas estériles con la ayuda del auxiliar. Se colocan los guantes estériles y empiezan a montar el campo estéril sobre el paciente. Se trata de colocar tallas alrededor de toda la zona quirúrgica. Nadie que no esté estéril podrá tocar ahí, ni tan siquiera acercarse. El auxiliar fija el campo con la ayuda de unos largos aparatos de hierro. Los cirujanos cogen el material estéril que está preparado sobre una mesa. El residente empieza a colocarle una sonda vesical (catéter que se introduce por la uretra y llega hasta la vejiga urinaria). Rossi con unas pinzas o *cocher* pasa unas gasas empapadas en yodo por toda la zona quirúrgica. Ahora

todo el cuerpo del paciente está cubierto con tallas estériles, menos en la zona que van a intervenir.

Los dos cirujanos, Rossi y Fernando empiezan a hacer pequeñas incisiones en el abdomen del paciente con el bisturí e introducen los trócares (unos tubos de unos tres centímetros de diámetro) por esas incisiones. En el interior de los trócares se acoplan otros tubos, uno de ellos lleva incorporada una cámara de vídeo que proyecta la imagen a todo color de las vísceras del paciente sobre una gran pantalla. Además, también lleva acoplado un dispositivo insuflador de dióxido de carbono que provoca el neumoperitoneo, es decir, llena de gas la zona peritoneal para que las vísceras se separen y puedan ser visualizadas correctamente en la pantalla.

En los otros dos tubos van acoplando instrumentos, unos sirven para cortar, otros para separar, otros para coagular, para suturar... los van cambiando según la necesidad. Rossi pide que apaguen las luces y Mario, el auxiliar, las apaga. Todo queda en penumbra. Resalta muchísimo la gran pantalla en la que se ven los órganos del paciente, la pantalla del monitor de anestesia con líneas y números de distintos colores que se mueven de vez en cuando y la pantalla del respirador con otro tipo de líneas y números también de colores. Ahora, Vázquez, el médico residente, después de colocar la sonda vesical, solo mira lo que hacen los cirujanos. La enfermera instrumentista les ofrece lo que necesitan en cada momento casi sin necesidad de que ellos lo pidan. El auxiliar desembolsa en la mesa estéril el material que le pide la instrumentista. Nadie mira el cuerpo del paciente. Todos miran hacia la pantalla mientras los cirujanos van moviendo los tubos despacio. Las imágenes cambian según mueven el trócar que lleva la cámara incorporada. Rossi es quien dirige, le habla en tono bajo a Fernando: “Aquí está la arteria... sigue por aquí... ¿lo ves? aquí está el riñón... separa aquí...” Un silencio y Rossi dice: “El próximo fin de semana llega mi suegra a casa, qué horror” y Fernando contesta: “pues yo aún estoy peor que tú porque tengo guardia”. Rossi responde: “pues yo hago tu guardia si te quedas con mi suegra”. Fernando dice: “yo prefiero mi suegra que la guardia, pero no tu suegra...” El ambiente es alegre y tranquilo. Los dos cirujanos charlan amistosamente. El residente no hace nada, a veces participa en la conversación, pero parece que está más pendiente de lo que pasa en la imagen de la pantalla. La instrumentista sigue

dando a los cirujanos material cuando es necesario sin que ellos lo pidan. El auxiliar se mueve de un lado a otro, parece que lo supervisa todo. El anesthesiólogo está sentado al lado de la cabeza del paciente y hojea una revista. Él no participa de la conversación. Lo cierto es que no resulta fácil reconocer quién es cada uno porque todos están vestidos exactamente igual con los rostros cubiertos por mascarillas. La enfermera de anestesia ya ha salido del quirófano. Se oye la música del reproductor, se oyen los ruidos del respirador y los del monitor cada vez que éste último le toma una tensión al paciente o si suena alguna alarma, a la que Juan parece no hacer caso. Se oye la conversación relajada de los cirujanos.

El paciente está completamente cubierto por tallas estériles, no se le ve la cara, ni tan solo la cabeza, solo está descubierta la zona de la intervención y un poco los brazos donde lleva las vías endovenosas. A veces el anesthesiólogo mira la pantalla del monitor, se levanta, coge una jeringa ya cargada con medicación y se la administra por una de las vías, después vuelve a sentarse y sigue mirando la revista.

Parece como si el cuerpo del paciente estuviera dividido en dos mitades, hacia abajo pertenece al equipo de cirugía y hacia arriba al equipo de anestesia. El espacio del quirófano parece también igualmente dividido; desde la entrada hasta aproximadamente la mitad del quirófano pertenece al equipo de anestesia, ahí está el respirador, el monitor, el carro de anestesia y el carro de material auxiliar. Ni los cirujanos, ni la instrumentista, ni el auxiliar conocen el funcionamiento del respirador. Ni saben con certeza el tipo de material que hay en esa zona. Lo mismo ocurre con la otra mitad del quirófano, desde el centro hasta el final, pertenece al equipo de cirugía y ahí se encuentra la torre quirúrgica con el monitor de vídeo, la fuente de luz, la cámara, el insuflador de dióxido de carbono y el bisturí. Todo un bloque de aparatos incorporados en una torre junto a la camilla del paciente. Una mesa con el material estéril y otra mesa auxiliar con material embolsado, un carro con material accesorio, un megoscopio, un gran reloj pegado a la pared y un ordenador que solo utilizan el auxiliar y las instrumentistas. El equipo de anestesia tampoco conoce el funcionamiento, ni exactamente el material que se encuentra en esa zona. Si el anesthesiólogo o la enfermera de anestesia cruzan esa barrera simbólica y entran en el espacio contrario, son observados detenidamente. Existe una actitud expectante hacia

ellos por parte del equipo de cirugía; es como si estuvieran al acecho, y lo mismo ocurre al revés. Si observamos más detenidamente, podemos llegar a apreciar hasta cierta rivalidad o cierto distanciamiento en el trato personal entre ambos equipos de profesionales. El anestesiólogo rara vez charla amistosamente con el cirujano y las enfermeras de anestesia apenas si se relacionan con las instrumentistas...

Si ahora hiciéramos una fotografía del quirófano, destacaríamos un cuerpo cubierto, sin identidad. Un equipo de cirujanos vestidos con uniforme, enmascarados, cuyas miradas confluyen hacia una pantalla. El anestesiólogo sentado un poco aparte y su mirada dirigida hacia el monitor. Un entorno repleto de artilugios y aparatos electrónicos muy complejos...

Me centro de nuevo en lo que está pasando ahora. Rossi dice con cierto tono irónico y sin dejar de mirar la pantalla: “¿A alguien se le ha ocurrido mirar la analítica de este paciente antes de empezar la intervención?” Juan parece que se siente aludido y responde enseguida: “Estaba todo bien, ¿por qué lo preguntas?” “Porque ahora no para de sangrar” —contesta, mientras sigue moviendo lentamente los trócares y mirando la pantalla—. “Tenía una hemoglobina de 130” —dice Juan—. “No es la hemoglobina lo que me preocupa, es la coagulación, ¿le pediste pruebas de coagulación?” —dice Rossi—. “A todos se les piden pruebas de coagulación antes de operarse y las de este hombre eran normales...” Mientras dice esto, Juan se levanta y coge la historia del paciente que está en un lado del carro de anestesia, la abre, pasa las páginas, hace un gesto afirmativo con el rostro y dice: “Es perfectamente normal, ¿qué te pasa Rossi?” —“Que todo lo que toco sangra, debe tener un problema en la coagulación, ¿de cuándo es esa analítica?” “De hace un mes y medio” —responde Juan—. “En un mes y medio pueden haber pasado muchas cosas...” —continúa Rossi—, y Juan dice en tono defensivo: “El protocolo estipula hasta seis meses de margen para las analíticas antes de operarse”. Rossi dice en tono bajo: “El protocolo, el protocolo...”. Guarda silencio y vuelve a decir: “Deberás pedirle un par de bolsas de plasma a este buen hombre”. Juan contesta: “Primero debo pedirle otras pruebas de coagulación”. Rossi continúa en tono enfadado: “A ver, si está sangrando, creo que lo más importante ahora va a ser el plasma”. “Pues resulta que si no le pido ahora unas pruebas de coagulación, el hematólogo no me da el

plasma” —contesta Juan con tono irritado— y sigue diciendo con cierta ironía: “Lo que sí se le pueden pasar ahora son todos los concentrados de hematíes que quieras”. Rossi continúa con el mismo tono enfadado: “Lo que necesito ahora es plasma”. Transcurren unos segundos y dice en tono más suave: “Ponle en todo caso la vasopresina o algo para coagular...” Juan dice: “le voy a poner vitamina K y vasopresina, le voy a hacer pruebas de coagulación y con el resultado le pediré el plasma”. “Está bien” —dice Rossi—.

Juan sale del quirófano y le dice en tono suave a la primera enfermera que ve: “¿Le puedes hacer unas pruebas de coagulación aquí, a la nefrec?” —la enfermera parece que tiene prisa y le contesta: “ah no, yo estoy en el cuatro y tenemos problemas, los tubos están ahí, el de coagulación es el verde...” La enfermera dice esto mientras va caminando en dirección al quirófano cuatro. Juan coge el tubo que le ha dicho y se pone a buscar la medicación. Lo cierto es que en general aquí los anesthesiólogos están acostumbrados a que esto lo hagan las enfermeras y prácticamente no saben dónde están las cosas. La mayoría solucionan un caso así llamando a voces a una enfermera, o dirigiéndose directamente a la supervisora, pero Juan parece que es de los más “prudentes” e intenta solucionarlo él mismo. En este momento yo cojo la vasopresina que está en la nevera de preanestesia y la vitamina K que está en la sala de reanimación y se las doy a Juan. Enseguida vuelvo a adoptar mi papel de observadora. Él carga la medicación en un suero, la lleva al quirófano y se la conecta al paciente por una de las vías endovenosas. A continuación, levanta con cuidado la talla que cubre un brazo, le coloca un *smarch* en el brazo al paciente y le pincha las pruebas de coagulación. Lo cierto es que así, casi sin luz, parece todo un reto pinchar a un paciente..., al tubo de sangre que había llenado le pone una etiqueta y rellena un papel de petición de analítica. Sale nuevamente del quirófano con la sangre y la hoja de petición. Ve a Carmen y le pregunta si se lo puede enviar. Ella acaba de rellenar la petición y se lleva la sangre junto con la petición para enviarlas.

Juan entra de nuevo en el quirófano y Rossi le dice con tono mucho más suave: “Tampoco le vendrían mal un par de concentrados de hematíes a este hombre. Pídeselos, por favor”. Juan no contesta, se asoma hacia fuera del quirófano buscando alguna enfermera, pero no hay ninguna. Se queda cerca de la puerta mirando de vez en cuando, ve pasar a Marta y le dice que si le puede pedir

dos concentrados de hematíes. Ella entra en el quirófano, coge una etiqueta del paciente que está dentro de su historia y le responde: “Ahora te lo pido”.

Al cabo de diez minutos, Marta regresa con dos bolsas de sangre y un aparato conectado a un palo largo con ruedas. Es un calentador de sangre. Marta se saca un aparatito del bolsillo, destapa con cuidado una mano del paciente y le pincha en un dedo. Recoge una pequeña muestra de sangre en un papel especial que ha traído junto con las bolsas y hace la comprobación del grupo sanguíneo. Vierte unos tubos diminutos con un líquido sobre la sangre del papel. A continuación, escribe en el papel y después conecta la sangre al calentador con un equipo de suero. Enchufa el calentador en uno de los enchufes de la pared y lo acerca al paciente. Le pregunta a Juan, “¿Por dónde quieres que se lo ponga?” Juan está sentado escribiendo en sus hojas de anestesia y le dice: “Pásaselo por el *Drum*, pero seguramente tendrás que ponerle una llave más, míralo a ver...” Marta hace un gesto de rabia y abre un cajón del carro de anestesia. Sacar un pequeño aparatito de plástico que va dentro de una bolsa, es una llave de tres vías. La conecta al equipo de sangre, cierra los sueros y la conecta en el *Drum*. Vuelve a abrir los sueros. Mientras, Juan sigue escribiendo. Él no ha levantado ni una sola vez la mirada para ver lo que hace Marta. Entonces se oye una especie de pitido que proviene del calentador de sangre, “¿Qué pasa?” —dice Juan—. “No es nada —responde Marta mientras desenchufa el calentador—. Es que se calienta demasiado, pero se desenchufa y ya está”. “Pero entonces no se calentará la sangre” —responde Juan—. “Sí se calienta. toca el cable de la sangre, ¿a qué está caliente?” Juan lo toca y dice: “Sí, pero ¿por qué no lo arregláis?” “Ya hemos hecho la orden de trabajo, pero nunca vienen a arreglarlo” —responde Marta—.

Juan sigue escribiendo en sus hojas. Marta ya ha conectado la sangre al calentador y al paciente y sale del quirófano.

Los dos cirujanos siguen moviendo con cuidado los trócares que están introducidos en el abdomen del paciente mientras miran la pantalla. El residente está de pie junto a ellos; sólo mira la pantalla. La instrumentista mira la pantalla de vez en cuando y otras veces mira los instrumentos que va a ofrecer. Mario, el auxiliar, está aparte, en una esquina del quirófano mirando también la pantalla. Rossi pregunta: “¿Qué tensión tenemos?” Juan contesta: “90/62”. Rossi dice: “No para de sangrar, me preocupa este hombre... ¿cuánto van a tardar las pruebas de

coagulación?” –Juan responde: “todavía no estarán, ahora iré a mirarlo...” Cuando acaba de escribir en las hojas, sale del quirófano con una etiqueta del paciente y consulta en uno de los ordenadores de preanestesia. Hace un gesto de negación con la cara, mira alrededor, no hay ninguna enfermera, entonces se dirige al teléfono que está justo enfrente de la puerta del quirófano, en la zona de lavado de manos, y llama al laboratorio para reclamar el resultado de la analítica. Después vuelve a entrar al quirófano, mira hacia la bolsa de sangre y ve que se ha terminado. La desconecta.

Han pasado unas dos horas desde que los cirujanos hicieron las primeras incisiones al paciente y ahora Rossi dice: “Vamos a sacar la pieza, ¿sabes algo de la coagulación, Juan?” “Acabo de reclamar al laboratorio, en diez minutos tendremos el resultado” –responde–.

Transcurridos unos minutos Juan se dirige de nuevo al ordenador de preanestesia y consulta los datos de la analítica, parece que ahora sí ha llegado ya el resultado. Lo mira detenidamente y regresa al quirófano. Dice en voz alta: “La coagulación de este hombre está bien, acabo de mirar el resultado”. Nadie contesta. Después de unos minutos Rossi le dice a Fernando: “Vamos a sacar la pieza”. Hace una nueva incisión de unos cuatro centímetros con el bisturí. Después la instrumentista le ofrece el bisturí eléctrico y profundiza traspasando la zona muscular. En este momento se desprende un olor como si algo se quemara. Proviene del bisturí, que corta y coagula a la vez. Ahora la enfermera le da una especie de bolsa de plástico transparente muy doblada. Rossi la coge y la introduce con las pinzas en el interior de esta nueva incisión, sigue introduciéndola hasta llegar al riñón; mientras, todos miran la pantalla. Cuando la bolsa llega al riñón se despliega y lo envuelve como atrapando a una mariposa. Entonces Rossi tira con fuerza de unos hilos unidos a la bolsa que durante todo el tiempo han permanecido fuera del punto de incisión. El riñón ahora queda completamente comprimido y atrapado en la bolsa. Rossi tira y saca el riñón comprimido dentro de la bolsa. Se lo da a la instrumentista y ella lo deja en un extremo de la mesa de instrumentación. Al momento el auxiliar lo coge, le pone una etiqueta del paciente y lo envía al departamento de anatomía patológica para que lo examinen.

Rossi dice: “Me sigue preocupando el sangrado de este hombre...”. Ahora extrae uno de los trócares y aprovecha la incisión para introducir un drenaje al que le llaman “Redón”. Es un tubo de plástico conectado a una especie de recipiente con vacío de aire que sirve para recoger, una vez realizada la cirugía, restos de sangre y linfa del paciente.

Rossi dice: “Estamos terminando, vamos a cerrar”. Después de unos minutos Vázquez, el médico residente, dice: “Yo haré las suturas”. Los cirujanos retiran los trócares. La enfermera coloca unas gasas sobre las heridas. Ellos se apartan y se quitan los guantes y la mascarilla. Fernando dice en tono alegre: “Gracias a todos, adiós, chicos” y sale del quirófano. Rossi no se marcha, se queda en un extremo con gesto pensativo. Vázquez coge una aguja curva con hilo negro incorporado que le ha dado la instrumentista y empieza a coser los orificios de los trócares. El auxiliar enciende las luces del quirófano. Juan empieza a quitar las tallas que están sobre su zona (cabeza, pecho y brazos). El auxiliar desmonta aparatos de la camilla y, después de unos minutos, Vázquez le dice a la instrumentista: “Ya he terminado. Cuando quieras puedes tapar”. Se quita los guantes y se queda hablando en tono bajo con Rossi. Después sale del quirófano.

Con ayuda del auxiliar, la instrumentista limpia con gasas la zona quirúrgica del paciente y tapa con apósitos las incisiones ya suturadas de los trócares. Después mira a Juan que está sentado escribiendo y le dice: “Cuando quieras ya se puede girar”. Juan deja los papeles que escribía y sale del quirófano. Se encuentra en preanestesia a Guillermo, un sanitario, que está hablando con Marta y Sandra, dos enfermeras. Se acerca al grupo y dice con una mueca graciosa y un cierto tono humorístico: “Ya hemos terminado con la nefrec, ¿seríais tan amables de ayudar a girar al paciente? Vamos a salir”. Marta sonríe y dice: “Porque eres tú, Juan, vamos a girarlo” Guillermo añade: “Si nos lo pides así...” los tres se dirigen al quirófano. Rossi sigue pensativo mirando el Redón del paciente. Paula, la instrumentista, está en su mesa ordenando y recogiendo instrumentos. Rossi sale del quirófano. El auxiliar quita el resto de las tallas que cubrían al paciente y dice: “Cuando queráis”. Marta desconecta las bombas de perfusión de anestesia. Juan sujeta la cabeza y el tubo endotraqueal, Marta el brazo con las vías endovenosas, y entre Guillermo y Mario, el auxiliar, giran al paciente, hasta dejarlo en decúbito supino en la camilla.

Juan destapa los ojos del paciente, se los abre por un momento y exclama: “¡Uf! Hay para rato”. Marta está comprobando que funcionen bien las vías endovenosas y le dice: “Siempre puedes echar mano de la Prostig”. Juan responde: “Pues sí, prefiero eso que sacarlo con tubo. Prepara cuatro Prostigminas y una Atropina, y le pones la mitad”. La Prostigmina es un fármaco que se utiliza para revertir la anestesia. Marta se acerca al carro de anestesia, coge las cinco ampollas y las carga en una jeringa; después le introduce al paciente la mitad de la jeringa por una de las vías. Al poco rato el paciente empieza a mover la cabeza y a hacer intentos de toser sin llegar a lograrlo.

Juan mira el monitor y los parámetros y curvas del respirador. A continuación, mira la pantalla del *BIS*, que marca 70 (100 se consideraría despierto y 40 dormido). Le dice a Marta: “Lo vamos a extubar ya”. Y al paciente: “Felipe, le vamos a sacar este tubo que lleva en la boca”. Marta conecta una sonda al equipo de aspiración. Juan la coge, la introduce en la boca del paciente y aspira las secreciones. El paciente sigue haciendo intentos de toser. Parece una situación extremadamente incómoda para él. A continuación, Marta introduce una jeringa por una pequeña cavidad del tubo endotraqueal y aspira. Está deshinchando una especie de globo alojado en la garganta del paciente que sirve para fijar el tubo. Juan retira el esparadrapo y saca el tubo de la boca del paciente. Se lo da a Marta y ella lo tira a un contenedor de residuos. Enseguida le apoya en la boca y nariz una mascarilla conectada al oxígeno mientras le levanta la mandíbula con la misma mano. El paciente intenta mover la cabeza, pero Juan la sujeta con la otra mano. Felipe no para de emitir sonidos de queja y de incomodidad, Juan le dice a Marta: “Ponle tres de Morfina”. Marta sale a buscar la Morfina al armario de psicotropos que hay en la sala de preanestesia. Lo prepara y se lo administra al paciente por una de las vías. Después coge una talla no estéril y cubre el cuerpo desnudo.

El auxiliar está recogiendo cosas en el quirófano y el sanitario está apoyado esperando. La instrumentista hace ya un rato que salió. Ahora se asoma Rossi y le pregunta a Juan: “¿Cómo está?”. Él responde mirando hacia el monitor y dice: “Bien, la tensión un poco baja, pero ahora le paso un Voluvén”. Rossi se marcha y Marta prepara el Voluvén.

Mientras sujeta la mascarilla y cabeza del paciente, Juan dice: “Quita el fisiológico y se lo pasas por ahí. Se nota que Rossi es nuevo en la casa. Cuando lleve un poco más de tiempo seguro que no se preocupará tanto”. “Sí, la verdad es que es un poco raro este hombre” —continúa Marta—. Después Juan la mira y dice: “Saldremos dentro de cinco minutos”. Ella coge la historia clínica del paciente y se va a la sala de Reanimación. Cuando llega les dice a las compañeras: “Salimos ahora con la Nefrec, viene extubado. Ha sangrado, pero le hemos pasado ya un concentrado en el quirófano. Está bien. Rossi está todo preocupado, pero ya sabéis cómo es...”

Laura, que es la enfermera que ahora se encargará de este paciente, hace un gesto cómico con la cara, como desdramatizando la situación, y empieza a preparar el box para recibir al enfermo. A continuación, el sanitario viene a buscar la cama, se la lleva y la deja en la zona de transferencias. Luego se dirige al quirófano. Juan le dice: “Ya puedes traer el *transfer* (aparato con ruedas)”. Marta, que ha llegado hace un momento, empieza a desmonitorizar al paciente, él mueve las manos y el auxiliar le estira los brazos acercándolos al cuerpo y le coloca una correa verde alrededor, de manera que no los pueda mover. Parece que intenta hablar, pero no se entiende lo que dice y además nadie le presta atención. Le despegan la cinta de la frente que estaba conectada al *BIS*. Juan deja la mascarilla de oxígeno sobre la mesa del respirador y sale del quirófano. Mario sube el Redón y la bolsa de diuresis conectada a la sonda vesical, que cuelgan de la camilla, junto a las piernas del paciente.

El sanitario ha introducido el *transfer* debajo de la camilla. Tira de ésta y la dirige junto con el paciente en dirección a la zona de transferencias. Ahora podemos ver al paciente cubierto por una talla, la bolsa de diuresis y el drenaje encima de sus piernas, dos palos de suero uno a cada lado de su cabeza acoplados a la camilla de los que cuelgan cuatro sueros distintos, unidos mediante un cable cada uno a las vías endovenosas de los brazos, la sonda nasogástrica que le sale de la nariz conectada a una bolsa que se apoya al lado de su cabeza.

El paciente hace gestos de gran incomodidad con su cara, pero nadie le da importancia a eso. Lo consideran completamente normal. Ahora tiene los ojos cerrados; el sanitario camina delante dirigiendo la camilla, agarrándola por uno de los palos de suero. En la parte de atrás, el auxiliar camina sujetando la camilla

por un extremo y la enfermera camina al otro lado sin sujetar nada y sin llevar nada, solo acompañando. Caminan despacio, parece todo un ritual de acompañamiento.

Cuando llegan a la zona de transferencias, cada uno conoce bien la posición que debe tomar; en la cabeza del paciente se pone el anestesiólogo, que ahora acaba de llegar, en la zona de los pies se pone la enfermera, a un lado del paciente se pone el auxiliar y al otro lado el sanitario. La cama de Reanimación está justo al lado y se trata de pasar al paciente de la camilla a la cama. El auxiliar coge una tabla rígida cubierta por una tela deslizable (a la que también llaman *transfer*) y la coloca por debajo del paciente con la ayuda del sanitario. El anestesiólogo levanta la cabeza del paciente. Enfrente está la enfermera que le levanta los pies. A ambos lados del paciente están el sanitario y el auxiliar. Entre el auxiliar y el paciente está la cama de Reanimación. Cada uno por su lado sujeta la sábana que está debajo del paciente, alguien dice: uno, dos, tres, y en ese momento trasladan al paciente de la camilla a la cama, pasan los sueros a los palos de la cama, recolocan todas las bolsas del paciente y continúan la marcha de acompañamiento hasta llegar al box de Reanimación.

Allí les está esperando Laura, la otra enfermera, que tiene ya encendido el monitor y una mascarilla de oxígeno conectada a la toma que hay en la pared. Dejan la cama en el sitio correspondiente y Laura coloca rápidamente la mascarilla al paciente, abre el oxígeno y empieza a monitorizarlo. Todos parecen querer colaborar. Casi todos hablan a la vez. El auxiliar intenta explicar a Laura la parte que le corresponde a él. Debe explicarle todo lo relacionado con la cirugía, drenajes y sonda vesical.

Marta explica la parte de anestesia, las vías que lleva el paciente, la medicación que le han puesto... Todos hablan y actúan, todos parecen ahora tener prisa, intentan ayudar a monitorizarlo, a veces descoordinadamente. Marta sale a buscar una manta de aire caliente. Enseguida regresa. Se la ponen entre todos al paciente, la conectan a la estufa eléctrica y la enchufan a la pared. El paciente intenta hablar y no para de moverse, nadie le escucha, está temblando. Laura le regaña y le dice que se esté quieto.

Todos van abandonando el lugar menos Laura. Se le acerca Juan y le deja sus papeles de anestesia, que ha estado rellenando durante toda la cirugía, sobre

una pequeña mesa acoplada a la cama del paciente. Mira un momento el monitor y dice: “Ha ido bien. Rossi estaba preocupado por la coagulación, pero está bien”, y se marcha.

El paciente tiene los ojos entreabiertos. Habla, pero no se entiende lo que dice. No parece consciente del todo. Además, lleva la mascarilla que le tapa la boca. Ahora parece que se está levantando. Laura lo ve y exclama: “Vaya con el hombre este, a ver cómo se llama...” Mira los papeles que están sobre la mesa y dice con tono enérgico: “Felipe, pero ¿qué está haciendo?” Le empuja con los brazos, lo vuelve a recostar, y le dice con tono enfadado: “¿Es que no sabe que lo acaban de operar? Si se sigue moviendo así se va a hacer mucho daño, estese quieto de una vez”.

El paciente intenta hablar y continúa haciendo esfuerzos para levantarse. En ese momento se asoma Noa, la anestesióloga que está de guardia y mira los papeles sobre la mesa. Laura la ve y mientras está sujetando con fuerza al paciente, le dice: “Hay que ponerle algo a este hombre, ¿no ves cómo está? No me deja hacer nada...” Noa le contesta: “Ponle uno de Midazolam” “¿Uno? — responde Laura toda exaltada— como mínimo dos o tres, ¿es que no ves lo grande que es este hombre?” Noa le dice en tono amistoso: “Pues ponle lo que quieras... Te pido una analítica para dentro de una hora y una placa de comprobación del *Drum*”. Mientras, Noa se ha sentado delante de uno de los ordenadores del control de enfermería y está haciendo las peticiones.

Luisa, otra enfermera del departamento se acerca a Laura y le pregunta si necesita ayuda. Laura le responde: “Pues, si puedes, aguántalo mientras yo cargo la medicación”. Luisa se acerca al paciente y le dice en tono apacible: “Felipe, ¿qué le pasa?” Ella retira un poco la mascarilla de su boca para poder entenderle y él contesta con un tono de voz adormilado: “Quiero ir al lavabo”. Ella se acerca a su oído y le dice con voz suave: “Verá, es que lleva una sonda y por ahí le está saliendo la orina, no hace falta que vaya al lavabo... Además, lo acaban de operar y no se puede levantar. Lo que ocurre es que la sonda produce una sensación de ganas de orinar y para eso le vamos a poner ahora un calmante, relájese que ha salido muy bien la operación”.

Luisa acaricia suavemente la cabeza del paciente y Laura se acerca y le inyecta la medicación por una de las vías. Luisa le dice en tono bajo a Laura: “Este

hombre necesita una Buscapina, porque es la sonda lo que le molesta”. Laura se marcha y le dice a Noa: “Le voy a poner una Buscapina porque le molesta la sonda”. Noa hace un gesto afirmativo con el rostro mientras mira atentamente la pantalla del ordenador.

En ese momento llega Rossi y rápidamente va a mirar el drenaje del paciente, mira las hojas escritas en la mesa, mira el monitor y le pregunta a Luisa: “¿Cómo está?” Luisa responde: “No lo llevo yo, lo lleva Laura, pero creo que está bien. Pregúntale a ella, que ahora viene”.

El paciente parece ahora mucho más tranquilo, Luisa se va y llega Laura con la medicación. Mientras se la pone al paciente le dice a Rossi: “El drenaje no da casi nada, la orina es clara, y ya ves las constantes. El hombre está bien. Creo que os habéis alarmado demasiado, dentro de una hora le vamos a sacar otra analítica”. Él se queda un momento pensativo, se gira y le dice a Noa: “¿Me podrás avisar cuando tengas el resultado de la analítica?” Ella no aparta la mirada de la pantalla y dice con tono bajo e indiferente: “Vale”. Rossi se va caminando despacio con la misma mirada pensativa. Después Noa dice en voz alta: “Pero ¿qué se ha creído el hombre éste, que yo voy a ir detrás de él para decirle el resultado...? Que venga él a preguntármelo si le interesa”. Laura dice: “Pues claro que sí, a estos nuevos hay que ponerlos a raya desde el principio, luego, ya sabes Noa lo que cuesta...” Noa se levanta y les dice a Laura y Luisa: “Me voy a la habitación, voy a intentar dormir un poco, que esta noche he dormido mal..., si preguntan para traer a los familiares les decís que no informo a nadie, que han salido hace poco, ¿vale?”. Las dos enfermeras hacen un gesto afirmativo con la cara y Laura dice cariñosamente: “Vete tranquila, te dejaremos dormir, anda Noa, descansa”.

El paciente ahora se ha quedado dormido. Laura empieza a escribir sobre la mesa acoplada a su cama. Luisa está en el box contiguo atendiendo a su paciente. De vez en cuando suena alguna alarma del monitor, pero Laura la apaga sin darle mayor importancia. Al fondo se oye hablar a las enfermeras que están en la zona de Despertar, también se oye un murmullo de voces que proviene del despacho de anestesia. Ahora el ambiente parece tranquilo.

Extrañamiento

Finalizada la descripción de la escena quiero destacar que, en el quirófano, tal y como hemos visto, se operan cuerpos *de-agencializados*, cuerpos cubiertos por tallas estériles, de los que sólo puede verse la pequeña zona que se va a intervenir. En ese momento el cirujano se concentra en el órgano que va a operar, dejando a un lado el sexo, la edad, la biografía, el entorno social y cultural del paciente. Aparece lo que podríamos llamar una depuración *oligóptica* del objeto de intervención. Y es que no podría ser de otra manera: para que la cirugía se pueda llevar a cabo con éxito se precisa de esa concentración por parte de los profesionales. Se precisa de esa estructura empírica de la acción técnica.

Además, el bloque quirúrgico es un espacio frío, impersonal. Los profesionales tienen prisa y es un espacio que se asemeja al *no lugar* de Marc Augé: “El espacio de la sobremodernidad [...] sólo tiene que ver con individuos (clientes, pasajeros, usuarios, oyentes) pero éstos no están identificados, socializados ni localizados (nombre, profesión, lugar de nacimiento, domicilio) más que a la entrada y a la salida. El juego de lo social parece desarrollarse fuera de los puestos de avance de la contemporaneidad” (Augé, 1992:114). Nuestra época se caracteriza por esos espacios institucionales impersonales y burocratizados, de los cuales forman parte, sin duda, el hospital y, ejemplarmente, el bloque quirúrgico.

En el bloque quirúrgico el paciente pasa la mayor parte de su tiempo anestesiado y los trabajadores del departamento no pueden interactuar con él. Éstos se preocupan básicamente por la cirugía, que se realice correctamente y que el cuerpo del paciente se mantenga hemodinámicamente estable. Se trata de un entorno hipertecnológico, donde no hay más remedio que reducir el ser humano a un objeto, a un cuerpo solo provisto de actividad bioquímica, a fin de poder llevar a cabo la cirugía de manera exitosa. En estas circunstancias se hace difícil poner en práctica el “modelo antropológico”, *humanizante, retotalizante*. Se hace difícil mantener una visión holística del paciente mientras está siendo operado y ver algo más que el órgano que se está reparando, ya que no hay interacción posible con un paciente bajo los efectos de la anestesia.

Al final de la cirugía, el enfermo despierta, normalmente está agitado, no obedece a órdenes y se encuentra en una situación liminal que le impide la comprensión verbal. Algunos intentan levantarse de la camilla o arrancarse los catéteres y dispositivos que les han sido conectados. En esta situación generalmente se opta por la contención farmacológica (inyectando ansiolíticos o cualquier otro tipo de calmante), o por la contención mecánica (sujetando literalmente al paciente entre dos personas, o con la ayuda de correas y dispositivos de contención). Tampoco se podría aplicar aquí un modelo *repersonalizante, rehumanizante* que abarque una visión global del individuo.

Sí es cierto que, transcurrido un tiempo, el paciente está más despierto y ya dispuesto a interactuar. Igualmente, cuando el enfermo llega inicialmente a la sala de preanestesia está plenamente consciente y dialoga con el personal que le atiende. En ambos casos, suelen ser las enfermeras las que interactúan con los enfermos. Ellas asumen el papel de mediadoras entre el paciente y el cirujano o anestesiólogo, son las que pasan más tiempo con el enfermo y las que actúan de enlace con el resto del sistema. Las enfermeras desarrollan una labor más "humana", más próxima al paciente, posiblemente porque no son médicos, porque su cometido es cuidar, no curar, y porque su posición está más próxima a la periferia del sistema.

Hasta aquí hemos podido observar las dos posiciones, la inconmensurabilidad de los dos órdenes de sentido común en el espacio sanitario y el problema de la comunicabilidad entre ellos. Referente a esto quisiera hacer alusión a un ejemplo de inconmensurabilidad mencionado por Kuhn, dos maneras muy distintas de observar un mismo asunto, que nos puede dar una idea detallada de la complejidad de la cuestión. Kuhn menciona que un físico y un químico pueden tener ideas muy diferentes sobre si un átomo de helio es o no una molécula, ya que ambos profesionales tienen una formación y una práctica muy distinta. Los dos pueden ofrecer buenos argumentos, pero desde paradigmas distintos, inconmensurables (Kuhn, 1962: 171, 172). Roentgen observó que su pantalla brillaba cuando no debía hacerlo, observó una anomalía y posteriormente descubrió los Rayos X. Haciendo referencia a Kuhn, lo que ve una persona "depende tanto de a qué mira como también de qué le ha enseñado a ver su experiencia visual y conceptual previa". "Lavoisier —continúa— vio oxígeno

donde Priestley había visto aire desflogistizado y donde otros no veían nada”. Con esto, al aprender a ver oxígeno, “Lavoisier tenía que cambiar también su visión de otras muchas sustancias más familiares”. Según Kuhn, quienes proponen paradigmas diferentes desarrollan su oficio “en mundos distintos [...] ven cosas distintas, aunque miren desde el mismo lugar y en la misma dirección” (*Ibid.*: 175,180, 259, 266, 311).

Parafraseando a Annemarie Mol: “Los datos no son entidades aisladas que flotan en un vacío homogéneo. Los sentidos sólo perciben lo que tiene sentido para ellos. Y sólo tiene sentido lo que encaja con las percepciones anteriores y con las teorías sobre ellas. La única excepción son algunas anomalías que permanecen en los márgenes hasta que, un día, encajan en un nuevo paradigma” (Mol, 2021: 79).

Deberíamos poder entender las reglas intersubjetivas que dan sentido a las acciones y productos culturales de ambos mundos —el del “modelo antropológico” y el del núcleo tecnosocial del sistema médico, el bloque quirúrgico— y preguntarnos si se podría transitar de manera razonable de una posición a la otra, si podría aparecer un diálogo intercultural entre ambos órdenes. Esto lo examinaré de manera detallada más adelante.

En el siguiente capítulo desarrollaré un repaso histórico que permita una adecuada comprensión de las condiciones socioculturales y sociohistóricas en las que se ha ido configurando el aspecto central de la actual práctica médica. Se trata de comprender las reglas intersubjetivas que han dado sentido a las acciones y a los productos culturales de este modelo, un modelo tan humano como cualquier otro, que consiste en la desubjetivación de la agencia del enfermo reducida a agencia bioquímica.

El propósito es hacer más inteligible la práctica de los seres humanos, sobreponiendo el análisis al enfoque moralizante. El departamento quirúrgico es el núcleo duro del sistema médico y por tanto el núcleo del prototipo *oligóptico-científico/tecnológico*. El modelo antropológico podría aplicarse más bien en las periferias del sistema. No obstante, voy a intentar suprimir algunas rígidas dicotomías y a asumir que los procesos generalmente son híbridos, que el mundo moderno hibrida, que aparece una multidimensionalidad (Latour, 2008). Existen múltiples elementos híbridos que circulan entre los dualismos. Lo interesante es

ver en cada momento precisamente hacia cuál de los extremos se aproximan.
Vamos a analizar esto con más detenimiento en capí

Capítulo 2. El cuerpo como espacio instrumental

Como comentábamos en el capítulo anterior, a lo largo de la historia se han desarrollado una serie de condiciones en las que se ha ido configurando el aspecto central de la actual práctica médica y que ha producido la desubjetivación de la *agencia* del enfermo reducida a *agencia bioquímica*. Se ha desarrollado lo que podríamos denominar *depuración bioquímica* de la *agencia*. Toda la trama de acción sociotécnica en el bloque quirúrgico consiste en transformar a un “ser humano” en un cuerpo solo provisto de actividad bioquímica. Sin duda, algo muy lejano de lo que el “modelo antropológico” entiende como “ser humano”.

En este capítulo voy a efectuar un análisis de este proceso aportando elementos históricos. También prestaré atención a la actual fragmentación del cuerpo que se lleva a cabo en la donación y trasplante de órganos. El hospital donde he desarrollado la investigación es un referente importante. Comenzaré el capítulo aportando la transcripción de una escena en la que se desarrolla todo el proceso de un trasplante renal.

Escena 2. Un trasplante de riñón

El candidato a trasplante que ha sido avisado se deberá dirigir a la unidad de Urgencias del hospital para iniciar todo el proceso. Así que ahora estoy ahí, en Urgencias, pendiente de la pantalla del ordenador para ver cuándo aparece dicho candidato. Actualizo la pantalla y puedo leer el nombre de éste, al lado las iniciales TRR (trasplante renal) y la edad, 55 años. Le llamo por el micrófono para que se dirija a Urgencias. Me asomo y veo entrar a un hombre con cara sonriente. Me acerco y le digo: “Hola Antonio, venga conmigo por favor”. Le llevo al box número 3, que es el que se suele utilizar para los pacientes de nefrología. Le sugiero que

se tumbe en la camilla, compruebo su nombre en la pantalla del ordenador de este box y le digo: “Antonio Soto, ¿verdad?” “Sí, sí” —contesta con voz un tanto nerviosa—. En este momento llega José, mi compañero y le dice: “Bueno Antonio, nosotros somos los enfermeros que le vamos a atender. Por fin llegó el día, ¿no?” Y él responde: “Ya me llamaron otra vez y luego resultó que el riñón no era compatible, no salieron bien las pruebas, así que prefiero no hacerme ilusiones”. “Bueno, pero esta vez seguro que tenemos más suerte...” José introduce su código en el ordenador y empieza a rellenar las casillas correspondientes al estado general del paciente (si está consciente y orientado, si es autónomo, el número de box en el que está). Después viene el apartado de las constantes vitales y para ayudar un poco a mi compañero cojo un monitor y le tomo la tensión y la temperatura al paciente. Mi compañero lo anota y el paciente pregunta: “¿Estoy alto de tensión?” Yo le respondo: “Un poco, pero es lo normal por la situación. Cuando uno está nervioso sube la tensión... no se preocupe”. Mi compañero abre un cajón y saca un papel escrito. Me acerco y veo que es el protocolo que debemos seguir ante un candidato a trasplante. Cuando llega un candidato hay que cumplir con una gran cantidad de requisitos institucionales y tener presentes muchas medidas de prevención del riesgo. Los trabajadores se suelen quejar por el tiempo y el esfuerzo que todo eso implica.

“Bueno Antonio... si vino ya en otra ocasión, seguramente se acordará de que ahora viene el momento en que le tenemos que pinchar para ponerle una vía y sacarle sangre. Es el protocolo” —dice José—. “Pues aquí tenéis este brazo, en el otro no me podéis pinchar porque tengo la fístula de diálisis. No tengo buenas venas” —responde Antonio—. José le coloca el *smarch*. Después golpea suavemente la mano y el brazo a la vez que dice en tono humorístico: “Sí, sí, ya veo que se ha dejado las venas en casa, ivaya, a quién se le ocurre en un día como hoy dejarse las venas!” En el hospital suelen usarse notas de humor para relajar el ambiente y, de alguna manera, incorporar lo doméstico en lo experto haciendo un poco más agradables esos momentos tan tensos, especialmente para el enfermo.

El paciente está acostado en la camilla, mira hacia el techo, parece dispuesto a dejarse hacer cualquier cosa. José me señala el brazo y me dice: “¿Cómo lo ves?” “Yo se la pondría en la mano, ya sabes que en el quirófano nos

gusta pinchar en la mano” —respondo—. “Sí, y luego lo incómodo que es para los pobres pacientes, les dejáis las manos inutilizadas...” —sigue diciendo José, mientras mira sonriendo a Antonio—. Luego añade: “Aunque no hay muchas alternativas... anda, pónsela en la mano, aquí la tienes”. Antonio dice: “Pinchadme donde queráis o donde podáis”. Me acerco y le coloco la vía en la mano (en el arco dorsal) y le digo al paciente: “Esta vía es del calibre suficiente para que no le tengan que volver a pinchar en el quirófano, por lo menos mientras esté despierto”. El paciente hace un gesto de conformidad y resignación con la cara y sigue mirando al techo. José se acerca con un montón de tubos y empieza a llenarlos de sangre acoplando un *vacutainer* a la vía, un tubo de plástico al vacío que permite que lo atraviese una aguja con un leve pinchazo. Unos tubos sirven como analítica preoperatoria y otros se envían a un laboratorio para realizar la prueba del *cross-match*, a fin de comprobar compatibilidades con el riñón del donante.

Después deberemos realizar al paciente un electrocardiograma. Mi compañero acerca el aparato de electros que está sobre una pequeña mesa con ruedas. Empezamos a colocar una especie de pegatinas sobre la piel del paciente, seis en el pecho, dos en la parte inferior de las piernas, cerca de los tobillos y otras dos en las muñecas. Conectamos los cables y José le dice al paciente: “Ahora no se mueva ni hable, tiene que estar muy quieto”. Presiona el botón para accionar el aparato y empieza a salir una tira de papel con las doce derivaciones necesarias para ver el funcionamiento cardíaco. Después José corta el papel, lo dobla, le coloca una etiqueta con los datos del paciente y lo guarda. Yo mientras desconecto los cables, retiro las pegatinas del cuerpo del paciente y recojo el aparato de electros. El paciente permanece acostado, inmóvil, con una mirada expectante. José introduce los datos en el ordenador y me dice: “Nos falta la placa de tórax, ¿puedes rellenar tú la petición mientras yo le hago las preguntas del ingreso?” “Sí, y aviso al sanitario para que le acompañe, ¿vale?” —respondo—. “Sí, sí...” —dice José—.

A continuación, José le dice al paciente: “Antes de que le acompañen a hacerse la radiografía le tengo que hacer unas preguntas...” “Sí, igual que la otra vez, que también me las hicieron” —dice Antonio—. José busca en el ordenador la parte del programa que corresponde a las preguntas al ingreso y empieza a

leerlas desde el ordenador y a introducir las respuestas de Antonio. Algunas preguntas son muy concretas, como “¿Lleva alguna prótesis dental extraíble?, ¿Tiene alguna fístula arterio-venosa para diálisis?” Otras son más ambiguas, sobre hábitos de vida, como: “¿Hace alguna actividad física o más bien lleva una vida sedentaria?”. Otras preguntas hacen referencia a percepciones del entrevistador, como el estado de la piel y las mucosas (grado de hidratación e integridad cutánea...), o la actitud ante la enfermedad y la intervención quirúrgica (tranquilidad, nerviosismo...). El paciente contesta las preguntas de manera concisa, parece tenso. Mira hacia un punto inconcreto del techo. El enfermero lee las preguntas desde la pantalla del ordenador y anota casi de manera automática las respuestas. Apenas se gira para ver los gestos o reacciones del paciente. Parece una tarea puramente rutinaria y burocrática.

Cuando están rellenas todas las casillas José le dice al paciente: “Pues por nuestra parte ya hemos terminado. Ahora saldrá a la sala de espera y un sanitario le acompañará a hacerse la radiografía. Después le acompañarán a la habitación donde ingresará”. El paciente responde: “Sí, igual que la otra vez... muchas gracias”. Antonio sonríe, aunque parece estar nervioso, y camina hacia la sala de espera. “¡Que vaya muy bien, Antonio, adiós!” —decimos casi a dúo José y yo—. En el despacho de nefrología, que está justo al lado del último box de Urgencias, hace ya un rato que llegó la nefróloga residente que hoy está de guardia. Ella se encarga de imprimir los papeles del ingreso. No verá al paciente hasta que este haya llegado a la habitación. El administrativo de Urgencias se encarga de avisar a la planta de nefrología sobre el ingreso del paciente.

Me traslado a la planta de nefrología para continuar con mi observación. Todos me conocen allí y están dispuestos a colaborar conmigo. Lo primero que se ve al entrar a esta planta es un largo pasillo con puertas a ambos lados. Las primeras comunican con el hospital de día, que corresponde a una reciente reforma que se ha hecho para asumir pacientes de diálisis que pertenecían a un hospital cercano que ha cerrado. Del hospital de día se encarga exclusivamente el equipo de diálisis.

A continuación hay una consulta para diálisis peritoneal. Algunos pacientes prefieren hacerse ellos mismos la diálisis en su casa durante la noche.

Duermen conectados a un aparato de diálisis peritoneal. Para ello deben recibir una formación y aprender una técnica específica.

Después nos encontramos con una sala de espera y, si continuamos más adelante, justo a la izquierda, está lo que llaman “el vertedero”, que es donde se almacenan residuos sanitarios para luego ser evacuados, y se lava el material. Justo al lado hay un almacén de material sanitario y un poco más adelante el control de enfermería. Una especie de barra parecida a la de un bar separa el espacio de enfermería del resto del pasillo. Enfrente del control de enfermería está el despacho médico y un poco más adelante aparecen ya las habitaciones de los pacientes, en un lado del pasillo los números pares y en el otro los impares.

Se puede distinguir al personal por el color del uniforme: los que van completamente de blanco son los médicos, los que llevan chaqueta verde pálido y pantalón blanco son personal de enfermería. Llevan escrito en la parte superior de la chaqueta “enfermero/a” o “auxiliar” según corresponda. Los de chaqueta azul son los sanitarios y los de chaqueta beige administrativos. Al poco de llegar a la planta puedo ver a un sanitario acercarse al control de enfermería y decir: “Acaba de llegar el ingreso”. Enseguida se levanta una auxiliar, coge una tarjeta y una pulsera identificatoria y se dirige a la sala de espera. Allí puedo ver a Antonio junto a una mujer y un chico joven. La auxiliar dice: “¿Antonio Soto?” Él enseguida se levanta y también lo hacen la mujer y el joven.

Yo miro a Antonio y le saludo. Él se sorprende y me dice: “Ah, si tú eres la que estaba antes en Urgencias...” Y le explico que, aunque soy enfermera de este hospital, ahora estoy en calidad de observadora para poder hacer un estudio y que voy a intentar acompañarle durante todo el proceso. Él parece que se alegra, sonrío y me dice: “Pues muy bien, por lo menos veré a una cara conocida...”. La mujer y el joven también sonrían. Montserrat, la auxiliar, les pide que le acompañen y los lleva hasta la habitación. Allí les enseña el lavabo, el armario, el funcionamiento del timbre para llamar a enfermería, el funcionamiento de la TV y les explica las normas del hospital. Después saca la tarjeta y dice: “Necesito un teléfono de contacto”. La mujer dice: “Apunta el mío, soy su esposa... mejor apunta también el móvil de mi hijo”. La auxiliar se saca del bolsillo la pulsera identificatoria y se la coloca en la muñeca al paciente. Mientras, éste dice con tono humorístico: “¡Vaya! Ahora sí que no me puedo escapar...” La mujer nos mira y

nos dice: “Ojalá tenga suerte esta vez, no sabéis lo mal que lo pasa en la diálisis...” La auxiliar responde: “Claro que sí, vamos a ser optimistas. Ya verá como sí”. Ahora llega la enfermera y se presenta. La auxiliar sale de la habitación. La enfermera sonrío y le pregunta al paciente: “¿Qué tal?” Él responde: “Pues ahora un poquito nervioso. Es que no es la primera vez que me llaman, ¿sabes? Me llamaron otra vez y no pudo ser, prefiero no hacerme muchas ilusiones”. La mujer pregunta, “¿Cuándo se sabrá algo?”. La enfermera dice: “Ahora mismo estarán preparando el quirófano para él y empezarán la cirugía de banco. Esto quiere decir que examinan detenidamente el riñón del donante para ver si reúne todas las condiciones. Y además estamos a la espera de que nos den el resultado del estudio de compatibilidades. Si es correcto, enseguida le llevaremos a quirófano. Ahora le voy a tomar la tensión y la temperatura”. “Ah, si ya me lo han hecho antes en Urgencias” —dice el paciente—. “Sí, pero aquí se lo tenemos que volver a hacer, es el protocolo” —responde—. Le coloca el manguito de la tensión en el brazo y oprime el botón. Al cabo de un minuto sale en la pantalla del aparato la tensión y la frecuencia cardíaca. Luego le coloca el termómetro en la axila y le dice: “Le voy a tener que hacer unas preguntas. Mejor siéntese”. El paciente se sienta en la butaca y la enfermera se sienta en la cama junto a él. La mujer y el hijo permanecen de pie con actitud expectante. La enfermera saca unas hojas y un bolígrafo y empieza a rellenar algunas casillas sin necesidad de preguntarle. Pone una X en el estado de consciencia del paciente (consciente y orientado). Otra en “Autónomo para las actividades de la vida diaria”. Anota las constantes vitales y después le pregunta los antecedentes patológicos. El paciente responde: “Tengo poliquistosis renal. Me lo detectaron hace 10 años y me dijeron que posiblemente acabaría en diálisis, y así ha sido...” La mujer interrumpe y dice: “Desde que empezó con la diálisis es otra persona, no os lo podéis imaginar... Y, una cosa que os quería preguntar... si le trasplantan el riñón, ¿ya será para siempre, o no?” La enfermera responde: “Todo depende de la calidad del riñón y de cómo se porte él. Si el riñón es bueno y él se toma la medicación y hace caso de todas las indicaciones que después le daremos, le puede durar muchos años, hasta 30 o incluso más” —responde la enfermera—. Después ella sigue preguntando por las alergias a medicamentos, por el tipo de dieta y por la medicación que toma habitualmente. Le pregunta si ha traído la medicación que suele tomar y él mira a su mujer: “La has cogido ¿no?” —“No, si me dijiste que la cogieras tú...” . Él

responde, enfadado: "La he dejado encima del mueble para que la cogieras, y además te lo he dicho". La mujer se queda pensativa y la enfermera dice: "Es igual, no se preocupen, ya se la daremos nosotros aquí. Dígame lo que toma". El paciente parece nervioso y dice: "Es que ahora no nos vamos a acordar ni de los nombres..." "Bueno, seguramente sería algo para la tensión, ¿no?" —comenta la enfermera, y él contesta afirmativamente—. "¿Para el colesterol?" —sigue preguntado— "Sí". "¿Es diabético?". Antonio responde que no con la cabeza. "Ahora cuando venga la nefróloga arreglaremos esto, no se preocupe" —le dice con tono cariñoso—.

La enfermera continúa con la entrevista y alguien abre la puerta enérgicamente. Nos giramos y entra la nefróloga residente mientras dice con una sonrisa: "Le traigo buenas noticias Antonio. El riñón es compatible y además está en muy buen estado. Supongo que estará en ayunas ¿no?" Él responde muy alegre: "¡Ay, gracias a Dios...! Claro que estoy en ayunas..." La mujer también se alegra y abraza a su hijo. La nefróloga se presenta y le dice al paciente que se tumbe en la cama, le examina y después le dice: "Ahora le traerán los inmunosupresores, que son dos pastillas para que no rechace el riñón. Se las empezará a tomar ahora y las seguirá tomando mientras tenga este riñón. Enseguida le prepararán para bajar al quirófano. También me tendrá que firmar este papel, que es el consentimiento informado para que le podamos operar... y ya está. ¡Buena suerte!". La enfermera le comenta algo de lo que ha pasado con la medicación y la nefróloga dice que eso no importa mucho ahora y que ya lo arreglarán. Mira a la enfermera y dice con tono apremiante: "Que lo vayan preparando ya". El paciente firma el papel casi sin leerlo y dice: "Yo firmo lo que sea. Me fío de vosotros..." Y se lo entrega a la nefróloga. Las dos salen de la habitación. La nefróloga entra al despacho médico y mira en la pantalla del ordenador los resultados de la analítica que le han hecho al paciente en Urgencias. La enfermera prepara los inmunosupresores y un ansiolítico para dárselos al paciente, y mientras le dice a la auxiliar: "Ya lo puedes preparar, que lo bajarán ahora". La enfermera entra de nuevo en la habitación con las pastillas y le dice a Antonio que se las trague con la menor cantidad de agua posible. Antonio coge las pastillas. Le tiemblan las manos. La mujer dice: "¿Qué tenemos que hacer nosotros?". La enfermera responde: "Nada, quédense aquí y ya les informaremos de cómo va todo". Después sale de la habitación y entra la auxiliar: "¿Se ha

duchado en su casa antes de venir?”. Él contesta afirmativamente. “Ahora se desnudará completamente, se pondrá este camisón abierto por detrás, las polainas en los pies y este gorro en la cabeza. Si lleva alguna prótesis dental que se pueda sacar se la saca y nosotros ya le daremos un vaso. Luego se acuesta en la cama y espera a que le vengán a buscar, ¿lo ha entendido?” —“Sí, sí”. —“Sobre todo quédese en la cama, que se ha tomado el ansiolítico y se podría marear”. El paciente empieza a hacer lo que le ha dicho y su mujer se acerca para ayudarlo. La auxiliar sale de la habitación. En el control de enfermería está la enfermera escribiendo en las hojas de registro y después lo archiva todo en la historia clínica del paciente. Al cabo de unos minutos llegan dos sanitarios de quirófano y dicen: “Venimos a buscar al trasplante”. La enfermera dice: “Está en la 3220. Ya os podéis llevar la historia y las placas”. Los sanitarios cogen los documentos y van a la habitación del paciente. “Hola caballero, nos vamos a quirófano” —dicen, mientras quitan el freno a la cama. La mujer y el hijo dan un beso a Antonio y se despiden. La enfermera se asoma: “Que vaya muy bien Antonio”.

Los sanitarios trasladan al paciente en su cama al quirófano. Está pálido y no dice nada. Yo también me dirijo al quirófano, pero por otro camino. Tengo que pasar antes por el vestuario para ponerme el atuendo correspondiente. Cuando llego a la sala de preanestesia, puedo ver al paciente en su box junto a Pilar, una enfermera de anestesia. Veo que ya le ha conectado un suero a la vía que llevaba en la mano y que le ha puesto los parches en el pecho para luego conectar los electrodos. Ahora está leyendo algo en la historia clínica.

Me acerco a Antonio y le pregunto cómo se encuentra. Me dice que está muy nervioso y preocupado porque quiere que todo salga bien. Se acerca Luis, el anestesiólogo que va a estar con él en el quirófano. Me dice en voz baja: “Ponle 2 de Midazolam, a ver si se tranquiliza”. Se lo pongo, y Pilar dice a Luis: “¿Te preparo una inducción estándar?” “Sí, y le añades Xomolist y Ketamina y las tres bombas: *Propo*, *Remi* y *Trakium*”. Ahora Luis se acerca al paciente y le dice: “Yo soy el doctor García, el anestesta que estará con usted. Abra la boca majo”. El paciente la abre y Luis dice: “Preparadme también una pala larga”. Después le pone la mano sobre el hombro y le dice: “Entramos ahora al quirófano, todo irá bien”, y se marcha. Cuando el paciente se queda solo dice, resignado: “Eso espero”. La enfermera le inyecta una medicación directamente por la vía

endovenosa y después le conecta un suero con antibiótico. Antonio está inmóvil. No mira a nadie en concreto. Pilar prepara jeringas con medicación de manera rutinaria y tranquila.

Se acerca Nuria, la cirujana que le operará. Viene con cara seria. Coge la historia clínica, la mira y se marcha. Por aquí se oye el rumor de que Nuria nunca se ríe. Empezó como residente en este hospital y ahora es cirujana adjunta. Dicen que hasta ahora no solía haber mujeres en urología y que le ha costado mucho abrirse paso en un “mundo de hombres”, por eso dicen que se le ha quedado este carácter de “sargento”. Pilar se dirige al quirófano y comprueba el funcionamiento del respirador. Mira que no falte ningún material para la anestesia e intubación del paciente. La instrumentista ya se ha puesto estéril y está preparando el material quirúrgico sobre una mesa auxiliar también estéril, con la ayuda del auxiliar.

Entra Luis al quirófano y le pregunta a Pilar “¿Podemos entrar ya?” “Por mí sí” —responde— “Pues avisa al sanitario” —dice Luis—. “Carlos, entramos al dos con el transplante” —dice Pilar desde el pasillo—. Carlos se acerca a la camilla: “Buenas, caballero. Entramos al quirófano”. Le quita el freno a la camilla y la empuja hacia el quirófano. Una vez dentro la hace encajar en el eje central y después retira el *transfer* o parte inferior con ruedas. Pilar monitoriza al paciente. Luis está silbando una canción mientras ordena sus papeles y modifica los parámetros del respirador a su gusto. Pilar se me acerca y me dice al oído: “Yo siempre digo que me gusta Luis porque me contagia su tranquilidad, no se altera nunca por nada”.

El paciente tiene los ojos cerrados, no sé si por el efecto del ansiolítico o porque prefiere ignorar lo que pasa a su alrededor. Luis pregunta a Pilar: “¿Has preparado la pala larga?” —“Sí” —“Pues ya podemos empezar. Ponle todo el *Propo*”. Pilar se lo inyecta despacio por la vía. Luis le sujeta al paciente una mascarilla conectada al oxígeno y le dice: “Bueno majo, ahora notará sueño. Notará que se duerme, piense en algo bonito, ¿dónde le gustaría estar ahora?” “Pues no lo sé... en mi casa ya de vuelta y con el riñón puesto” “Pues piense en eso, o piense que está en la playa tumbado en una hamaca”. Ahora Luis se dirige a Pilar y le dice: “ponle 2 de *Fenta* y 4 de *Trakium*”. Pilar se lo inyecta por la vía y Luis separa la mascarilla y le abre la boca al paciente. Parece ya completamente

dormido, pero Luis hace un gesto de incomodidad y le dice a Pilar: “Acércame el laringo”. Luis se lo introduce en la boca y empieza a mirar: “Ostras, ostras... No está nada fácil, a ver... pon los dedos aquí debajo de la nuez de Adán, aprieta...”

Pilar le da el tubo y aprieta donde le ha dicho. Luis introduce el tubo con esfuerzo por la garganta del paciente. Después Pilar inyecta aire por el dispositivo adecuado para fijar el tubo. Luis dice: “No sé si estoy, voy a ver”. Coge con prisa el fonendoscopio y empieza a auscultar el pecho del paciente: “Sí, sí, está bien, ya lo puedes fijar”. Pilar fija el tubo con esparadrapo a la cara del paciente.

Nuria se asoma al quirófano: “¿Todavía no estáis, Luis?” Él responde: “Por mí puedes empezar cuando quieras”. Después de unos minutos llegan Nuria y dos residentes con las manos mojadas. El auxiliar les ofrece tallas estériles para secarse. Luego cada uno de ellos se coloca un bata estéril de las que están preparadas sobre una mesa auxiliar. Nuria le dice a Julio, un residente "grande" (cuarto año de residencia): “Puedes empezar a pintar”. Julio se pone guantes estériles y coge un *kocher* (una especie de pinza). Con él agarra una torunda de gasas. Las introduce en un recipiente con yodo y empieza a pintar el abdomen del paciente. Nuria y Armando, un residente "pequeño" (segundo año de residencia), también se ponen guantes estériles. Entre los tres y con la ayuda del auxiliar colocan tallas estériles por todo el cuerpo del paciente. Luis está sentado al lado de la cabeza del paciente y escribe en los papeles de anestesia.

Pilar comprueba que caiga bien el suero y que todo lo referente a la anestesia funcione correctamente. Las dos puertas del quirófano permanecen abiertas. La que comunica con la zona sucia y la del pasillo. Esto es así la mayoría de las veces, de manera que cualquiera que pasa puede mirar y ver lo que ocurre dentro del quirófano. Oigo más voces de lo habitual por el pasillo. Miro el reloj que está en la pared del quirófano y veo que son las 15:00h, la hora del cambio de turno de los anesthesiólogos, enseguida entra Inés, ella es la anesthesióloga que se hará cargo de este quirófano hasta las 21:00h, aunque la mayoría de las veces las cirugías acaban antes. Luis se levanta y le dice: “este es el trasplante de la extracción de ayer, un hombre de 55 años sin antecedentes, sin alergias. Es la primera vez que le trasplantan. Para la inducción le he puesto 200 de *Propo*, una ampolla de *Fenta* y 4 de *Trakium*. Lleva bombas de *Propo*, *Remi* y *Trakium*, me ha costado un poco de intubar, lo he hecho con la pala larga. Lo tienes todo

apuntado, y ya ves... están empezando ahora.” “¿Qué vías lleva” —pregunta Inés— Luis sonríe sarcásticamente: “Pues solo un 16 en la derecha, en el otro brazo tiene la fístula” “Bueno Luis, ya veo que me has dejado para mí la yugular... vaya, vaya, ¿has hecho la faena a medias...” —dice Inés con tono humorístico—? “Es que no me ha dado tiempo, además es mejor poner la yugular al final, no al principio”. “Va, que es broma, márchate que ya es tu hora”. “Adiós a todos, hasta mañana” —se despide Luis—. Inés me mira y dice: “Mira que empezar un trasplante con solo un 16, tiene narices la cosa...” (En los trasplantes renales se suele colocar una vía central con el paciente anestesiado y antes de empezar la cirugía. Una vía periférica del 16, aunque es de un calibre bastante grande, se considera insuficiente ante la complejidad de la intervención).

Inés se sienta y empieza a leer lo que ha escrito Luis. Nuria ha hecho ya la incisión quirúrgica en lo que llaman fosa ilíaca derecha, es decir, si dividimos el abdomen en cuatro partes, correspondería al cuadrante inferior derecho. No acostumbran a sacar el riñón antiguo del paciente, colocan el nuevo conectándole la arteria, la vena y el uréter.

Se oye la música de la radio, los *40 principales*, además del murmullo del pasillo y de los ruidos del respirador. Pilar se acerca a Inés y le dice: “Si necesitas algo estoy por aquí”. Yo me dispongo a hacer una pequeña pausa, me despido en tono bajo de Inés y Pilar y salgo del quirófano.

Regreso al cabo de unos 45 minutos, saludo a Inés y le pregunto si ha ocurrido algo durante el tiempo en que he estado fuera. Me responde que todo ha ido con normalidad, que ahora están conectando la arteria. Pregunto si la puedo sustituir un rato, le contesto afirmativamente y me dice: “Ponle un poco de Efedrina si te piden más presión”, y sale del quirófano.

Mientras está operando al paciente, Nuria dice: “¿No tenéis otra música?”, y el auxiliar responde: “No, hoy nadie ha traído nada y hemos puesto la radio”. “Pues cambiad esta emisora, que me pone de los nervios”. Durante las cirugías siempre se escucha música en los quirófanos, es una manera más de introducir lo doméstico en lo experto, de conseguir una cierta relajación. El auxiliar está justo detrás de ella, de manera que no puede verlo y le dice a Nuria haciendo un pequeño gesto cómico con la cara: “Pues, ¿qué emisora quieres?” “Y yo qué sé... cualquiera que no sea esta...” El auxiliar cambia la emisora: “¿Te gusta esta?”

Nuria no le responde y dice en voz alta: “A ver, ¿qué presión tenemos?” Yo le respondo: “80/30”, y ella dice: “Súbesela, anda y súbesela...” En esos momentos se necesita suficiente presión sanguínea para que se perfunda correctamente el riñón que se acaba de conectar. Le inyecto 10 miligramos de Efedrina como me había dicho Inés. Le vuelvo a tomar otra tensión y le digo a Nuria: “Ahora está a 120/70”. “Eso es otra cosa...” —responde—. Después le dice a Julio: “Coagula aquí. Tienes que vigilar los puntos sangrantes”. La enfermera instrumentista les va dando el material que necesitan. Armando, el residente "pequeño", solo observa. El auxiliar le da a la instrumentista las cosas que cree necesarias o que ella le pide.

El cuerpo del paciente está cubierto por las tallas estériles, menos en un radio de unos 20 centímetros en el abdomen, que es donde están operando. Allí han acoplado el separador, una pieza metálica circular que mantiene abierto el espacio donde han colocado el riñón. Aparte de esto, al paciente sólo se le ve un poco la cabeza y la mano derecha con la vía endovenosa, a la que se le han adaptado dos llaves de tres pasos para administrar varios tipos de medicación simultáneamente.

Todas las miradas confluyen en el cuerpo del paciente, en el riñón que le están colocando. Ahora Nuria dice en voz alta: “Vamos a desclampar”. Eso significa que van a retirar unos *clamps* o pinzas que evitan que la sangre llegue al riñón. Como he mencionado anteriormente, es importante que la presión sanguínea sea suficiente para que el riñón ahora se perfunda con la sangre de la arteria renal. Lo dice en voz alta, para que Julio le ayude y para que la anestesióloga o la persona que haga sus funciones le conecte ahora por vena un potente diurético que ayude al funcionamiento renal. Me doy por aludida y se lo conecto. Me fijo y noto como el riñón empieza a cambiar de color, pasa de un tono blanquecino a uno mucho más rosado. Llega Inés y le comento que ya han desclampado. Entonces me dice que ya pronto acabarán y que le pondrá un catéter yugular interno.

Pilar entra en el quirófano empujando una pequeña mesa con ruedas y sobre ella todo el material necesario para colocar una vía yugular mientras dice: “Me imagino que le querrás poner una yugular, ¿no Inés?” “Vaya, nos has leído el pensamiento, eso mismo estábamos hablando” —responde—. “Pues aquí está

todo preparado”. “Bueno, espera que acaben” —contesta Inés—. “¿Sabéis que Silvia ha traído las fotos de su niña? Es preciosa” —dice Pilar, y se inicia una conversación completamente informal—. Nuria está cerrando la herida quirúrgica con la ayuda de Julio. Después sale del quirófano. Julio y Armando se quedan haciendo la sutura superficial de la herida, es una sutura de unos 15 centímetros. Cuando acaban salen del quirófano mientras dice Julio: “Gracias a todos, adiós”. Inés, Pilar y yo respondemos al saludo.

La enfermera instrumentista coloca los apósitos con la ayuda del auxiliar y limpia el yodo del abdomen del paciente. Inés dice: “Bueno, me ayudaréis a poner la yugular, ¿no?” Pilar responde cariñosamente: “Eso ni se pregunta Inesita”. Inés gira la cabeza del paciente hacia su lado izquierdo y empieza a palpar la vena yugular del lado derecho del cuello mientras dice: “No lo tengo muy claro, pero creo que está aquí”. Pilar responde: “Pues anda, ve a lavarte, que yo te lo pinto de yodo”. Inés se va a la zona de lavado de manos del pasillo y enseguida vuelve con las manos mojadas. Pilar le ofrece una toalla estéril para que se seque. Después se pone guantes estériles y empieza a coger el material que necesita de la mesa que ha preparado Pilar. Lo primero son unas tallas estériles que coloca sobre la cabeza y sobre el hombro del paciente. Después coge un catéter con una aguja metálica bastante gruesa de unos 20 centímetros de largo. Pincha con ella en el cuello del paciente. Le cuesta penetrar y hace un gesto de incomodidad con la cara. Sigue forzando, y cuando lo ha introducido retira un poco la aguja o fiador, dejando dentro el catéter, pero no refluye sangre y dice: “No, qué va...”. Lo retira todo y vuelve a pinchar justo al lado. Esta vez sí refluye la sangre y consigue conectar el catéter yugular. Después, Pilar e Inés retiran las tallas que habían puesto sobre el paciente y envuelven en otra toalla limpia el catéter. Yo recojo la mesa e Inés desconecta las bombas de perfusión. Luego se sienta y empieza a escribir en las hojas de anestesia. Cuando termina dice: “¿Sabéis qué os digo? Que lo saco con tubo, que este hombre tiene para rato y mejor que se despierte en la Rea (sala de Reanimación) tranquilo. Avisad que preparen un respirador”. Pilar sale del quirófano con la historia clínica del paciente y avisa a las compañeras de la sala de Reanimación que conecten el respirador porque el trasplante saldrá intubado.

La instrumentista ya hace rato que terminó de limpiar y poner apósitos. Ahora se ve al paciente desnudo, con una vía en la mano derecha por la que pasan los sueros y el manguito de la tensión conectado en el mismo brazo. El brazo izquierdo está completamente vendado para proteger la fístula de diálisis y en uno de los dedos tiene puesta una pinza de la que sale también un cable que se conecta al monitor. Un tubo en la boca fijado con esparadrapo, que conecta por medio de unas tubuladuras con el respirador. En el lado derecho del cuello, el catéter yugular cubierto con una talla. En el pecho, cinco electrodos conectados a sus cables enchufados al monitor. En la parte derecha del abdomen, un apósito blanco que cubre la herida quirúrgica y, justo al lado, un tubo que sale del cuerpo del paciente conectado a una especie de botella de plástico que descansa en el suelo. Del pene le sale la sonda vesical conectada a una bolsa de diuresis que también descansa en el suelo. Cerca de la cabeza del paciente Inés y Pilar charlan amigablemente. Están hablando de sus hijos y de lo que harán este fin de semana. De vez en cuando y de manera mecánica, sin interrumpir la conversación, Inés mira hacia el monitor.

Al cabo de un rato, Carlos llega al quirófano empujando el *transfer* y lo hace encajar en el eje central que está debajo de la camilla del paciente. Pilar lo desmonitoriza mientras sigue hablando con Inés. El auxiliar levanta del suelo la bolsa de diuresis y el drenaje y los deposita sobre la camilla, a los pies del paciente. Inés le desconecta las tubuladuras del respirador y le conecta el *ambú* (ventilador manual). Es un dispositivo que se acopla al tubo del paciente y lleva una bolsa o reservorio de aire que hay que ir apretando de vez en cuando para insuflar aire al paciente. Pilar coloca una talla sobre el cuerpo del enfermo y Carlos tira con fuerza de la camilla. Salen todos del quirófano.

Pilar e Inés no han interrumpido en ningún momento su conversación. Todos caminan despacio empujando la camilla. Cada uno en su posición correspondiente en torno al enfermo. Inés va apretando el *ambú* de vez en cuando, mientras continúa hablando con Pilar. Cuando llegan a la zona de transferencias, trasladan al paciente desde la camilla a la cama de Rea. Inés sujeta la cabeza y el tubo. Pilar levanta los pies y entre el auxiliar y Carlos mueven al paciente. Ahora siguen empujando la cama hasta el box correspondiente de Rea. Allí está Alba esperando al paciente con todo preparado. Inés conecta las

tubuladuras del respirador al tubo endotraqueal del paciente y cambia los parámetros del respirador a su gusto. Entre Pilar y Alba monitorizan al paciente. Mientras, Pilar explica a Alba las vías que lleva y los datos que cree más relevantes. Casi al mismo tiempo, el auxiliar explica lo relacionado con la sonda vesical y el drenaje, baja las bolsas y las conecta al pie de la cama. Parece que todos hablan a la vez, todos manipulan al paciente y todos tienen prisa.

Cuando ya lo han instalado, se van todos menos Alba. Ella empieza a escribir en las hojas de reanimación y se le acerca Clara, que es la anestesióloga de guardia. Clara dice: “Este es el trasplante, ¿no?” Alba hace un gesto afirmativo con la cabeza y sigue escribiendo. Clara continúa: “Y veo que lo han sacado con tubo, vaya, últimamente...” “Sí, últimamente todo el mundo va con prisa, y con lo del nuevo protocolo...” “No tardaremos en sacárselo, ¿eh, Alba? Voy a ponerlo en espontánea (modalidad respiratoria que favorece la respiración espontánea del paciente)” —dice Clara, cambiando los parámetros del respirador—. “¿Te ha hecho la petición de la analítica y de la placa de comprobación?” —continúa—. “Sí, aquí las tengo, Clara”. Clara se va a su habitación. Regresa al cabo de media hora y le dice a Alba: “¿Sabes? Creo que lo vamos a extubar ahora, ¿qué te parece?” “Está muy dormido, ¿no?” —responde—. “Sí, pero el próximo va a venir ya y lo van a sacar también con tubo y al de aquí al lado como es de intubación difícil tampoco se lo hemos sacado; a este paso nos faltarán respiradores. A ver, Antonio, abra los ojos, ¿me oye?” —dice Clara, dirigiéndose al paciente—. Antonio abre los ojos con dificultad y Clara dice: “Va, yo creo que sí, ¿tienes ahí una jeringa y todo preparado?” “Sí” —contesta Alba—. “Pues ya se lo puedes sacar”.

Alba abre la boca del paciente, introduce una sonda de aspiración y le aspira mucosidades de la boca, después le quita el esparadrapo y con la jeringa aspira el aire del pneumo o globo interno que fija el tubo. El paciente abre los ojos y la expresión de su cara es de gran incomodidad. Después Alba extrae el tubo y lo tira a un contenedor que tiene justo al lado. Le coloca al paciente una mascarilla conectada al oxígeno y tanto Clara como Alba miran al monitor. La saturación de oxígeno baja a 90 (lo normal sería 100) y Alba dice: “debe ser el pulsi (pulsioxímetro, que mide la cantidad de oxígeno en sangre) que no hace buen contacto, se lo voy a poner en otro dedo”. Se lo cambia de dedo y dice: “mira Clara, ahora la curva es buena”. “Sí, pero mira la saturación. Ha bajado a 85, 80 y sigue

bajando... esto no me gusta nada” —dice Clara—. La voz de Clara se nota muy alterada. Clara corre, se pone detrás de la cabeza de Antonio y le levanta la mandíbula con fuerza con las dos manos, mientras dice casi gritando: “¡Corre y prepara Naloxona (medicación que se utiliza para revertir los mórficos de la anestesia)! ¡Pero ya! ¡Corre!”. Alba corre a prepararlo y dice en tono bajo: “Si ya te decía que estaba muy dormido... siempre igual...” La saturación baja a 75, 70... Le digo a Clara que le voy a traer el material para volverlo a intubar. Se acercan también dos enfermeras que estaban en la zona de Despertar, dispuestas a ayudar.

Clara está muy agitada, le tiemblan las manos y grita: “¡Alba, la Naloxona ya! ¡Venga! ¿Qué estás haciendo? ¡Joder, hostia!” La piel del paciente se pone de un tono morado. Alba llega y le inyecta la Naloxona por el catéter yugular y Clara le dice: “A ver cómo se lo vas a poner ahora, si ni siquiera has puesto una llave para poner medicación urgente, ¡qué desastre...!”. Alba responde: “pues lo desconecto del suero y se lo pongo por aquí. Lo primero que tienes que hacer es calmarte un poco, que con esos nervios no haremos nada”. Le ofrezco a Clara el material para intubar y ella no responde. Todas miramos al monitor y poco a poco la saturación empieza a subir.

“Bueno, parece que ya está... le hemos quitado el tubo demasiado pronto. Ha sido fallo mío, lo siento, y disculpa Alba” —dice Clara—. Alba sonrío y le dice al paciente con voz fuerte: “Antonio respire hondo que ya está operado”. Clara le sube el cabezal de la cama con un mando a distancia y le dice también al paciente que respire.

Ahora Antonio parece mucho más despierto y el color de su piel vuelve a ser rosado. Ana mira la bolsa de diuresis y dice: “vaya, está orinando muy bien...” Antonio hace un gesto de incomodidad y dice que le duele mucho. Alba se acerca y le dice: “Antonio, acaba de salir del quirófano, ya le han puesto el riñón y funciona muy bien, está orinando perfectamente. Ha ido todo muy bien.” La expresión de Antonio cambia radicalmente; a pesar de que lleva puesta una mascarilla de oxígeno se le puede ver una expresión de alegría en su cara y dice casi balbuceando: “¿De verdad me han operado ya? ¿Me han puesto el riñón?” “Sí Antonio, y funciona muy bien” —responde Alba—. “Gracias a todos” —dice

Antonio— ¿De verdad ha ido todo bien?” —vuelve a preguntar—. “Que sí Antonio, que sí, no se preocupe”.

Ahora llega la nefróloga acompañada de un residente y le dice a Alba que le va a pautar los inmunosupresores. No habla con el paciente. Mira la cantidad y color de la orina. Mira también la hoja de reanimación y la historia clínica. Escribe en ella y luego se marcha. Alba lee lo que ha escrito la nefróloga y comienza a preparar los inmunosupresores para evitar el rechazo del riñón. Los ha de administrar por vía endovenosa central en bomba de infusión continua.

Se acerca Nuria, la cirujana que le ha operado. No habla con nadie, solo mira la orina del paciente, después mira la hoja de reanimación y mira el monitor. Luego se marcha. A simple vista parece que nadie ha advertido su presencia.

Ahora llega un sanitario en busca de la lista de pacientes para ir a buscar a los familiares que esperan en las respectivas habitaciones de planta. Alba se dirige a la habitación de Clara, la habitación reservada para los anesestiólogos de guardia. Clara está tumbada en la cama viendo un programa de TV y Alba le dice: “Han ido a buscar a los familiares, ¿quieres que pasen directamente o prefieres informales antes?” “Mejor que pasen directamente”. Después de unos minutos se asoma el sanitario y le dice a Alba que ya han llegado los familiares. Alba se dirige a la sala de espera que está cerca de la entrada a Reanimación y les dice que entren dos familiares por paciente, pero que antes deberán vestirse con bata, gorro y polainas, que están justo al lado en un estante.

Después de vestirse, los familiares entran en la sala y Alba acompaña a cada uno al box correspondiente. También están ahí la mujer y el hijo de Antonio. En sus rostros se puede ver expectación y alegría a la vez. Cuando ven a Antonio sonríen abiertamente y se acercan con timidez. Antonio lleva en el lado derecho del cuello un catéter envuelto en una talla del que salen varios cables. Tres de ellos se conectan a dos bombas de perfusión que están sobre una mesa auxiliar al lado de la cama, y otros tres, a tres sueros colgados en unas barras metálicas incorporadas también a la cama. Aún hay un cable más conectado a un transductor que sirve para medir la presión venosa central. En la cara lleva la mascarilla de oxígeno. En la mano, otra vía conectada también a un suero y por debajo de la colcha se pueden ver dos tubos conectados, uno a un *urimeter*

(dispositivo para la medición horaria de la orina) y el otro a un drenaje (*redón*), una especie de botella de plástico, cuyo contenido es de color rojo hemático.

La mujer y el hijo están de pie al lado de Antonio y no se atreven a tocarlo. sólo le preguntan que si está bien. Él responde que sí. Alba se acerca y dice: “Le voy a cambiar la mascarilla de oxígeno por unas gafas nasales que son mucho menos aparatosas y le permitirán hablar mejor. Ya se pueden acercar y lo pueden tocar que no pasa nada”. La mujer le coge la mano donde lleva la vía y le dice: “Ya hemos hablado con la doctora que te ha operado y nos ha dicho que ha ido muy bien y que el riñón funciona muy bien. No vas a tener que volver a diálisis, cariño”. El hombre mira a la mujer fijamente y también a su hijo, y parece que se le escapan unas lágrimas. El hijo se acerca un poco más: “También han venido a verte los tíos. Están ahí, en la sala de espera”. Alba está cerca escribiendo en una hoja de registro y les dice: “Lo normal es que sólo pasen dos familiares por paciente, pero... haremos una excepción y se podrán turnar, es decir, cuando ustedes salgan, podrán entrar ellos”. La mujer mira a Alba sonriendo: “Muchas gracias, ¿Él está bien?” “Sí, está muy bien. Esta noche la pasará aquí con nosotros y mañana alrededor de las 9:00 ya se irá a la habitación”.

La mujer me mira y me saluda sonriendo. Me acerco a ellos y charlamos un momento. Después les digo que cuando esté ya en la habitación me gustaría pasar un día para saludarlos y quizás hacerles algunas preguntas para concluir el estudio. Ellos no ponen ningún inconveniente y nos despedimos.

Una mirada al desarrollo de la anatomía empírica y las técnicas quirúrgicas

Dentro del quirófano los cuerpos están desnudos sobre la mesa de operaciones. Sólo pueden identificarse por una pequeña pulsera blanca colocada en la muñeca en donde se puede leer el nombre y apellidos del paciente junto con el número de historia clínica. Después se cubren con tallas estériles, dejando al descubierto sólo la parte que se va a operar. Ya no puede verse su rostro. El cuerpo ahora es tan solo un objeto. Se obvia su identidad, su biografía y su entorno social. Es tan solo un mero espacio instrumental, un conjunto de órganos y tejidos que hay que reparar.

Francisco Ortega hace referencia a que en los campos de concentración los individuos eran reducidos a cadáveres vivos, “mediante la aniquilación de la personalidad jurídica, de la persona moral del individuo y la identidad personal, eliminando su espontaneidad” (Ortega, 2010:73). La descripción fenomenológica de Hannah Arendt de la fabricación de cadáveres en el campo de concentración es semejante en el aspecto biopolítico a la manufacturación de cuerpos con fines quirúrgicos. Es una reducción del cuerpo a “una pasividad cadavérica [...] plano, pasivo, desnudo, mudo”. “La identidad personal es removida del mismo modo que el paciente es removido de su ambiente habitual, sus actividades e inclusive, de sus ropas [...] El paciente es colocado en una posición de pasividad cadavérica” (Leder, 1992:22 cit. en Ortega, 2010:73). En el quirófano, se transforma al “ser humano” en un cuerpo sólo provisto de actividad bioquímica.

Si hacemos un análisis histórico, encontramos que, desde el Renacimiento, en la medicina occidental, aparece la visión de un cuerpo objetivado, cuantificable y fragmentado.

Según Francisco Ortega,

La disección de cadáveres como forma de producción de conocimiento médico caracteriza la racionalidad biomédica occidental. En cambio, en otras tradiciones como la medicina china, la medicina *ayurveda* indiana, o la medicina *unani* árabe, la anatomía no constituye la fuente básica de conocimiento del cuerpo. Inclusive en la medicina griega arcaica, la disección de cadáveres no formaba parte del saber médico (*Ibid.*: 74).

En la medicina de Hipócrates tampoco se llevaban a cabo disecciones. Existían impedimentos morales y religiosos. Durante mucho tiempo “los cirujanos, [fueron] considerados profesionales inferiores por realizar un trabajo manual y no intelectual” (*Ibid.*: 75). Se vio a furtivos anatomistas como “Morgagni 'excavar' la tumba de los muertos y hundir su escalpelo en los cadáveres robados al sepulcro” (Foucault, 1963:178).

Según Ortega, en el siglo IV a. C., debido a la influencia del pensamiento platónico con la creencia de un alma inmortal separada por completo del cuerpo, se diferenciaba el hombre de su cadáver. No existía de ahí en adelante ningún otro obstáculo para su estudio. “El cuerpo después de la muerte era un objeto

físico sin derechos ni sentimientos, permitiendo su análisis sin superstición ni temores irracionales” (Ortega, 2010:75).

No obstante, durante la Edad Media todavía encontramos la misma crítica a la disección. “El primer relato inequívoco de una disección con fines anatómicos data de 1315 y ésta fue realizada en Bologna por Mondino de 'Luzzi' [...] Desde mediados del siglo XIII en Italia, sin embargo, era frecuente la apertura de cuerpos en la realización de necropsias y procedimientos post-mortem para obtener información sobre la causa del fallecimiento” (*Ibid.*:78).

La mayoría de los autores coinciden en que a finales de la Edad Media fue cuando se empezaron a hacer disecciones para estudiar la anatomía humana en Europa.

Parece que en esa época había un cierto desprecio hacia las artes manuales y hacia los cirujanos. Ellos curaban transgrediendo los límites del cuerpo. Además, solían ser laicos e ignorantes en saberes escolásticos. Hasta el siglo XVI había un profesor que leía y explicaba los escritos desde lo alto de su cátedra. Después un “*demonstrator* indica con un puntero para el *sector* el lugar de la incisión, según lo que está siendo leído o recitado. La disección es un simple recurso pedagógico que ayuda en el aprendizaje del texto”. La preparación del cadáver corría a cargo del cirujano o del barbero. Aquí la jerarquía aumenta de manera inversa al acercamiento al cuerpo (*Ibid.*: 80, Le Breton, 1990:38).

“Alessandro Benedetti [1450-1512] es el primero que describe” lo que podríamos llamar “un teatro de anatomía”. Se trata de un anfiteatro que debería ser construido en “un espacio amplio y aireado, con asientos dispuestos alrededor en forma de círculo”. Habría un regidor encargado de ordenar y controlarlo todo y unos guardianes para impedir la entrada a personas no deseadas. Los asientos deberían ser ocupados según la categoría de los asistentes. En el centro estaría colocado el cuerpo del cadáver, en un lugar alto e iluminado (Mandressi, 2005:308).

En 1583 se construyó en Padua un teatro anatómico permanente. “Consistía en una estructura de madera con capacidad para doscientas personas, en cinco pisos”. Pero las disecciones públicas no parecían suficientes para satisfacer el interés creciente por la anatomía. Empezaron a surgir ilustraciones

sobre papel de los órganos y de los cuerpos abiertos en las disecciones. Vesalio fue el gran artífice en esta labor (*Ibid.*:309, 310).

En 1543 Vesalio publicó *De Humani corporis fabrica*. Con ella se marca el nacimiento de la anatomía científica moderna. Se trata de un texto ilustrado sobre la anatomía humana, basado en la observación personal de Vesalio. El texto no aporta ningún descubrimiento anatómico, pero sí una nueva visión intelectual. El cirujano ya no aparece en un segundo plano por llevar a cabo un trabajo manual considerado de inferior categoría al del médico. Aquí “la figura del mismo Vesalio encarnará la doble función, teórica y práctica, de la anatomía”, en una imagen de él “rodeado por una gran audiencia y disecando el útero de una mujer desnuda” (Ortega, 2010:82). Con esta obra desafía las lecciones de Galeno que estaban basadas en disecciones de animales (*Ibid.*). Es curioso que en ese mismo año se publica también *De Revolutionibus Orbium Celestium* de Copérnico. Ambos autores se convirtieron en artífices de un importante “cambio paradigmático” y “epistemológico” en su época (*Ibid.*:83). Con Vesalio, la disección cobra protagonismo y se antepone al texto escrito. Parece que por primera vez la observación recibe prominencia frente a la descripción, la imagen frente al texto verbal (Porter y Vigarello, 2005: 332). Se podría afirmar que a partir de este momento nace la diferenciación en occidente entre el hombre y su cuerpo. Surge la actual visión, tan habitual en medicina, del cuerpo como un objeto. Aparece una ruptura epistemológica que facilita la dualidad contemporánea cuerpo-sujeto, dejando atrás muchas tradiciones populares, secularizando la visión del mundo y encaminándola hacia una racionalidad que continúa hasta nuestros días (Le Breton, 1990: 46,49).

El conocimiento anatómico en esa época no solo despierta interés científico, sino que se convierte también en un acto social capaz de reunir en las disecciones a intelectuales y artistas. Esto impulsa la construcción de teatros anatómicos en Italia, Holanda y otros países europeos. La lección pública de anatomía no solo representa un acto de investigación científica, sino que constituye también “una lección moral y jurídica” (Ortega, 2010:85).

Esta relación existente entre lección de anatomía y acto público nos puede hacer pensar también en una cierta dificultad o recelo en asumir el cuerpo humano como objeto y espacio instrumental. Además, también era común en esta

época mezclar la anatomía con el arte. El propio Vesalio envolvió a sus figuras anatómicas con detalles artísticos y las colocó en bonitos paisajes. Se podría relacionar esto con una manera de legitimar una ciencia que estaba surgiendo y que venía mezclada con connotaciones negativas. El propio Leonardo da Vinci se podría considerar un ejemplo de mezcla entre arte e ilustración anatómica (Arasse, 2005:418).

Vesalio abre el camino hacia el concepto de cuerpo que existe hoy en medicina. Describe un cuerpo separado del sujeto, disociado del hombre, ya que se entiende que es la mejor manera de poder trabajar sobre él. Aparta la dimensión subjetiva, dejando atrás las tradiciones populares y las limitaciones religiosas, y abre paso a una forma de racionalidad que paulatinamente irá cobrando, desde ese momento, cada vez mayor protagonismo.

Poco a poco se va construyendo esa depuración oligóptica propia de los cuerpos depositados en la mesa de operaciones que comentábamos al principio del capítulo. Son cuerpos formados por órganos y tejidos que pueden ser separados, clasificados y hasta intercambiados en el quirófano. Cuerpos convertidos en meros espacios instrumentales.

También fue durante esa época, todavía renacentista, cuando despuntó el concepto individualista como estructura social, con influencias de un racionalismo cartesiano y un pensamiento cada vez más laico desde la Reforma protestante. Antes de eso, Guillermo de Occam, un gran escolástico franciscano de principios del siglo XIV fundó la que podríamos llamar “teoría subjetiva” del Derecho, antecedente de la teoría moderna del Derecho. Hasta ese momento se entendía el Derecho como una relación justa entre seres sociales, a partir de Occam se entiende más bien como “el reconocimiento social del poder (*potestas*) del individuo”. En el ámbito social va perdiendo intensidad la idea de comunidad. Esta se sustituye por la libertad del individuo. De manera implícita, en la jerarquía de valor, se sustituye la noción de *comunidad* por la de *sociedad* (Dumont, 1987:77).

A partir del siglo XV empiezan a cobrar protagonismo en el arte los artistas individuales, hasta entonces generalmente en el anonimato. Lo podemos comprobar en los constructores de catedrales anteriores al Renacimiento. En pintura, también es en ese periodo cuando se empieza a observar la firma

individual de cuadros y cuando se empieza a dar importancia a pintar una sola figura, una sola persona, especialmente otorgando prominencia al rostro como medio identificativo (Le Breton, 1990: 42, 43).

Según Dumont, en la época moderna, bajo la influencia del individualismo cristiano y estoico, el Derecho natural no trata de seres sociales, sino de individuos, que se valen por sí mismos al “estar hechos a imagen y semejanza de Dios y al ser depositarios de la razón”. Los principios fundamentales de la constitución del Estado pueden extraerse de las características y cualidades del hombre considerado como un ser autónomo, al margen de todo vínculo social o político (Dumont, 1987: 85, 89). Jean-Jacques Rousseau planteó el problema del hombre moderno como individuo político y ser social a la vez. En 1789 se redactó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano por la Asamblea Constituyente. Fue propuesta como ejemplo a Europa y al mundo desde los Estados Unidos de América (*Ibid.*:104). También durante este período se produjo un cambio ideológico fundamental en la categoría económica. La idea inicial era que, en las transacciones comerciales, “el beneficio de una parte implicaba la pérdida de la otra”, de alguna manera “se menospreciaba el comercio y el dinero”. Cuando llegó a considerarse el intercambio como beneficioso para ambas partes tuvo lugar la emergencia de dicha categoría (*Ibid.*:120).

En las sociedades de la Edad Media, el hombre estaba inserto en la comunidad y tomaba conciencia de su identidad en una red de relaciones con los demás. Esto se puede observar claramente en fiestas como el Carnaval, donde los cuerpos se entremezclaban sin distinciones. En las calles y en la plaza pública, cada hombre participaba de la fiesta colectiva. Como menciona Le Breton, “el cuerpo grotesco del júbilo carnavalesco se opone, radicalmente, al cuerpo moderno [...] entendido como un factor de individuación” (Le Breton, 1990:29, 31). Con la llegada del Renacimiento surge un cuerpo mucho más aislado y separado de los demás. Un cuerpo encerrado en sí mismo, más racional. Las fiestas son ya mucho más comedidas y ordenadas. Los individuos aparecen más separados y pudorosos (*Ibid.*:32).

Durante el *Trecento* y *Quattrocento* italianos, cuando “el comercio y los bancos juegan un papel económico y social muy importante,” podemos ver al individuo ambicioso, cosmopolita “que convierte el interés personal en el móvil

de las acciones”, aunque eso resulte en perjuicio de los demás. Aquí el individuo “ya no está regido por la preocupación por la comunidad y por el respeto por las tradiciones”, sino por ser él mismo. El cuerpo es el que “marca la frontera entre un individuo y otro” (*Ibid.*: 39, 32 cit. en Ríos, 2020:110).

Como menciona Le Breton, la aparición del individualismo representó un elemento más que provocó la separación entre el hombre y su cuerpo. El hombre dejaba de ser parte de la comunidad, del cuerpo social, se convertía en alguien autónomo, se reducía el valor del vínculo social. Durante la Edad Media el hombre estaba inmerso en la comunidad y el cuerpo era algo indisociable de éste. Se prohibían las disecciones de cadáveres porque se consideraban una auténtica agresión hacia el hombre y hacia su salvación mediante la resurrección. El cuerpo, la persona, la comunidad y el universo formaban un “todo” difícil de separar.

La Reforma protestante, la secularización del conocimiento, la liberación de lo religioso, la aparición de la democracia y corrientes racionalistas, contribuyeron a que el hombre fuera interpretado como responsable de su propio destino, un destino individual. El auge del conocimiento anatómico por la disección de cadáveres favoreció la cosificación del cuerpo. Se habían eliminado las barreras religiosas, políticas y sociales y empezó la brecha entre el cuerpo, el hombre, la comunidad y el cosmos (Ríos, 2020).

Posteriormente, el siglo XVIII es conocido como el “siglo de las luces” por su propósito de eliminar la oscuridad del “no saber”, gracias a las luces del conocimiento y de la razón. Si el siglo XVII fue conocido por la racionalidad cartesiana, el siglo XVIII fue conocido por las numerosas revoluciones, principalmente en su segunda mitad: la Revolución de los Estados Unidos, la Revolución francesa, la Revolución industrial. Todo esto fue posible gracias a un debilitamiento de la Iglesia a raíz de la Reforma protestante y el surgimiento de un humanismo que situaba al hombre en el centro, como artífice de importantes adelantos técnico-científicos. Lo situaba en la búsqueda de “libertad” e “igualdad”: un ser humano supuestamente purificado de sus condicionantes sociales que intensificaba su control instrumental, y, paradójicamente, emprendía la producción de un mundo sociotécnicamente mediado, y crecientemente poblado de hibridaciones (Latour, 2007).

A partir del siglo XVIII, un buen número de médicos abandonaron el humoralismo y buscaron fundamentar la medicina en un enfoque sistemático propio de las ciencias naturales, como lo establecieron Bacon, Descartes y otros. Prácticas de sistematización como la recopilación, la clasificación, la objetivación, la cuantificación, la estandarización, la disección y la experimentación, se hicieron cada vez más rutinarias desde la Ilustración. La evidencia médica empezaba a estar basada en leyes universales y su práctica se regulaba por autoridades cada vez más seculares y menos religiosas (Lock, 2018).

En ese marco de circunstancias, a partir de 1750 se inicia el movimiento de la medicina clínica. En Austria se construye el hospital general de Viena y más tarde la Academia de Medicina y Cirugía. Ambas instituciones se centran en la formación clínica. Cuando no existe facultad, los hospitales llegan a ser el centro principal de formación médica. Son frecuentados mayormente por indigentes, los cuales ofrecen a los médicos la oportunidad de observar y aprender. Con la práctica en los hospitales, el trabajo del cirujano llega a adquirir mucha mayor relevancia (Faure, 2005:28, 29).

La observación y la clasificación cobran protagonismo durante esta época. El empirismo de Bacon y el racionalismo de Descartes han otorgado importancia a la razón científica. Además, el descubrimiento del Nuevo Mundo ha impulsado un mayor desarrollo de la botánica y la zoología. Parece que en medicina también surge la necesidad de observar y clasificar. Se atiende al órgano y a la enfermedad, relegando paulatinamente al enfermo (*Ibid.* 2005:27).

A finales del siglo XVIII, en medicina, “el ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad [...]. Se realiza sobre el individuo un discurso de estructura científica” (Foucault, 1963:6, 8). Se sustituye la pregunta: “¿Qué tiene usted?” por “¿Dónde le duele a usted?”. Se valora el empirismo y se deja paso a la mirada, una mirada que ya no es alterada por el discurso médico (*Ibid.*:14).

El paciente es considerado un hecho exterior en relación con aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis (*Ibid.*: 23).

Según Foucault, médico y enfermo se encuentran unidos por un vínculo: el deseo de descubrir la enfermedad; y la mirada del médico será lo que la ponga en evidencia.

A través de preguntas al enfermo, el médico no intentará examinar la verdad, sino “desencriptarla”. A finales del siglo XVIII, la clínica no se considera todavía conocimiento científico, se trata del arte de observar y tratar las enfermedades. “Poco leer, mucho ver y mucho hacer, ejercer la práctica misma y ésta en el lecho de los enfermos: he aquí lo que se enseñará, en vez de las vanas filosofías, el verdadero ‘arte de curar’” (*Ibid.*:107).

La clínica —dice Foucault— es probablemente el primer intento desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada [...] La mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción (*Ibid.*:130).

Según el autor, en esta época, en la tradición médica la enfermedad se muestra al observador de acuerdo con síntomas y signos: los primeros se refieren a

La forma bajo la cual se presenta la enfermedad: [...] tos, fiebre, dolor de costado y dificultad para respirar [...]. El signo anuncia: pronostica lo que va a ocurrir; anamnesia lo que ha ocurrido; diagnostica lo que se desarrolla actualmente [...] el color azulado en las uñas que anuncia, sin duda, la muerte [...]. La formación del médico clínico está vinculada a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y de los síntomas (*Ibid.*:131, 132).

Con el nacimiento de la clínica se da prioridad a la mirada, al *ojo clínico* del médico que descubre las causas de la enfermedad ocultas en “el espacio tangible del cuerpo, que es al mismo tiempo esa masa opaca en la cual se ocultan secretos, de invisibles lesiones” (*Ibid.*:176). En esta época Lavoisier descubre que la química tiene sus cuerpos simples que se combinan formando cuerpos compuestos. Igualmente, Bichat defiende que en anatomía los tejidos simples se combinan formando órganos. Para que ese conocimiento sea verdaderamente útil sería necesaria además la observación de los síntomas y de las alteraciones de las

funciones. De manera análoga, la observación por sí sola tampoco es suficiente; se necesita la disección de cadáveres, “Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer enseguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar’. La noche viva se disipa con la claridad de la muerte” (*Ibid.*:188, 209).

La mirada médica contiene campos sensoriales diferentes, constituye una trinidad vista-tacto-oído. Por ejemplo, el tacto puede detectar tumores, inflamaciones, dilataciones. El oído puede percibir crepitaciones, zumbidos de un aneurisma, sonidos del tórax y del abdomen cuando se percuten. La mirada médica ahora está formada por una estructura plurisensorial, de manera que queda establecida una “triangulación sensorial indispensable para la percepción anatomoclínica”. A pesar de todo ello, la vista sigue tomando protagonismo. Ella es quien determina finalmente el diagnóstico. Y finalmente la autopsia otorga el triunfo a la mirada (*Ibid.*:234).

A principios del siglo XIX, surge el positivismo. La visión del médico debe ser una visión “objetiva”, teniendo en cuenta los signos de la enfermedad. El médico debe ser lo suficientemente hábil para descubrirla y ponerle remedio.

La medicina clínica es en ese momento, y hasta nuestros días, el método de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a través del estudio del enfermo efectuado directamente por el médico “al pie de cama”, teniendo en cuenta los síntomas relatados por el paciente y los signos obtenidos por el médico a través de la exploración.

Para poder curar los médicos necesitan hacer visible el interior del cuerpo humano. Casi a mediados del siglo XIX se inventan aparatos como el *speculum uteri* para explorar el aparato genital femenino, el espéculo uretrrocístico para explorar la vejiga urinaria, el otoscopio para el oído, el oftalmoscopio para el ojo. Con el surgimiento de la anatomía clínica comienza a utilizarse la percusión, aunque este método ya había sido descubierto hacía más de cuarenta años. Se inventa el estetoscopio, el termómetro clínico, el esfigmomanómetro. En 1895 Roentgen descubre los rayos X en un momento en que surge también la cinematografía. Se empieza a dar un especial énfasis a la imagen (Faure, 2005: 30, 32).

Durante este siglo también empiezan a aparecer las especialidades dentro de los hospitales, y con los nuevos descubrimientos parece que el enfermo se convierte en un ser completamente pasivo. Ya no se tiene una perspectiva global del paciente, se dejan a un lado los factores psicosociales y culturales: una visión del cuerpo como un objeto, un cuerpo que perdió su subjetividad, una visión muy parecida a la actual.

Con estos desarrollos no solo se trata de una supresión de la subjetividad del enfermo, sino también, al menos idealmente, de la subjetividad de los médicos y otros agentes sanitarios. Según Ortega, “la fotografía [...] forma parte de una lista de innovaciones técnicas que desde la *cámara obscura* hasta los rayos X tratan de extirpar cualquier tipo de mediación entre el objeto y la representación” (Ortega, 2010:115); medidas de protección contra las “invasiones subjetivas en forma de interpretaciones, selecciones, juicios [...] La mecanización triunfa sobre el arte y erradica la tentación de la interpretación y el juicio individual” (*Ibid.*:115). La fotografía parecía ofrecer un excelente mecanismo para suprimir la subjetividad (*Ibid.*: *pass*).

“Los rayos X son contemporáneos al nacimiento del psicoanálisis, ambos son ‘fenomenologías del interior’” (Lippit, 1996 cit. en Ortega, 2010:128). Se puede observar y analizar el interior del cuerpo y también el interior de la mente. Parece que las nociones de intimidad y privacidad están cambiando. Los rayos X pueden exponer hasta la parte más íntima de nuestro cuerpo, lo mismo que el psicoanálisis es capaz de revelar nuestros más ocultos secretos. Las dicotomías de público-privado, visible-invisible, interior-exterior, se convierten en críticas y menos estables con la aparición de las imágenes de los rayos X (*Ibid.*:128).

Con el nacimiento de la clínica aumenta el interés por el dolor y se empieza a dar paso a los primeros anestésicos, aunque todavía se mantiene vigente la idea de que el dolor es algo natural y saludable que fortalece el cuerpo. A pesar de ello, a mediados del siglo XIX aumenta el uso de la morfina y se extiende el uso del éter y el cloroformo como anestésicos. El Estado delegó su poder a las academias para determinar el uso de la anestesia, teniendo en cuenta los riesgos que suponía. Parece que los que quedaron apartados del debate fueron los propios enfermos. Ahora los pacientes anestesiados estarían por completo bajo el control de los médicos, perdiendo totalmente el control de sus cuerpos (Faure, 2005: 37).

Hasta finales del siglo XVIII se creía que el organismo estaba formado por cuatro humores (sangre, bilis, flema, atrabilis) a semejanza de un universo formado por cuatro elementos (agua, tierra, aire, fuego). De alguna manera, esta idea continúa en épocas posteriores a modo de reliquia, reflejada en el vocabulario que describe los caracteres según los términos humorales (sanguíneo, bilioso, atrabiliario, flemático), en la creencia en los horóscopos y en la influencia de los astros en la vida de las personas (Mandressi, 2005:320). Permanece también la idea de una medicina ambientalista, la relación entre el hombre y el mundo, la salud dependiente de factores físicos y ambientales. Pero, posteriormente a la revolución industrial, se hace cada vez mayor hincapié en los factores individuales. Aparecen movimientos higienistas que responsabilizan a los individuos, los obreros, de su propia miseria y deterioro físico. Se les califica de “poco previsores, depravados a veces, sistemáticamente perezosos y aprovechados, frecuentemente tentados por la bebida” y responsables de su mala condición. De este higienismo social que se centra en el individuo surge la salud pública, que introduce al individuo en un ámbito mayor, la sociedad como agregado de individuos, a la que se debe favorecer frente a la persona individual (Faure, 2005:52,54).

En el siglo XX y después de la Segunda Guerra Mundial los descubrimientos se suceden rápidamente: aparatos de ultrasonido, tomografía computada (TC), tomografía de resonancia magnética (IRM).

En la actualidad, «nada escapa a la mirada precisa de la TC y de la IRM, ni el contenido del estómago de las momias egipcias ni las estructuras musculares de un cadáver congelado en el macizo de Ötztal, ni la anatomía de un criminal ejecutado ni, tampoco, los procesos fisiológicos en el cuerpo de un atleta durante el entrenamiento para las olimpiadas» (Gugerli, 1999 cit. en Ortega, 2010: 134).

En la actualidad, las imágenes de nuestro interior se hacen visibles. Ya no parece haber secretos con los nuevos aparatos de visualización.

El fenómeno guarda semejanza con la creciente ola de exposición pública de la intimidad de los usuarios de Internet en los nuevos géneros confesionales como las *webcams*, *blogs* y *fotoblogs*, diarios, y álbumes de fotos, virtualmente accesibles desde cualquier punto del planeta donde

haya un ordenador conectado a la red. A la exposición virtual de la intimidad en estos dispositivos confesionales contemporáneos, los *reality shows* y programas de auditorio [...] En todos esos fenómenos de la cultura somática, la interioridad tiene su valor de cambio en la exposición y en revelaciones. Ya no es la parte más preciosa de sí preservada de la luminosidad excesiva del mundo. Perdió su opacidad, se vació. (*Ibid.*: 161).

A fin de alcanzar una eficacia diagnóstica y terapéutica, la biomedicina debe aislar y estudiar las partes u órganos del cuerpo, debe descontextualizarlos, arrancarles su opacidad, separarlos de la totalidad corporal. Cada órgano corresponde a una especialidad dentro de la medicina. Las técnicas de *imageamiento* han contribuido a esa fragmentación y división del cuerpo, a su desmaterialización y objetivación (*Ibid.*: 146).

También es cierto que hoy la visión cobra protagonismo frente al tacto o el oído, especialmente porque vivimos rodeados de pantallas. Nuestras relaciones con el mundo exterior están mediadas por interfaces en las que las pantallas ocupan un lugar prominente: teléfonos móviles, ordenadores, televisiones. En medicina, las tecnologías de visualización son las que resultan más fiables para realizar un diagnóstico.

En el bloque quirúrgico todo pasa a través de las pantallas, los cirujanos ya no observan los cuerpos abiertos mientras operan, lo que observan son las pantallas donde se ven los órganos que están operando. El anestesiólogo generalmente no puede ver el rostro del paciente porque está cubierto por tallas estériles, pero puede comprobar su estado hemodinámico por la pantalla del monitor. Igualmente, en el momento de la extubación, cuando ha finalizado la cirugía, el anestesiólogo sabe si el paciente respira por sí solo o no respira al ver unas líneas curvas que aparecen en la pantalla del monitor. Puede saber la frecuencia respiratoria y los volúmenes de aire que el paciente es capaz de inspirar y espirar, y puede conocer el nivel de consciencia por unas cifras que se ven en la pantalla. Las enfermeras de la sala de reanimación saben si el paciente respira o si le funciona el corazón por la pantalla del respirador y la del monitor. Cualquier médico que quiera averiguar datos sobre un paciente, antecedentes patológicos, pruebas diagnósticas, el resultado de la última analítica... deberá

consultar la pantalla del ordenador. Lo virtual ya no se opone a lo real, sino que lo complementa y lo agudiza.

La visión es la que facilita cualquier exploración, diagnóstico y tratamiento. Ya no sirve el relato del enfermo, ya no sirve el contacto del médico con el paciente a través de la palpación y la percusión. La visión implica un alejamiento que permite una neutralidad y objetivación necesarias frente al organismo enfermo. El observar una imagen implica un desarraigo, una objetualización del cuerpo observado.

Las nuevas técnicas de exploración del cuerpo han dejado atrás los otros métodos más artesanales. El paciente está rodeado de máquinas manipuladas por el médico y la mirada de este ya no está sobre el paciente sino sobre los aparatos. Posiblemente el siglo XX ha asistido a la “muerte de la «clínica» cuyo nacimiento celebró Foucault” (Moulin, 2005: 67). Casi se podría hablar de una opresión tecnológica que despoja a los enfermos de sus historias y del significado de su experiencia, reduciéndolos a receptores pasivos de comunicación (Bruun, 2010).

Ahora en medicina se hace menos necesaria la disección de cadáveres porque los estudiantes pueden aprender a través de cuerpos vivos. Las radiaciones electromagnéticas son un importante instrumento para ello, se usan isótopos radioactivos para observar órganos como el páncreas o el hígado. Las gammagrafías, las ecografías, las tomografías axiales computerizadas, las resonancias magnéticas, son algunas de las técnicas que empezaron a utilizarse en el siglo pasado para explorar órganos y tejidos de difícil o imposible acceso a través del examen físico. También recientemente se utilizan las simulaciones para la educación en medicina. Se trata de imágenes virtuales de organismos vivos a los que se puede diagnosticar, en los que se puede intervenir, y sobre los que es posible realizar cualquier tipo de tratamiento sin riesgo alguno. Ahora se puede visualizar el cuerpo en su totalidad, se puede ejercer un control panóptico de todos sus órganos a través de sus imágenes oligópticas. Las nuevas tecnologías han revelado secretos y han desarrollado una mayor transparencia de sus puntos más recónditos (Moulin, 2005:76).

Además, actualmente se están haciendo importantes avances en plastinaciones, es decir, procedimientos técnicos por los que se extraen los líquidos corporales de un cadáver con la ayuda de solventes como la acetona, para

luego sustituirlos por resinas elásticas. Esto produce la conservación total del cuerpo y además se mantiene el color natural y una rigidez correcta para su manipulación. Este método se está empezando a utilizar en las clases de anatomía de algunas universidades y también en la exhibición museográfica.

Se ha logrado que las cirugías cada vez sean menos invasivas, ahora se puede operar a través de los orificios naturales del cuerpo, sin necesidad de hacer incisiones, gracias a los endoscopios que pasan por los orificios y llegan hasta órganos huecos como la vejiga y el estómago.

Las cirugías abiertas están quedando obsoletas frente a las cirugías laparoscópicas. A través de pequeñas incisiones se introduce en el cuerpo del paciente una cámara de vídeo y también el instrumental quirúrgico. El cirujano maneja el instrumental y observa los órganos del paciente a través de una pantalla a todo color, realizando una invasión mínima y reduciendo, por tanto, enormemente el tiempo de recuperación del enfermo (Ríos, 2020).

Como afirma Anne M. Moulin, parece que los descubrimientos médicos no tienen límites, la esperanza de vida está aumentando de manera constante, se curan enfermedades antes incurables, se pueden sustituir órganos desgastados. Los minusválidos pueden utilizar dispositivos que casi no se ven y llevar una vida prácticamente normal. Mujeres menopáusicas pueden concebir. Se colocan



Ilustración 6.
Resección transuretral en la que por vía endoscópica se ha penetrado en la vejiga urinaria para extirpar un tumor. El acceso ha sido a través del orificio natural de la uretra.

válvulas y dispositivos especiales en las arterias y en el corazón para evitar las isquemias (Moulin, 2005: 79).

Al finalizar el siglo XIX Freud incitaba al descubrimiento del inconsciente, ahora la medicina nos revela el interior del cuerpo en su mística totalidad. El individuo tiene un mayor conocimiento y control sobre sí mismo y sus potencialidades, y a su vez, también incorpora una mayor responsabilidad. El énfasis en la autonomía individual está ligado al desmantelamiento del Estado asistencial que trata a los individuos dependientes con desconfianza, como *parásitos sociales*. El individualismo se instala frente al holismo. Las partes adquieren protagonismo frente al todo en relación. El cuerpo deja de ser sujeto para convertirse en objeto, y la libertad, la independencia y la autosuficiencia se convierten en requisitos básicos en nuestra sociedad (*Ibid.*: 80).

Todo eso puede verse reflejado en esos cuerpos desnudos, cubiertos por tallas estériles y anestesiados en la mesa de operaciones, de los cuales sólo puede verse la parte que se va a operar, el órgano o el tejido en cuestión. No se ve su rostro, no se sabe si es hombre o mujer, si es joven o viejo; sólo es ahora un espacio instrumental el cual hay que reparar.

El quirófano es el lugar por excelencia donde la enfermedad se aísla del cuerpo del paciente y de sus circunstancias sociales y culturales. Es el lugar donde el cirujano manifiesta sus habilidades y estandariza las variaciones individuales de cada cuerpo a fin de resolver el problema de salud.

Le Breton afirma que esta es la visión del cuerpo como objeto básicamente adoptada en la biomedicina, como consecuencia del desarrollo del individualismo en las sociedades occidentales (Le Breton, 1990:8).

Cien billones de células, cabeza, tronco y extremidades, que constituyen el primer contacto con el mundo, la base para la experiencia, la mayor fuente de placer, la llave del éxito o del fracaso. Posiblemente la enfermedad lo podría hacer tambalear todo, su identidad y toda su existencia corporal. En el bloque quirúrgico se trabaja cotidianamente con cuerpos, cuerpos que se abren, se operan, cuerpos en los que se trasplantan piezas (Ríos, 2020).

Voy a focalizar la atención ahora en esos cuerpos, en los cuerpos fragmentados y en el trasplante de órganos.

Cuerpo fragmentado

En el departamento quirúrgico de este hospital donde estoy llevando a cabo la investigación, es habitual escuchar la frase: ‘hoy hay extracción’, eso significa que en algún lugar se ha producido el fallecimiento de una persona y en el hospital donde ha sido atendida, se solicita permiso a la familia para la donación de órganos” (Ríos, 2018: §2). A continuación, un equipo de médicos y enfermeras se traslada para llevar a cabo la extracción. Existe todo un proceso protocolizado para la donación de órganos. Desde que salta la alarma de trasplante por la aparición de un potencial donante, muchos profesionales se ponen en marcha: los médicos y enfermeras de la UCI de los hospitales, el coordinador hospitalario de trasplante, que activa el protocolo de trasplante en el hospital; el coordinador autonómico de trasplantes, que da aviso a la ONT (Organización Nacional de Trasplante) para que centralice la información del potencial donante en su base de datos y se busque a la persona más compatible en la provincia o comunidad donde está el donante. Todo el procedimiento está supervisado por la ONT, “para garantizar la equidad e igualdad de acceso al trasplante y el cumplimiento de los criterios de altruismo, voluntariedad, universalidad, y anonimato de las donaciones” (Cinfasalud, 2016; cit. en Ríos, 2018: §3).

Según la ONT y citando a Ríos, “España ha sido líder mundial en donación y trasplante durante 26 años consecutivos y ha vuelto a superarse a sí misma, al alcanzar en 2017 los 46,9 donantes por millón de población” (Ríos, 2018: §1), “con un total de 2.183 donantes, lo que ha permitido realizar 5.259 trasplantes de órganos. Esta cifra eleva la tasa de trasplantes a 113 por millón de población y consolida a España internacionalmente como el país de los trasplantes que permanece imbatible en este ámbito” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017; cit. en Ríos, 2018: §1). Todo ello apunta a un programa de obtención de órganos bien organizado, parcialmente descentralizado y bien financiado (Lock, 2018).

Es cierto que a través de la historia los individuos y grupos sociales han utilizado la donación como medio para producir y reproducir las estructuras sociales, pero con el tiempo:

La influencia del mercado se extiende sobre la producción, y los intercambios y el Estado crean estructuras que gestionan las desigualdades. Con el paso del tiempo, y centrándonos en nuestra cultura occidental, el don sigue existiendo, pero liberado de la responsabilidad de tener que producir y reproducir relaciones sociales fundamentales y comunes a todos los miembros de la Sociedad [...]. Ahora bien, en la actualidad, el Estado pierde protagonismo no sólo en el control de la economía, sino también en la sanidad y en la educación. Es en este contexto donde el don 'generoso' (don sin retorno), en el que se encuadra la donación de órganos, se solicita nuevamente para ayudar a resolver problemas de [la] sociedad. Así, el don se ha convertido de nuevo en una condición objetiva, socialmente necesaria, de la reproducción de la sociedad (Vélez, 2007:180).

Este hospital es un centro de referencia para los trasplantes renales. Cuando se obtiene el permiso de donación, el hospital recibe el aviso y enseguida un equipo de trasplante (compuesto por dos urólogos: adjunto y residente, y una enfermera instrumentista) se desplaza al lugar para realizar la extracción de los dos riñones. Mientras tanto el nefrólogo que está de guardia localiza la lista de candidatos a trasplante y llama a los pacientes de esa lista de espera, según el grado de compatibilidad grupo *ABO* y la urgencia del trasplante. Una vez se ha realizado la extracción, los riñones son transportados en una nevera preparada y son dejados en el quirófano. En ese momento, el candidato a trasplante que ha sido seleccionado ingresa en la unidad de Urgencias del hospital para iniciar el proceso.

Los primeros órganos que se extraen del cuerpo donante son el hígado, pulmones, riñones, páncreas e intestino. Después de eso, otro equipo de trasplante al que se conoce coloquialmente como los buitres (jerga que se utiliza entre los profesionales), extraen del cadáver las córneas oculares, músculos, tendones, médula ósea, huesos, segmentos vasculares, etc., el último órgano en extraerse siempre es el corazón (Ríos, 2018: §4).

La legislación ha separado el equipo encargado de la extracción del que realiza el trasplante. Podríamos decir que el equipo de la extracción se relaciona con el trabajo sucio, con el lado de la muerte, ese lado que evoca a la medicina renacentista saqueadora de sepulturas.

Actualmente los profesionales han dejado poco definida la diferencia entre cuerpo vivo y cuerpo muerto, ya que se puede mantener de manera artificial el funcionamiento de las constantes vitales en un cuerpo que se encuentra bajo riesgo vital, gracias a la utilización de drogas vasoactivas y ventilación mecánica, de manera que los diferentes órganos corporales pueden ser trasplantados para mejorar la vida de otras personas (Ríos, 2020).

En la segunda mitad del siglo pasado emergió el concepto de “muerte cerebral”, a diferencia de épocas anteriores en las que la defunción se diagnosticaba por muerte cardiorrespiratoria. Gracias a los avances tecnológicos, alrededor del año 1950, apareció el respirador artificial capaz de mantener el cuerpo vivo a pesar de una pérdida de conciencia irreversible. Cadáveres bioquímicamente activos, seres híbridos dependientes de una máquina para poder mantener sus signos vitales se convirtieron en candidatos idóneos para la obtención de órganos. Los conceptos de vida, muerte y trascendencia estaban siendo cuestionados, redefinidos y secularizados (Lock, 2018).

Algunos países, destacando entre ellos a Japón, se mostraron reticentes en un principio al nuevo concepto de muerte. Japón sostuvo debates durante más de 30 años sobre si la muerte cerebral podía contar o no como el fin de la vida humana, mostrando así que las circunstancias políticas y culturales muchas veces hacen frente a los avances tecnológicos. No obstante, todos estos países finalmente se han mantenido unánimes en la incorporación de la nueva definición de muerte y su posterior fragmentación del cuerpo.

Actualmente, la mayoría de los trasplantes de cadáver se hacen a partir de un cuerpo mantenido vivo artificialmente, conectado a un respirador mecánico. En el hospital investigado, he podido observar que cuando inusualmente esto no es así, se dice que hay un trasplante “a corazón parado” y, por consiguiente, se sigue un protocolo especial para minimizar al máximo posible el tiempo de isquemia del riñón que se va a trasplantar. “Aquí el cuerpo aparece desubjetivado

y fragmentado. Se trata de una visión particular del cuerpo que se compone de órganos y tejidos separados que pueden ser estudiados aisladamente. Partes del cuerpo quirúrgicamente separadas”, arrancadas de su entorno, desmontadas del organismo al cual pertenecen (Ortega, 2010; cit. en Ríos, 2020:112).

Según Ortega, a principios del siglo XIX regían corrientes filosóficas racionalistas y positivistas. En arte surgía un neoclasicismo que proponía la belleza ideal y el culto a la Antigüedad clásica. Se exaltaba la idea de un cuerpo bello, el modelo de cuerpo total, un cuerpo individualizado, cuerpo burgués, armonioso, expresión de ambiciones humanistas y antropomórficas. Pero poco después, con la llegada del romanticismo, surgió un arte mucho más relacionado con “la fragmentación frente a una ilusión de totalidad armonizante” (*Ibid.*:174; cit. en Ríos, 2018). Predominaba la pasión, lo irracional, el desorden, lo contrario al ideal de unidad corporal. Desde finales del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial, se cuestionaron fundamentos sociales tradicionales, apareció una profunda crisis del humanismo aposentado hasta entonces en el occidente de Europa. El fragmento parecía que era el género romántico más identificativo, la obra de arte fragmentada e inacabada. “De los románticos alemanes, pasando por Nietzsche, hasta Benjamin, Derrida y Blanchot, el fragmento es el género privilegiado para recalcar la naturaleza despedazada y discontinua de la realidad y la obra de arte frente a las ilusiones totalizantes y unificadoras de la metafísica occidental” (Ortega, 2010: 174). El surrealismo y el arte modernista reflejaron el desgarramiento social. La medicina también dejó ver esos mismos rasgos, presentando a esos cuerpos divisibles y fragmentados que son intercambiables en un quirófano (*Ibid.*: 175)

Como sugiere Honorio Velasco, la fragmentación del cuerpo en pequeñas porciones mantiene cierto paralelismo con las reliquias, aunque quizás éstas representen el proceso inverso, ya que cada una de las partes puede ser tomada como una extensión del todo, de manera que tiene la capacidad de multiplicar su presencia en numerosos lugares. Aquí el todo va unido por completo a la parte separada de él, conservando todas sus cualidades. Éste sería el caso de partes del cuerpo de muchos santos. Estos fragmentos tienen el poder de transformar “los espacios profanos en espacios sagrados”, de manera que se han construido santuarios en determinados lugares, llegando a movilizar a multitud de personas

en rutas de peregrinación hacia ellos en busca de favores materiales o espirituales, salud, bienestar económico, etc. (Velasco, 2010:39).

En lugar de ser enterradas y separadas de los vivos, las reliquias son exhibidas y se considera un auténtico privilegio el hecho de poseerlas. Fue Calvino en su crítica y reforma de la fe cristiana, quien las desacralizó y denunció su falsedad, las redujo a idolatría, a la condición de simples objetos, diluyendo su relación con el todo y convirtiéndolas en “«partes», restos segregados” (*Ibid.*:40).

Es interesante notar que muchos receptores de órganos se preocupan por el género, la etnia, el estatus social o la personalidad del donante. Es como si necesitaran dotar de agencia al órgano recibido (Lock, 2018). Un requisito importante en toda donación de cadáver es el anonimato y se mantiene completa confidencialidad sobre los datos del donante y las circunstancias de su muerte.

En el hospital donde he desarrollado esta investigación he podido observar a receptores renales que hablan al riñón trasplantado y que hasta le han asignado un nombre. Algunos sanitarios incitan a esa práctica porque, según afirman, evita el rechazo a un órgano desconocido. Afirman coloquialmente que está demostrada una relación entre dotar de agencia e identidad al riñón y una menor probabilidad de rechazo por el sistema inmunitario. Con este ejemplo se puede hacer referencia a una cierta resistencia ante la idea de asumir el órgano recibido como una mera parte biológica carente de identidad, un tipo de rechazo cultural hacia la cosificación y despersonalización del cuerpo y sus componentes. A través de la historia, hemos podido comprobar que los avances médicos y tecnológicos muchas veces han implicado transgresiones culturales y, por tanto, la actual reificación y cosificación del cuerpo también pudieran estar incluidas en ello.

Hasta aquí hemos visto cómo a partir de la edad moderna, gracias a las disecciones de cadáveres se han producido importantes avances en los conocimientos anatómicos. Con la aplicación de las nuevas tecnologías, el cuerpo se ha convertido en un espacio instrumental con partes fragmentadas e intercambiables quirúrgicamente. En cierto sentido la biomedicina contemporánea comparte con el posmodernismo el deseo de ruptura con cualquier tipo de totalidad corporal.

Esta ilusión de autonomía e independencia de las partes tiene que ver con las tendencias individualistas en las que la dependencia se contempla como un hándicap y como una debilidad. Se fomenta la consecución de los objetivos y los deseos propios, se valora la independencia. Alcanza protagonismo el cuerpo visto como un objeto y el quirófano constituye un espacio ideal en donde esa visión se desarrolla plenamente.

El trasplante de órganos, las tecnologías reproductivas y la manipulación genética han hecho que las partes del cuerpo cobren un enorme valor. Su industrialización se ha convertido en un negocio global muy rentable, como se puede deducir de los múltiples beneficios obtenidos por la venta y manipulación de sangre, órganos y partes fetales; por el comercio de materiales reproductivos humanos, como semen, óvulos y embriones, y por la venta e ingeniería de material bioquímico humano, genes y células. La comercialización de partes corporales convierte al cuerpo en un objeto desubjetivado, permitiendo extraer, usar y patentar tejido corporal sin tener en cuenta a la persona. Es como si el cuerpo hubiera cedido su lugar a las partes y, para la industria y para la ciencia, las partes cobraran más valor que el propio cuerpo.

Los países que no reconocen la muerte cerebral como el final de la vida favorecen la aparición de un turismo médico de pacientes en busca de órganos, una mercantilización particularmente explotadora, producto de una economía globalizada y una profunda desigualdad social. Tenemos un ejemplo de esto en una investigación realizada por la antropóloga Sherine Hamdy en Egipto y citada por Margaret Lock. En ella se pone de manifiesto que la población egipcia afirma categóricamente que la compra y la venta de órganos es incorrecta. No obstante, la mayoría de los trasplantes egipcios implican transacción comercial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha designado a El Cairo como uno de los seis puntos críticos del mundo para el tráfico de órganos. En la gran mayoría de trasplantes de donante vivo que se hacen en Egipto, el donante no está relacionado con el receptor y vende su riñón mientras los médicos lo pasan por alto. Otros egipcios ricos optan por viajar al extranjero para conseguir un riñón y, aún otros, deciden no trasplantarse porque aseguran que, con la degradación ambiental y el alto nivel de contaminación y toxicidad en los alimentos, el nuevo riñón no tardaría también en dañarse. Con todo esto, Lock resalta la mala gestión

estatal, la explotación de los cuerpos de los pobres y la corrupción ampliamente extendida relacionada con los trasplantes de órganos (Lock, 2018).

El trasplante de órganos abre la posibilidad de extensos debates sobre la modernización y el desarrollo, sobre los límites entre la naturaleza y la cultura, sobre las transiciones entre la vida y la muerte y sobre la relación entre los obsequios y las mercancías (*Ibid:pass.*). Pero el enfoque principal al cual quiero hacer alusión aquí es la cosificación del cuerpo humano y el trabajo de eliminación de toda esencia mística asociada a sus partes para que éstas se conviertan en alienables y se pueda hacer posible el trasplante de órganos.

Con todo lo mencionado hasta ahora, pretendo mostrar que en la historia nada ocurre de manera casual, sino que la mayoría de los acontecimientos son la consecuencia de fenómenos anteriores y simultáneos. La convergencia de una serie de sucesos, como son: una estructura social individualista, corrientes filosóficas racionalistas y positivistas, la Reforma protestante, la emergencia del capitalismo, los descubrimientos científico-tecnológicos, han dado lugar al actual concepto del cuerpo, a su cosificación y a su despersonalización en el sistema médico (Ríos, 2020). Pero no como sistema aislado de llana dominación, sino como una compleja red sociotécnica en la que juega un papel fundamental la racionalidad sanitaria que, de forma más o menos integrada, también comparten los “pacientes”.

La despersonalización y fragmentación del cuerpo es necesaria para que la actuación quirúrgica resulte más eficaz. Y esa “eficacia”, como principio general, es lo que está en juego en estas lógicas de acción. En el departamento, cuando ingresa un familiar de cualquier trabajador, se recomienda que no sea atendido por la persona allegada, especialmente si se le debe practicar alguna técnica de punción o cualquier procedimiento invasivo, ya que se ha comprobado que la implicación emocional disminuye y altera las habilidades de los profesionales. De ahí esa incidencia en tomar distancia con el sujeto, convirtiéndolo en objeto. La objetualización del cuerpo lo convierte en algo mucho más manejable y accesible, en algo mucho más dúctil en las manos de los agentes del sistema médico. Esa desobjetivación es el recurso que emplea nuestra medicina para asegurar el éxito terapéutico.

Una vez examinados los límites y continuidades entre el cuerpo como objeto quirúrgico y el cuerpo como cadáver, hemos visto que toda la trama de acción sociotécnica en el departamento quirúrgico consiste en reducir al ser humano a un cuerpo solo provisto de actividad bioquímica, ya que es la única manera de poder practicar sobre él las técnicas quirúrgicas con éxito. Este es el paradigma del sistema médico. El “modelo antropológico” resulta insuficiente a la hora de efectuar su crítica basada en las nociones *deshumanización-rehumanización*. Es un modelo que resulta inviable en el régimen sociotécnico que acabamos de examinar, al pasar por alto las condiciones socioculturales en las que ha sido configurado este aspecto central de la práctica médica. Una correcta antropología de la medicina deberá contemplar todos los aspectos, a fin de hacer inteligible la práctica de estos seres humanos que producen su actividad en el bloque quirúrgico.

Capítulo 3. Hibridaciones

Hasta aquí hemos podido observar dos órdenes de sentido común inconmensurables dentro del espacio sanitario; el orden biomédico, del que el bloque quirúrgico representa su núcleo más duro y espacio más representativo, y el “modelo antropológico” que parece no poder dar una correcta explicación sobre la clase de procesos tecnosociales que allí acontecen. A lo largo de este capítulo voy a abordar la cuestión de si podría darse una traducción entre posiciones inconmensurables (Kuhn, 1962), si fuese posible transitar razonablemente de una posición a la otra. Tomando como referencia a Haraway con su quebrantamiento de las dicotomías y oposiciones binarias modernas (Haraway, 1984), y por otro lado a Latour con su idea de la proliferación de los híbridos, combinaciones entre sujetos humanos y objetos —puntos intermedios donde se “reensambla lo social” (Latour, 2008)— voy a plantear la cuestión de si pudiera llegar a existir algún nexo que permitiera un entendimiento intercultural entre ambos modelos. Hablaré del término *cyborg*, ese híbrido mitad hombre mitad máquina que representa la mezcolanza, la fusión de posiciones diversas.

El quirófano es un destacado espacio de *cyborgs*, robots que operan con la ayuda de los humanos, cirujanos híbridos producto de las nuevas tecnologías y reflejo de nuestra modernidad. Por este motivo voy a dar comienzo al capítulo con la descripción de una nueva escena en la que adquiere protagonismo un robot cuyos brazos se mueven dentro del cuerpo del paciente y que es controlado a distancia por el cirujano. Posteriormente analizaré los conceptos de *hibridación*, *mezcolanzas*, *diálogo intercultural* e *inconmensurabilidad*.

Escena 3. El cirujano como un *cyborg*

El paciente está anestesiado dentro del quirófano, respira gracias a un tubo que lleva en la boca y que está conectado al respirador, tiene los ojos cerrados y tapados con unos esparadrapos. En su pecho están conectados unos electrodos que transmiten su función cardíaca al monitor que está junto al respirador. En el

dedo índice de la mano izquierda está conectado el pulsioxímetro y en el brazo derecho el manguito de la tensión arterial.

En la mano izquierda la enfermera le ha puesto dos vías endovenosas. En una de ellas están conectados tres cables. Por cada uno de ellos se le está administrando anestesia gracias a una bomba de infusión continua que se encuentra justo al lado. En la otra vía hay conectado un suero fisiológico y en el cuello, en la vena yugular externa, el anestesiólogo acaba de pinchar otra vía endovenosa para infundir sueros y medicación.

El cuerpo del paciente está desnudo, solo cubierto por una talla, los sanitarios y el auxiliar de quirófano acercan los brazos del paciente al cuerpo de éste y los sujetan con un vendaje, teniendo cuidado de no acodar ni arrancar ninguno de los cables. El anestesiólogo supervisa que esto se haga correctamente.

Ahora Pedro, un cirujano, acaba de entrar al quirófano junto con un residente, ambos llevan las manos y antebrazos lavados quirúrgicamente y goteando. El auxiliar les acerca una talla estéril a cada uno de ellos para que se sequen.

Enseguida otro cirujano, Javier, entra también al quirófano y dice sin mirar al paciente: “a ver cómo tenemos esto...”. Se sienta en una especie de consola llena de teclas y mandos. La consola está en una esquina del quirófano y Javier empieza a tocar y mirar en la pantalla. Mientras tanto Pedro cubre el cuerpo del paciente con tallas estériles, ayudado por el residente y la enfermera instrumentista y dejando al descubierto solo la zona abdominal. Anteriormente he leído en el parte quirúrgico que le van a hacer una prostatectomía radical robótica (eso significa que se le extirpará la próstata más los tejidos circundantes con la ayuda de un robot).

La enfermera de anestesia coloca una manta térmica en los hombros y pecho del paciente. Pedro la mira con cara de sospecha y le dice sonriendo irónicamente: “no te pases ni un pelo, que te vigilo”, y ella responde: “vale, vale, que parece que no me conozcas, ¿no ves que voy con cuidado?” Parece que ambos compiten por el espacio en el cuerpo del paciente. El equipo quirúrgico delimita su espacio creando el campo estéril con sus tallas y la enfermera finalmente

coloca la manta casi rozando ese campo estéril y la conecta a un aparato eléctrico que infunde aire caliente.

En este quirófano, que es más grande que el resto, se encuentra el robot, compuesto por el carro quirúrgico, la torre de visión y la consola.

El equipo de anestesia se encarga de las funciones del *input*, introducen vías endovenosas y a través de ellas la anestesia, los líquidos y la medicación para mantener estable la función hemodinámica. Introducen también el tubo endotraqueal y por él insuflan oxígeno y gases. El equipo quirúrgico se encarga del *output*. En primer lugar, colocan una sonda vesical al paciente extrayendo la orina, a continuación, seccionan piel y tejidos y extraen muestras para analizar, extraen tumores y extraen órganos.

El auxiliar ahora enchufa el reproductor de música y se empiezan a escuchar canciones de los años 90. Pedro dice: “ya podéis poner el tren”. Se refiere a poner al paciente en posición de “*trendelenburg*”. Con el mando a distancia, el auxiliar mueve la mesa de operaciones hasta dejar al paciente con la cabeza mucho más baja que los pies, a unos 45°. Esta es la posición necesaria para este tipo de cirugía, tanto si es robótica como si es laparoscópica. Esta posición le facilita el trabajo al cirujano. El cirujano empieza a pintar el abdomen del paciente con unas gasas impregnadas en yodo; mientras, el anestesiólogo mira atentamente la pantalla del monitor por si aparece alguna alteración por el cambio de posición del paciente.

En ese instante el auxiliar de quirófano aproxima el robot al cuerpo del enfermo. Se trata de una torre de unos dos metros de alto, que dispone de cuatro brazos articulados cada uno revestido de un plástico estéril. Cerca del paciente también se encuentra la torre de visión, formada por controladores, vídeo, audio y procesador de imagen. Javier, el cirujano que está sentado en la consola dice: “Bueno, qué, ¿empezamos ya?”, y Pedro responde: “por mí cuando quieras” “pues vamos allá” —continúa Javier—. La pantalla de la consola rodea la cabeza del cirujano y se ajusta a ella. Le ofrece una visión en 3D y aumentada: una visión alineada entre la zona anatómica afectada y el instrumental. La voz de este cirujano se oye como a través de un micrófono. Se oye clara y potente.

Pedro, ayudado por la enfermera instrumentista acopla instrumentos a los brazos del robot. Después toma un rotulador quirúrgico y pinta cuatro pequeñas líneas en el abdomen del paciente. La enfermera instrumentista le acerca el bisturí y el cirujano realiza una pequeña incisión de unos dos centímetros cerca del ombligo. Por ella, con ayuda del residente, introduce un trócar que lleva una cámara y, a partir de ese momento empiezan a verse imágenes en las dos grandes pantallas de vídeo que están en la pared justo debajo del techo.

Después, el cirujano hace tres pequeñas incisiones más en el abdomen del paciente, aproximadamente de la misma longitud que la anterior, y, de nuevo con la ayuda del residente, coloca otros tres trócares con el instrumental adecuado, que habían acoplado anteriormente. Por la primera incisión, que es donde está la cámara, ahora insuflan CO₂. Lo hacen a través de una luz o cavidad que tiene el trócar. El CO₂ permite aumentar el espacio abdominal y poder visualizar correctamente todos los tejidos. Pedro da la orden y el auxiliar acciona un mando que se encuentra en la torre de visión.

Después dice Pedro: “Javier cuando quieras” y Javier responde: “Voy, apagad las luces”. El cirujano empieza a presionar algunas teclas de la consola y a mover sus pies accionando unos pedales de la misma.

En ese momento se ven moverse los grandes brazos del robot, que, a su vez, están conectados con los trócares. Las luces se apagan, y cobran protagonismo las dos grandes pantallas colgadas en la pared. En ellas se puede observar a todo color la cavidad abdominal del paciente, las vísceras y el instrumental quirúrgico cortando y coagulando. La calidad de imagen es excelente. Pedro, el médico residente y la instrumentista, miran fijamente hacia la pantalla más cercana. El anestesiólogo mira la de su monitor y el auxiliar de quirófano está de pie junto a la instrumentista esperando órdenes.

Javier no mueve la cabeza de la consola y toca los mandos con sus manos y sus pies. Mientras, en la penumbra de la sala, impresiona ver los brazos del robot moverse solos dentro del cuerpo del paciente. Pedro vigila con atención y de vez en cuando cambia el instrumental de los brazos del robot. En las pantallas de vídeo se puede seguir detalladamente y con claridad todo el proceso quirúrgico. Transcurrida aproximadamente una hora y media, Javier dice: “Vamos a extraer ya la pieza”. Entonces Pedro con el bisturí hace un poco más

grande la incisión del ombligo. La instrumentista le da una bolsa de plástico muy doblada. Pedro la introduce en el abdomen del paciente. Cuando la bolsa llega hasta la próstata se despliega y la envuelve por completo. Previamente, la próstata ha sido separada y se ha hecho una anastomosis con los vasos circundantes. Cuando la próstata ha sido envuelta en la bolsa, Pedro tira de unos hilos y sacan la próstata a través de la incisión del ombligo.

La duración de toda la cirugía es de aproximadamente dos horas. Transcurrido ese tiempo Javier se levanta de su silla y dice: “Bueno chicos, por hoy hemos terminado, muchas gracias a todos” y sale del quirófano. Las luces se encienden. Poco después Pedro extrae los trócares y el instrumental. Le ayuda la instrumentista. El auxiliar con el mando a distancia pone la camilla en posición horizontal y el médico residente sutura las heridas quirúrgicas.

El ambiente está relajado. Pedro dice: “Bueno, y qué vais a hacer este fin de semana. Han anunciado buen tiempo”. El auxiliar responde: “Yo voy a ver una peli que me han dicho que es buenísima...” El anestesiólogo se asoma al pasillo y le dice a la primera enfermera de anestesia que ve pasar: “Salimos ya”, “pues ahora se lo digo a Lara que está libre” —responde la enfermera—. Después de unos minutos Pedro abandona también el quirófano y se quedan el residente, la instrumentista y el auxiliar poniendo apósitos quirúrgicos. A los pocos minutos, sale el residente. Se queda la instrumentista retirando las tallas estériles. El auxiliar le ayuda y llega Lara, enfermera de anestesia, para ayudar al anestesiólogo a despertar al paciente.

Las cirugías con el robot suelen ser siempre así, sin incidencias ni complicaciones. Pero recuerdo un día en que fue diferente. Fue algo bastante excepcional.

Era un jueves sobre las 16:00h cuando en la entrada de este mismo quirófano pude ver a varias personas hablando efusivamente. Eran la anesestesióloga, el cirujano residente, la enfermera instrumentista y el auxiliar de quirófano. Todo el que pasaba por allí se quedaba para poder escuchar. Yo le pregunté a Clara, la anesestesióloga, qué era lo que había pasado. Ella me contestó con una medio sonrisa que se había estropeado el robot. Le pregunté qué era lo que pensaban hacer ahora y me respondió que habían llamado al servicio técnico.

Entré en el quirófano y pude ver al paciente desnudo, anestesiado y monitorizado en “*trendelenburg*”, con la cabeza casi rozando al suelo y las piernas en alto, en posición de litotomía o ginecológica. Se trataba también de una prostatectomía radical. Lo que me pareció extraño es que el paciente no estuviera cubierto por tallas estériles. Pude ver todavía los cuatro trócares dentro del cuerpo del paciente y al cirujano sentado en su consola intentando mover unos mecanismos que no respondían.

El cirujano ayudante estaba de pie junto al paciente con aspecto de preocupado y haciendo un constante gesto de negación con su cara. Ni tan siquiera parecía advertir mi presencia allí. El grupito que se había formado a la entrada del quirófano parecía vivir la situación de manera mucho más desenfadada, hasta con un cierto sentido del humor. Escuché decir a Clara: “Pues como no lo puedan operar no sé qué le dirán a este buen hombre cuando se despierte. Y encima es un privado. Anda que la gracia que le va a hacer después de haber pagado todo lo que habrá tenido que pagar... Desde luego yo no lo pienso despertar, lo sacaré con el tubo y ya verá Marcos lo que hace con él...”

El auxiliar de quirófano me dijo que el personal del servicio técnico del robot ya se había puesto en contacto con los cirujanos y les había dado varias sugerencias a seguir, pero que con ninguna de ellas parecían poder solucionar la avería. Ahora estaban a la espera de que algún técnico especialista viniera personalmente para arreglarlo. Pero, eso sí, manteniendo al paciente conectado por si todavía lo podían operar.

Transcurridos unos minutos vi aparecer a dos operarios vestidos igual que el resto del personal de quirófano, llevaban una caja de herramientas y se pusieron a hablar con los cirujanos. Uno de ellos empezó a accionar los mandos de la consola y el otro examinó los brazos del robot. Observaban y tocaban, pero parecía que no conseguían reparar nada.

Me dirigí a la sala de Reanimación. Al cabo de unos tres cuartos de hora llegó la enfermera de ese quirófano y le dijo a Tere, la enfermera que iba a hacerse cargo del paciente, que en cinco minutos lo traerían intubado, pero sin operar. El técnico que había venido no había conseguido arreglar el robot. Puse en marcha el respirador y Tere preparó todas las cosas. Enseguida trajeron al paciente anestesiado. Clara venía insuflándole aire con el *ambú* o ventilador manual

conectado directamente al tubo endotraqueal. En la misma camilla llevaba una bomba de perfusión continua de Propofol (anestésico) conectada a una vía endovenosa en la mano. En el otro brazo llevaba un catéter central de inserción periférica (*Drum*) por el que estaban conectados dos sueros y otra vía endovenosa salinizada. Junto a Clara venía también un sanitario empujando la camilla, el auxiliar de quirófano y la enfermera de anestesia.

Clara conectó la tubuladura del respirador al tubo endotraqueal que salía de la boca del paciente. Yo monitorizaba al paciente. Mientras, Lara, la enfermera de anestesia, lo destapó completamente para enseñar lo que le habían hecho. Manuel, el auxiliar de quirófano, bajó al suelo la bolsa de diuresis conectada a la sonda vesical del paciente. Pude ver los cuatro pequeños apósitos habituales en este tipo de cirugía sobre el abdomen del paciente. Lara le dijo a Tere: “Mira igual que si lo hubieran operado... de momento yo le dejaría la bomba de *Propo* a 40ml/h y a ver qué dice Marcos”. Clara me dijo con tono irónico: “Menudo marrón le ha caído a Marcos. A ver qué le dice al paciente cuando se despierte...”

Todos se marcharon. Yo cubrí al paciente con la sábana y la colcha. Tere le conectó una manta de aire caliente. Conectó también la bomba de perfusión con el anestésico y empezamos a mirar lo que habían escrito los cirujanos en la hoja quirúrgica. Observamos que se habían descrito los hechos tal y como habían ocurrido (pero enseguida pensé que esa hoja es de uso interno hospitalario y nadie ajeno al hospital puede tener acceso a ella, a no ser por requerimiento judicial).

Al poco tiempo llegó Marcos, el anesesiólogo de guardia. Bastante indignado, me dijo: “otra vez me toca a mí sacar las castañas del fuego... A los cirujanos se les estropea el robot, pero el que da la cara soy yo. A ver qué le digo yo a este hombre cuando se despierte y qué le digo a la familia... Los honores siempre son para ellos y los marrones para el anestesista... Paradle la bomba de *Propo* cuando queráis... que ya veremos lo que hacemos después”, y se fue caminando hacia el despacho de anestesia.

Tere le paró la bomba de perfusión y a los 20 minutos el paciente empezó a mover la cabeza y a toser. Luego le cambió la modalidad del respirador y dejó de toser. Después de un cuarto de hora el paciente abrió los ojos y miró a Tere intentando hablar. Ella se acercó y le dijo que no intentara hablar porque llevaba

un tubo en la boca que le ayudaba a respirar; que se lo quitaríamos enseguida y que, si tenía dolor, hiciera un gesto afirmativo con la cabeza. El paciente hizo un gesto negativo y siguió mirándola fijamente. Observé los parámetros del respirador y pude ver que el paciente ya estaba respirando bien por sí solo. Tere le dijo que apretara su mano y él lo hizo con bastante fuerza. Entonces se dirigió al despacho de anestesia y le dijo a Marcos que el paciente ya se podía extubar. Marcos le dijo que lo fuera extubando, que él iría más tarde.

Tere miró el nombre del paciente en la historia clínica y le dijo: “Manuel, le voy a quitar el tubo de la boca, pero antes le voy a aspirar las mucosidades”. Conectó una sonda a la toma de vacío y le aspiró las secreciones de la boca. Después le despegó el esparadrappo que sujetaba el tubo, deshinchó el globo que fija el tubo a la tráquea, le dijo que abriera la boca y le sacó el tubo. Enseguida le conectó una mascarilla de oxígeno que ya tenía preparada y le dijo que ya había salido del quirófano, que estaba en la sala de reanimación, y que si tenía dolor o alguna molestia se lo dijera.

El paciente le preguntó con voz medio adormilada que si ya le habían operado y ella le respondió que esa información se la daría el anestesista de guardia. Que ahora intentara descansar y no se preocupara por nada. Pero me pareció observar por el gesto de su cara que sí se preocupaba y que estaba intranquilo. Tere se fue a hablar con Marcos y éste se acercó hasta el paciente. Le dijo con tono amable que había surgido un problema durante la cirugía y no se había podido llevar a cabo. Que no se trataba de nada grave. Él estaba bien, pero dentro de unos días debería pasar de nuevo por quirófano. El paciente parecía inexpresivo y no dijo nada al respecto. Marcos le dijo a Tere que avisara a un sanitario para que acompañara a los familiares y así poder informarles.

Al cabo de unos minutos el sanitario avisó a Tere de que los familiares ya estaban en la sala de espera. Ella avisó a Marcos y él enseguida salió a informales. Poco después vi acercarse a una mujer y dos hombres ya vestidos con bata verde, gorro y polainas. Les indiqué el box donde estaba su familiar. Tere se acercó y le preguntaron a ella si Manuel estaba bien. Tere les dijo que sí y que podían quedarse un buen rato hablando con él. Los tres individuos se acercaron tímidamente al paciente y le dieron un beso. Después Manuel les dijo con voz tenue: “Creo que un médico me ha dicho que no me han podido operar, ¿es verdad

eso?” Uno de los hombres respondió con tono triste “Sí, es que se han estropeado unos aparatos y para asegurarse de que todo te fuera bien han decidido aplazar la operación. Lo único malo es que tendrás que esperar unos días más...” La mujer dijo: “Es mejor así, cariño, aunque tarden unos días más. Lo mejor es asegurarse y que te lo hagan todo bien”. Luego la mujer miró a Tere y dijo: “¿Verdad?” Ella respondió que sí y que cuando estuvieran en la habitación el cirujano pasaría para informarles de todos los detalles. A Manuel le dijo sonriendo que no se preocupara, que lo único malo es que se volverían a ver dentro de unos días.



Ilustración 7.
Preparación de una
cirugía robótica en
la que dos
cirujanos observan
los brazos del robot
cubiertos por
plásticos estériles

Los familiares se quedaron unos minutos más y después se acercaron a Tere y en tono bajo le dijeron: “Pero le han hecho heridas... porque lleva unos



Ilustración 8. Aquí se observa la consola del robot junto al cirujano que la maneja. En la parte izquierda se encuentra la anestesióloga pendiente de las funciones hemodinámicas del paciente.

parches puestos... ¿Es eso normal?” Tere respondió: “Las heridas se deben a que han intentado operarle, pero al no poder hacerlo, las han cerrado y le han puesto los apósitos quirúrgicos. De todos modos, el cirujano les informará de todo ahora, cuando lleguen a la habitación. Lo más importante es que él ahora está bien, sus constantes vitales son perfectas, no tiene dolor, y dentro de un par de horas le daremos el alta a planta”.

Los tres familiares se despidieron del paciente y se marcharon lentamente con un cierto gesto de incertidumbre en el rostro. Enseguida vino Marcos y nos dijo: “¡Qué! sin problemas, ¿no?” “Sin problemas —respondió Tere—. Parecían bastante resignados. La verdad es que me ha dado bastante pena la situación...” Marcos añadió: “A mí me ha extrañado que reaccionaran tan pacíficamente... pero no te fíes... Ahora están así, pero dentro de un rato o mañana, quién sabe...”

El rostro del paciente parecía bastante inexpresivo. En ningún momento se quejó de dolor. Lo cierto, es que se le había administrado suficiente analgesia dentro del quirófano y aquí, en reanimación, también. Después de dos horas se firmó el alta a la unidad de hospitalización. El paciente parecía conforme con todo. No volvió a preguntar nada más respecto a la cirugía y finalmente se le trasladó a su habitación.

¿Sería posible una traducción entre modelos?

En este hospital se utilizan habitualmente dos tipos de robots en las cirugías; el más común es el descrito en la escena anterior. Se introdujo en el año 1999. Actualmente hay alrededor de 1200 robots como éste instalados por todo el mundo. Se controla a distancia desde la misma sala de operaciones y con sus brazos es capaz de llegar a zonas del cuerpo del paciente donde los dedos del cirujano probablemente nunca llegarían. Actúa con una precisión máxima y una invasión mínima. La mayoría de los pacientes operados con este sistema obtienen unos resultados más efectivos en la cirugía y una recuperación mucho más rápida.

Parece que en la actualidad se está desarrollando cada vez más una nueva “simbiosis de lo humano con la máquina”. “La separación entre la materia animada y la inanimada” se hace cada vez menor y la vida ya no está tanto en “las manos de los biólogos, ahora también está en la de los ingenieros” (Sádaba, 2009:13, 14).

Desde el Paleolítico, el ser humano ha construido herramientas a fin de liberarse de las restricciones y límites de su entorno y superar las carencias. A lo largo de toda la historia la mediación técnica ha estado presente en el ser humano. Pero en la actualidad el avance ha sido tal que se ha creado ese ser híbrido, mezcla de hombre y de máquina que, por un lado, ha dado lugar al hombre protésico, es decir, a la ampliación de lo humano, a su maquinización; y, por otro, a la máquina androide, humanizando la máquina y constituyendo “androides sapiens” (*Ibid.*:132).

La evolución biológica ha ido a la par con la evolución cultural y ahora se vislumbra un paso más en la cadena evolutiva: el *cyborg*, el híbrido por antonomasia. Asumiendo el concepto de Manfred Clynes podríamos hablar de una “evolución participada”, en la que el hombre es quien pretende decidir el rumbo que tomará su especie (cit. en Sádaba, 2009:158). Los cuerpos se modifican ante la enfermedad, se modifican para vivir en medios tan hostiles como el espacio, se modifican estéticamente con los nuevos conceptos de belleza, una evolución artefactual. Ya no es “la naturaleza caprichosa”, ni “el dios arbitrario”, ahora es el mismo hombre el que parece tomar las riendas de su

destino. Se está creando al hombre máquina, con una renovación de las identificaciones de lo "social" y lo "natural" (Cf. *Ibid.*: 167).

Haraway indicó que el capitalismo patriarcal ha venido estableciendo un mundo caracterizado por dicotomías como: *hombre / mujer, blanco / negro, cultura / naturaleza, artificial / natural, humano / máquina*. El *cyborg* es una figura transicional entre tales separaciones. La cultura de la alta tecnología desafía estos dualismos. Ya no está tan claro “qué es la mente y qué el cuerpo en máquinas que se adentran en prácticas codificadas”, la máquina y el organismo, lo técnico y lo orgánico, ¿cuál es la diferencia?, “¿por qué nuestros cuerpos deberían terminarse en la piel o incluir como mucho otros seres encapsulados por ésta?” (Haraway, 1984:33). Las máquinas se mueven, simulan hablar y desarrollan tareas complejas y los “organismos podrían ser mecanizados: reducidos al cuerpo entendido como un recurso de la mente” (*Ibid.*:34).

Parece que los anteriores holismos orgánicos han quedado desfasados. Ya no hay totalidades infranqueables. Las máquinas pueden ser artefactos protésicos, componentes íntimos y formar parte de nosotros. Los *cyborgs*, según Haraway rompen fronteras, no buscan una identidad unitaria, “generan dualismos antagónicos”. Ellos se regeneran, no se reproducen, podrían establecer “un mundo sin género, un mundo sin identidades, sin categorías, sin relaciones, sin dominaciones”. No hay “teorías universales y totalizadoras”, ahora hay seres híbridos, organismos cibernéticos que difuminan todas las anteriores dicotomías (Haraway, 1984:4, 36, 37).

Haciendo alusión a la obra de Latour, los *cyborgs*, ese *colectivo de humanos y no humanos*, se identifican como agentes y trabajan en unida colaboración. Sus relaciones son estrechas. Hay transacciones y mediaciones entre ellos. Los *artefactos*, las *corporaciones* y los *sujetos* trabajan juntos, de manera unida, formando *redes sociotécnicas*. Los artefactos no son solo cosas, “se merecen algo mejor. Se merecen ser recibidos en nuestra cultura intelectual como actores sociales de pleno derecho” (Latour, 2001: 236, 256).

Latour hace referencia a que, si observamos las bacterias de Pasteur, se nos refleja toda la sociedad francesa del siglo XIX y si miramos hacia los péptidos del cerebro nos encontramos con toda una comunidad científica. No hay hechos aislados, hay redes sociotécnicas. Si miramos al cielo, no solo vemos naturaleza,

tal vez apreciemos el aire contaminado por procesos industriales humanos. Quizás veamos aviones que pertenecen a compañías aéreas y que están relacionados con complejas redes de asociaciones. Existe una rica *vascularización* que conecta unos elementos con otros formando extensas *redes de humanos y no humanos* (Latour, 2001).

La práctica de la ciencia se encuentra en una zona de contacto que une objeto con sujeto, en ese híbrido. En la época moderna, desde El Siglo de las Luces hasta principios del siglo XX, la característica fue la separación entre ambos, la disociación entre naturaleza y sociedad. Las verdades científicas y el pensamiento racional cobraban protagonismo frente a los falsos saberes. No existía espacio intermedio. No existía transición entre los dos, ni tampoco traducción. Emergían las dicotomías, las totalidades inflexibles, las divisiones artificiales de trayectorias únicas (Latour, 2007). Los occidentales modernos, con su actitud monista, son los que creen escapar de la sociedad o del lenguaje para acceder a las cosas mismas por la vía del conocimiento científico. “El mito de la burocracia sin alma ni agente, como el del mercado puro y perfecto, ofrece la imagen simétrica del mito de las leyes científicas universales” (*Ibid.: pass*). Posiblemente una manera de legitimar la dominación y también el poder.

Pero, como afirma el autor, paradójicamente, en nuestra época contemporánea, "naturaleza" y "sociedad" vuelven a unirse, aparecen los híbridos, los *cuasi-objetos* que actúan de intermediarios, o, mejor dicho, “de mediadores, o sea, actores dotados de la capacidad para traducir lo que transportan, de redefinirlo, de red desplegarlo, y también de traicionarlo. Los siervos han vuelto a ser ciudadanos libres” (*Ibid.: 121*).

Como menciona Mol, las cosas opuestas también pueden depender la una de la otra y “lo que se opone también puede colaborar”, dejemos “atrás la lógica aristotélica y la espacialidad euclidiana” para penetrar en unas diferencias que no son exclusivas, en una coexistencia lado a lado, “una inclusión mutua, inclusión en tensión” (Mol, 2021: 158,159,162,164). Las divisiones: normal/patológico, estándar/desviado se están convirtiendo en obsoletas. Y, en opinión de Mol, deberían quedarse atrás esos juicios que marcan a las personas de manera negativa y apostar por la inclusión y la diversidad (*Ibid.: 132*).

La paradoja es que, en paralelo a la creencia de poder acceder a "las cosas mismas", la "verdad" deviene crecientemente situada y construida desde diferentes parámetros, desde las diversas experiencias, percepciones e interpretaciones. La ambición epistemológica de garantizar la posibilidad de formular afirmaciones verdaderas descontextualizadas es ahora severamente cuestionada. Aparece la tolerancia ante las perspectivas alternativas y se respetan las diferencias, en lugar de hacerlas desaparecer, porque el conocimiento se construye en la intersección de muchas agencias diferentes que interactúan conjuntamente en el mundo (Bruun, 2010).

Bruun hace referencia a que ahora se hace necesario un enfoque más heterogéneo y performativo en la investigación, en el cual se trascienden las fronteras disciplinares creando nuevas formas de cooperación. El conocimiento no solo se produce en los laboratorios, sino en las industrias y en diferentes ámbitos, todos conectados por redes de organización y comunicación. Ahora se deben tener en cuenta las implicaciones sociales del trabajo, estableciendo modelos flexibles, colaborativos, dinámicos, innovadores, interdisciplinarios, interactivos y mucho más cercanos a los entornos de aplicación. Se potencian los efectos prácticos y materiales en la producción de conocimiento, favoreciendo las ideas científicas y también sus concreciones técnicas. Un enfoque *cyborg* que presenta la intersección entre ciencia, tecnología y sociedad. Una visión performativa capaz de suministrar las herramientas para dar sentido a la multitud de cuestiones complejas en las que se involucran las investigaciones contemporáneas, aumentando la conciencia reflexiva de los científicos y teniendo en cuenta la implicación social que tiene su trabajo (Bruun, 2010).

Por esta razón -parafraseando a Mol- se hace necesario "pasar de una investigación epistemológica a una investigación praxiográfica de la realidad" (Mol, 2021:36). Las divisiones de la modernidad nunca han existido en la práctica. "Las prácticas son gruesas, corpulentas y cálidas, están hechas de metal, vidrio y números" (*Ibid.*: 35). Mol cita a Latour para afirmar que objeto y sujeto son dos polos en un espectro en el que se encuentran los cuasi-objetos y los cuasi-sujetos y las mezclas entre ellos (*Ibid.*: 34). Se desvanece la división entre sujetos humanos y objetos naturales. El objeto es auténtico porque forma parte de una práctica (*Ibid.*: 49).

También las identidades de las personas no vienen dadas, sino que son practicadas, “son los actos los que hacen que las personas sean lo que son” y estas identidades “no preceden a las actuaciones, sino que se constituyen en y a través de ellas” (*Ibid.*: 41).

Muchos autores apelan en la actualidad a una negociación y elaboración de pactos de comprensión colectiva ante las controversias creadas en los campos político, económico y social, propias de nuestra modernidad (García Canclini, 1989, cit. en Sandoval, 2003). Todos apuntan hacia la eliminación de los dualismos y el establecimiento de manifestaciones híbridas como la mejor alternativa a la globalización y a la época de incertidumbre que hoy nos caracteriza.

Como afirma Latour, nuestra época se caracteriza por esa mezcla e hibridación, vivimos en redes sociotécnicas donde los actores se vinculan y suman sus intereses, teniendo la capacidad de entrelazar elementos diferentes dentro de un interés común. Asociaciones de entidades híbridas, actores-redes que actúan en una escena plural, científica, política, tecnológica, moral, artística, económica. Los actores no actúan solos, sino a través de una red extensa de mediadores, de vínculos. Como en el cuerpo humano, donde los órganos están interconectados a través de los vasos sanguíneos y linfáticos, de los nervios, de todo un *sistema ampliamente vascularizado* (Latour, 2008).

En ese espacio donde aparecen los híbridos —los mediadores—, donde los dualismos se diluyen y aparece una “antropología simétrica” capaz de “reensamblar lo social” (Latour, 2008), es donde se podría buscar, haciendo referencia a Wittgenstein, la existencia de múltiples racionalidades diferentes, “juegos de lenguaje”, “formas de vida” (Wittgenstein, 1997). Ahí es donde se podría llevar a cabo la traducción entre culturas e intentar dar luz a una posible inteligibilidad entre los dos órdenes de sentido común en el espacio sanitario que he estado abordando desde el inicio. Los puntos intermedios nos pueden permitir comprender las diferentes lógicas sociales y realizar un diálogo intercultural.

En el anterior capítulo hemos visto el contexto de interpretación para la configuración de la oligopsis técnica que constituye el modelo biomédico: una exposición de las condiciones socioculturales y sociohistóricas en las que se ha ido configurando el aspecto central de la actual práctica médica, que no es otro

que la desobjetivación de la agencia del enfermo reducida a agencia bioquímica. Hemos visto también el fuerte contraste entre el modelo biomédico y el modelo antropológico y su consecuente inconmensurabilidad. Ahora nos vamos a detener en analizar la posibilidad de encontrar puntos intermedios, zonas híbridas en las que se haría posible una traducción, una inteligibilidad entre ambos modelos. Vamos a aplicar también en este campo la hibridación como mejora y como aportación positiva. Según Tambiah el término conmensurabilidad hace referencia a la “medición por comparación” y puede contener dos modalidades; una de corte positivista, conductista y cuantitativo y otra de enfoque más global y multidimensional, en la que se considerarían múltiples aspectos circundantes a los términos en cuestión. Un enfoque que permitiría cierto grado de comparación, diálogo y comprensión entre las partes (Tambiah, 1984:125).

El sistema médico se caracteriza por la escisión establecida entre el orden moral de la responsabilidad relacionada con la acción técnica de los profesionales y expertos, y el orden moral de la aflicción subjetivamente vivida por los enfermos y sus entornos.

Esta escisión fraguada a lo largo de la historia por una serie de elementos socio-técnicos, ha resultado necesaria para asegurar el éxito terapéutico actual. Existe un gradiente de separación según nos acercamos o alejamos desde núcleo a la periferia del sistema. Siendo el quirófano el lugar en el que más se acentúa la separación, en donde la depuración oligóptica es máxima por parte de los cirujanos en el momento de la cirugía. Y la atención primaria el lugar donde menos se acentúa.

* * * * *

Retornemos ahora a la escena que he descrito del *cyborg* en acción y del fallo del *cyborg*. La siguiente interpretación puede ofrecer una aproximación tentativa para comprender lo que quiero decir con los ajustes recíprocos que podrían realizarse entre el modelo biomédico y el modelo antropológico.

En la observación anterior, se refleja el enorme protagonismo del robot cuando todo funciona.

1. Cuando deja de funcionar el robot, todo el sentido de la acción, con arreglo a la racionalidad de ese sistema sociotécnico nuclear del modelo biomédico se viene abajo.

2. La centralidad de la relación hombre-máquina es tal, que el protocolo no incluye la posibilidad de retornar a una cirugía sin robot. Simplemente, la cirugía se cancela.

3. Los agentes del sistema sociotécnico —particularmente el anestesista responsable de la comunicación humana con el paciente y su entorno familiar— se ven entonces abocados a actuar en un entorno que, para ellos, es normalmente periférico, incluso irrelevante, en su régimen de acción cotidiana. Ahí se revela el riesgo que han de afrontar ante la aflicción y ante las posibles consecuencias institucionales del fracaso de su racionalidad habitual, incluidas las posibles consecuencias jurídicas.

4. El impasse producido por la avería de la máquina sume a esos agentes en la incertidumbre, pero sobre todo revela que ese sistema sociotécnico carece de un *protocolo* análogo al protocolo reductivo de la tecnología instrumental para responder específicamente a esa clase de producción de su propio sistema: el error de la máquina.

5. Ese gradiente entre el protocolo instrumental que se pone en juego cuando todo funciona y la repentina aparición de un mundo sin máquina, en el que la protocolización nunca puede llegar a ser tan exitosa, no es contemplado en el régimen de su acción, como un fenómeno normal y predecible; lo que arroja a esos agentes de forma abrupta a la periferia del sistema biomédico. De pronto, un sistema que se instituye sobre la fragmentación del cuerpo y la reducción de la persona a agencia bioquímica, y sobre una oligopsis tecnológicamente mediada que enmarca y reduce todo el sistema al objeto acotado en la pantalla, queda turbado, y esos *cyborgs* supertecnológicos que hasta entonces podían contemplar la comunicación entre personas sociales como un espacio secundario se ven arrastrados a él, como, en un "sistema médico" que sólo aparentemente es "el mismo", lo están cotidianamente las figuras periféricas que también lo constituyen: el médico de atención primaria o la enfermera de planta, entre otros muchos.

6. Esa zona periférica —invisible cuando el *cyborg* funciona correctamente— es la zona gradual en la que parecería pertinente una presencia del modelo antropológico, y en la que este modelo resulta inviable, debido precisamente a la centralidad reductiva de una racionalidad meramente tecnoinstrumental.

7. El fallo de la máquina, y el universo social en torno a él, muestra así, en pequeña escala, un modelo del conjunto del "sistema", que, precisamente debido a sus irregularidades en cuanto al gradiente de relevancia de la comunicación entre personas, no parece ser tan sistemático: el núcleo tecno-instrumental del bloque quirúrgico —núcleo de la imagen de un "sistema" puramente biomédico— está literalmente *rodeado de y en relación con* una multiplicidad de espacios, a su vez heterogéneos, a los que esos *cyborgs* deberían reconocer cuando menos un estatus relevante en el conjunto.

8. Pero, simétricamente, debido a la centralidad de la imagen tecnoinstrumental, y a la posición de esa imagen en la forma del poder institucional, poco puede conseguirse si —al comunicarse con el *cyborg*— se insiste en la necesidad de incorporar un "modelo antropológico". Pertinente para las acciones en las que son fundamentales las convenciones comunicativas, este modelo ignora de forma genérica e inconcreta la racionalidad específica del *cyborg*, cuyo sentido, en este caso, sólo puede ser *eventualmente* comunicarse con personas, por ejemplo, *al descomponerse como tal cyborg tras el fallo de la máquina*. Sólo eventualmente, pues la máquina no suele fallar, y esos agentes sólo esporádicamente se ven confrontados con una acción que ha de desenvolverse en los espacios comunicativos que interesan al modelo antropológico.

* * * * *

Se nos hace difícil imaginar a un cirujano pensando en los aspectos psico-socio-culturales del paciente en el momento de hacer la anastomosis vascular en un trasplante de riñón. Una visión oligóptica favorece indudablemente la eficacia quirúrgica. En esas circunstancias sería completamente inviable la visión



Ilustración 9. Cirugía abierta convencional en la que los cirujanos están centrados en el órgano a reparar.

panóptica o global del enfermo. De la misma manera el anestesiólogo vela por el buen estado hemodinámico del paciente durante la cirugía. Ni tan siquiera puede ver la cara del individuo porque está tapada por tallas estériles. Tan solo ve las cifras que aparecen en el monitor y en el respirador, y su objetivo es mantenerlas dentro de unos parámetros considerados “normales”. A través de la historia se ha demostrado que ésta es la manera más efectiva de llevar a cabo el proceso operatorio.

En la sala de reanimación, la mayoría de los pacientes están semiconscientes y su estado hemodinámico suele ser estable. Quizás aquí empezarían a tener algo de sentido algunas de las consideraciones del modelo antropológico. Un trato personalizado y una visión global del paciente podrían empezar a ser adecuados.

También es cierto que, durante la cirugía, en los momentos más tranquilos, especialmente cuando se realizan las últimas suturas, el paciente retorna a su condición de sujeto social. En esos momentos los cirujanos suelen hablar sobre



Ilustración 10. *Paciente en la sala de Reanimación, donde está siendo monitorizado y asistido por las enfermeras.*

quién de ellos se comunicará con la familia y qué información ofrecerán. También se suelen comentar datos personales y anecdóticos del paciente en tono coloquial (Mol, 2021: 135).

Según la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en "2015 se creó un Comité Técnico formado por profesionales sanitarios (médicos intensivistas, enfermeras, intensivistas pediátricos, fisioterapeutas) comprometidos en actividades de "humanización", entre los que se encontraban representantes de la Sociedad de Medicina Intensiva de la Autonomía de Madrid (SOMIAMA), así como pacientes y expertos externos. Este Comité tuvo el apoyo de miembros del proyecto internacional HUCI (según este proyecto, HUCI se escribe con H de humano) y el soporte técnico de las Direcciones Generales de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia

Sanitaria y de Planificación Investigación y Formación, pertenecientes a la Consejería de Sanidad”.

El objetivo de esta iniciativa ha sido “elaborar un proyecto dirigido a la humanización de los cuidados intensivos con la finalidad de ofrecer una atención de excelencia, humanizada y centrada en las personas, siendo lugares más amables para los pacientes, las familias y los profesionales sanitarios” (Consejería de Sanidad, 2016: § 4). Para conseguir estos propósitos, se han elaborado diferentes estrategias de las que quiero resaltar las siguientes (citadas directamente del manual proyecto HUCI):

- Desarrollar flexibilización en los horarios de visita en las UCIS para facilitar la accesibilidad a los familiares (puertas abiertas en la UCI).
- Impulsar y mejorar la comunicación entre los profesionales y las familias.
- Mejorar y garantizar el confort del paciente, tanto físico, psicológico y espiritual, a través de medios de entretenimiento como la lectura, dispositivos multimedia, radio, TV, e incluso teléfonos móviles, evitando así la sensación de aislamiento. Intentar suministrar atención religiosa a quien lo solicite. Controlar el ruido ambiental, volumen de las alarmas... proporcionar luz natural a los pacientes, siempre que ello sea posible. Durante la noche suministrar luz tenue que favorezca el descanso de los enfermos. Musicoterapia, etc.
- Integrar a las familias en todo el proceso; suministrando formación adecuada (escuelas para familiares), ofreciendo la participación en determinados procedimientos.
- Incorporar en el equipo también a los psicólogos, no solo para los pacientes, sino también para el personal sanitario, dando atención al síndrome de desgaste profesional.
- Personalización del espacio (colocando cerca del enfermo fotografías u objetos personales significativos para él).
- Mantener al paciente sin dolor (evaluación periódica del dolor por medio de diferentes escalas y suministro de la analgesia adecuada).
- Sustitución de las salas de espera por salas de estar para los familiares.

En abril de 2019 se celebró en Valencia el primer Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria y actualmente se está ofreciendo en la Universidad de Barcelona la segunda edición del máster de “Humanización de la asistencia sanitaria: pacientes, familias y profesionales”, dirigido a profesionales de ciencias de la salud (medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, dietética y nutrición...).

Resulta curioso observar que en el diseño y aplicación de estas estrategias no aparecen antropólogos. Me atrevo a afirmar que la causa probablemente resida en la constatación de la no existencia, al menos en la actualidad, de un reconocido espacio de inteligibilidad mutua entre el modelo antropológico y el modelo biomédico.

En la UCI postoperatoria, cuando los enfermos están conscientes, empieza a ser posible la interacción con ellos por parte del personal sanitario, pero en ocasiones, cuando los pacientes pasan de su estado hemodinámicamente estable a un estado crítico, la visión sobre ellos vuelve a ser oligóptica, ya que la manera de asegurar la supervivencia consiste en la completa concentración sobre los órganos en conflicto. A medida que la situación se agrava, la reducción se va haciendo mayor, hasta llegar a un solo órgano, el corazón. La atención hacia el paciente se reduce a mantener las contracciones cardíacas mediante el masaje cardíaco. La escisión entre el cuerpo y la persona es completa e imprescindible para efectuar correctamente una reanimación cardiopulmonar.

Cuando el paciente se recupera y finalmente abandona la UCI postoperatoria y se traslada a la unidad de hospitalización, vuelve a darse la oportunidad de interacción con él y de un trato más personalizado. Vuelve a aparecer la zona intermedia en la que ambos paradigmas pudieran entrelazarse aportando una notable mejora. Según Charles Taylor,

Existe algo implícito o latente en toda comprensión (una pre-comprensión), un elemento mediador profundamente incrustado en la forma de vida humana que nos permitiría una transición entre paradigmas, más bien una articulación. Ejercemos habilidades a un nivel previo al proposicional y conceptual, un entendimiento pre-reflexivo que trasciende particularidades (Taylor, 1997:76).

Se trata de un terreno abonado para la negociación, un puente levadizo entre dos paradigmas que facilita la comunicabilidad y el entendimiento mutuo. Cuando el paciente ya ha salido de su estado crítico empieza a cobrar un mayor sentido en él la dimensión comunicativa inherente a toda actividad humana.

Citaré de nuevo a Tambiah en un relato presenciado por él mismo en el que se presenta una fusión entre los actos técnicos y los actos mágicos y rituales. Se trata de un grupo de trabajadores indios en Katmandú que, conociendo perfectamente el funcionamiento de las máquinas industriales, realizaban una especie de rito de propiciación anual de las máquinas. En concreto, el autor observó a varios conductores de autobús, taxistas y mecánicos echar sangre sobre sus vehículos y decorarlos con flores, para un mejor rendimiento mecánico. Según el autor, esto hace pensar que la tecnología occidental no necesariamente desplaza los actos rituales y mágicos y que, en ocasiones, lejos de ser completa en sí misma, es complementada por actos simbólicos. La ciencia no puede llenar todo el espacio social y moral que nos rodea (Tambiah, 1990: 137).

El sistema médico ofrece un tratamiento relativamente eficaz para prevenir y curar las enfermedades, pero muchos pacientes —y entre ellos no habría que descartar a algunos "médicos" cuando se convierten en "pacientes"— optan por buscar otras "medicinas", terapias energéticas, curanderismo, imposición de manos, creencias que aseguran que ciertos minerales o productos vegetales curan por tener la forma parecida al órgano que está dañado. Piedras que curan, lugares, arroyos, árboles que sanan y que, de alguna manera, integran al individuo en una visión holística del universo. La medicina ha separado al hombre de su cuerpo y ha convertido a este último en un objeto. Las "otras medicinas" se encargan de proporcionar vínculos potentes entre el hombre, su cuerpo y el cosmos, tal como sucedía en la Edad Media. La medicina racionalizada cura, pero carece de la dimensión simbólica (Le Breton, 1990), reduciendo simultáneamente el espacio comunicativo en el que esa dimensión cobra cuerpo. Y así se ponen de manifiesto los límites de la racionalidad tecnoinstrumental con respecto a la emergencia y justificación de los sistemas morales (Tambiah, 1990).

Durante el siglo XX han surgido formas menos estandarizadas de conocimiento médico como el psicoanálisis, la medicina psicosomática, el humanismo católico, la medicina social, el neo-humoralismo, el neo-

chamanismo, la acupuntura o la homeopatía. Sus fundamentos, más o menos tecnorracionales, son variados; y sus imbricaciones con el sistema biomédico más estandarizado son diversas tanto en cuanto a la coherencia de sus justificaciones analíticas como en cuanto al grado de sus aplicaciones prácticas. Pero todas esas medicinas calificadas a veces como "alternativas" y a veces como "complementarias" refuerzan el argumento de la insuficiencia del modelo biomédico más duro para atender a los espacios de aflicción que deja fuera de su entorno (Lock, 2018).

Según Velasco, los símbolos nos identifican y representan, y hasta se han usado para denominar a la especie humana, *homo symbolicus* (Burke, 1989, cit. en Velasco, 2007:13, cit. en Ríos, 2020: 117). Los símbolos conllevan identificaciones sociales, adhesión, pertenencia, vinculación, co-participación (Velasco, 2007:15), forman parte de nuestro entorno y de nuestras vidas; pero, sobre todo, su misma existencia conlleva acción comunicativa entre personas, de la que emergen como actos de convencionalización (Cf. Díaz de Rada, 2010). Estandarizada del modo más notorio en el modelo biomédico, la medicina, al disociar a la persona de su cuerpo, intentó dejar atrás todo ese universo simbólico; un intento plenamente justificado en el espacio quirúrgico —tanto más cuanto más la persona es sustituida por una agencia bioquímica—. Pero —y esto es en lo que quiero insistir— un "paciente" empieza a ser una persona social tan pronto como va atenuándose esa reducción tecnológica, al desvanecerse los efectos de la anestesia. No se trata entonces de un solo mundo visto desde dos perspectivas diferentes —la del modelo biomédico y la del modelo antropológico—, sino de dos sectores gradualmente diferenciados de una práctica que responden a sus propias lógicas de acción y sentidos institucionales; responden gradualmente a dos órdenes morales. De ahí que no se trate de sustituir de forma global e inespecífica el modelo biomédico por el modelo antropológico, sino de explicar y comprender pormenorizadamente en qué situaciones *prácticas* y cómo ambos modelos pueden aportar enfoques más adecuados para la aflicción sobrevenida por la enfermedad y las complejas relaciones entre la vida y la muerte. Ese es el espacio de hibridación comunicativa en el que ambos modelos reforzarían su sentido, teniendo en cuenta el largo camino a recorrer una vez que el modelo biomédico más duro y las lógicas

tecnoburocráticas de gestión parecen ocupar, hoy, la posición más destacada del poder institucional en el conjunto del denominado "sistema de salud".

Recuerdo en una de mis observaciones que a un paciente al que se le había complicado el proceso postoperatorio le colgaron en el cristal del box de reanimación unos dibujos pintados por su nieto de 5 años, a petición de sus familiares. Se nos hacía extraño observar esos dibujos en aquel lugar. Nos sorprendió, porque sin duda, no era algo habitual. Era la excepción.

Fueron las enfermeras las que colgaron los dibujos en el box del paciente. Los familiares se habían dirigido a ellas con su demanda y ellas actuaron en esta ocasión, y en muchas otras, como mediadoras entre los dos órdenes morales mencionados anteriormente. Las enfermeras, en su papel de mediadoras, dejan paso a ese espacio comunicativo y menos instrumental.

Se dice que los médicos "curan" y las enfermeras "cuidan". Parece que a medida que nos alejamos del núcleo más duro del sistema médico, va apareciendo esa parte más comunicativa e intersubjetiva en relación con la enfermedad. Y esto es así no sólo en lo relacionado con el personal sanitario, sino también con los espacios terapéuticos, ya que generalmente es muy distinto el trato que recibe un paciente en el quirófano, del que recibe en atención primaria.

Me detendré ahora en el papel que desempeñan las enfermeras dentro del sistema médico, a fin de corroborar la idea anteriormente citada, en cuanto a su posición de mediadoras y conciliadoras entre ambos ordenes morales. En la escena mencionada anteriormente, la enfermera interfiere entre el paciente y el anestesiólogo, hace que éste le suministre información al enfermo y le resuelva las dudas.

Actualmente y, sobre todo en Europa, está vigente el modelo de enfermería de Virginia Henderson. Según este modelo

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana a la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible (Henderson, 1961: 6).

Para ello es necesaria la identificación de 14 necesidades básicas de las personas. Satisfacer estas necesidades constituiría la base de unos cuidados enfermeros eficaces. Las primeras ocho necesidades se limitan al aspecto biológico y las seis restantes hacen referencia a aspectos de tipo sociocultural:

- Necesidad de respirar normalmente
- Beber y comer adecuadamente
- Eliminación (desechos y secreciones)
- Moverse y mantener una correcta postura
- Dormir y descansar
- Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales
- Mantener la higiene personal
- Evitar peligros
- Capacidad de comunicarse
- Creencias y valores
- Autoestima, actividades que ayuden a desarrollarla
- Entretenimiento y distracción
- Aprender

Ibid.: 13-15

A lo largo de la historia de la profesión de enfermería, el cuidado a las personas ha sido siempre la función principal. En Estados Unidos se ha desarrollado el llamado Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que establece la forma de gestión de los cuidados aplicados a las personas, a las familias y a las comunidades. Este proceso consta de cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Actualmente se ha extendido a nivel mundial y es el método que enfermería utiliza para suministrar cuidado a los pacientes.

Ya que el rol principal de la enfermera es el cuidar, surge el concepto del *caring*, como elemento que va más allá de la acción terapéutica y que implica humanización, proximidad, vínculo social y comunicación. Está relacionado con la expresión del don, un don que, más allá de las retribuciones profesionales, no contempla retorno. Un don hacia la persona que se encuentra en estado de

vulnerabilidad. Se contemplan en el concepto dos vertientes, una relacional y otra compensatoria hacia los pacientes (Saillant, 2009). Es un vínculo que se establece entre personas extrañas, pero intenta reproducir el vínculo familiar. Una relación basada en la solidaridad y la reproducción social. Han aparecido críticas de índole feminista hacia este modelo porque el trabajo de los cuidados suele ser un trabajo mal pagado, relacionado con la “explotación y la alienación”, “un trabajo invisibilizado”, practicado por mujeres poco reconocidas en una sociedad patriarcal (*Ibid.*:207). Es importante tener una perspectiva histórica acerca del trabajo de los cuidados, ya que parece que el lugar que ocupa actualmente en nuestra sociedad es el resultado de todo un “proceso que empezó a gestarse durante la transición al capitalismo liberal” (Carrasco *et al.*, 2011: 15).

Durante la Revolución Industrial, a finales del siglo XVIII, hubo importantes cambios en las características del trabajo familiar doméstico, producto de la urbanización y la industrialización. En la época preindustrial, hombres y mujeres participaban en trabajos domésticos indistintamente. Los hijos empezaban a trabajar en épocas muy tempranas junto al padre o la madre y, en el periodo de lactancia, los más acomodados solían acudir a nodrizas asalariadas. En los hogares menos acomodados, los niños comenzaban a “trabajar como sirvientes domésticos y aprendices en otros hogares” a la edad de siete u ocho años. Frecuentemente, los hijos pequeños eran dejados al cargo de familiares o vecinos durante las horas de trabajo de los padres. Fue a finales del siglo XIX, con la disminución de la mortalidad infantil, cuando la infancia adquirió un valor mucho máspreciado y el trabajo de los cuidados tomó una mayor relevancia (*Ibid.*: 18, 19).

La industrialización tuvo un profundo impacto en la vida doméstica. Las jornadas laborales solían ocupar unas 72 horas semanales, y muchas mujeres comenzaron a asumir exclusivamente el cuidado de los niños y ancianos para que sus maridos pudieran trabajar. Surgió un nuevo concepto de maternidad, en el que la mujer se convertía en responsable del trabajo doméstico y los cuidados. Ya no se delegaba este trabajo a otros familiares o a la vecindad (*Ibid.*: 22). La vinculación del trabajo al mercado y al salario provocó la desvalorización económica del trabajo doméstico, las mujeres empezaron a convertirse en dependientes económicamente realizando un trabajo no remunerado (*Ibid.*: 23).

En épocas más actuales, y teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, las transformaciones de la familia, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y la ausencia de los hombres en las tareas domésticas, el Estado de Bienestar ha empezado a contemplar una organización social de los cuidados, dando atención a intervenciones sociopolíticas al respecto (*Ibid.*: 24).

El trabajo de los cuidados ha permanecido durante largo tiempo en un estado de invisibilidad dentro de un orden simbólico patriarcal capitalista. Actualmente parece que se empieza a dar mayor importancia a ese tipo de trabajo a través de las políticas sociales. En sí, este trabajo “no conduce a la desigualdad, pero sí lo hacen las condiciones en las que se ha producido [...], la economía de mercado en su conjunto a través de los valores que otorga [...] a la producción más que a la reproducción” y que deja muy poco lugar para la dependencia (Saillant, 2009:208).

Dentro del sistema sanitario, el colectivo de enfermería lucha por el reconocimiento de su labor, por una mayor atención al segundo término del binomio *cure/care*, por una valoración económico-social de los cuidados. Dentro del bloque quirúrgico este hecho sigue siendo igualmente evidente. Las enfermeras reivindican que en este departamento no atienden intervenciones quirúrgicas, sino a personas que se someten a intervenciones quirúrgicas. El quirófano es un lugar frío y despersonalizado, rodeado de tecnología, en donde los pacientes se sienten vulnerables, expuestos al riesgo de lo desconocido, dejando sus vidas en las manos de personas supuestamente “expertas” y viéndose privados de su arma más vital, su consciencia. En ese lugar, las enfermeras intentan impartir sus cuidados, convirtiéndose en el nexo mediador entre el sistema médico y el usuario.

Cuando el paciente llega a la sala de pre-anestesia del bloque quirúrgico, la primera persona en atenderle es una enfermera. Mediante la comunicación verbal y no verbal, ella intenta disminuir su miedo y su ansiedad. Al suministrar la información adecuada en estas circunstancias, por medio de un gesto o de una sonrisa, puede contribuir a un estado de mayor confianza y tranquilidad. Ella combina la parte técnica y la emocional. Le coloca la vía endovenosa y le habla pausadamente informándole de los procedimientos. Le pregunta si está en

ayunas y si lleva alguna prótesis dental, e intenta a la vez sonreírle y tranquilizarle.

Lo cierto es que ha habido una evolución a través del tiempo en las competencias de la enfermera de quirófano. En un principio se limitaba a una labor de ayuda al cirujano, ahora en cambio, reivindica una posición de mayor autonomía e independencia. En la mayoría de los hospitales, es una enfermera la encargada de la coordinación y supervisión de los quirófanos. Ella gestiona cuándo ir a buscar a un paciente a la unidad de hospitalización. Consensúa con los cirujanos posibles cambios en el orden programado de las cirugías. Atiende las anomalías e incidencias. Gestiona la entrada de urgencias quirúrgicas y la coordinación del personal. Las enfermeras defienden su rol independiente cuya esencia se basa en el cuidado al paciente y su rol de colaboración, trabajando juntamente con los demás miembros del equipo, especialmente los médicos.

Debido a sus roles y a las tareas desempeñadas, las enfermeras actúan como mediadoras entre los dos órdenes morales mencionados anteriormente. Se las podría identificar en ese espacio intermedio que permite el diálogo y la relativa inteligibilidad recíproca; aunque tampoco hay que olvidar que ellas pertenecen al sistema experto, y cuando la situación lo requiere obvian la subjetividad del



Ilustración 11.
Paciente y enfermera en la sala de Despertar.

paciente y se dejan guiar por la racionalidad oligóptica e instrumental más propia del entorno biomédico de acción.

Como hemos visto hasta ahora, una visión más general del paciente va cobrando relevancia a medida que el paciente recupera la consciencia y su función hemodinámica se mantiene estable. Cuando finalmente recibe el alta hospitalaria y es derivado al CAP (Centro de Atención Primaria) para un seguimiento postquirúrgico, se hace necesaria una visión global y multidimensional del paciente por parte de todo el EAP (Equipo de Atención Primaria).

No sería adecuada en este caso una depuración oligóptica, en un escenario que no corresponde a esa estructura de acción. No obstante, el hospital y el CAP, como instituciones burocráticas formalizadas, han desarrollado también una racionalidad instrumental *en el ámbito político-administrativo*, que implica una “visión objetivadora del mundo, anclada en el ideal universalizador de la ciencia moderna, y caracterizada por interpretaciones intelectualistas de la realidad que se apoyan en esquemas logicistas o causales” (Díaz de Rada, 1996: XV). Estas instituciones actúan *también* mediante programas de acción —protocolos—; “programas montados sobre criterios universales, ahistóricos y descontextualizados, de equivalencia funcional” (*Ibid.*: 15). Operan con los sujetos “desobjetivándolos, descarnándolos, convirtiéndolos en individuos, ya que no hay otra manera de poder trabajar sobre ellos”, con arreglo a su propia racionalidad (Díaz de Rada, 2008: 31).

De cara al exterior, el sistema médico y el hospital poseen su propio subuniverso, prácticamente inaccesible a los profanos. Poseen un conocimiento hermético y opaco, que se mantiene gracias a diversas técnicas y el empleo de símbolos de prestigio (Cf. Díaz de Rada, 1996). El discurso médico —especialmente cuando se configura como discurso *biomédico*— impone su autoridad exponiendo los malos resultados que se seguirían de no obedecerse sus indicaciones. Pero, por otro lado, es generalmente cierto que la obediencia a sus directrices facilita la “buena salud” y la “calidad de vida”, con arreglo a estándares normalmente deseables en nuestros entornos sociales. De este modo se mantiene firme un entorno relativamente común de creencias y principios morales, tanto entre los agentes institucionales como entre los usuarios (Berger y Luckmann, 2006:113).

Citando de nuevo a Díaz de Rada, la institución tiene la capacidad de crear o establecer un orden simbólico y tiene la capacidad también de crear un sujeto ligado a ese orden, de instituirlo. Y así articula, con mayor o menor solidez, una dimensión instrumental —universalista— con una dimensión convencional —culturalmente localizada— de la experiencia. Esa dimensión culturalmente localizada se produce y se reproduce en marcos comunicativos de interpretación. Y esos marcos "dotan de *inteligibilidad* a la experiencia socialmente mediada" (Díaz de Rada, 1996: 37).

Las burocracias se desplazan continuamente entre una dimensión instrumental que pretende controlar un sistema desocializado de relaciones objetivadas y racionalizadas, y una dimensión convencional relativamente válida para mundos locales subjetivamente vividos. Pero, a pesar de las pretensiones de control instrumental, las acciones siempre se producen en mundos locales y sistemas convencionales "encastrados en la pura concreción de sus relaciones ordinarias" (*Ibid.*: 386).

La biomedicina estandariza los procesos abocándolos hacia un estado normalizado y, en ocasiones, puede pasar por alto la comprensión local del bienestar individual y colectivo. Para ilustrar este hecho mencionaré ahora un ejemplo citado por Margaret Lock acerca de las mujeres "inuit" del norte de Canadá. Lock indica que la intervención médica en el proceso del parto ha reducido la mortalidad infantil y materna en los últimos años. No obstante, existen algunos aspectos que deberían mejorarse. Según la autora, en la mayoría de los hospitales del mundo desarrollado los nacimientos están sujetos a un manejo activo del trabajo del parto basado en la Curva de Friedman, que es una representación gráfica estandarizada de la progresión del parto, en la que se espera que las mujeres pasen por cada una de sus etapas dentro de los periodos prescritos. Las mujeres "inuit" se enorgullecían de tener partos rápidos y sin complicaciones (influidos por la dieta, los estilos de vida y el entorno en el que han vivido sus antepasados durante cientos de años).

Al principio de la década de los 80 del pasado siglo, el gobierno canadiense estipuló que las mujeres "inuit" fueran evacuadas al sur para dar a luz, y fueran sometidas sistemáticamente a intervenciones tecnológicas diseñadas para ralentizar el proceso del parto, ajustándolo a lo que la medicina consideraba

“normal”. Esto llevó a una importante resistencia por parte de ellas, generando una constante lucha y reivindicación. Finalmente, diez años más tarde, se construyó un centro de maternidad en la región ártica central en el que se apoyaba y promovía la partería "inuit" para complementar la acción biomédica en la región. Un estudio llevado a cabo en los diez años posteriores mostró que no hubo ninguna muerte materna ni neonatal. Este relato pone de manifiesto la importancia de una comprensión local, así como la existencia de una diversidad de variaciones corporales humanas que pueden llegar a cuestionar los patrones estandarizados (Lock, 2018).

La cuestión es si, en el amplio espectro de relaciones que sostiene el sistema médico con respecto a los pacientes, debería ser aplicada en cada proceso de acción el tipo de relación que fuera más conveniente.

Como he indicado, dentro del espacio quirúrgico es imprescindible una depuración oligóptica, a fin de llevar a cabo correctamente la cirugía en un paciente anestesiado. A medida que nos alejamos de este núcleo se va diluyendo la oligopsis hasta llegar a una visión mucho más generalizada, en lo que —según el modelo biomédico dominante— se consideraría la periferia del sistema. Es ahí donde es pertinente cuestionar un exceso de dimensión instrumental frente a un déficit de acción comunicativa local. Al avanzar hacia estas esferas de acción podría contemplarse como crecientemente relevante la aplicación del "modelo antropológico", con su aportación holística en relación con la enfermedad y con el enfermo, y la contención del extremado individualismo característico de las formas burocráticas e instrumentales de organización de la acción.

Es en esos espacios —aquí modelizados como circundantes al bloque quirúrgico, paradigma de la reducción bioquímica del paciente— donde comienza a emerger una transición entre paradigmas hoy por hoy inconmensurables, donde cobran sentido las hibridaciones que pueden ayudar a mejorar muchos de los conflictos de nuestros espacios sanitarios. Es ahí donde, empíricamente, se diluyen las dicotomías y aparece un terreno abonado para el diálogo. Ahí se mezclan dos órdenes de sentido común que, con la moderación o la eliminación de coerciones biomédicas innecesarias, podría dar lugar a un mayor consenso y entendimiento intercultural; y con cuya ayuda cobrarían además mayor sentido

los procesos tecnológicos, históricos y sociales que constituyen la medicina institucional contemporánea.

Se trata de que los profesionales de la salud den atención personalizada a los pacientes, de que sean amables y empáticos con ellos, de que se favorezcan las iniciativas que quieren transformar las UCIS en HUCIS para dar un mejor trato a los enfermos; de que se consiga incorporar lo doméstico en lo experto, no solo por parte de los profesionales, que ya lo hacen en su trabajo del día a día, como hemos podido leer en algunas de las observaciones que he transcrito del bloque quirúrgico; sino también por parte de los pacientes, para que puedan seguir estando rodeados del orden comunicativo que da sentido a toda actividad humana.

Pero, a la vez, se trata de que se siga aplicando la racionalidad oligóptica en el quirófano y donde sea estrictamente necesario desde el punto de vista biomédico. En el quirófano, paradigmáticamente, es necesario que el equipo médico perciba el cuerpo como un espacio instrumental. También la conversión del cuerpo en objeto analítico por parte de la *expertise* médica se hace imprescindible a fin de generar un diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; aunque ciertamente esa *expertise* no debería quedar innecesariamente encerrada en un modelo biomédico. Pero, con todo, no es posible pasar por alto —y las personas que acuden a los espacios sanitarios desde luego no lo hacen— que, gracias a la medicina generada durante las últimas décadas, se han erradicado gran número de enfermedades, y la esperanza de vida ha aumentado más de 40 años en un siglo (*El País*, 2015). En España la esperanza de vida se ha duplicado en apenas cuatro generaciones desde 1910 hasta 2009, y sigue incrementándose en un año cada cuatro años. Se han erradicado la mayoría de las enfermedades infecciosas. Se está llevando a cabo un importante control sobre las enfermedades cardiovasculares y son notables los avances en la prevención, detección precoz y curación del cáncer.

La *expertise* médica que crea taxonomías y clasifica las enfermedades, permite, por tanto, actuar con una mayor precisión y facilita el acceso a la información clínica. La estandarización y la protocolización de los procesos de atención a los pacientes ha incrementado también la eficiencia y efectividad, y permite producir una disminución de los errores humanos. Ha conseguido

aminorar el tiempo de trabajo y también el ahorro de recursos. Aunque todo lo anterior puede caminar en la dirección contraria cuando una estandarización y una protocolización rígidas se interpretan como finalidades en sí mismas, ignorando por completo los entornos locales de aplicación. El sistema médico basa sus afirmaciones en sus evidencias científicas y aporta estudios protocolizados para avalar sus prescripciones (Otzen, 2017). En realidad, los logros tecnológicos del sistema experto suscitan una notable legitimidad intersubjetiva que se traduce socioculturalmente como una “objetividad” científicamente depurada.

Naturalmente, a una antropóloga no se le escapa que ninguna finalidad moral de la acción puede quedar libre de cuestionamiento por parte de agentes que siguen sus principios morales, y el aumento de la *esperanza de vida* —una medida normalizada más— como criterio moral de carácter universal no escapa desde luego a esa posibilidad. Pero, de ser así, convendría tener en cuenta, de nuevo, en qué condiciones comunicativamente generadas podría tener pleno sentido la moderación o suspensión de ese criterio normalizador, y dejar de serlo, caso a caso. Eso será difícil de conseguir, si a la tosca normalización que impone el modelo biomédico contraponemos una igualmente tosca normalización que contempla la complejidad de los múltiples espacios sanitarios sometidos a esa denominación como un *sistema unitario* y plenamente normalizado.

Mi propuesta consiste en una hibridación negociada entre el modelo médico y el modelo antropológico capaz de ofrecer una correcta explicación de los procesos tecnosociales que acontecen en los diversos espacios sanitarios. Consiste en una articulación que dé protagonismo a ese elemento mediador profundamente incrustado en la vida humana que permite un diálogo intercultural: ese “algo implícito en toda comprensión” que menciona Taylor y que da lugar a una relativa inteligibilidad mutua y a un relativo consenso (Taylor, 1997:76).

Vivimos en una sociedad compuesta de redes de actores que se vinculan y confrontan sus intereses, con la capacidad de entrelazar diversos elementos heterogéneos en un plan común (Latour, 2008), por tanto, utilicemos estas hibridaciones para una mayor comprensión y una aplicación gradual de ambos modelos según sean los espacios sanitarios concretos. Una visión holística,

crecientemente compleja y crecientemente alejada del reduccionismo biomédico sería aplicable conforme se pasa del núcleo biomédico a las zonas que hoy entendemos como periferias de la red. La heterogeneidad de puntos de vista y de tácticas de acción, para cuya articulación sería necesario en primer lugar dejar de contemplar el entramado institucional como un *sistema unitario*, podría tal vez alcanzar zonas de consenso entre posiciones que, en un principio, parecerían ser completamente inconmensurables.

Capítulo 4. La construcción del error humano

En el capítulo anterior he hecho mención de dos órdenes morales en el bloque quirúrgico: el orden moral de la responsabilidad, que afecta especialmente a la acción técnica de los profesionales y expertos, y el orden moral de la aflicción que corresponde a los enfermos. Para ilustrar y entender la lógica de la responsabilidad del sistema experto y su relación con la aflicción de los pacientes, voy a hablar en este capítulo de la construcción del error humano.

El quirófano representa un espacio paradigmático para una racionalidad oligóptica, para la estandarización de procesos, y para la normalización, homogeneización y protocolización de las tareas. A lo largo de este capítulo analizaré cómo se construyen, procesan y gestionan los errores y cuánto de "humanos" tienen estos en un medio tan extremadamente tecnificado y controlado como es el departamento quirúrgico.

El paciente en el quirófano se convierte en un cuerpo anestesiado que debe mantenerse bioquímicamente activo. El error humano acabaría provocando en el paciente una falta de este control bioquímico y hemodinámico por parte de los profesionales. La vida del enfermo entraría en riesgo y, por tanto, deben evitarse en el mayor grado posible las posibilidades de que ocurra tal error. En el caso de que ocurriese, el propio sistema experto establece los recursos necesarios para paliar las consecuencias negativas que el error conlleva. Todo el concepto de *riesgo* en el departamento quirúrgico gira en torno a esa construcción del error. Para mitigar las probabilidades de que ocurra se han desarrollado los llamados *protocolos*. En el bloque quirúrgico la mayoría de las acciones están siempre protocolizadas.

Los protocolos están diseñados para reducir los riesgos, aumentar la seguridad del paciente y orientar a los profesionales en la práctica asistencial ofreciéndoles las herramientas adecuadas en su labor diaria. Se trata de ejercer

un control sobre las acciones desarrolladas a fin de mantener en estado óptimo la actividad bioquímica en el cuerpo del paciente. Los protocolos deben estar siempre actualizados y disponibles para todo el personal sanitario con el fin de poder ser consultados en cualquier momento que se precise. En este hospital, la mayoría de ellos se pueden consultar a través de intranet.

Con el uso de protocolos parece que se deja muy poco espacio para la libre acción humana, pues ese tipo de acción conlleva incertidumbre y —de forma general— pérdida de tiempo. Los protocolos en cambio suministran una forma de actuar estandarizada y automatizada, muy típica de la racionalidad oligóptica y tecnológica de este departamento, aportando eficacia y minimizando los riesgos.

El concepto de riesgo en el bloque quirúrgico

Comenzaré este apartado mencionando una entrevista realizada a Pablo, un experto cirujano de este hospital. Refiriéndose al riesgo, comentó:

Todo cirujano vive experiencias de riesgo para los pacientes durante las cirugías. Quizá valoras mal las pruebas preoperatorias de imagen. Tal vez la imagen no te da una visión real del órgano, o sencillamente, ocurre que no actúas de manera eficiente. Puede ser que estés haciendo una Linfadenomectomía por cáncer de testículo después de quimioterapia, entonces todos los tejidos se fibrosan y se pegan a los grandes vasos. Tú ves por el escáner la distancia que hay entre la masa tumoral y la vena cava, que a veces puede ser milimétrica... Yo he vivido situaciones en las que he perforado grandes vasos... Cuando perforas la cava aún puedes aumentar la presión intrabdominal y para eso la laparoscopia te ayuda mucho, pero cuando le haces una perforación a una arteria, la aorta principalmente, la presión es tan grande que el CO₂ de la laparoscopia no te la para. Una laparoscopia no te ayuda y tienes que moverte.

Recuerdo una ocasión en que sucedió exactamente lo que menciona el cirujano entrevistado. Debido a que el paciente había estado sometido a radioterapia y quimioterapia tenía los tejidos dañados, resultaba difícil diferenciar ciertas partes; el cirujano cortó la arteria en lugar del uréter. Recuerdo que ante todo se intentó mantener la calma y actuar siguiendo siempre procedimientos protocolizados. Se estaba operando según un protocolo y se

cometió un error, el cual fue solventado con el seguimiento de otro protocolo elaborado para las situaciones de emergencia. El cirujano dio la voz de alarma. El residente y él presionaron la arteria y más tarde hicieron una anastomosis. El anestesiólogo le pidió a la enfermera dos bolsas de sangre para transfundir y administraron al paciente potentes drogas vasoactivas. Se trata de urgencias no programadas, que también están protocolizadas. Errores humanos, que se intenta que cada vez tengan menos *de humanos*, a fin de poderlos manejar eficazmente y eliminarlos.

El cirujano entrevistado continuó diciendo:

Otra experiencia de riesgo que me ha sucedido es la perforación de una víscera hueca inadvertida. Cuando haces cirugía abdominal por vía laparoscópica tienes la visión muy concreta de la zona que estás operando. El intestino está ahí, en el abdomen, pero tú tienes una visión muy pequeña. Tienes la visión que quieres que te dé la óptica, puedes hacer un *zoom* o no. Si entras por uno de los trócares laterales y lo haces de forma intempestiva o con poca gracia, puedes perforar un intestino sin darte cuenta. Estás trabajando en la próstata o en el riñón y tienes un intestino perforado.

Recuerdo otro caso en que sucedió eso; el cirujano atravesó sin querer el intestino del paciente. Ante esa situación el equipo quirúrgico no manifestó ningún tipo de desbordamiento moral. Aunque todos comprendieron la gravedad del hecho, actuaron siguiendo procedimientos protocolizados. Recuerdo que se solicitó la colaboración urgente de cirujanos digestivos, que de manera rápida se incorporaron a la cirugía. Suturaron e implantaron una derivación intestinal provisional en forma de colostomía, colocaron dos drenajes para eliminar sustancias nocivas y una sonda rectal. El anestesiólogo junto con la enfermera administró antibióticos para prevenir una probable infección, le colocaron una vía arterial para un mayor control hemodinámico y, ya fuera del quirófano, el equipo de reanimación le suministró los controles y cuidados necesarios para esta compleja situación. Después de varios días el paciente se recuperó y fue trasladado a la unidad hospitalaria.

Ante situaciones de riesgo y ante errores, la respuesta institucional siempre trata de restringir “lo humano” y establecer protocolos –formas de acción

automatizada– con el fin de obtener la máxima eficacia y resolver de manera óptima la incidencia. En este espacio no hay lugar para los desbordamientos morales, todo debe desarrollarse bajo un exhaustivo control. Se protocolizan incluso los errores y la actuación frente a ellos, con el propósito de neutralizarlos y que sus consecuencias sean lo menos nocivas posible.

El cirujano entrevistado menciona que la cirugía laparoscópica ofrece una visión muy pequeña a través de la óptica. Esta es la visión oligóptica que caracteriza al sistema médico en el quirófano, una visión reducida, pero muy precisa, que permite operar correctamente el órgano o tejido en cuestión. Esta también es la visión institucional: una visión reducida, precisa y profunda, que valora el éxito quirúrgico y terapéutico, así como el propio orden institucional, la instrumentalización y la desobjetivación, para asegurar una máxima efectividad.

En cuanto al abordaje del riesgo en el bloque quirúrgico, quisiera hacer alusión a otra entrevista realizada a Luis, un experto anestesiólogo en el departamento, que me comentó la siguiente experiencia:

Una situación que yo viví... cuando hacía la residencia... En aquella época en los respiradores, los rotámetros no estaban a la vista y los respiradores no tenían sistemas de seguridad. Ahora todos los respiradores, cuando tienes una concentración de oxígeno por debajo del 21%, normalmente y, sobre todo cuando estás en ventilación mecánica, disparan una alarma y no permiten una concentración inferior a esa cantidad. Antiguamente eso no existía... La situación fue que se estaba ventilando a un paciente y empezó a bajar la saturación, entonces a medida que bajaba la saturación se le daba más oxígeno, giraban el mando y daban más, pero el paciente cada vez se ponía más gris y no había manera... intentaron intubar, les costó intubarlo y posteriormente siguieron dándole más oxígeno... al final el paciente quedó en coma. Después se vio que en lugar de estar dándole al rotámetro del oxígeno se le estaba dando al de nitroso y el paciente quedó en coma... Después de haber pasado algo así te fijas más y, sobre todo cuando ves ese color grasoso que cogen los pacientes cuando se les da solo el nitroso, cambias y miras el rotámetro... Pero era aquello de que tienes los rotámetros detrás y no había unas condiciones de seguridad a la hora de las concentraciones de oxígeno y nitroso. ¿Qué pasó después de

eso? Pues, como en la mayoría de los casos, se fueron implementando una serie de medidas de seguridad, la primera consistía en que tú no puedes bajar nunca la concentración de oxígeno por debajo del 21% y la otra, poner los rotámetros a la altura de la vista para que puedas actuar y ver si tienes una emergencia de oxígeno.

Según el anestesiólogo entrevistado se implementan nuevas medidas de seguridad a medida que surgen las incidencias. Esta es la manera en la que el sistema experto actúa para prevenir el riesgo. Cada vez que ocurre una anomalía o incidencia se establece una nueva medida de prevención.

En todos los centros hospitalarios existen, generalmente, centenares de protocolos y medidas de prevención del riesgo. Por citar sólo algunas, en los quirófanos de este hospital cada mañana y antes de que comience la actividad quirúrgica se pasa un test de control a todos los respiradores y monitores, a fin de verificar su correcto funcionamiento.

A las 9:00h empiezan las cirugías. Cuando llega el paciente a la sala de preanestesia en el bloque quirúrgico, la enfermera le pregunta su nombre y lo comprueba con una pulserita que él lleva en la muñeca. Revisa su historia clínica y rellena el *checklist*, que es un formulario en el que se verifica el tipo de cirugía, la lateralidad y lugar exacto de la intervención, posibles alergias del paciente, si hay sangre en reserva y así hasta un total de 40 apartados con datos del paciente y de la intervención a fin de prevenir posibles incidencias.

Después, tanto la enfermera como el anestesiólogo vuelven a comprobar el tipo de cirugía, le preguntan si tiene alergias. Comprueban que no lleve prótesis dentales extraíbles, que no haya comido nada, como mínimo en las seis horas anteriores. Que no lleve *piercings* ni nada metálico en su cuerpo, ya que interactuarían con los aparatos electrónicos que se utilizan en las cirugías. A continuación, se le administra una profilaxis antibiótica por vena para evitar posibles infecciones relacionadas con la intervención.

El anestesiólogo lee el informe preoperatorio, donde están registradas las alergias medicamentosas, los antecedentes patológicos, el resultado de la última analítica de sangre, el electrocardiograma y la placa de *RX* de tórax. También está

registrado en el informe el grado de dificultad en la intubación basado en unas escalas relacionadas con las características anatómicas del paciente.

El cirujano, antes de comenzar a operar, también revisa la historia clínica, la profilaxis antibiótica y la última analítica. Una vez anestesiado el paciente, y ya dentro del quirófano, se vuelve a rellenar otro *checklist*. Esta vez se hace de manera conjunta. El auxiliar pregunta en voz alta cada uno de los ítems de comprobación: alergias, tipo de cirugía, lateralidad, profilaxis antibiótica, etc.

La mayoría de las actividades que se realizan en el bloque quirúrgico están protocolizadas y constantemente se llevan a cabo estudios para mejorar la seguridad del paciente y optimizar los resultados. A pesar de todo ello, se ha investigado que el riesgo en una cirugía es 20 veces mayor que el de sufrir un accidente de tráfico al conducir un automóvil (Mateo, 2010).

El Instituto de Medicina de EE. UU. *To err is human: building a safer health system* declara un total de errores médicos que oscila entre 44.000 y 98.000 defunciones al año en EE. UU., cifra mayor que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el *SIDA*. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones.

Algunos de los efectos adversos más frecuentes después de una cirugía pueden ser: complicaciones de la anestesia, cuerpo extraño abandonado durante el procedimiento quirúrgico, dehiscencia postquirúrgica de la herida, hemorragia o hematoma postquirúrgico, sepsis postquirúrgica y cirugía en sitio equivocado (Echevarría, Sandoval, Gutiérrez, Alcantar y Cote, 2011). Iván Illich nos habla de un riesgo que se halla implícito en el hospital y por extensión

En todo el sistema médico. Una intervención médica provoca una serie de lesiones, unos daños, que reciben el nombre de yatrogenesis (dolor, disfunciones, incapacidades y angustia resultantes de la intervención médica) [...] Uno de cada cinco pacientes internados en un típico hospital para investigación adquiere una enfermedad yatrogénica, algunas veces trivial, que por lo común requiere un tratamiento especial y en un caso de cada treinta conduce a la muerte (yatrogenesis clínica) (Illich, 1976:29).

Siempre que sucede una anomalía o se comete un error se establecen nuevas medidas de prevención a fin de evitar que vuelva a ocurrir algo similar en el futuro. No obstante, la seguridad absoluta y la desaparición de los riesgos parece algo improbable en el bloque quirúrgico.

Según Romaní el riesgo es “aquella acción o situación a partir de la cual existe la probabilidad de que, de una forma no intencionada, se puedan derivar determinados daños no deseados” (Romaní *et al.*, 2010:20). A diferencia del azar, el riesgo, es, como menciona Díaz de Rada, “una construcción humana, una consecuencia de sistemas culturales de percepción, registro y negociación” (Velasco *et al.*, 2006: 306). En la negociación de los riesgos, a menudo se maneja la hipótesis de que existe una relación entre determinadas acciones actuales y un conjunto de signos y síntomas futuros. Es lo que conocemos como factores de riesgo. En sanidad se suele establecer una relación entre la frecuencia de enfermedades y las condiciones o estilos de vida. En definitiva, se trata de correlaciones estadísticas entre series de fenómenos. Uribe menciona al respecto:

El concepto de riesgo, además de ser potencial y no constatable —por ser los límites del dominio tecnológico desconocidos—, elimina a los actores de los procesos concretos y elimina las biografías incardinadas histórica, social y culturalmente en beneficio de órdenes de correlación [...]. No existe una relación de inmediatez respecto a un sujeto porque no hay sujeto. Esas políticas preventivas, no tratan a los individuos, sino a factores, correlaciones estadísticas de elementos heterogéneos. Descomponen al sujeto concreto de la intervención y reconstruyen una combinación de todos los factores susceptibles de producir riesgos. Su primer objetivo no consiste en hacer frente a una situación peligrosa concreta, sino en anticipar todas las figuras posibles de irrupción del peligro. Prevención que eleva, en efecto, la sospecha a la dignidad científica de un cálculo de probabilidades (Uribe, 2008: 146-147).

En el bloque quirúrgico también aparecen *factores* de riesgo, elementos y circunstancias que examinamos a lo largo de este capítulo, a la luz de las observaciones y entrevistas realizadas, y que proporcionan un caldo de cultivo propicio para la comisión de errores. La pretensión es controlar esas circunstancias, calcular todas las probabilidades de error y erradicarlas. No

obstante, ese control y cálculo matemático se convierte en dificultoso cuando se debe tener en cuenta la intervención de variables socioculturales. Uribe continúa:

El discurso del riesgo es una estrategia política, una manera de negociar la relación entre miedos privados y peligros públicos. Usando la palabra *riesgo*, en lugar de *peligro* se consigue un efecto retórico que provee neutralidad, dando entrada al aura de la ciencia y a la pretensión de hacer posible el cálculo preciso (*Ibid*:149).

Pero,

Reducir el orden de complejidad del riesgo al orden de complejidad del cálculo probabilístico de los azares, es decir, eliminar del análisis la dimensión sociocultural, da lugar a lo que Mary Douglas (1990:9) denominó un “modelo inocente” (Douglas, 1990:9, cit. en Velasco *et al.*, 2006: 307).

A pesar de la gran cantidad de medidas de prevención que se aplican, el hospital, como *institución experta*, se convierte automáticamente en un sistema de riesgo.

Además, los avances tecnológicos propios de nuestra época también tienen su repercusión en el hospital y, específicamente, en el bloque quirúrgico. Están desapareciendo las tradicionales cirugías abiertas que son sustituidas por cirugías laparoscópicas y robóticas, y esto implica nuevos riesgos. Luis, el anesthesiólogo entrevistado anteriormente, dijo lo siguiente acerca de las nuevas tecnologías quirúrgicas:

Desde el punto de vista fisiológico, la cirugía laparoscópica y la robótica, para el paciente, son una bomba. La posición es completamente antifisiológica. Estás colocando al paciente en *trendelemburg* [Posición en decúbito supino, con la cabeza más baja que los pies], estás aumentando las presiones intracardíacas y las intrapulmonares. Estás aumentando el nivel de insuflación intrapulmonar y está por demostrar qué tipo de lesiones a nivel alveolar puede producir la ventilación a altas presiones durante un tiempo determinado y si eso tendrá unas consecuencias en el futuro o no.

Estas nuevas tecnologías aportan ventajas, pero también implican riesgos. Análogamente, otro anestesiólogo comentó:

Pones riesgos como el *trendelemburg*, con todos los trastornos que puede haber de tipo ventilatorio y circulatorio y después el de poner presión de gas y todas estas cosas inherentes a la nueva tecnología... siempre que introduces una nueva tecnología comporta un riesgo.

Uno de los principales paradigmas sobre el riesgo en ciencias sociales hace referencia a la *sociedad del riesgo* (Beck, 1998). Muchos de los problemas que se plantean en nuestra sociedad se han intentado solucionar a través de la tecnología, que ha conseguido un notable avance, pero a su vez, ha generado unos riesgos relacionados con el propio desarrollo tecnológico. El riesgo es una percepción cognitiva de los individuos ante los avatares de esta “modernidad tardía” (Giddens, 1997).

El hospital es una institución creada para resolver problemas que a su vez genera problemas. Según Giddens, cualquier institución que encarna un sistema experto, incluido el hospital, puede fallar en su funcionamiento —no importa lo bien diseñado que esté— a causa de los errores cometidos por los individuos que actúan en él. Siempre que esté implicada la actuación de seres humanos aparecerá un riesgo implícito. Podemos tener confianza en el hospital como encarnación del sistema experto, pero los *puntos de acceso*, es decir, esos puntos de encuentro entre profesionales y usuarios, esa línea divisoria que separa el escenario y las bambalinas, nos recuerdan que son personas potencialmente falibles las que trabajan ahí. Esos puntos de conexión son los lugares más vulnerables de tales instituciones, pero también son los lugares donde se puede construir la confianza en ellos (Giddens, 1997:86).

Cuando una persona entra en el bloque quirúrgico para ser operada, seguramente sabe muy poco sobre las técnicas que utilizará el cirujano, el anestesiólogo o la enfermera, pero tiene *fe* en que lo van a hacer bien. Fe en el conocimiento experto que van a aplicar, aunque no pueda verificarlo por ella misma. Esa persona decide correr el riesgo; se fía del experto que garantiza que el peligro ha sido reducido lo máximo posible (*Ibid.*: 37). Existe una experiencia comprobada de que los hospitales funcionan generalmente bien y de que el personal sanitario trabaja adecuadamente. “La *naturaleza de las instituciones*

modernas está profundamente ligada con los mecanismos de fiabilidad en los sistemas abstractos, especialmente en lo que respecta a la fiabilidad en los sistemas expertos” (Ibid.: 84).

Los puntos de acceso son los lugares en los que el sistema experto intenta ganarse la confianza del usuario. El bloque quirúrgico se caracteriza por ser un espacio frío e impersonal, un lugar en que el paciente está especialmente obligado a desarrollar una fuerte confianza en los profesionales, básicamente porque la mayoría del tiempo está anestesiado. Los puntos de acceso se convierten en el espacio para generar confianza al enfermo. Son esos espacios en que los profesionales interactúan con el paciente para preguntarle si tiene alergias, o si está en ayunas, antes de entrar al quirófano. En el box de la sala de reanimación el paciente generalmente se despierta y una enfermera le pregunta si tiene dolor. Es en estos lugares, donde se puede generar la confianza que amortigua la percepción del riesgo, y donde los profesionales muestran el trato más personalizado, aunque con las limitaciones debidas al cumplimiento operacional de las tareas, generalmente sometidas a presión de tiempo.

Las instituciones que encarnan sistemas expertos no pueden ofrecer la reciprocidad ni la intimidad que ofrecen las relaciones ordinarias de confianza. Pero en los puntos de acceso los agentes de esas instituciones se afanan para que se produzca el vínculo entre la fe personal y la fiabilidad del sistema (Giddens, 1997). Cuando el enfermo llega a la sala de preanestesia es recibido por la enfermera. Esta se presenta e intenta ser amable e inspirar confianza al paciente. Lo mismo hace el anestesiólogo y, en algunas ocasiones, el cirujano también pasa a saludar e informar *brevemente* al paciente. Los tres buscan crear ese vínculo de confianza con el usuario. Pero los riesgos están muy vinculados a las instituciones humanas, sujetos que los definen, los registran y los construyen.

En nuestra época, más que en épocas anteriores, las amenazas ya no vienen de fuerzas producidas generalmente al margen de la acción humana. Tal como menciona Beck,

Esto significa que las fuentes de peligro ya no están en la ignorancia, sino en el *saber*, ni en un dominio de la naturaleza deficiente, sino en el *perfeccionado*, ni en la falta de acción humana, sino precisamente en el

sistema de decisiones y restricciones que se estableció en la época industrial (Beck, 2010:303).

El desarrollo científico-tecnológico se convierte en causante de riesgos, en un instrumento de definición y también en una fuente de solución de los mismos, lo que pone en cuestión muchos de los supuestos científicos que ingenuamente buscan garantizar un control total. Ello concurre con una desmitificación de la ciencia y con una desmonopolización de su racionalidad y capacidad de objetivación frente al público no especializado. Así, los dogmas de la ciencia pierden parte de su incuestionable validez y aparecen tendencias igualatorias entre expertos y usuarios, con el incremento de las acusaciones y denuncias contra los errores médicos y del escepticismo frente a esa pretensión de verdad absoluta. Paradójicamente, es como si los avances tecnocientíficos se hubieran "humanizado" de forma inopinada, de manera que la cuestión ya no es la afirmación de una verdad científica, sino la *aceptabilidad social* de su aseveración. El conocimiento médico es un conocimiento especializado, un coto cerrado, dotado de su propia "terminología interna y críptica". Exige "fiabilidad y confianza" por parte del usuario, pero esa confianza tan relacionada con la ignorancia provoca también cierta "cautela" y "escepticismo" (Giddens, 1996:89).

Con todo ello no quiero apuntar hacia una llana crítica negativa dirigida a los avances tecnocientíficos, sino más bien todo lo contrario. El hecho de criticar y cuestionar afirmaciones y hechos puede ayudar a reflexionar y mejorar nuestras prácticas. Pero finalmente son las pautas culturales, convencionalmente construidas, las que determinan la mayoría de las respuestas, indican qué riesgos se pueden asumir, cuáles son inapropiados, y de quién es la responsabilidad. Esas convenciones establecen las reglas de aceptabilidad del peligro y del riesgo (Douglas, 1996).

En las escenas descritas a lo largo de los tres capítulos anteriores aparecen incidencias y ello indica que estas forman parte regular de la actividad hospitalaria. En concreto en la *Escena 2: Un trasplante de riñón* vimos una anomalía relacionada con la extubación anticipada de un paciente y la consecuente aplicación de un protocolo establecido relacionado con la extubación, que consiste en la comprobación de que el enfermo esté lo suficientemente alerta, que abra los ojos y responda a órdenes, y que tenga la

fuerza suficiente para respirar. Para ello la enfermera hace una serie de comprobaciones; le coge la mano al paciente y le pide que le apriete, después le dice que saque la lengua y observa el grado de consciencia. Además, comprueba que los volúmenes respiratorios que se registran en el respirador sean lo suficientemente elevados y, con el consentimiento del anestesiólogo, procede a retirar el tubo endotraqueal.

Por regla general las incidencias son multicausales. Suele haber varios factores envueltos. En este caso, parece que se saltaron las comprobaciones necesarias debido a la acumulación de pacientes intubados y la falta de respiradores. En esos días se estaba promocionando que los pacientes se extubaran en la sala de reanimación para que su temperatura corporal fuera la adecuada en el momento de la extubación. La anesthesióloga se dejó llevar por su intuición basada en años de experiencia y decidió extubar. Además, en este departamento las decisiones se suelen tomar de manera rápida porque las situaciones están sometidas a condiciones de urgencia.

Pero, aunque ocurran incidencias y se cometan errores, el sistema médico tiene protocolizados los caminos a seguir. Existen actuaciones programadas formalmente a fin de hacer frente a tales contratiempos y mantener estable el estado hemodinámico del paciente con la mayor seguridad posible. Se trata de un caso más que muestra un empleo adicional de tecnología para solventar los fallos tecnológicos. Ante los errores e incidentes que se producen en el bloque quirúrgico, donde la mayoría de las acciones están siempre protocolizadas, se emplean más acciones protocolizadas para mitigarlos o repararlos. Esa anesthesióloga utilizó la Naloxona para revertir los efectos de la medicación anestésica (concretamente los opiáceos) y, aunque probablemente había sido extubado antes de tiempo, el paciente comenzó a respirar normalmente.

Y, a la inversa, en ocasiones, ante momentos de crisis, algunos profesionales se sienten desbordados por la situación y proyectan el miedo y la inseguridad que sienten hacia algún compañero subordinado. Esto se suele manifestar en forma de órdenes en tono despectivo o en atribuciones de ineptitud hacia el subordinado; a veces incluso en gritos, quejas o imperativos. El efecto que esta situación produce en la persona subordinada es la aparición de un nuevo foco de tensión, que se añade al que ya existía a causa de la crisis y, por tanto, sus

aptitudes y destrezas se reducen considerablemente, creando una situación que se retroalimenta. A diferencia de las soluciones que se siguen de acudir a un protocolo adicional ya regulado ante la incidencia, que suelen revertir la experiencia del riesgo, estos episodios suelen crear un ambiente bastante propicio para la comisión de nuevos fallos o errores.

En ese relato del trasplante no se cometieron errores debidos a esa situación, pero sí hubo una llamada de atención a la anestesióloga por parte de la enfermera por el trato recibido. Una vez transcurrida la situación de crisis, la anestesióloga se disculpó y asumió la responsabilidad por la incidencia ocurrida. Normalmente, la intención del profesional no es perjudicar a su compañero subordinado; más bien se trata de una reacción producida en el terreno de juego ante una situación desbordante; una reacción que puede empeorar todavía más la ya tensa situación.

Generalmente ante las incidencias existe una forma de comportamiento, de alguna manera ritualizado, que siempre aparece de forma natural o espontánea. Ante la anomalía suelen repetirse una serie de fases; en primer lugar, se intenta neutralizar la percepción de riesgo. En la escena del trasplante Alba refiere que la baja saturación del paciente debe ser porque el pulsioxímetro está mal colocado y se lo cambia de dedo. Después, si la situación persiste, se asume la gravedad del incidente y se intenta poner remedio. En esos momentos suele aparecer cierta fricción entre los miembros del equipo. Es el momento más álgido, el de máxima tensión, el del probable caos y seguramente también el momento más propicio para la comisión de fallos. Se intenta neutralizar el riesgo, todos intentan actuar más o menos organizadamente, hasta que llega la fase de resolución, entonces el ambiente empieza a relajarse y se suelen buscar explicaciones y justificaciones sobre lo que ha ocurrido. A veces incluso aparece el reconocimiento de errores como ocurrió en el caso de la anestesióloga del mencionado trasplante, que reconoció que había quitado demasiado pronto el tubo endotraqueal al enfermo.

Ante situaciones de urgencia también es frecuente la implicación de todos los profesionales que están presentes, cada uno asumiendo el rol que le corresponde y abandonando las tareas menos urgentes que estaba llevando a

cabo en ese momento. Existe un protocolo general para todos los profesionales, por el que se deben priorizar las tareas según el grado de urgencia.

Las instituciones sanitarias por lo general intentan protocolizar también las actuaciones en estos casos de urgencias no programadas. En este centro, como en la mayoría, existe un equipo de paros cardiorrespiratorios, formado por el anestesiólogo que esté de guardia, un internista y una enfermera de reanimación. Este equipo está entrenado para casos de emergencia, recibe formación periódica, tanto teórica como práctica, en la que se incluyen simulacros, y está preparado para actuaciones urgentes frente a tales eventualidades. Entre los miembros del equipo existe una coordinación para la división del trabajo y son capaces de actuar en cualquier momento y en cualquier lugar dentro del recinto hospitalario y alrededores.

A pesar de todo ello, cuando el paro ocurre, suele aparecer el estrés y el nerviosismo. La coordinación nunca es perfecta y pueden ocurrir pequeños fallos. La institución pretende controlar por completo todas las situaciones de urgencia y evitar los momentos de caos. Intenta establecer medidas de prevención para todos los posibles riesgos, pero siempre hay eventualidades que se escapan. Por muchas medidas de prevención que se establezcan, nunca son suficientes. Mientras haya seres humanos con capacidad de decisión, habrá errores. Se consigue que estos sean lo más leves posible gracias a la prevención, pero no se erradican completamente. Si estos acontecen, aparecen soluciones amortiguadoras o neutralizadoras de tales incidencias.

Recuerdo el comentario de una enfermera entrevistada haciendo referencia a estas soluciones amortiguadoras: “Fue una situación muy caótica... En estas situaciones lo peor es que la persona que lleva el mando pierda los papeles, y digamos que enfermería tiene que asumir el rol de relajarlas a ellas... Pero, claro, la gente se pone muy nerviosa y chilla y se pone histérica”. El propio sistema genera elementos de autorregulación para evitar desbordamientos morales. Puede ser enfermería o cualquier otro grupo profesional, eso dependerá de cada situación en concreto. Pero lo importante es que el sistema médico, al igual que trabaja para mantener estable el funcionamiento de los cuerpos sometidos a acciones quirúrgicas a través de diferentes fármacos y mecanismos reguladores, también intenta mantener estable el trabajo del equipo quirúrgico,

a pesar del error humano y de las incidencias que se produzcan, por medio de elementos neutralizadores que regulan las acciones. Lo importante es que el acto quirúrgico se lleve a cabo correctamente. Para ello los diferentes miembros del equipo han de actuar de manera normalizada y regulada, amortiguando los errores y anomalías.

El trabajo en equipo es una característica importante en el bloque quirúrgico. Nadie puede trabajar de manera aislada, todos tienen un lugar en esta cadena: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal de limpieza..., cada uno asume su rol, sus competencias, su responsabilidad, su rango. Existen ciertas afinidades y también rivalidades establecidas entre los grupos; cirujanos y anestesiólogos parecen disputar por la relevancia de su respectivo trabajo. El cirujano parece cobrarse todo el protagonismo, pero el anestesiólogo afirma que es él el que mantiene hemodinámicamente estable al paciente durante la cirugía y le salva la vida cuando su colega se equivoca. Se suelen escuchar críticas y comentarios irónicos o humorísticos de un sector hacia el otro. Un anestesiólogo me comentó en la entrevista: “Vas a una cafetería de un hospital, te sientas y oyes a los traumas: ‘¿contra quién estamos hoy?’ Se refieren a los anestesiólogos y si oyes a los anestesiólogos, dicen: ‘ese tonto no sabe ni lo que hace’”. El cirujano y el anestesiólogo comparten un espacio y un cuerpo, comparten el quirófano y el paciente. El cirujano se concentra en el órgano a operar y el anestesiólogo en el estado bioquímico general del enfermo. Ante una cirugía de urgencia, el cirujano prioriza el órgano dañado y el anestesiólogo prioriza que el paciente esté en ayunas, el resultado de la última analítica, principalmente el hemograma y la coagulación. Dependiendo de los valores de esta analítica, puede aprobar o no la realización de la cirugía. Además, el propio cuerpo del paciente está dividido dentro del quirófano, una parte está cubierta por tallas estériles que pertenece al equipo quirúrgico y el resto pertenece al equipo de anestesia. Si una de las dos partes invade terreno ajeno, inmediatamente se observa algún tipo de protesta. Pero todo cambia si hay una emergencia, en ese instante todos cooperan y desaparecen las rivalidades.

Un anestesiólogo entrevistado dijo: “Cada uno debe colocarse en su sitio y tener claro que unos sin los otros no pueden trabajar. El cirujano no puede trabajar si no tiene instrumentista y viceversa también.” Y una enfermera

comentó: “Uno por libre no puede hacer nada... tú puedes ser el mejor cirujano del mundo, tener las mejores manos para operar, si no tienes a alguien que te ayude a dormir a ese paciente y a operarlo, no puedes hacerlo todo solo.”

Recuerdo el día en que un paciente tuvo un paro cardíaco durante la cirugía. En ese momento el anestesiólogo lanzó la voz de alarma. Los cirujanos detuvieron la cirugía y uno de ellos por iniciativa propia empezó el masaje cardíaco mientras el equipo de anestesia se encargaba de infundir medicación. El resultado fue positivo, el paciente se estabilizó y prosiguió la intervención quirúrgica.

También existen discrepancias entre el colectivo médico y enfermería. Esta última lucha por un mayor reconocimiento y autonomía en su trabajo. Una lucha emprendida hace ya bastante tiempo y sin indicios de alcanzar ninguna tregua. Los celadores se quejan de que les hacen todo el trabajo a los auxiliares y las encargadas de la limpieza parecen rechazar el estigma de pertenecer al eslabón más bajo de la cadena, e intentan reivindicarse conversando y participando de manera activa en los momentos de ocio con el resto del equipo, a veces usando el cotilleo como incentivo para cobrar cierto protagonismo.

Pero, como he indicado, a pesar de las diferencias y rivalidades profesionales, cuando aparece una urgencia vital el equipo se une. Todos trabajan y cooperan. Se considera algo sagrado en el departamento, algo que trasciende cualquier diferencia profesional o personal.

Cada semana el equipo de anestesia se reúne en sesiones clínicas para analizar todos los eventos ocurridos. Se atienden con sumo detalle las anomalías o incidencias, se escuchan opiniones y sugerencias, se proponen medidas de prevención, se aceptan sugerencias. El propósito es mejorar la calidad del servicio y aumentar la seguridad de los pacientes, pero muy a pesar de todas las tendencias racionalizadoras y tecnocráticas, la erradicación completa del riesgo constituye una auténtica quimera. Las ideologías que predicán la eliminación total de los imprevistos forman un conjunto de nuevos riesgos que, a su vez, se convierten en objeto de más intervenciones preventivas.

Protocolización y creciente automatización de las prácticas

Todos los profesionales que he entrevistado concuerdan en que la protocolización de las tareas disminuye el riesgo y representa una eficaz medida de seguridad. Coinciden en que los procedimientos deben estar siempre protocolizados, a fin de regular y controlar todas las acciones. Se considera que si se siguen estrictamente los protocolos es más difícil que puedan aparecer errores y, si aparecen, deberían revisarse dichos protocolos y realizar las correcciones y actualizaciones pertinentes.

Recuerdo un episodio en que hubo una confusión en la prescripción del cloruro mórfico. Al paciente se le suministró una dosis superior a la necesaria, pero cuando el error fue detectado se revirtió el efecto de la morfina con Naloxona, tal y como indica el protocolo y no hubo mayores consecuencias para el enfermo. A partir de esa incidencia se instauró un nuevo protocolo: la escala PASERO, que consiste en un método para valorar el grado de consciencia del enfermo después de administrar sustancias opiáceas.

Generalmente se protocolizan las acciones, pero también las incidencias derivadas de la ejecución de dichas acciones. En un medio tan altamente tecnificado e instrumentalizado, como es el bloque quirúrgico, no puede haber lugar para el error. Por lo tanto, si éste llega a ocurrir, se han desarrollado también protocolos para hacer frente a tal anomalía. Se trata de protocolos que responden a otros protocolos. Tal y como he mencionado al comienzo de este capítulo, se intentan protocolizar también los errores, a fin de minimizar al máximo sus consecuencias negativas.

De esta manera nos encontramos con un sistema que aspira a una completa automatización, sin cabida para la incertidumbre o para la indecisión. Las situaciones son de urgencia vital. No se puede perder tiempo en pensar ni en decidir. No pueden aparecer desbordamientos morales, no se puede dudar. Todos estos rasgos típicamente humanos deben ser sustituidos por rasgos automatizados, característicos de las máquinas y de los robots. La agencia decisional queda eliminada y la acción humana queda robotizada. La protocolización resulta inversamente proporcional a la responsabilidad, y los agentes se ven liberados de esa responsabilidad gracias a los protocolos.

Utilizando un término de Latour, podríamos hablar de *cajanegrización* en el bloque quirúrgico (Latour, 2001). Se trata de actividades protocolizadas y automatizadas que facilitan el trabajo, pero que son auténticas *cajas negras*, ya que nadie repara en su significado, ni se cuestiona su funcionamiento mientras cumplan correctamente con su objetivo. Son procedimientos que se repiten de manera sistemática, opacos, pues no es necesario reparar en ellos. Tan solo deben ser utilizados en el momento oportuno para poder conseguir el objetivo para el cual han sido diseñados.

Ante un error, como en el caso del cloruro mórfico, se lleva a cabo una trazabilidad para examinar las causas y todos los factores envueltos, y se establece un nuevo protocolo que a su vez se *cajanegrizará* convirtiéndose en opaco, a fin de facilitar el trabajo de automatización y la máxima eficacia.

A continuación, voy a examinar un elemento común observado en las entrevistas realizadas al equipo de anestesia. La mayoría de anestesiólogos han manifestado un cierto temor a una vía aérea difícil no prevista: “si, además no lo puedes ventilar, se bradicardiza, se hipotensa. Es un riesgo vital”. Antes de someterse a una cirugía, todos los pacientes, según el protocolo, deben tener una visita con el anestesiólogo, éste solicita una analítica de sangre, una radiografía de tórax y un electrocardiograma al paciente. Además, le hace preguntas al paciente sobre sus antecedentes patológicos y observa características anatómicas de su cara y cuello a fin de prever cómo será la vía aérea en el momento de la intubación. Comprueba la capacidad de apertura bucal y rellena una serie de ítems en un formulario. Con toda esta información se le asigna automáticamente un número del 1 al 4 para catalogar el grado de dificultad ventilatoria y la dificultad en la intubación que puede presentar en el momento de la anestesia. El día de la cirugía, el anestesiólogo que está en el quirófano, consulta este formulario y prepara el material que cree necesario según el grado de dificultad que está registrado. A pesar de todo ello, en muchas ocasiones se presentan situaciones anómalas como la que relaté en la escena 1 —*Una nefrectomía radical*—. En este caso el anestesiólogo no podía ver el espacio entre las cuerdas vocales para introducir el tubo endotraqueal y se creó una situación de alarma. A pesar de ello, el paciente se podía ventilar, pero en otros casos no es así. Es tal y como menciona una enfermera de anestesia:

Vías aéreas difíciles que no están previstas, tú vas a intubar y no puedes, tienes que correr, utilizas varios dispositivos y no puedes... El paciente te puede dar un cero en la puntuación... pero hasta que tú no haces la laringoscopia, realmente no es algo que sepas al cien por cien... En la medicina no hay ciencia exacta.

A pesar de que, como dice la enfermera, la medicina no es una ciencia exacta, se intenta que sea lo más exacta posible. Últimamente se han incorporado en el departamento dos nuevos laringoscopios provistos de cámara, con un sistema innovador que facilita la intubación. También se ha preparado lo que se llama “el carro de intubación difícil”, un dispositivo con ruedas, fácil de manejar, que lleva incorporado todo el material necesario para atender complicaciones de la vía aérea e intubaciones dificultosas. En este dispositivo también se encuentra el fibroscopio, con un protocolo establecido sobre su utilización y una guía rápida de cómo usarlo en situaciones de emergencia.

Factores candidatos a posibles anomalías

A partir de las entrevistas realizadas, he observado que la mayoría de los profesionales concuerdan en una serie de errores e incidencias en el quirófano que podrían agruparse en varios apartados: patologías asociadas al paciente que aportan riesgo implícito, curva de aprendizaje ante la implantación de una nueva tecnología, no seguir correctamente un protocolo, protocolos imperfectos y, finalmente, lo que podríamos catalogar como equivocaciones. Podrían mencionarse más apartados, pero me detendré en considerar éstos, ya que han sido reiteradamente citados por cirujanos, anestesiólogos y enfermeras durante las entrevistas.

Luis, el anestesiólogo que he mencionado anteriormente, comentó:

Situaciones de riesgo en las que no puedes hacer nada, derivadas de la propia situación del paciente... a veces el paciente está con una patología asociada importante y además ha tenido un accidente grave... pues bueno... se puede hacer lo que se puede hacer, y el riesgo lo tiene por el propio contexto del paciente, no porque tú añadas un riesgo más...

Noa, una experta anestesióloga dijo al respecto:

Hay pacientes que han sido víctimas de un *encarnizamiento terapéutico*, ¿por qué a un abuelo de 95 años hay que hacerle una BMN³?... ¿Qué interés tiene el tipo de tumor que pueda tener...?, ¿para qué?, ¿le vas a hacer una cistectomía⁴? La experiencia dice que, en un paciente de más 90 años, si le haces una cistectomía, te va a vivir ese día, pero a la semana siguiente, o a los quince días, se va a morir y se va a morir de complicaciones de eso.

La esperanza de vida de la población va en aumento y, por consiguiente, los pacientes que acuden al quirófano para ser operados son cada vez de edad más avanzada. Ello implica una serie de patologías asociadas a la cirugía que aumentan el riesgo y las complicaciones quirúrgicas. Ante estas circunstancias, el sistema médico establece nuevas medidas. Una de ellas es la reciente formación a través de cursos y másteres especializados en geriatría para los profesionales sanitarios. No obstante, existe discrepancia entre los profesionales sobre si realmente vale la pena operar a enfermos de edades muy avanzadas, teniendo en cuenta las patologías asociadas y las complicaciones que de estas patologías se pueden derivar.

El siguiente apartado de incidencias hace referencia a la curva de aprendizaje ante la implantación de una nueva cirugía, ya sea laparoscópica, robótica o, sencillamente, ante la utilización de cualquier nuevo artefacto o herramienta, tanto durante la cirugía como en los procesos perioperatorios.

La implantación de cualquier elemento novedoso requiere una formación por parte del personal, la elaboración de nuevos protocolos para su utilización y un periodo de práctica por parte de los profesionales, que puede ser susceptible a errores e incidencias.

El periodo de aprendizaje de una técnica quirúrgica —me comentó Luis—, dependiendo del grado de dificultad que tenga, implica una serie de riesgos y complicaciones para el paciente, por parte de aquellas personas que están aprendiendo. Es lo que se llama periodo de curva de aprendizaje, hasta que adquieran la habilidad suficiente.

³ Biopsias Múltiples Normalizadas (biopsias en la vejiga urinaria que se suelen hacer durante una resección transuretral).

⁴ Extirpación de la vejiga urinaria.

Y Pablo:

Si no hay un poco de riesgo tampoco se avanza.

Diferentes profesionales relatan que, ante los cambios de técnica, pueden incrementarse los riesgos. La repetición de tareas genera automatismos y rutinas, que facilitan el trabajo. Pero, al cambiar la técnica, aparece un nuevo espacio en el que se hace necesaria una mayor concentración de la atención. Una anestesióloga comentó:

La única vez que me he pinchado fue cuando empezamos a poner las vías centrales con el ecógrafo... cuando cambias de técnica también hay más riesgo... haces cosas que ni te das cuenta de que las haces porque son un automatismo... yo puedo estar en el quirófano de espaldas y vas oyendo el pi, pi, pi y, si pasa algo, lo oyes... son automatismos, pero cuando hay algo nuevo siempre es más fácil equivocarse... Pero desde que he probado el ecógrafo no vuelvo hacia atrás, no tiene color, es mucha más seguridad, estás pinchando y estás viendo... pero, claro, las primeras veces tienen eso... ahora ya lo sé y cuando pincho pongo una gasa y me limpio las manos antes de fijarlo.

Ante todos estos aspectos, el sistema médico —como cualquier otro sistema experto— calculará la relación coste/beneficio priorizando el bien general sobre el individual. También se tendrán en cuenta factores económicos, la influencia del marketing de empresas de alta tecnología y de la industria farmacéutica; y se tomarán decisiones basadas en criterios de máxima eficacia y eficiencia.

Durante el periodo de aprendizaje, generalmente se toman medidas de precaución. Si se trata de una nueva técnica quirúrgica, el cirujano inexperto nunca estará solo durante la cirugía, sino que estará acompañado de alguien experto. Si se trata de la implantación de un nuevo dispositivo, siempre hay un periodo formativo para el personal encargado de su utilización.

La institución procurará siempre que la curva de aprendizaje resulte lo más inocua posible y que los efectos adversos sean los mínimos, pero la desaparición del riesgo es prácticamente imposible.

El siguiente aspecto que favorece la comisión de errores, según las entrevistas realizadas, es el no seguimiento de un protocolo. Deberían analizarse las causas de tal determinación. En mi trabajo de campo he podido observar que la sobrecarga de trabajo del personal suele ser una de las principales razones.

Recuerdo una parte de la entrevista a Paula, enfermera del bloque quirúrgico:

Creo que a nivel protocolario todo está muy bien... todo está muy bien escrito, colgado en posters, explicado... por todas partes tenemos un cartel que dice que el lavado de manos previene las enfermedades. Pero luego, dependiendo del trabajo que tengas, a lo mejor ni te puedes lavar las manos, entonces yo sé lo que tengo que hacer para disminuir el riesgo para los pacientes y para mí misma, pero lo sacrifico por una sobrecarga de trabajo.

Otras veces es por falta de personal cualificado (bajas no cubiertas, periodos vacacionales...). Mencionaré el comentario de Luisa, también enfermera del bloque quirúrgico:

Ves que te salen dos o tres pacientes a la vez y los tienes que atender a los tres y, a lo mejor, dos te salen con un sangrado, que les tienes que poner una tracción, que te viene el cirujano y les tienes que hacer un lavado vesical... y el otro quizás tenga dolor, y te encuentras que tienes que priorizar, pero, en realidad tienes que atender las tres cosas a la vez, pero no hay personal suficiente. Esto pasa, tanto en la parte de reanimación, como en la de instrumentación. A la enfermera instrumentista le pasa exactamente lo mismo, sobre todo en mi caso, que soy nueva instrumentando. Te encuentras que no tienes experiencia y, a lo mejor, tienes que hacer una cirugía que no has hecho nunca y nadie te puede ayudar porque falta una persona que es la que está ausente, que no está cubierta, y, por ello, nadie te echa una mano. Te encuentras que te falta material, que el paciente ya está dentro del quirófano, está empezando la cirugía y te está circulando una auxiliar que tampoco te puede ayudar. Para mí, las experiencias de riesgo están relacionadas con la falta de personal, y cuando te envían a alguien muchas veces es personal no cualificado. Una

persona de planta que lo único que puede hacer es tomar unas constantes, pero la responsabilidad es tuya.

En este hospital, como en la gran mayoría, la dotación de enfermos por enfermera y la cobertura de bajas y ausencias de personal están protocolizadas, pero en la práctica intervienen factores inesperados que alteran los protocolos. De manera periódica, los mandos intermedios —en este caso, de la supervisión de enfermería— realizan entrevistas individualizadas a las enfermeras en las que se analizan estos y otros aspectos relacionados, con el propósito de recoger posibles problemas e inquietudes, encontrar soluciones y mantener la homeostasis en el sistema. Se pretende el control de todas las incidencias, pero no siempre se consigue y, como consecuencia, se establecen pautas de mejora. Es un proceso constante de lucha contra el suceso imprevisto, un proceso que encuentra su mayor grado de efectividad en la automatización de las prácticas.

El siguiente apartado es la aplicación de protocolos imperfectos. Los protocolos se revisan periódicamente y se actualizan de manera sistemática. Podríamos afirmar que existe el protocolo de revisar los protocolos. Las circunstancias cambian, surgen avances y, a veces, aparecen incidencias que ponen de manifiesto imperfecciones que deben ser corregidas.

Recuerdo el siguiente incidente. En la sala de preanestesia se preparan bateas (pequeñas bandejas): una por cada paciente y por cada quirófano, con la medicación necesaria para la inducción anestésica. Esto se hace siguiendo un protocolo. Se prepara una jeringa con un ansiolítico, otra con un hipnótico, otra con un potente analgésico y otra con un relajante muscular. Cada jeringa se debe etiquetar con el nombre del fármaco. El nombre y color de cada etiqueta viene determinado por la normativa de la Unión Europea. Habitualmente, el anestesiólogo o la enfermera de anestesia administran al paciente una parte del ansiolítico mientras se encuentra todavía en la sala de preanestesia, antes de entrar al quirófano. Debido a que el color de la etiqueta del ansiolítico es muy parecido a la del relajante muscular, hubo una confusión y al paciente se le administró el relajante muscular en lugar del ansiolítico antes de entrar al quirófano. Como resultado de ello el paciente sufrió una fuerte relajación de la musculatura respiratoria y dejó de respirar. Una de las enfermeras advirtió lo ocurrido y el paciente fue trasladado urgentemente al quirófano, allí se le ventiló,

se le administró el resto de la anestesia y se le intubó. Afortunadamente, esta incidencia no tuvo consecuencias mayores, pero se determinó una imperfección en el protocolo. A partir de ese momento hubo una rectificación y el relajante muscular se debe cargar en la jeringa una vez el paciente se encuentra dentro del quirófano y no antes.

La supervisora del bloque quirúrgico es quien asume la tarea de la revisión periódica de los protocolos y, ante cualquier incidencia como la anteriormente citada, se efectúan revisiones extraordinarias. El objetivo es reducir esas imperfecciones y mantener los protocolos actualizados.

Por último, analizaré el quinto apartado, el que corresponde a las equivocaciones. Este concepto podría resultar muy amplio, pero si excluimos los cuatro apartados anteriores encontramos un espectro de errores mucho más limitado. Podríamos hacer alusión a errores por causas que en medicina se denominan *idiopáticas*, es decir, no se conoce la causa específica. Estas situaciones obedecen a una causalidad múltiple.

Una de las equivocaciones más frecuentes y con importantes consecuencias son los errores de medicación. El estudio SYREC realizado en los servicios de medicina intensiva hospitalaria publicó en 2013 que

Los errores de medicación constituyen una de las clases de incidentes más frecuentes en el paciente crítico, siendo más habituales en las fases de prescripción y administración. Aunque la mayoría no tienen consecuencias clínicas, un porcentaje significativo causan un daño al paciente, siendo en una elevada proporción evitables (Merino *et al.*, 2013).

En una de las entrevistas realizadas, Luis relató una experiencia vivida en la sala de Reanimación:

Un paciente que era diabético y tenía una pauta de insulina y se le tenían que poner 5 unidades de insulina; en lugar de eso se le pusieron 50 unidades... Si no te dicen nada, eso puede producir una situación crítica con una hipoglucemia severa. Si te avisan a tiempo y te dicen: «he puesto 50 en vez de 5», ¿qué pasa? No pasa nada, vamos a ponerle glucosa y vamos a controlar que la glucemia no se altere y si no, pondremos más glucosa, y ya está. El problema es si se oculta o no se es consciente de que

se ha hecho mal... La suerte fue que la enfermera a la que le pasó aquello era nueva y sanamente se asustó y lo dijo. Y al decirlo se pudo solucionar. Pienso que lo importante de los errores, no es el error en sí mismo, sino tener la capacidad de comunicarlo para solucionarlo lo más rápidamente posible, antes de que haya consecuencias que puedan ser realmente importantes para el paciente.

La institución ha incorporado en el departamento un documento denominado “Errores de medicación”, en el que se registran todos los errores de este tipo, juntamente con los factores relacionados con el error. Este documento se analiza periódicamente y se establecen medidas de prevención.

En este hospital, incluido el bloque quirúrgico, se ha incorporado recientemente una solución automatizada para evitar los errores de medicación. Se trata de un sistema de dispensación de medicación llamado *Omnicell*, que garantiza seguridad, precisión y rapidez. El dispensador coordina de manera automática la prescripción médica con el departamento de farmacia, quien suministra los fármacos en relación con los pacientes ingresados. En el momento de la administración solo hay acceso para el personal acreditado —funciona por huella digital—, con un exhaustivo control de las dosis y horario de administración. Es un sistema completamente automatizado, que, en la práctica, no deja lugar para la agencia decisional. El error humano se convierte prácticamente en inexistente.

El anestesiólogo anteriormente entrevistado ha hecho mención a la importancia de la comunicación de los errores por parte del personal implicado. Esa comunicación no siempre resulta fácil. Voy a detenerme en ello en el siguiente apartado, para analizar algunos factores implicados.

Errores, justificaciones y concepto de culpa

Joe Kiani, presidente del Movimiento por la Seguridad del Paciente, afirmó a *El Confidencial* que cada año mueren por errores médicos entre 25.000 y 35.000 españoles (Kiani, 2017).

Ante la comisión de un error es importante su comunicación, pero eso no siempre sucede, debido a la sanción y otras posibles consecuencias. En el caso de

las 50 unidades de insulina administradas por error, la enfermera lo comunicó y se pudo solventar el problema. Pero, en otras ocasiones, aparece el temor a la represalia y quizá se intente ocultar el fallo, o se busquen justificaciones desviando la responsabilidad hacia otra persona o hacia elementos externos.

Recuerdo una incidencia en la que un anestesiólogo administró por error una medicación vasoconstrictora, en lugar de un antiemético. No se desencadenaron graves consecuencias, pero la paciente estuvo hipertensa durante toda la cirugía. La reacción del anestesiólogo fue preguntar a la enfermera por qué esa ampolla estaba en un lugar equivocado. A lo que ella le respondió que no la había puesto en ese lugar, que habrían sido los del turno anterior. Posteriormente el anestesiólogo se quejó a la supervisora del departamento diciendo que se había encontrado una medicación en un casillero equivocado. Aquí podemos observar, en ambos, un intento de desvinculación de la agencia con el error, desplazando la responsabilidad hacia agentes externos. Si no hay agencia, no hay inculpación y, si no hay inculpación, no hay represalia. Quiero incidir fundamentalmente en esto, la vinculación entre responsabilidad, agencia y culpa (cf. Kockelman, 2007). Examinaré esta vinculación a lo largo de este apartado.

Resulta difícil admitir los errores y se tiende a justificarlos. La conducta de negación del error puede ser un efecto de lo que se podría llamar “disonancia cognitiva” (Wong, 2017). Las justificaciones suelen surgir siempre como recurso explicativo ante la comisión de algún tipo de negligencia y en ocasiones, tal y como hemos visto en el ejemplo mencionado, se tiende a desplazar la responsabilidad hacia algún agente externo.

Actualmente existe un recurso utilizado por los trabajadores de este hospital ante situaciones de riesgo y comisión de errores, es el SiNASP, un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora. Aunque la notificación es voluntaria, se anima

encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

La información introducida en el SiNASP es totalmente confidencial y está protegida por los más avanzados sistemas de seguridad. El SiNASP está disponible para los hospitales y centros de Atención Primaria. Sólo los profesionales de los centros que están dados de alta en el sistema pueden notificar incidentes en el SiNASP. Se trata de una manera efectiva de comunicar errores sin temor a las represalias.

Además del SiNASP, El Ministerio de Sanidad ha elaborado diversos Sistemas de registro y notificación de incidencias y eventos adversos, con el fin de identificar los riesgos y comprender los factores que contribuyen al error en sanidad. En todos ellos se garantiza la completa confidencialidad y protección de datos. Se realizan análisis estadísticos y se difunden los resultados por medio de elaboración de informes, alertas, noticias y boletines informativos.

El informe del Sistema de registro y notificación menciona que:

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad”, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos. En el sistema sanitario, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada, sin embargo, ha sido una prioridad en otras industrias donde el riesgo de accidentes y eventos adversos es elevado.

Aunque en los últimos 5-10 años se han producido movimientos en esta dirección, como, por ejemplo, el registro de incidentes en anestesia, en unidades de cuidados intensivos, en unidades de transfusión, en medicina laboral o en el área del medicamento. Y, pese al interés creciente en relación con la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación. Se pueden observar una gran diversidad de abordajes en las experiencias internacionales y como denominador común una reticencia a la notificación por parte de los profesionales, que se basa especialmente en

cuestiones legales y en una falta de confianza respecto a la confiabilidad de los datos.

Se estima aproximadamente que el 95% de los datos de los eventos adversos no se documentan, es decir, quedan ocultos. Nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no solo de la conciencia del error, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización y la punición. (Ministerio de Sanidad y política social, 2009).

Estos sistemas han sido implantados en la mayoría de los países europeos y EEUU. En este caso se procura solventar la resistencia a la comunicación de los errores, desvinculándolos de la agencia. El anonimato actúa como recurso muy efectivo para la revelación de anomalías. En muchas empresas la gestión de la calidad y los procesos de mejora se basan en el estudio de los errores, no en el análisis de lo que está bien hecho, ya que los errores son considerados la fuente de la mejora.

Pero no todo sucede en el anonimato. Ante la comisión de un error, en este hospital se lleva a cabo un proceso de investigación y análisis de lo ocurrido. Normalmente se solicita la presencia de las personas implicadas en la oficina de dirección. Allí se repasan los acontecimientos ocurridos, se realiza una labor de reflexión y, en algunas ocasiones, se establecen sanciones dependiendo de la gravedad y consecuencias resultantes.

El informe anónimo mediado por el SiNASP deslocaliza el error del departamento y el hospital concreto hacia el Ministerio, por lo que generalmente el hospital desea mantener su propio control sobre los agentes concretos que cometen los errores. Una información abstracta enviada por el Ministerio a los hospitales puede no generar la confianza necesaria en el sistema local en cuanto al control disciplinario de su personal concreto. Y también, un error cometido por alguien en su acción personal puede ser confesado ante el SiNASP, pero cuando hay un tercero que informa del error (como hizo el anestesiólogo anteriormente mencionado) para evitar ser él mismo sancionado, el anonimato no puede ser ya

garantizado y el régimen disciplinario local del hospital parece inevitable. Todo ello puede dificultar aún más la eficacia del SiNASP, en la medida en que el error produzca consecuencias graves que lleguen a conocimiento de familiares, etcétera.

En el caso mencionado en el apartado anterior sobre el error del cloruro mórfico, se reunió a las tres enfermeras implicadas con la dirección de enfermería. Ellas se justificaron y, aunque no fueron sancionadas, el hecho de comparecer ante este departamento actuó, en cierto modo, como elemento sancionador. Una de ellas comentó: “Me he sentido como una presunta culpable, como en el banquillo de los acusados... y no solo hoy, sino todos los días desde que me enteré de que tenía que venir aquí”.

Las tres enfermeras justificaron sus actuaciones y proyectaron una parte de la responsabilidad hacia elementos ajenos como la sobrecarga de trabajo, cambios de departamento laboral y el error cometido por el facultativo que escribió la orden médica. Las tres intentaron liberarse de la culpa y evitar así una posible sanción.

Debido a que la culpa aparece siempre vinculada a la agencia, me detendré brevemente en analizar la construcción social de la culpa en este entorno. El término *culpa* no es una categoría natural, sino una categoría construida socialmente y que cobra sentido dentro de una determinada construcción social de la subjetividad. Podríamos afirmar que, para su plena constitución, la estructura de culpa precisa de la presencia del otro; el que se siente culpable experimenta ese estado “por otro y ante otro, ya que un sujeto no se siente culpable por sí mismo, sino que se descubre culpable ante los demás” (Rodríguez, 2011:7). Este autor afirma:

La presencia de la conciencia social acusatoria es decisiva para la comprensión del fenómeno de la culpabilidad. El que se siente culpable, lo hace ante los demás, ya que son éstos quienes le hacen culpable. La realidad, así como el poder en ellos reconocidos, sirven de espejo donde queda reflejado el rostro culpable (y el rastro del delito). Lo cual indica, finalmente, que no es uno mismo el causante de la culpa, sino que es el *otro* (o *lo otro*), con su ofrecimiento, el que sanciona. Esta circunstancia da paso a un segundo momento en el acto de acusar, convirtiendo la

incriminación inicial –la acusación como *alteración*– en acusación como subjetivización. La culpabilidad es vivida, entonces, como inculpación interiorizada. De la acusación pasamos a la autoacusación. De la inculpación, a la culpabilización (*Ibid*:7).

Para que aparezca el sentimiento de culpabilidad será necesaria la presencia social acusatoria,

la presunta inocencia de nuestros actos resulta simplemente mancillada al pasar por los ojos escrutadores de los demás. La importancia del simbolismo de la *mirada*, como poder maléfico y destructor, cumple, no por casualidad, un papel relevante en buena parte de los mitos y supersticiones presentes en las más diversas culturas. Lo observamos, por ejemplo, en la figura ancestral del *mal de ojo* (*Ibid.*).

Muchas religiones antiguas como el judaísmo han encontrado en los modelos de expiación y en los ceremoniales de sacrificio, la manera de obtener perdón. Se solía utilizar un animal (gallo, cabra, oveja...) al que se transferían todos los pecados del pueblo y el animal era sacrificado como pago por la culpa, de ahí la expresión “chivo expiatorio” (*Ibid.*). De este modo se realizaba, de manera consensuada, el traspaso de la culpa a una agencia no humana.

Después de un suceso desafortunado, parece que todos esperan que se encuentre a un culpable que cargue con toda la responsabilidad, que sea castigado y que pague por el mal cometido. La culpa es un hecho inevitable en todo proceso de socialización, donde se regula la conducta con poderosos instrumentos como son “la Moral y el Derecho” (*Ibid.*).

Cuando se comete un error en el hospital, se suelen buscar responsabilidades, se intenta encontrar al culpable y, según las consecuencias producidas por el error se le impondrá un grado de sanción. Pero es importante tener en cuenta que el hospital, al igual que cualquier institución se encarna en personas concretas y éstas *siempre* pueden cometer errores.

Por ello, si se considera importante la confesión del error para poder paliar sus efectos nocivos, establecer nuevas medidas de prevención y realizar las correcciones oportunas, se debería cuestionar hasta qué punto es pertinente la

sanción. Parece que la lógica —y la retórica— del sistema SiNASP no es congruente con la moral y las prácticas de las instituciones concretas.

El castigo disciplinario en las instituciones tiene la función de reducir las desviaciones y, como dijo Foucault: el control que se lleva a cabo “compara, diferencia, jerarquiza, homogeneiza, excluye. En una palabra: normaliza” (Foucault, 1976:188). Combinando vigilancia jerárquica y sanción normalizadora en el hospital se garantizan las grandes funciones disciplinarias (*Ibid.: pass*).

Pero podríamos preguntarnos si todo esto está reduciendo realmente el número de errores cometidos.

Es cierto que es importante compensar al paciente por el mal recibido y para ello existe la responsabilidad civil encargada de resarcir a la víctima ofreciéndole una compensación económica. Pero también es importante que la persona que ha cometido el error no repita una actuación semejante y, dependiendo del grado y consecuencias de este, existe la responsabilidad penal.

Independientemente de todo ello, se debería analizar minuciosamente cada caso en particular, teniendo en cuenta todos los factores implicados. Actualmente en pedagogía se insta a premiar los errores porque de ellos se puede aprender, se dice que el miedo al error paraliza y que es la principal barrera para poder progresar y desarrollarse, ya que desaparece la creatividad y la innovación. No deberíamos olvidar, sin embargo, que un error en un hospital puede tener unas consecuencias muy graves, por lo que esta comparación se hace muy compleja. Lo que sí es cierto, tal y como he mencionado anteriormente, es que el miedo a la sanción produce ocultación de lo ocurrido y que la equivocación es algo inherente al ser humano, por lo tanto, los sistemas expertos deberían asumir de forma flexible medidas pertinentes para estos hechos, con el cuestionamiento caso a caso de algunas normativas disciplinarias.

Otro punto a tener en cuenta es que la responsabilidad y la agencia de un error, en una significativa parte de los casos, no debería recaer sobre una sola persona, sino sobre un conjunto de *actantes*, como menciona Latour, un colectivo de humanos y no humanos, que están implicados en la acción. En el capítulo anterior examiné la cirugía en la que se estropeó el robot “Da Vinci”. En ese caso surge la cuestión acerca de quién tuvo la culpa, a quién corresponde la

responsabilidad de esa incidencia: quizá a alguno de los dos cirujanos que realizaban la intervención, quizá a la institución hospitalaria, tal vez a la empresa que fabrica los robots, o quizá al operario que no supo reparar la avería, o hasta posiblemente al responsable del mantenimiento de la máquina... Existe un gran número de agentes implicados y puede darse el caso de que todos ellos compartan en algún grado la responsabilidad. Todo el sistema está involucrado y todos comparten la agencia y, por consiguiente, la culpa. Como mencioné en el capítulo anterior, los *artefactos*, las *corporaciones* y los *sujetos* trabajan juntos, de manera unida, formando *redes sociotécnicas*. De manera que la agencia no se identifica solamente en sujetos humanos, sino también en ese conjunto de actantes constituidos por el sistema sociotécnico como colectivo de humanos y no-humanos. No solamente la agencia, también la responsabilidad recae, por consiguiente, en toda la red sociotécnica (Sebastián Cárdenas, 2009). Ya no es el error de una persona, sino el de todo un sistema. Existe una multicausalidad de elementos implicados. Según Sebastián Cárdenas, ante un error deberían analizarse multitud de factores entre los que se encuentran: “variables personales, organizacionales, situacionales y/o ambientales [...] los errores deben verse como una interacción del ser humano con el sistema complejo del que forma parte” (*Ibid*:22).

Según este autor el fallo es consecuencia de:

Una organización socio-técnica [...] El accidente puede ser entendido como algo enraizado en la historia de la organización: una serie de decisiones o ausencia de decisiones que ha evolucionado desde los contextos organizacional, institucional y cultural con posibilidad de interferir en el futuro del sistema; que ha evolucionado asimismo de la degradación progresiva de las condiciones de factores internos de la organización y de algunos eventos particulares que tienen un impacto notable sobre el funcionamiento del sistema sociotécnico, generando una situación desfavorable: un terreno en el cual un accidente (o un incidente) podrá desenvolverse. [...] Desde esta perspectiva, los accidentes son consecuencia de las interacciones de una serie de fallas o defectos ya presentes en el sistema, muchas de las cuales no son visibles y tienen serias consecuencias posteriores (*Ibid*.: 42).

Las personas no cometen los errores intencionadamente y, por ello, lo justo sería examinar de manera global todos los factores implicados y así poder establecer medidas preventivas realmente satisfactorias.

A continuación, analizaré diferentes recursos utilizados por las instituciones para hacer frente a los errores e incidencias ocurridos en el espacio quirúrgico.

Recursos institucionales

Por regla general y ante cualquier incidencia o error, las instituciones concretas procuran salvaguardar su propia imagen. En esto coinciden la mayoría de profesionales sanitarios que he entrevistado: salvaguardan su imagen, sin importar demasiado las consecuencias que ello traiga a las personas que trabajan en ellas. Una enfermera entrevistada dijo: “Yo creo que la institución, en general, ante una situación de riesgo, y siento pensarlo así, procurará que la misma quede en buen lugar, y si para ello tiene que perjudicar a otra persona, lo hará”.

Esta misma enfermera me relató la siguiente experiencia:

Estaba instrumentando y tenía que lavar a mano material punzante manchado de residuos biológicos, porque no había suficiente material para cubrir todas las cirugías de una mañana. Tenía que salir de mi cirugía, lavar el material y luego embolsarlo y prepararlo para que lo esterilizaran. Lavando este material me pinché. Bajé a medicina laboral y me hizo mucha gracia lo que me dijeron: ‘¿qué estabas haciendo para pincharte?’ Yo contesté: ‘estaba lavando a mano un material que no debería estar lavando... porque no había suficiente material para cubrir las cirugías de una mañana, de manera que ese material debería haberse tratado en la central de lavado que tenemos... ¿usted me quiere responsabilizar a mí de este accidente?’ Y no solo aquí, sino en todos los sitios donde he trabajado como enfermera, existe esa tónica de señalar con el dedo.

Podemos pensar que, al igual que en el sistema médico, la dirección del hospital manifiesta también una depuración oligóptica de la subjetividad a la hora de enfrentarse a las anomalías e incidencias ocurridas, y, en definitiva, al error humano cometido por sus empleados. La institución concreta intenta poner

en práctica su lógica desubjetivizadora a fin de mantener el orden interno. Para mantener ese orden la institución utiliza mecanismos de control e impone sus propias reglas de comportamiento. Expresa su autoridad a través de un discurso unidireccional, siempre en sentido descendente. Así se indica en estas palabras de un anesthesiólogo:

Las supervisoras se dedican a controlar a todos los niveles, son meras correas de transmisión... la jefa de enfermería es una correa de transmisión de la dirección y de la gerencia. Son sistemas de transmisión, vigilancia y control... parece un sistema militar.

No se trata de elaborar una crítica hacia esta institución hospitalaria en concreto, sino de mostrar los recursos que las burocracias humanas elaboran para mantener su oligopsia y su visión instrumental, como *insitucionalización*. “La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores” (Berger y Luckmann, 2006:74). Y, como ya he comentado anteriormente, esta institucionalización ejerce poder de coacción sobre los individuos, sea por sí misma, o a través de mecanismos de control.

Las instituciones, por el hecho de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada, en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente. Importa destacar que este carácter controlador es inherente a la institucionalización en cuanto tal, previo o aislado de cualquier mecanismo de sanción establecido específicamente para sostén de una institución (*Ibid.*:74).

Las instituciones poseen “un cuerpo de conocimiento que se transmite a la generación inmediata”, un conjunto de reglas que constituye “una verdad objetiva” y que debe formar parte de la conciencia del individuo. Estos significados deben estar siempre presentes y no deben ser olvidados. Para ello la institución emplea sus recursos, a veces coercitivos (*Ibid.*: 80, 88).

Como la mayoría de instituciones sanitarias y, en general, burocracias, este hospital legitima sus actuaciones con el aura de la ciencia (Cf. Habermas, 1984). Sus directrices y reglamentos están siempre respaldados con normativas, cuya

idoneidad se pretende científicamente probada. Realiza y promueve investigaciones entre sus empleados. De hecho, para el desarrollo de su carrera profesional, el personal sanitario debe participar en proyectos y desarrollo de investigaciones relacionadas con las especialidades sanitarias que se llevan a cabo en el hospital. Como mencionan Berger y Luckmann, las instituciones siempre utilizan la legitimación para explicar y justificar sus propias normas, su orden institucional (Cf. Berger y Luckmann, 2006.:113).

De cara al exterior el sistema médico posee su propio universo, prácticamente inaccesible a los profanos.

Para subrayar su autoridad, la profesión médica se envuelve en los símbolos inmemoriales del poder y el misterio, desde la vestimenta exótica hasta el lenguaje incomprensible, recursos que por supuesto los médicos legitiman ante sí mismos y ante el público en términos pragmáticos (*Ibid.:* 113).

Esto es bien conocido, y podría extenderse sin problemas al *sistema hospitalario*, una burocracia organizativa en el que buena parte del sistema experto médico cobra cuerpo, y con la que a veces llega a confundirse bajo la englobante etiqueta de *sistema sanitario*.

Ante una anomalía o incidencia, las instituciones activan los mecanismos controladores del orden. Si se ha cometido un error se deberá asegurar que los presuntos desviados sean corregidos a fin de preservar el orden cognoscitivo y normativo institucional, adoptando con prontitud medidas adecuadas de prevención (*Ibid.:* 87). Se podrán aplicar diversas sanciones a los desviados, a veces solo “la internalización” del hecho puede cumplir con el propósito sancionador, “despertando en el individuo un sentimiento de culpa” (*Ibid.:* 144). Esto fue lo que ocurrió en el caso de las tres enfermeras que acudieron a la dirección a fin de reflexionar sobre el error relacionado con el cloruro mórfico. Su sola comparecencia en el despacho de la directora funcionó como elemento sancionador.

Así, en los hospitales se establece una paradoja: se fomenta la declaración de los errores cometidos para evitar mayores perjuicios hacia los pacientes y a la vez se sancionan estos errores. El hospital debe velar por el aprendizaje derivado

del error —como indica la lógica del SiNASP—, pero *también* debe protegerse ante posibles denuncias de los usuarios y, a la vez, debe proteger a sus empleados que, en este caso, pueden llegar a situarse en posiciones en conflicto, dada la existencia de agencias compartidas y distribuidas (Enfield y Kockelman, 2017).

Después de una incidencia importante, parece que todo el mundo está interesado en oír las explicaciones y justificaciones pertinentes por el daño ocurrido y en emitir un juicio. Pero esta investigación no se hace de forma desapasionada, es decir, en las líneas de razonamiento intervienen intuiciones con gran carga cultural, con influencias de otras investigaciones y precedentes. La búsqueda del culpable se verá sesgada por todos estos elementos (Douglas, 1996:132).

Teniendo en cuenta el vínculo anteriormente mencionado entre agencia y culpa, la institución procurará conservar su legitimidad institucional, desviando a su vez, si fuera necesario, la responsabilidad del error cometido a algún otro agente. Citando a Calvo:

Culpabilizar a otros es una estrategia de negación de responsabilidad de los hechos, en su variante de ‘transferencia de culpa’ o transferencia de responsabilidad de los hechos, según Benoit. A esta estrategia, Coombs y Holladay la denominan ‘negación de voluntad’ y según la SCCT, es una respuesta de ‘distancia’, pues los hospitales pretenden distanciarse de la crisis, mostrar que no hay relación entre ellos y los errores. Ética y moralmente es una respuesta poco recomendable, nada apreciada por el público y que además puede ser interpretada como la negativa de la institución a asumir sus responsabilidades (Calvo, 2016: 4).

Por otro lado, como indica Mary Douglas, están las modalidades según las cuales determinadas profesiones responden ante la amenaza de escándalo.

Cuanto más fuerte es la organización profesional, más insistirá en ejercer su propia acción de control y de castigo de sus miembros, y más estrictamente trazará líneas profesionales de acreditación y más terrible será la amenaza de excluir de la organización al miembro pillado en falta. La profesión más profundamente preocupada con su reputación colectiva en el mundo profesional estará más inclinada a proteger a sus miembros y

a criticar, de forma pública, sólo casos ejemplares de mala conducta cuando puede expulsar al culpable (Douglas, 1996:99).

Ante una incidencia con un mal desenlace y, siguiendo la teoría de la atribución de Heider, existe una tendencia socialmente generalizada de inculpación pública. Una posibilidad sería inculpar a la víctima por su propia desgracia.

Cuando la víctima ha muerto, esta estrategia detiene la utilización de personas vivas como chivo expiatorio [...] Porque inculpar a la víctima es eficaz para silenciar denuncias de la totalidad del sistema social (*Ibid.*: 93).

Si un sanitario se ha contagiado de la enfermedad del paciente, ha sido porque no usó adecuadamente las medidas de autoprotección. Aunque pudiera deberse a muchas otras causas, culpar a la víctima elimina por completo la responsabilidad institucional, adjudicando la negligencia al mismo autor de los actos. Como dijo la enfermera entrevistada ya citada anteriormente: “Bajé a medicina laboral y me hizo mucha gracia lo que me dijeron: ‘¿qué estabas haciendo para pincharte?’ [...] ‘¿usted me quiere responsabilizar a mí de este accidente?’...” “Responsabilizar a la víctima es el truco de lavarse las manos, bueno para todo tipo de ocasiones” (*Ibid.*: 94). En otras situaciones, la culpa es retirada de las víctimas y es dirigida hacia familiares o personas allegadas, con expresiones como: “su esposa no le ofrecía buenos cuidados, lo mataba a disgustos” (*Ibid.*: 95). Estos tipos de inculpación suelen corresponder a comunidades cuyos miembros quieren fortalecer los vínculos comunitarios: cuanto más fuerte es el compromiso con la solidaridad mayor es el rechazo a generar conflictos internos (*Ibid.*: 99).

El inculpar a la víctima facilita el control social interno, el culpar a alguien externo incrementa la lealtad. Las dos estrategias sirven para evitar el desacuerdo y la pérdida de la unidad comunitaria. También existe lo que podríamos llamar “lealtad profesional”, descrita como “la incapacidad de criticar o implicar a un colega” (*Ibid.*:99).

A pesar de todo ello, ante un error, seguramente lo más oportuno sería buscar la verdad de los hechos, más bien que al culpable.

Las organizaciones tienden a culpabilizar al causante, como si castigando al ‘culpable’ se evitaran nuevos errores. Es también lo que se denomina como ‘política de fusibles’, pues se prefiere salvar la integridad y reputación de la institución a costa de ‘quemar’ a un empleado. Además, y cuando en una institución ocurren errores humanos, el público percibe que ésta siempre tiene una parte de la responsabilidad en el error pues, cuando menos, es responsabilidad única de la institución elegir y adiestrar bien a sus empleados e implementar las medidas organizacionales necesarias para que esos errores no ocurran (Calvo, 2016:4).

Idealmente, una vez ocurrido el error con consecuencias nocivas para el paciente, la institución debería comunicar inmediatamente los hechos, reconocer los fallos y “pedir disculpas, destacar buenas cualidades de la organización y reducir la ofensa a las víctimas, compensándolas emocionalmente” (*Ibid.*: 7). Pero lo cierto es que todo sistema experto se encarna en instituciones concretas que a su vez se encarnan en personas concretas, que pueden cometer errores; y la atribución de responsabilidades y culpas centradas en agentes concretos del interior o el exterior de la organización parece cuadrar bien con el sueño de *control total de los riesgos* que ha venido animando la legitimación pública de los mismos sistemas expertos (Velasco et al. 2006:307ss.).

En una institución, cada miembro se identifica con la acción socialmente objetivada que le corresponde, es decir, con el rol que desempeña. Esto hace mantener el orden institucional (Berger y Luckmann, 2006:97). De acuerdo con ello, la dirección del hospital también se comporta según el rol que le corresponde. Mantiene su visión racional e instrumental, siguiendo sus criterios de máxima eficacia y eficiencia, unos criterios análogos a los que utiliza el sistema médico en la intervención quirúrgica para asegurar el éxito terapéutico.

La dirección del hospital manifiesta también una depuración oligóptica de la subjetividad a la hora de enfrentarse a las anomalías e incidencias ocurridas. El hecho de mantener una imagen respetable y digna de confianza es un asunto de importancia básica. Siempre se priorizará el bien general, antes que el individual; la reputación institucional, más bien que la personal. Tal como dijo la enfermera citada anteriormente con referencia a su experiencia en otro hospital:

La familia denunció al hospital y ¿sabes quién es la persona mayormente imputada?: Mi amiga, no el médico responsable de la guardia que valoró el triaje de mi amiga, que es enfermera, o el centro por tener, en aquel momento, una espera de 24 horas para las urgencias. Se responsabilizó a mi amiga por haber hecho un triaje incorrecto a esa persona. Las instituciones ‘tiran pelotas fuera’ de manera muy exagerada.

Las instituciones seguirán “tirando pelotas fuera”, manteniendo así su oligopsis dentro del sistema y su visión sumamente racionalizadora.

Por otra parte, existen ocasiones en las que puede entrar en pugna la oligopsis burocrática de la institución y la oligopsis del sistema médico. Esto lo he comprobado en aspectos relacionados con la división del trabajo. Es cierto que la especialización y la división de tareas implica efectividad y eficiencia. El trabajo en cadena ha producido enormes beneficios en cuanto a rendimiento en la industria moderna; pero este método, aplicado al hospital o al bloque quirúrgico, aun aportando elementos positivos también aporta componentes negativos. Recuerdo los comentarios de la anestesióloga Noa:

Llega un paciente aquí y lo visita un residente, lo pasan a un adjunto y ese adjunto lo tiene en la planta, pero no es el que lo va a operar, ni tampoco el que lo va a llevar... es como una cadena de montaje... A veces he visto un problema con la siguiente tipología: alguien ha visitado a una persona y ha indicado un tipo de cirugía, pongamos por caso una cistectomía. Entonces llega el día de la cirugía y la persona que lo ha indicado no está, está otro al que le han dicho: ‘tú mañana tienes tres cistecs’. Este viene, se mira el TAC y dice: ‘pues yo no le haría una cistec’, ¡ya estamos en conflicto! El cirujano no estará motivado. Hará la cistec porque le toca hacerla, pero no estará motivado. Ante cualquier problema o cualquier incidencia que haya, se rebotará.

Esta división del trabajo afecta de manera bastante general a casi todos los ámbitos. La anestesióloga sigue diciendo:

Nosotros, los de anestesia, vemos a los pacientes y quedan encantados, te hacen preguntas, les caes bien, y a ti puede ser que también te caigan bien, y te preguntan: ‘¿entonces me dormirá usted?’ Y no sabes si lo vas a dormir

o no... Por ejemplo, si yo veo a un paciente que tiene esclerosis en placas y el día de la cirugía le toca a otro, a lo mejor no sabe ni qué es una esclerosis de placas. Sé que se lo mirará, pero no es lo mismo, no lo hará con el mismo cariño...

Y, refiriéndose a enfermería:

Odio profundamente que, cuando vas a dormir a un paciente, una te prepara la batea a medias, otra le pasa el antibiótico, entonces la han llamado y se ha ido a no sé dónde. Entra a continuación una tercera que no sabe nada del paciente y sigue preparando. Y, si a media cirugía necesitas algo, has de pegar un berrido para que venga alguna... y no es culpa de las enfermeras, es culpa de la organización.

Todos éstos son ejemplos de la racionalidad desubjetivadora propia de las instituciones. La división del trabajo y la producción en cadena optimizan la productividad y aumentan la rentabilidad en las organizaciones, incluida la organización hospitalaria. Los hospitales pretenden ofrecer una atención de calidad a los usuarios, pero como cualquier institución burocrática, barajan una serie de elementos entre los que se incluye la rentabilidad, la eficacia y la eficiencia. Las instituciones instrumentalizan, despersonalizan, pero también establecen un orden social considerado *necesario* para asumir sus propósitos; en el caso del hospital, atender y asistir a los enfermos, con la que —se supone— será una "óptima eficiencia".

Hablar aquí de orden *necesario* es hablar, no de una necesidad indiscutible, emanada por fuera de las finalidades morales a las que aspiran tanto los profesionales como los usuarios; sino de un orden de necesidad convencionalizada que ha emergido en el transcurso histórico del desarrollo de esas finalidades. El "modelo antropológico" puede introducir importantes correcciones a la desubjetivación generalizada de las prácticas de los expertos, tanto en el sistema médico como en el sistema burocrático hospitalario en el que el sistema médico se inserta de forma creciente; pero esto no puede alcanzarse sin comprender bien la dinámica generada por los seres humanos en sus ámbitos sociotécnicos. No ha de tratarse de una crítica sin matices a una medicina considerada como sistema global, y etiquetada de forma gruesa como "mercantilista", "occidental", o por medio de atributos análogos. La crítica ha de

centrarse en analizar más detalladamente los grados de posibilidad y las zonas del ensamblaje médico-burocrático con arreglo a los cuales esa desobjetivización puede ser reducida al máximo sin comprometer las finalidades instrumentales de la práctica; o bien, en someter a juicio, de forma clara, esas finalidades instrumentales para cada propósito concreto. Esta segunda posibilidad conllevaría una fijación alternativa de fines morales en lo que respecta a los conceptos de "racionalidad", "eficacia" y "eficiencia": un camino difícil que debería partir de un conocimiento previo de los órdenes morales existentes y no necesariamente articulados de forma sistemática —mucho menos según líneas de división u oposición entre expertos y usuarios—, y de un reconocimiento de las condiciones sociohistóricas en las que esos órdenes han venido siendo generados.

Capítulo 5. Relaciones de contraste y continuidad entre dos órdenes morales

Como vimos en el segundo capítulo, a lo largo de la historia se han ido desarrollando una serie de condiciones socioculturales en las que se ha configurado el aspecto central de la actual práctica médica: la depuración oligóptica de la subjetividad. La agencia del enfermo es reducida a agencia bioquímica, a un cuerpo solo activo bioquímicamente, y tal como he venido mencionando, este proceso ha dado lugar a una escisión entre dos órdenes morales: el orden moral de la responsabilidad, que corresponde a la acción técnica de los profesionales y expertos, y el orden moral de la aflicción subjetivamente vivida por los enfermos. A pesar de su aparente separación, existen complicidades y desplazamientos entre ambos ordenes morales (Ríos, 2020). En este capítulo me detendré en analizar sus relaciones de contraste y continuidad. Veremos las incursiones que se llevan a cabo de uno en el otro, así como las condiciones que han dado lugar a tales desplazamientos y sus consecuencias.

Comenzaré con una nueva observación realizada en el bloque quirúrgico, que será contrastada posteriormente con material de entrevistas a pacientes y profesionales del departamento.

La observación describe una cirugía de urgencia, una laparotomía exploratoria post trasplantectomía renal: Una paciente a la que se le había hecho una trasplantectomía —extirpación del riñón trasplantado—, tuvo una complicación grave y había que operarla para hacer una exploración y solucionar el problema.

Escena 4. Una laparotomía exploratoria

Hoy es jueves a las 17:00h. Están funcionando todos los quirófanos. Ahora se acerca la supervisora del bloque quirúrgico y oigo que dice a las enfermeras:

“tenemos una urgencia, es María Martínez, ¿os acordáis de esta chica?” Las tres enfermeras que están a mi lado hacen un gesto afirmativo con la cabeza y la supervisora continúa: “Viene de urgencias por un sangrado de la herida quirúrgica. Me han dicho que está bastante mal y viene alguien con ella sin dejar de comprimir la herida”. Parece ser que María Martínez es bastante conocida en el quirófano. Es una mujer de 30 años con insuficiencia renal crónica. Su madre le donó un riñón, pero su sistema inmunológico lo rechazó.

Después se le hizo un nuevo trasplante de donante cadáver, se le produjo un tumor renal en el riñón trasplantado y se le tuvo que practicar una trasplantectomía, es decir, se le tuvo que extirpar de nuevo el riñón. Se le había dado el alta a su domicilio hacía dos días y debido a un sangrado activo de la herida quirúrgica estaba de nuevo en el hospital (Ríos, 2020).

Después de unos diez minutos veo aparecer a un sanitario empujando una camilla. La paciente es María y con ella ha venido también una enfermera de urgencias presionando la herida quirúrgica todo el tiempo. Veo que entran directamente en el quirófano tres sin pasar por la sala de preanestesia, me dirijo hasta allí.

Observo a María muy agitada, no para de mover la cabeza y llorar. Aunque mi papel es el de observadora, entiendo que como mínimo debo colaborar comprimiendo la herida para que la enfermera de urgencias vuelva a su puesto, y eso es lo que hago. En ese momento María me mira a los ojos y me pregunta: “¿Verdad que me voy a morir?” Yo tenía mis dudas, pero le dije que no, que ahora la íbamos a dormir y que cuando se despertara, estaría operada y todo habría salido bien. En ese momento llega Noa, la anestésista. Parece nerviosa, lo primero que dice es: “Ponedle dos de Midazolam... o mejor tres”. El Midazolam es un ansiolítico que se administra por vena antes de la anestesia. La dosis habitual es de un miligramo, solo se ponen tres en casos de mucha agitación y en pacientes de más de 70 Kg. (María no llegaba ni a 50 Kg.).

Luisa, la enfermera de anestesia, le administra el Midazolam y a los pocos minutos parece que la paciente se calma. Lleva puesto una especie de camisón blanco abrochado por detrás. Lleva una vía endovenosa en el brazo derecho, una fístula arteriovenosa en el izquierdo para poderle hacer hemodiálisis. Se trata de la unión de una arteria con una vena. A simple vista casi no se nota, solo se aprecia

un ligero abultamiento en el brazo a la altura del flexo del codo. En estos brazos ya no se puede administrar medicación por vena, ni se pueden hacer extracciones de sangre para analíticas, ni tomar la tensión, ni la temperatura. Luisa está retirando el camisón de María y la está monitorizando.

Le coloca electrodos en el pecho para vigilar el funcionamiento cardíaco y una pinza en el dedo índice de la mano derecha —el pulsioxímetro— para medir la cantidad de oxígeno en sangre. Le va a poner el manguito de la tensión arterial en el brazo derecho, pero antes pregunta a Noa: “¿Dónde quieres el manguito en el brazo o en la pierna?” Noa responde: “Ah, pónselo en el brazo mismo, aunque le pasen los sueros. En vez de tomarle la tensión cada cinco minutos, se la tomaré cada cuarto de hora”. Luisa coloca el manguito.

En la otra parte del quirófano, a los pies de la paciente, está la enfermera instrumentista preparando el material quirúrgico sobre una mesa estéril. Le está ayudando la auxiliar de quirófano. También hay un sanitario que ayuda tanto al equipo de cirugía como al de anestesia. Al tiempo que pone una mascarilla de oxígeno sobre la cara de María, Noa dice: “Por fin se ha callado. Es que me estaba poniendo nerviosa también a mi... Lo primero que hay que hacer en estos casos es atontarlos un poco, ¿no os parece?” —Noa nos mira sonriendo a Luisa y a mí, pero a la vez observo un cierto temblor en sus manos al sujetar la mascarilla y una cierta torpeza al manejar el respirador con la otra mano-.

Luisa le dice: “Te hemos preparado una inducción estándar, ¿te parece?”, Noa responde: “Ah, sí, sí, claro, ya está bien... Podemos empezar ya, ponle cien de *Propo*”. Luisa tiene una bandeja con medicación sobre un soporte del respirador, coge una jeringa con un líquido blanco y empieza a inyectarlo despacio por la vía endovenosa. Mientras Noa dice:

Qué pena esta chica... a esto le llamo tener mala suerte; mira que ponerle dos riñones y tenérselos que quitar los dos... Y mira cómo está ahora, ya veremos si sale de ésta, tiene la hemoglobina por los suelos, cuando la durmamos habrá que transfundirla enseguida... Ahora ponle dos de *Fenta*... y luego cuatro de *Trakium*... Creo que no es difícil de intubar, yo ya la intubé una vez... y no me costó nada.

Noa nos mira a los ojos a Luisa y a mí. Ahora solo se oyen los pequeños ruidos del monitor que anuncian pequeños cambios de parámetros en las constantes vitales. También se oye el aspirador que ha conectado Luisa porque a Noa le gusta que siempre esté funcionando “por si hay que correr, siempre hay que tenerlo a punto”—suele decir—.

Ahora María parece completamente dormida. Noa aparta la mascarilla de oxígeno de su cara. Con la mano derecha le levanta la nuca y con la izquierda separa la mandíbula. Luisa le acerca el laringoscopio y Noa lo introduce en la boca. Después Luisa le acerca el tubo endotraqueal y Noa intenta introducirlo en la tráquea con la mano derecha; mientras, con la izquierda sujeta el laringoscopio que le permite observar por donde pasa el tubo, a la vez que le mantiene abierta la mandíbula. Se dice que este es el momento más crítico porque el paciente no recibe oxígeno y además tiene anulado el reflejo de la tos. En esas condiciones, cualquier secreción mucosa o reflujo gástrico pasaría directamente a la tráquea y a los pulmones provocando una obstrucción. Es por eso por lo que muchos anestesiólogos quieren tener siempre en marcha el aspirador.

Noa introduce con fuerza y de manera rápida el tubo. En su cara aparece un gesto de preocupación y nerviosismo a la vez. Ella no es una anestesióloga inexperta. Siempre dice que lleva más de veinte años haciendo lo mismo todos los días, pero que “hay momentos cruciales en los que todos los anestesistas se ponen nerviosos y el que diga que no, está mintiendo”. Observo el rostro de Luisa y parece completamente alerta, dispuesta a colaborar en lo que sea necesario. Noa dice: “Bueno, creo que ya está”. Luisa inyecta aire con una jeringa en un pequeño dispositivo del tubo para que se hinche una especie de globo en el interior de la tráquea y el tubo quede fijado. Noa conecta el oxígeno del respirador al tubo, después ausculta con el fonendoscopio a la paciente y le dice a Luisa: “Ya lo puedes fijar”. Luisa lo fija con esparadraperos y con otro trozo de esparadraperos también le cierra los párpados a la paciente.

Hace unos minutos que ha entrado el cirujano al quirófano y observa en silencio desde un ángulo. Ahora Noa le mira y le dice: “Por mí ya te puedes ir lavando”. El cirujano sale del quirófano. Después de unos minutos llegan un residente y él con las manos y brazos mojados hasta el codo. La auxiliar de quirófano les tiene preparadas unas tallas estériles sobre una mesa auxiliar para

que se sequen. Después de secarse se ponen una bata estéril que también tienen preparada y la auxiliar les ayuda a abrochársela por detrás. Pedro, el cirujano adjunto dice: “Necesitaré que la pongáis sobre su lado izquierdo”. Noa sujeta el tubo endotraqueal, yo sujeto la vía endovenosa por donde le está pasando ahora un suero. Con la otra mano sigo comprimiendo la herida. Entre el sanitario y la auxiliar mueven a la paciente.

El sanitario acopla piezas a la camilla para procurar una posición adecuada de los brazos y con un mando a distancia acaba de colocar la camilla en posición óptima, tanto para el cirujano, como para la anestesióloga. La auxiliar empieza a cubrir el campo quirúrgico con tallas estériles. Dejo de comprimir la herida y se acerca el cirujano, pinta con yodo toda la zona afectada, también se acerca el residente y Pedro le comenta dónde harán la incisión.

Luisa había salido del quirófano y ahora llega con una petición de transfusión. Le coloca una etiqueta identificativa de la paciente y la rellena. Después le dice a Noa: “Habías dicho dos concentrados, ¿verdad?” “Sí, de momento dos” —responde—. Noa me mira y dice: “¿Qué te parece si le ponemos otra vía en este brazo y le pasamos una bomba de *Propo*?” Antes de que yo responda sigue diciendo: “Ah, es que hoy no trabajas... estás aquí solo para esas observaciones que haces, ¿no? Perdona, pero es que te veo y...” Antes de que termine de hablar cojo el material necesario y le pongo la vía. Luisa se me acerca y me dice en voz baja: “No le hagas caso que esta tía es muy lista, cuantas más seamos, más cosas pedirá... Hazte la loca que hoy no te toca trabajar”. Luisa prepara la bomba de infusión y se la coloca a la paciente por la vía que acabo de poner.

El cirujano y el residente han abierto la herida quirúrgica. Veo un agujero de unos quince centímetros de diámetro. Se mantiene abierto gracias a unas rígidas láminas metálicas puestas en círculo. La profundidad de la herida es de unos doce centímetros. No sangra porque constantemente aspiran y coagulan con el bisturí. Están buscando el origen del sangrado, la enfermera instrumentista está a su lado y les ofrece el material necesario.

La auxiliar acaba de conectar la radio y se escucha música tranquila. Las luces permanecen encendidas porque esta vez se trata de una cirugía abierta tradicional, sin cámaras de vídeo. Pedro le dice al residente: “Coagula aquí esta

arteriola... después tendremos que drenar el hematoma”. Noa se ha sentado y utiliza la mesa del respirador para escribir en las hojas de anestesia.

Luisa acaba de traer las dos bolsas de sangre que se habían pedido al banco de sangre. Hace la comprobación del grupo sanguíneo y las conecta a un calentador. Después le dice a Noa: “Le paso la sangre por esta vía, que es por donde le pasa el suero, ¿te parece?” Noa hace un gesto afirmativo con el rostro y sigue escribiendo. Después Luisa sale del quirófano.

Noa de nuevo se dirige a mí y me dice: “¿Te puedo pedir un favor? Es que hoy no me ha dado tiempo de comer casi nada, es por el curso ese que estoy haciendo. ¿No te importa quedarte un rato mientras yo voy a tomar algo? Ya ves que la paciente está bien y cuando le pase la sangre aún le subirá más la tensión... Estos todavía tienen para un rato. ¿Te puedes quedar?” Le contesto que sí y ella sale del quirófano. Pedro me mira y dice: “No vamos a tardar mucho más”. Le pregunto si ya han resuelto la causa del sangrado y me responde que cree que sí, que aparentemente se trataba de una arteriola sangrante y ya la han suturado. Ahora van a revisar un poco más y lo darán por concluido. La instrumentista dice: “Bueno, no ha ido tan mal, ¿no?” Pedro responde: “No cantes victoria todavía, ya veremos lo que pasa después... Todo dependerá de las próximas analíticas”.

Transcurren unos minutos y nadie habla. Solo se oye la música de la radio y los sonidos del monitor y del respirador. El aspirador ahora está cerrado. Todos los que estamos en el quirófano estamos igualmente vestidos (bata, polainas, gorro, guantes y mascarilla, solo se nos ven los ojos). Se observa un intercambio habitual en las miradas entre el cirujano y el residente. A veces, en tono bajo, Pedro le da alguna sugerencia.

La enfermera instrumentista está detrás del cirujano. Ella alarga su brazo y ofrece el instrumento que cree necesario en cada ocasión. Otras veces se lo pide Pedro. Parecen actos puramente rutinarios. La auxiliar se desplaza de un lado a otro para traer material; no está estéril, y actúa como ayudante básicamente de la instrumentista.

Noa regresa y me da las gracias, retoma su posición y yo vuelvo a ser meramente observadora. Pedro retira las placas metálicas de la herida quirúrgica y le dice al residente que continúe. Se acerca a Noa y le dice: “Nosotros ya hemos

terminado, espero que no sangre más, pídele una analítica dentro de una hora, ¿vale?” “¡Qué rápidos habéis estado, bueno... por mí, mejor! —responde Noa con tono despreocupado—. Pedro se saca los guantes y los arroja a un contenedor. A continuación, sale del quirófano. Al poco rato entra Luisa y le pregunta a Noa: “¿Ya están?” Noa responde: “Sí, mira qué bien y qué rápido... Así, seguramente no anularán ninguna cirugía”.

Luisa prepara una mascarilla para la paciente junto a una jeringa para deshinchar el globo interno del tubo endotraqueal. Pone en funcionamiento el aspirador. Se acerca a Noa y le empieza a hablar de recetas de cocina. Enseguida se las puede ver a las dos muy animadas en la conversación. Mientras, el residente está suturando la herida y la instrumentista le ofrece lo que necesita. Después de unos minutos el residente le dice a la instrumentista: “Ya lo puedes tapar, creo que ya está todo”. A continuación, se quita los guantes y dice: “Bueno, gracias a todos... me las piro”. La enfermera instrumentista cubre la herida con un apósito de gasas estériles, con la ayuda de la auxiliar.

Noa y Luisa siguen hablando de recetas de cocina, la paciente mueve la cabeza y parece que intenta toser. Noa dice: “Ah, mira ya se despierta”, le saca el esparadrapo de los ojos, le levanta los párpados y le dice: “María, ya estas operada, ¿me oyes?” María no responde, pero sigue moviendo la cabeza. La instrumentista ha salido del quirófano y queda la auxiliar, que está recogiendo cosas. Noa cambia el modo de ventilación del respirador a “manual” y empieza a escribir en las hojas de anestesia. Luisa coloca una sonda en el aspirador y aspira mucosidades del interior de la boca de María, al mismo tiempo sigue con la conversación anterior y le explica una anécdota graciosa a Noa. Noa se ríe y luego le dice: “¿Qué te parece si le sacamos el tubo?”. Luisa se acerca a la paciente y le dice: “A ver, María, ¿puedes sacar la lengua?” María saca la lengua y Luisa le dice a Noa: “Pues, mira, la tienes a punto de caramelo”. Noa despega el esparadrapo de la cara de la paciente, coge la jeringa que tiene preparada y aspira por un pequeño cable anexionado al tubo. A continuación, saca el tubo de la boca de la paciente y lo arroja en una bolsa junto al carro de anestesia. Luisa ha puesto la mascarilla sobre la nariz y boca de María y le ha conectado el oxígeno del respirador.

Noa dice: “Nos vamos”. Se asoma fuera del quirófano y le dice a un sanitario: “Quique, salimos ya”. El sanitario va a buscar el *transfer* para sacar la camilla de quirófano. Luisa le dice a María: “Ya te han operado, ha salido todo bien, ya no sangras. Te pondrás bien”. María abre los ojos e intenta hablar, parece que diga algo como: “¿De verdad, estoy bien?” Luisa le dice: “Claro que estas bien”. Después cubre su cuerpo con una talla. Llega Quique con el *transfer* y salen del quirófano. Una vez en la zona de transferencias Noa sujeta la cabeza de María, Luisa le sujeta los pies, y entre el sanitario y la auxiliar mueven a la paciente desde la camilla a la cama de reanimación. Después continúan el camino hasta el box correspondiente. Allí espera Laura con la mascarilla de oxígeno ya preparada y el monitor en marcha.

Al llegar le colocan la mascarilla a la paciente y el pulsioxímetro en el dedo índice de la mano derecha. En la izquierda lleva una fístula y no sería del todo válida ninguna medición de las constantes vitales. Le colocan el manguito de la tensión en el brazo derecho y los electrodos para el registro electrocardiográfico en el pecho. Bajan el drenaje quirúrgico y la sonda vesical que están encima de la cama y lo sujetan en un punto cercano al suelo. Cubren su cuerpo con la sábana y la colcha. Noa le dice a Luis, el anestesiólogo que está hoy de guardia: “Creemos que ha ido bien, yo le he pasado dos concentrados. Ahora, o cuando te parezca le pides otra analítica. Pedro ha dicho que la cosa tampoco era para tanto. Ha ido muy rápido, ya ves que hemos terminado enseguida, yo creo que ha ido bien...” Luisa le dice a Laura: “Ha ido muy bien. Le hemos pasado un par de concentrados en el quirófano. Lleva dos vías, por esta le pasa el suero y la otra está salinizada. Lleva el drenaje, la sonda vesical y ya está, no lleva nada más, creemos que saldrá de esta...”

María intenta hablar y Laura se acerca y le dice: “¿Tienes dolor?” María hace un gesto negativo con la cara y dice: “¿Ya me han operado?” Laura le responde: “Sí, y ha ido muy bien, ahora estarás aquí en la sala de reanimación y mañana irás a la habitación, ¿qué te parece?” “Quiero que venga mi madre, ¿puede venir mi madre?” —pregunta María—. Laura se dirige a Luis y le dice en tono cariñoso: “Luis, ¿verdad que dejaremos que venga su madre? No es hora de visita, pero la chica se merece que hagamos una excepción”. Luis hace un gesto

condescendiente con el rostro y Laura dice: “Este es mi Luis, claro que sí, ahora llamo al vigilante” y coge el teléfono.

Noa, Luisa y la auxiliar se marchan. Laura desconecta la mascarilla de oxígeno y le coloca unas gafas nasales mientras le dice a María: “Con esto estarás mucho más cómoda”.

Desde mi posición de observadora María me reconoce y me llama por el nombre. Yo le comento que hoy no soy su enfermera que solo estoy como observadora para una investigación, pero que puede hablarme y pedirme lo que quiera. Ella sonrío. Veo asomarse al vigilante por una de las entradas de la sala y dice que ya han llegado los familiares.

Laura se dirige hacia allí y al cabo de unos minutos la observo acercarse acompañada de dos mujeres, parece ser que son la madre y la hermana de la paciente. Se han puesto una bata verde encima de su ropa, un gorro y unas polainas por encima de los zapatos. La madre se adelanta y enseguida le da un beso a su hija. Se le escapan las lágrimas. Después se acerca su hermana y también le da un beso, luego le dice: “Campeona, te vas a poner bien”. La madre dice: “Ya hemos hablado con el médico y nos ha dicho que ha ido muy bien y que mañana te irás a la habitación”.

María dice: “¿Tenéis el amuleto del cura? Mamá, ¿me lo traerás luego?” La hermana responde: “Son los médicos los que te pueden curar, no los amuletos”. Ella insiste: “Traédmelo por favor, ¿vale?” La madre responde: “Vale, hija, lo buscaremos y te lo traeremos. Ahora no te preocupes de eso”.

Laura se acerca sonriendo y les dice que todo ha ido bien. Después se acerca Luis. Se presenta como el anestesista de guardia y les dice que María está bien y que al día siguiente a las nueve irá a la habitación. La familia se queda unos minutos más y después se despiden de María, giran el rostro y cuando ven a Laura le sonrían y le saludan con la mano, luego se marchan. María cierra los ojos y parece que se duerme.

A modo de anécdota solo diré que después de unas tres semanas, un día al salir del trabajo, sentí que alguien se me acercaba por detrás, me tocaba el brazo y me llamaba por mi nombre. Cuando me giré vi a una chica de aspecto desenfadado y juvenil que me sonreía. Era María. Lo cierto es que me costó

reconocerla. No se parecía en nada a la paciente que hacía tan solo unos días estaba en un quirófano entre la vida y la muerte. Me dijo que había venido a dializarse y se encontraba muy bien; su aspecto, sin duda, lo confirmaba, estaba guapísima. Le di un abrazo.

Contrastes y complicidades

Tal y como hemos estado viendo hasta ahora, el sistema experto utiliza una racionalidad instrumental y oligóptica para conseguir lo que sus agentes entienden como la máxima eficacia en sus resultados. Pero no debemos olvidar que ese sistema está formado por personas de carne y hueso, que manejan emociones. Aunque buscan la automatización de la mayoría de las actividades a fin de reducir la agencia decisional, y pretenden mantener “la cabeza fría”, como mencionó Pedro, el cirujano de María, durante la entrevista, ellos no son máquinas y, por tanto, son permeables al dolor, al miedo y a la incertidumbre.

En esta escena hemos visto una cirugía no programada, una urgencia: una persona joven que sangraba y corría un riesgo vital. Noa, la anesthesióloga dijo posteriormente en la entrevista: “Por muy médicos que seamos muchas veces tenemos miedo y nos acojonamos como cualquiera, y más cuando ves a una chica jovencita y piensas que no es justo, que todavía no es su hora”. Como se relata en la escena, ante la agitación de la paciente, Noa, la anesthesióloga, utilizó la contención farmacológica propia del sistema experto. Le dijo a la enfermera que le inyectara un ansiolítico. Y, una vez inyectado, Noa dijo: “por fin se ha callado, es que me estaba poniendo nerviosa también a mí”. Después continuó con su trabajo, “pero se apreciaba temblor en sus manos y una cierta torpeza al manejar el respirador”. Los agentes del sistema experto pretenden mantenerse en el orden de la responsabilidad, pero constantemente hacen incursiones en el orden de la aflicción. A pesar de sus esfuerzos, esas personas son permeables a la angustia de los pacientes, especialmente en los casos no programados. En estos casos, las actividades están menos automatizadas y aparecen más fácilmente las emociones.

Después de haber administrado el relajante muscular a la paciente, la anesthesióloga dijo: “a esto le llamo tener mala suerte, mira que ponerle dos

riñones y tenérselos que quitar los dos... ahora ponle dos de *Fenta...*” Este discurso ilustra un constante movimiento de ida y vuelta de un orden moral hacia el otro por parte de los agentes del sistema experto. A simple vista, pudiera parecer una disociación de la personalidad. Pero se trata de una recirculación entre lo profesional y lo personal. A su vez, el paciente, pasa constantemente de ser sujeto a objeto y viceversa. Una vez anestesiado, el paciente se convierte solo en objeto y continúa en esa posición hasta que finaliza la cirugía. Cuando ya está operado y despierto, vuelve a aparecer ese constante intercambio de posiciones.

Justo al despertar de la anestesia, la paciente solicitó la presencia de su madre. Esta petición transgredía las normas del departamento, ya que no era la hora de visita de familiares. Pero en este caso se permitió hacer una excepción. La enfermera actuó como mediadora entre el médico y la paciente y se adelantó el horario de visitas para María. Estas excepciones constituyen un claro ejemplo de la incursión del sistema experto en el orden de la aflicción. Se trata de una labor de *reanclaje y repersonalización* (Giddens, 1994, cit. en Velasco et al. 2006). Posteriormente, la enfermera continuó su incursión y preguntó a la paciente si tenía dolor e intentó acomodarla, a fin de proporcionarle el mayor bienestar posible.

También tenemos esa pregunta que me hizo María, mientras yo observaba. Me miró a los ojos y me dijo: “¿Verdad que me voy a morir?” Ella me relacionaba con el sistema experto. De hecho, habitualmente soy trabajadora de ese departamento y, además, mi indumentaria era la misma que la del resto del personal. Se trataba de un tipo de comunicación crítica, que requería una respuesta que incluyera mi desplazamiento al orden moral de la aflicción. Lo que yo realmente pensaba, como enfermera, era que María tenía bastantes posibilidades de morir, pero dar esa información no habría sido lo más adecuada en esa situación. Así que le dije que no se moriría, que se dormiría y que cuando se despertara todo estaría solucionado. También pensé que ese tipo de preguntas, en esa situación, no expresan una demanda real de información, sino más bien la necesidad de escuchar una respuesta reconfortante, que aliente una idea esperanzadora y de alivio ante la situación de incertidumbre. Por lo tanto, se trataba de un desplazamiento casi forzado al terreno aflictivo ante la demanda de

la paciente. Muchas veces las situaciones de comunicación crítica suelen envolver ese tipo de desplazamientos (Ríos, 2020: 116).

Y, a la inversa, la racionalidad propia del orden de la responsabilidad, que apela a las virtudes del trabajo técnico del médico, emerge en los usuarios que contienen el temor afflictivo, como en el comentario de la hermana de María ante su petición del amuleto: “Son los médicos los que te pueden curar, no los amuletos” —una respuesta en todo caso insuficiente para María, que revela cómo, en situaciones extremas, ni uno ni otro orden parecen del todo válidos ante la incertidumbre.

Recuerdo una situación dentro del quirófano en que una enfermera estaba intentando colocar una vía endovenosa a un paciente anestesiado. Justo en el lugar del brazo donde se veía y palpaba la vena, el paciente llevaba un amuleto en forma de pulsera. La enfermera le dijo al anestesiólogo que iba a cortar la pulsera porque, de no hacerlo, le sería imposible canalizar la vía. El anestesiólogo le respondió que de ninguna manera cortara ese amuleto. Que, si lo cortaba, y casualmente se complicaba la cirugía, el paciente lo relacionaría con la rotura del amuleto y esto les podría ocasionar muchísimos problemas.

Estudios realizados demuestran que amuletos u otros elementos simbólicos pueden adaptarse

Al funcionamiento de las redes neuronales, gracias a lo cual se producen efectos en el cuerpo. Es lo que caracteriza al efecto placebo. [...] Ciertamente, hoy los médicos no hablan de la influencia de los rituales mágicos y los conjuros en el equilibrio de los cuatro humores hipocráticos. Pero reconocen, en el efecto placebo, la influencia del entorno sociocultural y simbólico en los flujos de endorfinas y dopaminas en el cuerpo humano (Bartra, 2019: 28, 29).

De manera que, en un medio altamente tecnificado que se pretende puramente científico, el sistema experto deja paso al mundo de las creencias que sus agentes podrían considerar "irracionales".

Dentro del sistema experto, cada grupo profesional se relaciona de manera diferente con los pacientes. Cada grupo tiene sus roles y responsabilidades específicas. Por ese motivo, voy a centrarme en tres grupos de profesionales, que

son los que considero que más intervienen e interactúan con los pacientes dentro del espacio quirúrgico. Voy a examinar las relaciones que sostiene cada uno de estos grupos con los enfermos a la luz de la escena anterior y de las entrevistas. Los tres grupos son: los cirujanos, los anestesiólogos y las enfermeras.

Los cirujanos

Cuando aparece un caso como el de María en el departamento de urgencias del hospital, el médico residente que atiende al paciente avisa al médico jefe del departamento. Este examina el caso y, si cree que es necesaria una intervención quirúrgica, llama al cirujano jefe de la especialidad relacionada con el problema en particular. Éste asigna a un cirujano para hacerse cargo de la intervención en función del parte quirúrgico programado para ese día. Este cirujano será ayudado por un residente. Una vez en el bloque quirúrgico, generalmente el cirujano pasa por la sala de preanestesia para saludar al paciente antes de operarlo, dependiendo, eso sí, del tiempo disponible. Lo que sí resulta imprescindible para este médico antes de la cirugía es el acceso a la historia clínica, el curso clínico y las pruebas diagnósticas. El presentarse y hablar con el paciente queda en un segundo lugar.

Un paciente entrevistado me dijo:

El médico debe ser un buen profesional y generar confianza, porque el paciente está poniendo su cuerpo, su vida en las manos de este... El médico debe generar confianza hacia el paciente y no al revés. El paciente es un caso y el médico tiene que confiar en resolver bien ese caso. Tiene que hacer bien su labor, tiene que saber curar al enfermo y, si lo tiene que operar, tiene que saber hacerlo correctamente.

Pedro, el cirujano de la escena anterior, dijo posteriormente en la entrevista:

Todo fue bien, pudimos ver la causa del sangrado, suturamos la arteriola, revisamos bien que no hubiera ningún otro punto sangrante, drenamos el hematoma, y ya la siguiente analítica salió bien. La intervención duró poco y no hubo ningún problema.

La mayoría de los pacientes han expresado en las entrevistas que lo que esperan de los cirujanos es que les operen correctamente y resuelvan su problema de salud. Si, además, reciben un trato cercano y amable por parte de ellos, mucho mejor.

Parece que la figura del cirujano tiene consolidada una relevancia destacada porque, aunque el acto quirúrgico es un trabajo en equipo, su papel resulta imprescindible y se ha elaborado todo un reconocimiento social en torno a ello. Podemos afirmar que es considerado el actor principal, el protagonista, y para que su trabajo se pueda llevar a cabo se hace necesaria la colaboración de una serie de actores secundarios, aunque su labor sea también muy importante. En el parte de quirófano y en la hoja quirúrgica, además del nombre del paciente, aparece únicamente el nombre del cirujano. No aparece el nombre del anestesiólogo, ni el de ningún otro profesional. Sin embargo, no existe apenas relación entre ese reconocimiento social adquirido y la interacción con el paciente, especialmente respecto al trato más o menos personalizado. Una enfermera del departamento comentó:

El trabajo de los cirujanos es muy mecánico, solo se centran en la técnica, depende de cómo es cada uno, claro, de las experiencias que haya tenido... será más o menos humano... Yo ofrecería a los cirujanos la posibilidad de que tuvieran en cuenta cómo se siente una persona en una mesa de operaciones. Eso podría ayudarles a entender y ser un poco más humanos en el trato con los pacientes. Cuando los pacientes están en la sala de Reanimación están muy nerviosos, no por dolor, sino a nivel emocional, por cómo habrá ido la operación. Creo que una mínima explicación por parte de ellos sería necesaria.

Si tuviéramos que valorar el grado de instrumentalización de las actuaciones del personal en el bloque quirúrgico, probablemente las de los cirujanos se encontrarían en el primer lugar. Su visión del paciente es, en general, puramente oligóptica. La labor del cirujano es reparar un órgano y unos tejidos en un cuerpo anestesiado, y para hacerlo correctamente debe “mantener la cabeza fría”, debe apartar las emociones y trabajar de manera "racional". Eso sería

compatible con un cierto diálogo con el paciente antes y después de la cirugía, pero en ello influyen una serie de factores como iremos viendo seguidamente.



Ilustración 12.
*Cirujanos
vasculares
realizando una
Fístula
Arteriovenosa a
un paciente con
insuficiencia
renal crónica.*

Creo que todos los profesionales en este ámbito tenemos que mejorar mucho en estos aspectos —me comentó Pedro, el cirujano que operó a María—. Tendríamos que tratar como nos gustaría que nos trataran a nosotros... Yo tenía un compañero de residencia que me decía: ‘La simpatía no se la tengo que dar a nadie, es un plus que lo puedo dar, pero no estoy obligado’, y es cierto, tú puedes ser un técnico y no hace falta que seas simpático, pero, bueno, creo que tratas con personas y si te implicas ética y moralmente y te pones en la piel del paciente... El paciente está poniendo su vida en tus manos... ponte en su lugar, ¿a quién dejas tu vida en sus manos?... Imagínate la confianza que esa persona te tiene que dar.

La posición del cirujano como núcleo del sistema hospitalario y como imagen de su eficiencia es proverbial. Al fin y al cabo, se le atribuye el último control sobre el mantenimiento de la vida del individuo como emblema del triunfo sobre la enfermedad, y por tanto como emblema del concepto de "salud".

Pero esa posición es a menudo objeto de crítica, también en el entorno del personal sanitario.

Yo diferenciaría el trato entre todo el personal y los cirujanos —me comentó una enfermera—. Los cirujanos pertenecen, o les dejan pertenecer, a otra élite profesional y tienen graves problemas con esto, porque piensan que son un tipo de raza superior al resto. Quizá eso de irte a dormir cada día pensando que quitas tumores y que salvas vidas de personas, es algo que debes saber gestionar, porque si no es así, te vuelves tarumba.

Y Luis, un anesthesiólogo:

¿Quién es el que trae los enfermos? El cirujano; pues entonces ya la hemos liado... Hablo de organización en general, de sistema y no de esta institución en particular. Hablo de todas en general. Ha de haber un cambio en la organización en sí. Si tú ya tienes un individuo que lo colocas como a un divo, ya sea el cirujano, o quien sea... si lo tienes colocado como la persona imprescindible para que funcione todo, entonces la has cagado... porque una cosa es que reconozcas sus méritos y la labor que hace, y otra es que eso tenga que repercutir cuando estás trabajando: actitudes machistas... ya tenemos aquí al que quiere hacerse el gracioso o la graciosa, porque con cirujanas también pasa.

Estos rasgos incorporados a su posición —en el núcleo técnico e instrumental del sistema y en lo más alto del reconocimiento del estereotipo de "salud" hospitalaria— no escapan al reconocimiento autocrítico por parte de los propios cirujanos que, como ya nos apuntaba Pedro, consideran necesario imaginar de forma recíproca la posición de los pacientes para aproximarse, ellos mismos, a la zona "del trato", tan alejada de su práctica cotidiana. En palabras de Pablo:

Los cirujanos, para estar al día, requerimos mucho tiempo, tiempo, a veces, fuera de nuestro horario. Tenemos que irnos fuera para aprender una nueva técnica y aplicarla. Ahí se pretenden dos cosas: una es que el paciente realmente mejore y la otra es el ego del cirujano. Las cirugías avanzan porque ha habido egos de cirujanos que han intentado hacer cosas

atrevidas... El ego, la inventiva de los cirujanos, les hace avanzar, pero les quita mucho tiempo. Eso hace que estemos más lejos del paciente. Nos alejamos del paciente. Porque cuando tú haces algo que te gusta y el hospital donde tú estás ha incorporado esa técnica debido a que tú la has implementado, hace que te alejes del paciente. Yo creo que eso se tiene que mejorar, ¿Cómo se puede mejorar? Cuando el cirujano está en el otro lado de la mesa, le ha pasado algo, ahora es él el paciente y entonces se da cuenta. La película *El médico* creo que lo relata muy claramente, pero nunca lo ves de verdad hasta que lo vives en primera persona.

Así, la falta de tiempo y una actitud pragmática orientada en particular a conseguir progresos terapéuticos se suman a los rasgos ya mencionados de su posición.

Esos progresos terapéuticos son, hoy, indisociables de una formación hipertecnológica, que hace también del cirujano emblema de la transformación fundamental del arte de la medicina en el paso de la clínica a la orientación específicamente biomédica. Ese arte, que hace décadas implicaba una anamnesis de proximidad, en la que se observaba al paciente, se le tocaba, se le auscultaba, y se desarrollaba un ojo clínico considerado "holístico", es hoy una medicina mucho más fragmentadora y en definitiva oligóptica, caracterizada en su fundamento *estrictamente técnico* por el alejamiento del enfermo y su despersonalización (Patiño, 2016). Que el *método* clínico está dejando o haya dejado paso definitivamente a las nuevas técnicas de diagnóstico, protocolización y automatización de las prácticas, e intervención oligóptica sobre la enfermedad, implica que el estándar moral de la eficiencia del sistema se está desplazando o se ha desplazado ya definitivamente hacia una moral que se reconoce más y más en la *metodología* de la técnica instrumental aplicada sobre el órgano, el tejido, la célula... En el núcleo de esa transición se encuentra la posición del cirujano apenas ya conectada, a veces aún a su pesar, con un cuerpo más completo dotado de persona.

Por otra parte, el trabajo en cadena aplicado a la medicina aporta un mayor rendimiento y una reducción de recursos dirigidos a la gestión y la planificación. La institución hospitalaria utiliza este modo de trabajo para optimizar la relación entre costes y beneficios, y obtener los mejores resultados con arreglo a sus fines.

Pero esto contribuye a una creciente especialización de las actividades de la institución y a una consecuente fragmentación del objeto sobre el que se aplican. Así podemos añadir un elemento más a nuestra lista de condicionantes: la división del trabajo propia de las organizaciones burocráticas a fin de optimizar resultados.

De los cirujanos, a veces, oyes comentarios de gente que dice que no les han informado bien —Me comentó Juan, un anestesiólogo— Generalmente, no es verdad. El cirujano sí ha informado, pero a lo mejor lo ha hecho en dos minutos, porque tiene muchos que visitar y, además, la gente está muy preocupada.

En la escena descrita, ningún cirujano habló con María dentro del bloque quirúrgico. No obstante, en las entrevistas y en las encuestas de opinión que realizan los enfermos al final de la estancia hospitalaria, no parece importarles demasiado. Realmente lo que ellos esperan de su paso por el departamento quirúrgico es que se solucione su problema de salud. Es cierto, que un trato cálido y personalizado es mucho más agradable, pero de nada serviría, si no fuera acompañado de una eficiencia terapéutica que ayudara al restablecimiento de la "salud", tal como es entendida tanto por la institución hospitalaria como por sus usuarios de forma generalizada. Como en estas palabras de un paciente: "Bueno, todo el mundo iba con máscaras y con guantes y parecía que se lo tomaban muy en serio. No tuve ninguna mala sensación. Parecía todo muy seguro... No pensaba que hubiera algo que pudiera fallar". Esa seguridad, o al menos esa *sensación* de seguridad, es lo que buscan fundamentalmente los usuarios según las entrevistas realizadas: una experiencia subjetiva de que todo está bajo control técnico que, aunque no suple al buen trato o a la comunicación atenta, sí se percibe como un elemento consonante con la eficiencia instrumental sobre la que gravita el sentido básico de la estancia en la institución.

Al entrar al hospital —comentó otro paciente— te da la impresión de que todo está controlado, creo que también la propia institución quiere darte esa impresión, de que todo está bien pautado, de que si tienen que verte cada ocho horas te van a venir a ver. Hay una serie de pautas que se repiten regularmente y que te dan la sensación de que estás bajo control. Otra cosa es que eso sea cierto o no. Pero tienes la sensación de que estás controlado,

de que te puedes liberar de preocuparte de lo que sea. Además, el tener un timbre a mano cuando estás en la habitación y poder llamar cuando lo necesitas, sea de día o de noche, te da seguridad. Cuando he estado hospitalizado nunca he tenido la sensación de que la cosa estaba descontrolada, de que no sabían qué hacer con mi caso. Nunca se equivocaron conmigo. No me dieron una pastilla equivocada. Cuando me operaron no se dejaron un bisturí dentro de mi cuerpo.

La aflicción que demandaría trato queda así en segundo plano. Pero de todos modos está ahí, por lo que el movimiento de ida y vuelta de un orden moral hacia el otro se produce de manera constante, tanto en los profesionales como en los pacientes. Estos últimos desean un trato amable y cercano, pero, ante todo, esperan eficacia y resolución en las acciones de los profesionales. Igualmente, los agentes de la institución mantienen su visión oligóptica, pero a menudo operan reflexivamente sobre el hecho de que se está tratando con personas que tienen emociones y sentimientos.

Me duele cuando ves situaciones de trato personal con los pacientes en las que hay una falta de humanidad, y molesta, molesta muchísimo —Me explicó Pedro, el cirujano que operó a María—. Por ejemplo, cuando voy por plantas y le pregunto a una enfermera por un paciente y me contesta: ‘no es mío, ese no es mío’. A lo mejor estás pidiendo algo importante, ¿qué coño quiere decir ‘no es mío’? Eso me molesta. Y me molesta mucho también cuando, por ejemplo, a un residente le dices cualquier cosa y te dice: ‘no me lo pagan’, eso me cabrea enormemente.

Los agentes de la institución se desplazan constantemente entre las dos posiciones. En ocasiones instrumentalizan su trabajo, separando las emociones. Sistematizan las tareas a fin de llevarlas a cabo en el tiempo establecido. Anteponen el bien general al individual. Si al profesional se le ha asignado un número determinado de pacientes, intentará atenderlos a todos de manera general, priorizando sus necesidades biofisiológicas más que atender de manera individual necesidades psicoemocionales; y —en el caso de las posiciones organizativas— repartirá con arreglo a lo que considera "racional" los pacientes entre los trabajadores. Cada trabajador concentrará al máximo su tiempo y atención en los pacientes asignados. Por otra parte, no debemos olvidar que el

personal sanitario es personal asalariado. Su trabajo es remunerado, no solamente es vocacional. Por lo que esas personas se sienten justificadas si rechazan realizar tareas que no están estipuladas en su contrato laboral.

Un aspecto a considerar es que la atribución de un déficit en el trato puede ser un rasgo generalizado en el conjunto de cualquier orden instrumental burocráticamente organizado, y, por tanto, no opera únicamente en la relación entre los agentes institucionales y los usuarios. Puesto que esa línea divisoria parece fundamental en una institución considerada "de servicio", es lógico que destaque sobre otras líneas menos visibles. Pero la reducción de lo que suele concebirse como "trato humano" es mucho más generalizada, y seguramente — como intuimos en nuestras constantes relaciones con burocracias (Velasco *et al.*, 2006)— no es atribuible automáticamente a las propiedades específicas de la atención *médica*. La mayoría de los residentes me comentaron que, al llegar al quirófano, lo primero que observaron no fue precisamente la técnica quirúrgica, sino las relaciones entre los diferentes profesionales que les rodeaban. Observaron las relaciones de jerarquía, qué es lo que se esperaba de ellos como residentes, cómo deberían comportarse. Sara, una residente, me dijo que le sorprendió que, al principio, los residentes no pueden tutear a los médicos adjuntos, pero que transcurrido un tiempo “si les caes en gracia te dejan tutearlos”. También me comentó que les ordenan las cosas, en lugar de pedírselas, que “falta humanidad. No te tutorizan por falta de tiempo y no nos queda más remedio que ser autodidactas”. En algunos hospitales los residentes deben llevar un registro escrito de sus observaciones, lo que llaman “el libro del residente”, y deben entregarlo al final de cada curso. Pero en la práctica —confesó Sara— no lo pueden hacer por falta de tiempo. Los residentes terminan su jornada a las nueve de la noche, y entonces tienen que estudiar y preparar artículos para publicar, ya demasiado cansados para llevar algún tipo de registro de sus prácticas. En el quirófano, algunas de las medidas de seguridad personal solo las utilizan los adjuntos. Los residentes no lo hacen por falta de recursos económicos. En la universidad les hablaron de una relación de igualdad entre maestros y estudiantes, pero en la práctica hay una relación jerárquica, en la que los maestros imponen y ordenan y en la que, en palabras de Sara, falta “empatía”.

Durante los tres primeros años de residencia se les considera "R pequeños" —"Residentes pequeños"—, los dos últimos "R grandes". Después pasan a ser adjuntos. Los "R pequeños" son los que llevan la mayor carga de trabajo. Hacen todas las guardias de manera presencial. Si tienen dudas preguntan a los "R grandes". Se les considera inexpertos y suelen ser el blanco de quejas y reproches. Cuando pasan a ser "R grandes" disminuye la carga de trabajo y entonces se dice que tratan a los pequeños de la misma manera que los trataron a ellos, y cuando por fin son adjuntos, suelen repetir el modelo que aprendieron al empezar; "yo no voy a volver a pasar lo que pasé, que lo pase ahora el de abajo" —me comentó una "R grande"—.

Esa modalidad de vinculaciones resuena en cualquier forma burocrática, y en ella se encastran tanto el orden de la "atención al usuario" de los sistemas de servicios, incluido el hospitalario, como el orden de las relaciones entre los trabajadores de la institución. Por eso, en la comprensión antropológica de la construcción de subjetividades e intersubjetividades, las dimensiones específicas de un modelo ciertamente biomédico no deben separarse de las dimensiones más generales del régimen burocrático a través del que finalmente se organizan las vinculaciones sociales en las que se encarna la biomedicina. Esas vinculaciones se generan en una carrera en la que el "trato personal" se sitúa sistemáticamente en una posición secundaria. De ahí los relatos sobre lo duro y complicado del período de aprendizaje, como este de Pedro:

Porque después de terminar seis años de carrera, en la que se requiere una dedicación prácticamente exclusiva y pasar un examen (MIR), en donde no siempre se puede escoger especialidad, entonces empiezas las prácticas en el hospital y vuelves a ser el último de la fila y te tratan a patadas... tus compañeros que han estudiado otras carreras ya están siendo bien considerados dentro de su profesión y entonces te preguntas, pero ¿dónde estoy? ¿Dónde me he metido?

En el bloque quirúrgico existe otro grupo de médicos que, aunque menos protagonistas, resultan imprescindibles para el desarrollo de las cirugías. Son los anestesiólogos. Su nombre no aparece en el parte de quirófano, pero sin ellos no se podría operar. Me detendré ahora en examinar algunas cuestiones relacionadas con estos especialistas.

Los anestesiólogos

En la escena con la que inicié este capítulo, el cirujano operó a la paciente sin haberla visto con anterioridad. Lo que sí había revisado concienzudamente fue su historia clínica y sus pruebas diagnósticas. En cambio, la anestesióloga sí fue a ver a la paciente, y no precisamente para ofrecerle un trato más personalizado, sino para comprobar sus características anatómicas y poder prever el tipo de intubación y las posibles dificultades. También para valorar si estaba o no en ayunas, posibles prótesis dentales extraíbles, grado de ansiedad, etcétera. No obstante, aunque no es el objetivo principal, durante la visita el anestesiólogo generalmente intenta infundir confianza y tranquilidad al paciente. En este caso, también fue así, pero una vez María estaba ya en el quirófano, la anestesióloga pidió rápidamente que se le administrara una dosis alta de ansiolítico, para relajarla y, tal como dijo Noa, porque “me estaba poniendo nerviosa también a mí”. A diferencia de los cirujanos, los anestesiólogos tienen más trato con el paciente despierto, aunque sea por un periodo corto de tiempo. Las últimas palabras que oye el enfermo antes de dormirse son las del anestesiólogo, que suele decirle: “ahora piense en algo agradable, en lo que más le guste y cuando se despierte, ya estará operado”.

Después de la cirugía también son las palabras del anestesiólogo las primeras que oye el paciente. Además, en algunos tipos de cirugía, no se aplica una anestesia general, sino una intradural o epidural. Se pincha la espalda y se administra la anestesia en la médula espinal, dejando anestesiada sólo la parte del cuerpo que se va a operar. El paciente permanece consciente durante toda la cirugía y sigue manteniendo cierto contacto con el anestesiólogo. Se da una especie de *feedback*, un intercambio de emociones entre médico y paciente.

Noa expresó una cierta vulnerabilidad ante el estado de agitación de María. Se trataba de un caso grave, atípico y no programado. Por ello aplicó una solución farmacológica. Es la más rápida y eficaz en estos casos. Por lo menos, así lo indican los datos y la experiencia en la medicina. Recuerdo el caso de una paciente con neumonía bilateral. Dos anestesiólogos intentaban conectarla a una ventilación mecánica no invasiva para que mejorara su respiración. Ellos estaban seguros de que el grado de oxigenación de la paciente mejoraría muchísimo con este procedimiento. Se trataba de adaptarle a su cara una mascarilla facial

conectada a un respirador. La paciente ofrecía resistencia con sus manos por el grado de incomodidad. De manera que uno de ellos le dijo al otro: “¿Y por qué no la sedamos?”. Enseguida solicitaron a una enfermera que preparara una bomba de infusión continua con un potente analgésico. Cuando comenzó la infusión, la paciente se relajó. Le colocaron la ventilación mecánica y el grado de oxigenación mejoró notablemente. Al día siguiente se le pudo dar el alta de la UCI a la unidad hospitalaria.

La contención farmacológica es un recurso comúnmente utilizado por los anestesiólogos que les ofrece buenos resultados. En el caso de María, no solo para relajar a la paciente, sino también a la anestesióloga y permitir así que ésta desempeñara sus tareas eficazmente. Noa estaba haciendo, de manera involuntaria, una incursión en el terreno aflictivo, que le impedía desarrollar su trabajo adecuadamente. Por ello utilizó el recurso farmacológico. No obstante, durante el proceso de la intubación, siguió manifestando un cierto nerviosismo, a pesar de que ella era una persona experta. Pero en este caso le resultaba un tanto difícil separar las emociones.

Las incursiones en el terreno aflictivo son comunes en los anestesiólogos, tanto las involuntarias, en el anterior ejemplo, como las voluntarias. Cuando están de guardia suelen preguntar a los pacientes por el grado de dolor postquirúrgico. De hecho, existe una escala de valoración analgésica, para facilitar la medición del dolor y así administrar los calmantes necesarios. No obstante, los anestesiólogos siempre pautan analgesia fija después de cada cirugía y, adicionalmente, analgesia extraordinaria, en caso de dolor persistente.

El control del dolor forma parte de las competencias propias de la anestesiología. En este hospital existe la Clínica del Dolor Crónico y son los anestesiólogos quienes están al frente y atienden a los pacientes, ya que ésta es la rama de la medicina especializada en ello.

Mientras María estaba ingresada en la sala de reanimación después de la cirugía, el anestesiólogo que estaba de guardia era Luis. Éste hizo pasar a los familiares para que vieran a María y les informó de su estado hemodinámico y la previsión que había para ella durante las próximas horas. Aunque no se menciona en esta escena, los cirujanos también informan a los familiares después de una cirugía. Pero normalmente, no lo hacen dentro del recinto del bloque quirúrgico.

Lo hacen en una sala externa reservada exclusivamente para ello. Ambos profesionales —cirujanos y anestesiólogos— penetran temporalmente en ese terreno aflictivo para comunicar los detalles del proceso y las expectativas posibles.

A veces, durante las guardias se produce también una cierta implicación emocional por parte de los anestesiólogos. Noa me comentó:

A veces, estás más implicado porque conoces al paciente, a veces te cae bien, aunque no lo hayas visto previamente. Otras veces, alguno se te atraviesa. Cuando estás de guardia en la reanimación te los sueles llevar a casa. Has estado veinticuatro horas o doce horas y has hablado con las familias, has conocido más circunstancias, te implicas mucho y te los llevas a casa, al menos yo.

En ocasiones, algunos anestesiólogos se implican con algunos pacientes y se interesan en conocer su evolución.

En algún caso que a mí me interesa... —continuó Noa— intento ver cómo ha acabado y lo voy a ver a plantas. Lo voy siguiendo.

Pero, quizá como muestra de la rivalidad entre cirujanos y anestesiólogos de la que hablábamos en el capítulo anterior, un cirujano me comentó:

El paciente nunca es tuyo. Es del servicio central que lo lleva, ya sea nefrología, urología, cirugía general, etc. El anestésista lo que hace es anestesiarse al paciente. Tenerlo unas horas. Se implica realmente poco.

Sea como sea, esa implicación, en el caso de los anestesiólogos, es necesariamente temporal —"Como si actuáramos en un corte de la vida del paciente", en palabras de Juan— y se concibe de alguna manera como complemento de la tarea del cirujano, porque —continuó— "Para el cirujano, el enfermo siempre será suyo y eso a ti como anestesiólogo te libera". Y, como cualquier otra forma de implicación con los usuarios de la institución, la del anestesiólogo se ve también mediada y limitada por los condicionantes de la división del trabajo. Como me explicó Clara:

La pega es que uno lo visita en consultas, otro se lo encuentra en el quirófano, otro lo recibe en la guardia, otro, si hay complicaciones, lo verá

en la planta, o si baja en fin de semana... claro, pasa por muchas manos, tanto en el caso nuestro como en el de los cirujanos.

La brecha entre cirujanos y anestesiólogos está afectada por la percepción de una jerarquía de valor, en la que vengo insistiendo, que revela la estructuración de la red institucional en su conjunto, y que sitúa a la figura cirujano y a su actividad en el núcleo dominante de las prácticas: la necesaria cooperación instrumental entre las partes siempre puede verse limitada por el "divismo" del cirujano —un aspecto comportamental de la intersubjetividad que escapa al entorno de las competencias técnicas y la protocolización—. Así lo indicó Luis, anestesista:

Anestelistas y cirujanos, cada uno tiene un papel y tan importante es el papel de uno como el del otro. El cirujano no puede operar si no tiene el paciente anestesiado y controlado. Y el anestesiólogo, evidentemente, no puede trabajar si no hay un cirujano por medio. Esto, o funciona como un equipo y cada uno sabe cuáles son sus límites y hasta dónde ha de ceder parte de su responsabilidad, o la cosa no funciona y vas a grito pelado... En un ambiente en el que existe un divo que es el cirujano, es muy difícil trabajar. Un divo que tira las cosas por los aires... que está endiosado y que si no salen las cosas como él quiere, la culpa siempre es de los demás. Luego está el anestesista también pasota... no puede haber ni uno ni otro. Lo que pasa es que la idiosincrasia de unos y de otros no es convergente. El objetivo tanto de unos como de otros, tendría que ser el mismo: que al paciente que entra se le solucione el problema con las menores complicaciones quirúrgicas y anestésicas posibles. Por lo tanto, si están trabajando para un mismo objetivo, tendrían que estar coordinados. Están coordinados lo justo y necesario. Donde hay buenas relaciones, las cosas funcionan bien, y donde no, pues las cosas funcionan a salto de mata.



Ilustración 13.
A la izquierda observamos a unos cirujanos en una cirugía robótica y a la derecha una anestesióloga ocupada de las funciones hemodinámicas del enfermo.

Según la declaración de los pacientes a través de las entrevistas y según las encuestas de opinión al alta que realiza el hospital, los anestesiólogos tienen un trato más próximo al paciente que los cirujanos. Pasan más tiempo con el paciente mientras está despierto y tratan no solo su estado hemodinámico, sino también emociones como la ansiedad y el dolor, con un grado variable de intervención farmacológica que, en todo caso, siempre se presenta al menos como posibilidad. Pero, aunque sus incursiones sobre el terreno aflictivo son mayores que las de los cirujanos, la labor de los anestesiólogos está también ampliamente instrumentalizada al servicio de un objetivo clave: desubjetivar a los pacientes temporalmente para facilitar al máximo la función quirúrgica. Son, en definitiva, quienes hacen viable la extrema oligopsis del conjunto de las prácticas nucleares del entorno quirúrgico. Y eso se traslada inevitablemente, de forma más o menos reflexiva, a las dimensiones del trato personal, como me hizo ver una enfermera instrumentista.

El trato de los anestésistas con el paciente pienso que es excelente... Y como punto débil a mejorar destacaría que se habla delante del paciente olvidándose de que está ahí, a veces gritando o haciendo ciertos comentarios inadecuados, sobre todo dentro de quirófano.

Parece así que la mera posición de los agentes *en quirófano*, territorializa ya un espacio de desubjetivación, convencionalmente aceptable. Como he indicado, a veces se realizan anestésias locorregionales, ya sean epidurales o intradurales y los pacientes están despiertos, de manera que pueden oír los comentarios del personal que está a su alrededor. Los anestesiólogos y todos los profesionales que intervienen parecen considerar que, una vez activada la función quirúrgica, ese cuerpo de un paciente con plenas capacidades comunicativas responde *también* al modelo dominante de una reducción a agencia bioquímica.

Pero en general —y esto es fundamental para reconocer la convencionalización de ese modelo dominante— los pacientes entrevistados no parecen mostrar gran incomodidad por ello, porque realmente lo que les preocupa en su paso por el bloque quirúrgico es que el personal realice su trabajo correctamente, no centralmente sobre su *persona* social, sino sobre sus *órganos*. Algunos, hasta llegan a participar en la conversación. Se preocupan si les parece que los profesionales se distraen o disminuye su atención frente al trabajo que están realizando. Pero, de no ser así, los pacientes relativizan bastante ese tipo de comportamiento.

Al movernos desde la posición del cirujano, que se sitúa en el núcleo tecnoinstrumental de la institución, hacia el anestesiólogo, y, como veremos a continuación, la función de enfermería, va poniéndose de relieve una propiedad que es común a las instituciones burocráticas que encarnan sistemas expertos, una especie de regla no escrita que dibuja lo que en ellas es más y menos importante, lo que es jerárquicamente superior y lo que es inferior, lo que, en definitiva, es central y esencial, y lo que es periférico y complementario. Esa regla no escrita consiste en la relación inversa entre el estatus de la función y su orientación hacia "el trato personal", la "humanización" o la "personalización" del vínculo con los usuarios. Tanto más la función se orienta al rendimiento estrictamente técnico de lo que es considerado *el sentido de la acción* de la institución —dejando de lado todo lo sobrante— tanto más estatus alcanza la posición en cuestión en el juego de relaciones jerárquicas; tanto más la función se orienta hacia el manejo de la proximidad interpersonal con los usuarios, tanto menor es su valoración en el conjunto de la institución. Una regla de valoración que, como estamos viendo, no hay que atribuir solamente a los profesionales

institucionales, sino también en gran medida a los usuarios (cf. Velasco *et al.*, 2006).

Es lógico que esta regla no escrita alerte al antropólogo, y a cualquier otra persona empeñada en la crítica de la modernidad como escenario unidimensional de vida (Marcuse 1985). Parece que "lo humano" ha quedado fuera del cuadro. Pero "lo humano" se encuentra inevitablemente presente, porque ninguno de los rasgos institucionales, posicionales, y prácticos que vengo mostrando, han emergido de la nada.

Las enfermeras

El rol principal de la enfermera es el cuidar. Dicen que los médicos curan y las enfermeras cuidan. Según Adelaida Zabalegui, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Internacional de Cataluña,

Lo que es específico de la profesión [es] su enfoque en la persona, su comportamiento y el significado de sus experiencias, considerados de manera holística. Por lo tanto, las transacciones biopsicoculturales y espirituales del ser humano son centrales a la disciplina de la enfermería” (Zabalegui, 2009: 16).

En general, tanto pacientes como profesionales entrevistados concuerdan en que las enfermeras son el colectivo que mantiene un trato más cercano con el paciente. El jefe de anestesia de este hospital me comentó:

Por encuestas realizadas y por sensación personal... es el colectivo mejor considerado por el paciente... También se juega con una ventaja y es que están todo el día en contacto con ellos.

No obstante, no hay que olvidar que ellas pertenecen también a la institución en la que se encarna el sistema experto, con una visión igualmente oligóptica, burocráticamente racionalizada e instrumentalizada. En la escena descrita en este capítulo se puede observar que buena parte de su trabajo consiste en el soporte de la acción instrumental. Colaboran estrechamente con el cirujano y con el anestesiólogo, formando parte de un equipo multidisciplinar encargado de la restauración quirúrgica de un órgano o conjunto de órganos y del mantenimiento de un cuerpo bioquímicamente activo. Esa tarea cooperativa es

lo que da sentido a un *rol institucional*, que se entiende como una atribución colectiva y no situada de forma específica en la persona, como se sugiere en el siguiente detalle de una entrevista con un paciente:

Cuando hablaban conmigo utilizaban el *nosotros*, en lugar del *yo*. Decían: ‘vamos a hacer’, dando un aire un tanto impersonal.

Debido a su rol de cuidadoras, asumen en muchas ocasiones la función de mediación entre el paciente y el médico. Es lo que vimos cuando Laura, la enfermera de reanimación, solicitaba al anesthesiólogo que viniera la madre de María, aunque no fuera la hora de visitas.

Las enfermeras son las que pasan más tiempo con el paciente. Es cierto que, cuando se encuentra presente, el médico es intermitentemente responsable del paciente en cuanto al cuidado próximo. Pero es la enfermera la que está constantemente atenta a la llamada del timbre —lo más parecido, cuando es obligada una distribución de atenciones a diversos pacientes, a lo que indicaría la expresión "A pie de cama"—; y la que, de forma protocolizada, le observa, registra sus constantes vitales, le administra la medicación prescrita, le realiza analíticas de control, y pone en práctica cualquier otra medida necesaria para un correcto control postoperatorio.

La dotación habitual en mi entorno de trabajo es dos pacientes por enfermera. Después de la cirugía, cuando se trata de cirugía mayor de más de tres horas de duración, el paciente se queda en la sala de reanimación alrededor de veinticuatro horas. Durante este tiempo, la enfermera tiene muchas oportunidades para interactuar con el paciente, responder a sus dudas e inquietudes, y suministrarle medidas de confort y bienestar. Cada mañana realiza la higiene de los enfermos, observa la integridad de su piel, el estado de las heridas quirúrgicas; controla los catéteres, sondas y drenajes, y comprueba que todo funcione correctamente. Después hidrata la piel del paciente. Cambia las sábanas. Comprueba que todos los apósitos estén limpios y, mientras tanto, aprovecha para hablar con el enfermo, saber si tiene dolor, si está inquieto o preocupado. Intenta mostrar empatía y ofrecer bienestar, tanto en el área física como en el área emocional. También se encarga de avisar a las familias para que pasen brevemente a verle, con la oportunidad —más restringida— de interactuar con ellas.

Pero la posibilidad de contar con esos tiempos, al fin y al cabo pautados por el horario institucional establecido para la realización de sus funciones técnicas, no debería conducir a pensar automáticamente que, de ellos, se deriva un trabajo de cuidado fundamentado en la creación de *confianza densa* (Velasco *et al.*, 2006:315ss.), como podría sugerirse en las idealizaciones abstractas de su cometido; y que, de un modo algo confuso, se expresan en la categoría de *cuidado*, común, por ejemplo, a las atenciones parentales en los entornos domésticos. En las entrevistas, algunos de los profesionales opinan que el trato más o menos cercano con el paciente depende más de la personalidad del individuo que de la categoría profesional. Por ejemplo, en estas palabras de Pedro, el cirujano que operó a María:

A veces, se tiende a pensar que la enfermera, como está más cerca del paciente, tiene más trato con él. Pero el que se hable más con el paciente, no significa que se tenga más trato. El hablar puede ser completamente superficial.

O en estas palabras de la enfermera Paula, que en todo caso plantean el horizonte de creación de vínculos más densos con el paciente, no en el plano de una relación inmediata, sino a través de la mediación de una formación adquirida como parte del propio sistema experto; o a través de un figurado *role taking* o experiencia de reversibilidad que en definitiva revertiría de nuevo en el carácter o la personalidad individual:

Hay enfermeras que piensan; ‘me da igual que esa señora tenga cuatro hijos, yo voy a ponerle la vía y la medicación y la duermo... y no quiero saber nada más de ella’. Todo depende de la persona. Pero no creo que haya cursos de sensibilización suficientes. Creo que todos deberían pasar por el otro lado.

Puede haber cirujanos muy amables y empáticos, y enfermeras distantes y malhumoradas. De hecho, el síndrome de *burnout* —generado precisamente en las tensiones prácticas que se producen en condiciones limitadas para la creación de vínculos densos idealizados o vocacionales— es más frecuente en personas que se dedican al cuidado de enfermos y personas dependientes,

Siendo la enfermería una de las profesiones que más lo padece, conllevando agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, a la vez que se perfila como uno de los motivos importantes de abandono de la profesión. La Organización Mundial de la Salud está advirtiéndolo del problema de escasez de profesionales de enfermería a causa de este síndrome *burnout* (Torres, 2015: 39).

De todos modos, las características de la posición institucional de las enfermeras, en cuanto a proximidad y duración de la interacción con los pacientes, se encuentran ahí, a gran distancia de las características de la posición institucional de cirujanos y anestesiólogos.

Yo creo que el personal de enfermería es el que está más tiempo y el que está más cerca del paciente —comentó Pedro, el cirujano de María—. Porque el médico pasa visita, establece un diagnóstico, establece un tratamiento. Después lo opera. Pero la relación es sumamente fría, es muy profesional. La que realmente está cerca es la enfermera... los cirujanos y los anestesiólogos estamos fuera de esa esfera.

No es extraño por ello que el rol de enfermería, situado claramente en la institución que encarna al sistema experto, se encuentre siempre, no obstante, en una zona *intermedia, mediacional, a medio camino* entre las propiedades tecnoburocráticas y protocolizadas que definen a la institución formalizada, y su flexibilización o moderación en las zonas de experiencia compartidas con los pacientes. Y no es extraño que, en consecuencia, en los discursos de mis entrevistas, como estamos viendo, se presente una permanente oscilación entre las propiedades morales a través de las que se valora su ejercicio profesional. Entre el orden de la responsabilidad y el orden de la aflicción, ese ejercicio puede ser valorado como insuficiente, tanto como imprescindible, para las exigencias de cada uno de los dos órdenes. Y así, los cirujanos y los anestesiólogos son "fríos", pero las enfermeras también pueden serlo, incluso más —considerando su obligación de "cuidar"—; pero también, como en las siguientes palabras de la enfermera Luisa, imponderables estrictamente vocacionales como el *gusto* y la *felicidad personal* tienen un lugar fundamental en la inteligibilidad que estas profesionales confieren a su propia posición, y en las idealizaciones repersonalizadoras que, a través de ella, proyectan sobre la institución es su conjunto.

Lo que más me gusta es la oportunidad de poder hacer que una persona se sienta tranquila, acogida y confiada en mis manos. Soy feliz cuando noto que empatizo con el paciente, que le he tranquilizado y le he ayudado. Pienso que este es el valor que no debemos perder, tanto enfermería, como el personal sanitario en general.

El bloque quirúrgico —núcleo bien territorializado del sistema experto en el conjunto de los espacios por los que transita la enfermera— es un lugar donde se practican actividades bastante automatizadas, ya que se asume, como hemos visto, que la automatización del protocolo garantiza la reducción eficiente de los riesgos que corre un paciente en estado crítico. Es un espacio frío, tanto en sentido literal, como metafórico. Así, en contrapartida con el discurso anterior, tenemos este otro de Silvia, otra enfermera:

Yo creo que aquí hay un trato frío y técnico. Es un ambiente también frío y técnico. Pensamos en la nefrectomía, no vamos a ver a la persona, no nos paramos a mirar la historia que hay detrás: quién es esa persona, cómo le diagnosticaron el tumor. Lo hacemos inconscientemente: cuando trabajamos en una unidad así, te vuelves fría, quizá por la presión de trabajo, porque es un departamento muy dinámico. Yo antes trabajaba en planta o en urgencias y tenía más contacto humano con el paciente.

Considerando en conjunto las consideraciones que vengo haciendo, es evidente, por una parte, que, de los tres grupos profesionales, las enfermeras son quienes más incursiones realizan en el campo aflictivo. Y, como he indicado hace unas páginas, parece que esto es inversamente proporcional al reconocimiento social adquirido. Y también inversamente proporcional al acercamiento al núcleo duro del sistema. A medida que nos desplazamos hacia la periferia, aumentan las incursiones por parte de los profesionales en las zonas de la experiencia aflictiva de los pacientes. Pero, por otra parte, ese gradiente inverso indica las limitaciones que hay que tener en cuenta al considerar la noción de un *cuidado* en todo caso mediado por las finalidades tecnoinstrumentales y las propiedades organizativas de la burocracia institucional. Esa noción de *cuidado* —llevada hasta el extremo de creación de una confianza densa— alteraría de hecho de forma indeseada las exigencias del orden moral de la responsabilidad profesional, que en este entorno se encuentra estrechamente unido al cumplimiento estrictamente

tecnoinstrumental de los fines: unos fines morales que, en último término, comparten tanto los profesionales de la institución como sus usuarios. *Curar* y *cuidar* no son en este entorno dos tipos simétricos de práctica, porque el segundo se encuentra subordinado moralmente y funcionalmente al primero. La finalidad de la curación establece los límites del cuidado; y, paralelamente, la forma biomédica del sistema sociotécnico constituye, precisamente, el entorno antropológico fundamental, en el que se establecen los límites ante cualquier desbordamiento motivado por una incursión excesiva en el orden aflictivo.

Podríamos decir que es en esa forma biomédica como esta institución *humana* —aunque ejemplarmente poblada de híbridos y *cyborgs*— ha devenido históricamente lo que hoy es. El problema de cómo *humanizarla* o cómo *hacerla más humana* sigue presente, desde luego, pero hay que recordar que esas son categorías que traducen un déficit a considerar en la esfera de la fijación de principios morales; no son categorías de carácter analítico, es decir, generadas para la producción de conocimiento lógico-empírico en el entorno de una específica moral analítica (Díaz de Rada, 2021: 581ss.).

Analíticamente, la institución *es ya* una *institución humana*. Y precisamente ese es uno de los motivos fundamentales de su protocolización, automatización, oligopsis, y reducción del paciente a agencia bioquímica. Con estos dispositivos, el humano —capaz de cuidar, pero también de errar— ha considerado *mejor* retirar todo lo posible sus afecciones "tan humanas" en favor de la eficiencia tecnológica, con sus proliferantes hibridaciones. Una anesthesióloga nerviosa es, en este sistema, ante todo una anesthesióloga, obligada por responsabilidad a facilitar la cirugía con el menor coste de tiempo posible. Un cirujano mosqueado con un sangrado es ante todo un cirujano, y hará todo lo posible por atender a los indicadores biomédicos del sangrado y no tanto a su mosqueo. Una enfermera agradecida por las recompensas afectivas que le brinda el paciente —y que, en sus propias palabras, "no tienen precio"— es ante todo una enfermera, es decir una trabajadora que cobra un salario por su ejercicio fundamentalmente técnico, y que se verá tensionada entre el justo precio que considera adecuado a cambio de su función, y que le confiere la institución, y el inapreciable placer de la recompensa afectiva que se sitúa en otro espacio agencial: el del paciente. Y —lo que en este argumento es fundamental— un

paciente angustiado ante la próxima cistectomía acude a esta institución porque confía, fundamentalmente, en que mejorarán su estado biomédico al extirparle la vejiga urinaria. Su estado de angustia, por muy doloroso que sea de hecho, es realmente anecdótico si se compara con lo que él mismo considera ser su motivo central.

Es seguro que los agentes de la institución tienen un amplio margen para detenerse a reflexionar sobre las consecuencias aflictivas que esta jerarquización de principios morales trae a todos los agentes que habitan en ella, y para negociar posibilidades de flexibilización, compatibilización e incluso reversión de esa jerarquización en los diferentes espacios de una sanidad que no consiste solo en el núcleo construido en esta investigación, centrado en el bloque quirúrgico, donde tal jerarquización se presenta del modo más extremo. Pero el problema que se suscita en cuanto a la transformación de esos fines morales y sus relaciones jerárquicas solo puede abordarse comprendiendo del mejor modo posible cómo es que los seres humanos que trabajan en ella y que se sirven de ella la han hecho posible en su forma actual. Solo a partir de esa posición puede ser practicable, en su caso, una negociación adecuada entre los fines morales y en definitiva convencionalizados de carácter tecnoinstrumental que hoy dominan en ella, *y* otros posibles fines morales que pudieran convencionalizarse de forma gradual para limitar o reducir ese dominio (cf. Díaz de Rada, 1996). La tarea implicada en esa negociación no la puede determinar por su cuenta el político —mucho menos la antropóloga— sin contar decisivamente con esos agentes que hoy por hoy colocan como prioridad la caracterización biomédica de sus oficios y sus expectativas de "salud".

Conclusiones

En el primer capítulo planteé la anomalía observada como una inconmensurabilidad entre dos órdenes de sentido común en el espacio sanitario: el contraste entre una visión “humanística” y “repersonalizadora” propia del modelo antropológico, que parece pasar por alto la relevancia crucial de los componentes técnicos y tecnológicos en la configuración de la acción “humana” desarrollados en el departamento quirúrgico, *y* una visión desubjetivada de la agencia del enfermo reducida a agencia bioquímica, propia del modelo biomédico.

El modelo antropológico reclama del sistema médico una visión multidimensional de la enfermedad y del enfermo: no solamente del aspecto biológico de la dolencia, sino también social, cultural, psicológico y político-económico. Critica la objetualización del cuerpo y su desubjetivación.

A lo largo de la historia se han desarrollado unas condiciones socioculturales en las que se ha ido configurando el aspecto central de la actual práctica médica: la depuración oligóptica de la subjetividad y la desubjetivación de la agencia del enfermo. La publicación de la famosa obra de Vesalio *De Humani Corporis Fábrica* en el año 1543 contribuyó a separar el cuerpo del sujeto y proporcionó el nacimiento de la anatomía científica moderna. El auge de la disección de cadáveres como método de aprender anatomía, junto con la secularización del conocimiento, la institucionalización de las democracias modernas y el surgimiento de corrientes racionalistas, provocaron la gradual disolución de barreras morales en el proceso de autonomización de la noción de *cuerpo* de "lo humano", y favorecieron la brecha del hombre con su comunidad y con el cosmos conforme fue apareciendo el concepto de *cuerpo cosificado* que es común en la medicina contemporánea.

Toda la práctica biomédica actual es resultado de un proceso histórico, político y social que ha venido moldeando la forma en que se representa el orden "natural" autonomizado, incluido el cuerpo humano (Lock, 2018).

El racionalismo y posteriormente el positivismo favorecieron las pretensiones de eliminación de la subjetividad y el intento de suprimir cualquier intermediario entre el objeto y su representación. Esto tuvo su impacto también en la medicina, que adoptó una posición "objetiva" ante las expresiones de la enfermedad, dando prioridad a la vista frente al oído y el tacto, y a los signos frente a los síntomas. Las nuevas técnicas de diagnóstico por la imagen y la división de la medicina en cada vez más especialidades han provocado un mayor protagonismo de la parte frente al todo y del individuo frente a la relación; y, a su vez, han permitido mayor eficacia y eficiencia en la reparación de los órganos dañados.

En el quirófano, el cuerpo se convierte en un espacio instrumental y, gracias a esa despersonalización, se puede trabajar eficaz y eficientemente sobre él, con arreglo a los fines de la institución. El bloque quirúrgico es también un lugar "frío", el núcleo duro del sistema biomédico. En él, las acciones y las tareas están sistemáticamente protocolizadas. Los protocolos ayudan a reducir la incidencia de las afecciones emocionales en la práctica de los profesionales, y favorecen una coordinación automatizada de sus acciones reduciendo, en condiciones normales, las incertidumbres características de la toma de decisiones. Por otra parte, al automatizar las tareas, los protocolos hacen que el personal sanitario se asemeje a las máquinas. A diferencia de los humanos, las máquinas —aunque pueden fallar funcionalmente— no se equivocan, ya que no disponen de lo que solemos entender como "libre albedrío". A la posibilidad de fallo funcional, el humano añade la posibilidad del error en el seguimiento de alternativas, y es este componente adicional el que, en la medida de lo posible, depura el protocolo, especialmente en un entorno en el que las decisiones han de tomarse en condiciones de riesgo extremo. La importancia de los protocolos se aprecia con la mayor claridad cuando se observa que se siguen no solo en el transcurso de una acción sin incidentes, sino que también se encuentran protocolizados los procedimientos a seguir ante la aparición de incidentes

inesperados o la comisión de errores; y que, de hecho, los protocolos se generan y regeneran constantemente ante la aparición de fallas en los protocolos previos.

Todo esto indica que el bloque quirúrgico busca eliminar hasta el extremo el error humano, introduciendo una lógica automática que en este caso se inserta en la propia organización burocrática del trabajo. De esta manera, el *cyborg* no solo cobra cuerpo en los abundantes ensamblajes entre personas y máquinas (u otros instrumentos orientados al control preciso de la acción), sino que se instituye de hecho en la propia práctica humana, a través de una tecnología organizativa que media constantemente las relaciones entre los agentes humanos, y entre estos y sus acciones. Eliminar hasta el extremo el error humano implica una extremada mecanización de las tareas, que se convierten así, intencionadamente, en auténticas *cajas negras*.

Para mantener la homeostasis en el cuerpo del paciente también debe mantenerse la homeostasis en todo el sistema. Existen alternativas a cada práctica hospitalaria, a cada manera de actuar, y no por ello se “pone al hospital o a la atención médica en un estado de agitación permanente. Las tensiones se cristalizan en patrones de coexistencia que tienden a disolverse gradualmente [...] Las tensiones son domesticadas, incluso si nunca alcanzan la estabilidad” (Mol, 2021:198). Se aplican elementos amortiguadores y reguladores, a fin de conservar el orden y el equilibrio, y evitar en lo posible desbordamientos morales y emociones incontroladas. Y, aunque estos rasgos se aprecian de la forma más clara en el bloque quirúrgico —donde, a su vez, de la forma más clara la institución sanitaria se enfrenta a riesgos vitales— las lógicas de acción de las que forman parte son extensibles al conjunto de la institución, en grados variables, a través de normativas, actuaciones protocolizadas y medidas altamente instrumentalizadas. La precisa acotación de la finalidad moral y funcional del bloque quirúrgico y, en grados variables, del hospital en su conjunto con sus extensiones en el denominado “sistema sanitario”, es la promoción de la salud biomédica de los pacientes. Y en ello, este conjunto institucional es un ejemplo más de burocracia, es decir, de una organización en la que las acciones se encuentran prescritas con arreglo a finalidades depuradas y concretadas, e individualizadas en relación con todos los aspectos de su entorno que pudieran interferir en esa pretendida autonomización. La concentración depurada en el

objeto de la acción, que se contempla como una pieza exenta e insularizada, es la clave de la racionalidad oligóptica que modélicamente se representa en la pantalla del cirujano o en ese cuerpo que deja al descubierto, de forma precisa, solamente la zona de intervención convenientemente desinfectada.

Con todo, en el bloque quirúrgico se producen constantes desbordamientos en esa lógica oligóptica porque, de hecho, el bloque quirúrgico *no es* una máquina automática, como no lo es el *cyborg* ni cualquier forma de burocracia. En todos los casos se trata de ensamblajes sociotécnicos culturalmente mediados (cf. Latour, 2008). Por ello, en el bloque quirúrgico cobra importancia la relación entre error, agencia, culpa y sanción. Hemos visto que la comunicación de los errores es una vía fundamental para poder aplicar medidas de corrección y de prevención. Por tanto, se podría concluir que, si desaparece la identificación del agente, desaparece el miedo a la sanción y tal vez también se reduce la culpa al eliminarse la censura de terceros (cf. Kockelman, 2013). Por este motivo, hoy se favorecen las iniciativas que defienden el anonimato en la declaración de los errores; iniciativas que concurren con el creciente reconocimiento de que, normalmente, la responsabilidad del error suele recaer, más que en un solo individuo, en todo un "sistema", una red sociotécnica compuesta de *actantes* humanos y no humanos (Latour, 2001). Naturalmente, el anonimato no elimina la condición agencial de las prácticas, pero sí su identificación personalizada, un indicador más de que la agencia específicamente humana, cuando se trata de reforzar la corrección de errores en el sistema funcional, se contempla como la zona más lábil e inestable del ensamblaje, como si de algún modo se pretendiera su completa desaparición.

También hemos visto que en el departamento quirúrgico existen dos órdenes morales principales: uno es el orden moral de la responsabilidad, propio de los agentes que encarnan el sistema experto. El otro, el orden moral de la aflicción, que corresponde especialmente a los pacientes. La escisión entre ambos órdenes morales —criticada por el modelo antropológico— parece sin embargo necesaria para optimizar tanto la eficacia como la eficiencia del acto quirúrgico; un argumento que los agentes de la institución sostienen basándose en sus fines morales, en sus informes tecnocientíficos y en su experiencia cotidiana, y que frecuentemente aducen también los propios pacientes. No obstante, el supuesto

de que tal escisión existe de hecho de un modo acabado o perfecto es exagerado, porque —debo insistir en ello— el hospital no es, de hecho, una máquina automática. Más que como una escisión, la relación entre ambos órdenes morales debería describirse como una *tensión*. Y, así comprendida, esta tensión indica precisamente que el intento de depuración oligóptica no se consigue plenamente. Como hemos visto, entre esos órdenes morales se producen constantemente desplazamientos y complicidades (Ríos, 2020).

Estos desplazamientos y complicidades circulan en dirección contraria al grado de instrumentalización, reconocimiento social y atribución de responsabilidad en la realización de las tareas. Los cirujanos son los que ejercen el trabajo que se situaría en el primer lugar de este *ranking* y, por consiguiente, los que menos incursiones hacen en el orden aflictivo. Ellos tratan la mayoría del tiempo con un paciente anestesiado. Su principal objetivo es el de reparar el órgano dañado —un modelo casi perfecto de oligopsis, en circunstancias normales y de rutina—, y mantienen generalmente una actitud pragmática que, alejándolos el máximo de cualquier ruido, les permite el mayor avance profesional en el aprendizaje y desarrollo de las nuevas técnicas y tecnologías quirúrgicas.

Los anestesiólogos ocupan el segundo lugar en esta escala. Ellos también tratan fundamentalmente con pacientes dormidos, pero durante menos tiempo que los cirujanos, ya que son los que administran la inducción anestésica, y están al lado del enfermo durante la cirugía y también durante la reversión de los fármacos. Mantener un cuerpo anestesiado y bioquímicamente activo es su cometido fundamental, pero deben llevar a la persona a ese estado y traerla de vuelta después; unos traslados que, insertos en su función técnica, los aproximan a la experiencia aflictiva de emociones como el dolor y la ansiedad, con las que de hecho han de trabajar con extrema precisión a través del control farmacológico.

En el tercer lugar del *ranking* se encuentran las enfermeras, el colectivo más cercano al paciente y el menos reconocido socialmente de los tres. Su trabajo se basa en cuidar. El trabajo de cuidar está muy expuesto a la expresión emocional de los pacientes, por lo que el grupo que se encarga de desarrollarlo es el que está más orientado hacia la periferia de un sistema nucleado en torno a la salud biomédica. La relevancia de las emociones, y en general, de cualquier otra

expresión generada por la persona social es, sistemáticamente, bajo la jerarquización institucional de un cuidado subordinado a la curación y limitado por ella, inversamente proporcional a la proximidad a ese núcleo. Con todo, la reducción de la posición de enfermería al *cuidado* es también una flagrante exageración que puede llevar a ignorar sus funciones eminentemente tecnoinstrumentales, al menos en un entorno crecientemente tecnologizado que sitúa a las enfermeras decisivamente en el ensamblaje sociotécnico. Las enfermeras están, ciertamente, muy cerca de los pacientes; pero su acción se encuentra normalmente mediada por el pulsioxímetro, el termómetro, el respirador, la talla, el clasificador de medicaciones, y un sinfín de instrumentos que —soportes imprescindibles de cirujanos y anestesistas— hacen su tarea relevante *también* en términos estrictamente biomédicos. O, dicho de un modo más taxativo, es ese conjunto de mediaciones instrumentales lo verdaderamente imprescindible, porque, aunque sus funciones de cuidado son desde luego muy importantes, tampoco estas escapan a una fijación mediada por tareas protocolizadas, dejando en una zona imprecisa —vocacional y muy personal— el grado de intensidad de su compromiso con prácticas orientadas hacia la creación de una confianza densa. De todos modos, es indudable que las enfermeras son las más expuestas a incursiones en el terreno aflictivo.

Pero, en general, todos los trabajadores del bloque quirúrgico muestran complicidades y desplazamientos hacia a ese terreno de la aflicción. A veces se hacen excepciones con algunos pacientes, dependiendo de las circunstancias. Otras veces se trabaja más de lo contratado en deferencia a la aflicción de los enfermos. La mayoría de los trabajadores prolongan su horario habitual ante una urgencia grave, o se implican más de lo reglamentario con determinados pacientes y en determinadas circunstancias. También se ha dado el caso en que los trabajadores han asumido riesgos personales por ayudar a sus pacientes. Un ejemplo de ello se ha visto durante la pandemia de la COVID-19. La mayoría de los sanitarios han asumido riesgo de contagio y otros han trabajado más horas de las reglamentarias. Es decir, que la posición de enfermería, sacrificada ciertamente en términos de reconocimiento, y especialmente de remuneración, tampoco tiene el monopolio de esos aspectos vocacionales que desbordan, hacia el terreno aflictivo, el orden moral de la responsabilidad prescrita dentro de los límites formalizados.

Las fronteras entre ambos órdenes son difusas para todos los agentes, tanto más cuanto la aflicción se impone como riesgo vital cierto, o cuando lo imprevisto altera el orden habitual, o cuando —como en el departamento de urgencias— lo imprevisto es precisamente lo previsto, y la gravedad de las circunstancias opera de forma habitual como una expectativa en un entorno de gran incertidumbre. Pero es precisamente en esos escenarios, en los que el orden de la aflicción se puede llegar a imponer por cuenta propia, donde se percibe con mayor intensidad el esfuerzo por restablecer el orden institucional de la responsabilidad, y así, la activación de todos los dispositivos que pueden garantizar al menos una respuesta biomédica suficiente. Así lo explicaba una médica de urgencias:

Reconozco que yo escogí esta carrera por motivos vocacionales. Me gusta mi trabajo, me gusta ayudar a la gente y tener un trato humano hacia ellos. Pero cuando tienes llena la pantalla del ordenador con un montón de gente esperando en la sala para ser visitados, tienes que estandarizarlo todo. No puedes dejar que cada paciente te cuente su vida, tienes que priorizar. Tienes que distinguir las urgencias reales y lo realmente importante de cada caso.

Los desplazamientos de un orden moral hacia el otro también se producen desde el lado aflictivo. A través de las encuestas de opinión y las entrevistas, los pacientes manifiestan que lo que desean al llegar al bloque quirúrgico es que les curen su enfermedad, que les operen correctamente. El trato amable y cercano queda en un segundo lugar. De nada servirían los cuidados personalizados, si no se resolviera el problema de "salud" —entendido en sentido biomédico— por el cual han sido ingresados.

Como hemos visto hasta ahora, con arreglo a las finalidades morales y funcionales de la institución, exigidas también en primer lugar por las personas que se sirven de ella, ha sido necesaria la cosificación del cuerpo y su desubjetivación para poder trabajar correctamente sobre él. Los cirujanos y la mayoría del personal sanitario han tenido que desarrollar una visión oligóptica para actuar con precisión ante el órgano dañado y mantener bioquímicamente activo un cuerpo sometido a cirugía. Los trabajadores del departamento han

tenido que imitar la automatización de las máquinas para evitar los errores en unos momentos tan delicados en la vida del paciente.

Ante todo esto, podemos preguntarnos ¿en qué lugar queda aquí, ahora, el modelo antropológico? ¿Podrían incorporarse algunos de sus rasgos en un departamento tan hipertecnológico e instrumentalizado?

Para dar respuesta a esas preguntas haré referencia a dos cuestiones: una tiene que ver con los límites del concepto de cultura en la explicación de las prácticas humanas. La otra cuestión está relacionada con el Capítulo 3, y hace referencia a las hibridaciones o, mejor dicho, a la emergencia de una nueva realidad. A continuación, me detendré en analizar estas dos cuestiones.

Los límites del concepto de cultura

El modelo antropológico realiza una constante crítica moralizante hacia la “deshumanización” de la actual medicina. Pero, frente a esto, quiero hacer referencia a las siguientes palabras de Latour. Aunque la cita es larga, merece la pena incluirla completa:

Nosotros, los pobres sujetos-objetos, las humildes sociedades-naturalezas, los pequeños locales-globales, somos descuartizados [...] entre regiones ontológicas que se definen mutuamente pero que ya no se asemejan a nuestras prácticas.

La tragedia se vuelve más dolorosa todavía cuando los antimodernos, creyendo de buena fe lo que dicen de sí mismos los modernos, quieren salvar algún bien de lo que se les aparece como irremediable naufragio. Los antimodernos creen a pie juntillas que Occidente racionalizó y desencantó el mundo, que realmente pobló lo social de monstruos fríos y racionales que saturarían todo el espacio, que transformó en profundidad el cosmos premoderno en una interacción mecánica de puras materias. Pero en vez de ver en él, como los modernizadores, gloriosas, aunque dolorosas conquistas, los antimodernos ven una catástrofe sin igual [...].

¿Qué hacen entonces los antimodernos ante este naufragio? Se encargan de la valiente tarea de salvar lo que pueden: el alma, el espíritu, la emoción, las relaciones interpersonales, la dimensión simbólica, el calor humano,

los particularismos locales, la interpretación, los márgenes y las periferias. Misión admirable, pero que sería más admirable todavía si todos esos vasos sagrados realmente se encontraran amenazados [...].

La defensa de la marginalidad supone la existencia de un centro totalitario. Pero si ese centro y su totalidad son ilusiones, el elogio de los márgenes es bastante ridículo [...]. Proteger al hombre de la dominación de las máquinas y los tecnócratas es una empresa digna de elogio, pero si las máquinas están llenas de hombres para quienes éstas constituyen su salvación, esa protección sólo es absurda [...] Al querer ofrecer un suplemento de alma al mundo moderno, se le retira la que tiene (Latour, 2007: 178-181).

El aspecto central de la actual práctica médica es la depuración oligóptica de la subjetividad, en la que la agencia queda reducida a agencia bioquímica. Este aspecto es tan “humano” como cualquier otro, siendo necesario comprender las condiciones socioculturales y sociohistóricas en las que se ha ido configurando tal modelo. Se hace necesaria, por tanto, toda una comprensión antropológica relacionada con esas condiciones, que es justamente lo que he venido abordando hasta ahora. “El alma, el espíritu, la emoción, las relaciones interpersonales” ... todo eso ya existe en el sistema médico porque ese sistema está formado por seres humanos permeables a emociones y sentimientos. El sistema médico está formado por todo un colectivo de humanos y no humanos, de ensamblaje entre sociedades y naturalezas, de *cuasi-objetos* que proliferan y penetran en todos los espacios (*Ibid.: pass.*).

Parece que el modelo antropológico intenta depurar del objeto todo aquello que no parece ser "cultural", olvidando que existen un conjunto de materialidades envueltas inevitablemente en las acciones socioculturales: sociales, institucionales, semióticas, neurofisiológicas... que forman el comportamiento humano, y para las que es indecible su estatus ontológico en términos del dualismo *cultura/naturaleza*. Todos esos factores han estado envueltos en la formación de nuestra actual medicina y no podemos desarrollar una etnografía de la "cultura" que prescindiera de dar una explicación que incluya esos procesos. No podemos caer en un reduccionismo culturalista que sostiene

que la cultura es la única causante del comportamiento de las personas. Porque son las personas y no la cultura las que producen la acción.

La cultura —forma convencionalizada de la acción— es una propiedad de la acción de los seres humanos (Díaz de Rada, 2010). Este concepto, entendido de este modo preciso, no implica culturalismo (es decir, reduccionismo) porque se reconoce limitado cuando se trata de explicar y hacer comprensibles el conjunto de elementos, relaciones y procesos que encontramos en las prácticas de los agentes (Díaz de Rada, 2011). Con esa precisa definición, es posible incluir lo que escapa *gradualmente* a la cultura, lo que escapa gradualmente a la convencionalización, ensamblándose de todos modos con ella de formas no necesariamente integradas o coherentes —actividades de cuerpos y artefactos— cuyas formas de acción no se organizan, o se organizan menos, con arreglo a convencionalización.

Esta noción precisa de cultura establece una paradoja ontológica: la cultura no tiene capacidad de conformar su propia génesis, no puede dar cuenta de sí misma de forma total. No por ello afirmamos que el concepto de cultura no es útil para explicar los fenómenos y procesos, pero sí que se trata de un concepto parcial y limitado (*Ibid*: 263). Nuestro objeto se constituye así, como una red sociotécnica, y también biosocial, que resulta ininteligible a través del dualismo cultura/naturaleza. El complejo ensamblaje de materialidades descrito por esas dos nociones —inútiles, cuando se toman por separado— ha creado una emergencia que tal vez se extiende a lo largo del proceso de humanización, pero que viene intensificándose, acelerándose, y haciéndose por tanto extremadamente notoria en los últimos siglos, precisamente cuando conviven dos procesos aparentemente contradictorios: la depuración de una noción —*sociocultural*— que se concibe como opuesta a la *naturaleza*, y que se funda en la pretensión puramente ensoñadora de que el "ser humano" la controla y la domina por completo; y, simultáneamente, la multiplicación de hibridaciones sociotécnicas y biosociales, que, creadas artefactualmente, han de servirse de la "naturaleza" para generar ese pretendido control. Así, tanto más los "humanos" hemos llegado a considerarnos por fuera de la "naturaleza" —y a encumbrar así un vago concepto de *cultura* que sería nuestro dominio específico y nuestro principal recurso de dominación— tanto más nos hemos hecho dependientes de

la "naturaleza" ínsita en las hibridaciones que creamos (Latour, 2007). Una dependencia que, por cierto, siempre ha estado presente en la inevitable condición sociotécnica y biosocial de "lo humano" (Ramírez Goicoechea, 2009, 2021). Desde esta perspectiva es posible entender mejor los procesos y acontecimientos que se producen en el bloque quirúrgico, tomado aquí como núcleo para una interpretación de lo que incluimos en el rótulo "sistema sanitario". Pero también, desde esta perspectiva, es posible indagar con mayor precisión en los rasgos del modelo antropológico que no deberíamos desestimar. Algunos de ellos podrían resultar muy útiles en determinadas circunstancias que consideraré a continuación.

La emergencia de un nuevo paradigma

Podemos dirigirnos de nuevo al mundo de las máquinas, ya que el bloque quirúrgico se caracteriza, como estamos observando continuamente, por su vanguardismo en la incorporación de avances tecnológicos. El mundo de la robótica se está introduciendo plenamente en las cirugías. El cirujano, tal y como vimos en el tercer capítulo, en muchas ocasiones opera como un *cyborg*, un ensamblaje hombre-máquina que aporta una creciente precisión y eficacia en los resultados. El *cyborg* expresa la disolución de la dicotomía artificial/natural, construido/nacido. Apunta también hacia la disolución de los conceptos tradicionales de identidad, aportando un nuevo tipo de subjetividad, en medio de la frontera posthumano/humano (Hayles, 1995); o mejor humano/no humano. El *cyborg* representa esa zona intermedia y gradual, esa conjunción y combinación de visiones que favorece el diálogo y el consenso, que aporta diversidad y riqueza y establece un amplio horizonte, en el que se puede hacer posible una transición, también gradual entre modelos hoy inconmensurables.

En la actualidad todos somos testigos de una proliferación de máquinas y sistemas dotados de inteligencia artificial, que apuntan hacia “una cultura robótica, es decir, el conjunto de símbolos y costumbres que formarían el tejido de las relaciones y comunicaciones entre máquinas, y entre máquinas y humanos” (Bartra, 2019:126). Una cultura del procesamiento de información, que responde a una convencionalización instrumental básica y que desborda, ella misma, la idea de un simple informacionalismo que se reduciría a la transmisión y el

procesamiento de datos *en el interior* de la máquina. Como toda cultura se trata en realidad de un entorno político, generado con arreglo a fines funcionales que son también fines morales, es decir, formas convencionalizadas de orientación y conducción de las prácticas. Esas máquinas no operan solas, sino en un “sistema híbrido capaz de juntar el mundo inestable de las razones y los símbolos culturales con el mundo ordenado de los signos matemáticos y el cálculo” (*Ibid.*:129). Un híbrido análogo a nuestra conciencia que opera a través de la fusión de señales neuronales con símbolos culturales.

[...] Una confluencia de señales aparentemente electroquímicas en el cerebro con símbolos culturales en el entorno social. Esta congregación es particularmente importante en los momentos en que los humanos comprueban, no sin angustia, que para sobrevivir o superar dificultades no pueden confiar ciegamente en sus recursos biológicos; tienen que acudir a apoyos extrasomáticos de carácter cultural. En estas circunstancias los circuitos cerebrales se conectan a prótesis culturales (*Ibid.*: 89).

Como he ilustrado en esta investigación, los trabajadores del bloque quirúrgico intentan automatizar sus tareas y actividades, a semejanza de las máquinas, a fin de aumentar la eficacia y la eficiencia en su trabajo. El desarrollo de una analogía creciente entre humanos y máquinas se aprecia también en los ajustes y ensamblajes de sus diversidades corporales: los últimos modelos de máquinas y robots también están diseñados ergonómicamente para parecerse a los humanos, y facilitar así las tareas: sus alturas se ajustan a la actividad del cuerpo humano, sus figuras se redondean para facilitar la maniobrabilidad, sus servomecanismos suavizan las transmisiones del trabajo y, lo que es más importante, son traductores de escala entre los movimientos del cirujano y los que deben realizarse en la precisa zona de intervención.

Recientemente se ha creado un robot que imita movimientos humanos, con la intención de incorporarlo al quirófano como ayudante del cirujano (Milenio digital, 2019); y robots que aprenden a suturar viendo vídeos quirúrgicos (Rus, 2020). Se intenta que los artefactos asuman las funciones de los humanos y que tengan la capacidad de aprender, de tomar decisiones y de interpretar situaciones a fin de actuar consecuentemente. A cualquier cirujano le sería de gran ayuda un robot que asumiera las funciones de la enfermera

instrumentista, que entendiera la cirugía, y le ofreciera el material necesario según las circunstancias y las complicaciones ocasionadas; con la ventaja de nunca perturbarse por las emociones y nunca cometer errores, salvo por fallos puramente funcionales.

Humanos que se parecen a las máquinas, que las imitan, y máquinas que se parecen a los humanos y asumen sus funciones. Estas hibridaciones y ensamblajes se producen constantemente, de forma modélica en el departamento quirúrgico, y, en grados variables, en la institución médica, considerada en general.

Pero, aunque estos desplazamientos en las hibridaciones humano-máquina llamen mucho la atención, entre otras cosas debido a su espectacularidad y a su pertinencia para el refuerzo de la moral del "progreso", los desplazamientos entre órdenes de realidad no terminan ahí, sino que se producen constantemente, o al menos quedan apuntados recurrentemente, entre *órdenes morales* que parecerían estar confrontados o en oposición precisamente cuando reducimos la imagen del campo a un mero optimismo tecnológico: desplazamientos desde el orden moral de la responsabilidad profesional — asentada sobre los principios instrumentales de eficacia y eficiencia— hacia el mundo afflictivo del paciente; y a la inversa, en la medida en que esos principios no son realmente opuestos desde la perspectiva del afligido, sino plenamente compatibles con ella.

Los desplazamientos de los profesionales hacia el orden moral de la aflicción van más allá de aquellos que podrían considerarse dados en el plano de la vocación personal, como cuando se hacen excepciones con algunos enfermos en determinadas circunstancias. Existen también acciones institucionalmente protocolizadas para facilitar esos desplazamientos, cuando hay evidencia de que pueden contribuir a la restauración de los enfermos, o de que su omisión podría ser contraproducente o lesiva en relación con los derechos civiles conectados con el espacio de sus preferencias íntimas. Lo primero sucede, por ejemplo, en los procesos de reanimación, cuando se hace necesaria la práctica de una comunicación crítica generalmente ejercida por las enfermeras. Lo segundo cuando, salvo posibles excepciones muy conflictivas en situaciones que generarían un riesgo vital cierto (una frontera que la moral biomédica parece no

poder traspasar), se respetan las convicciones religiosas de los pacientes, no se les transfunde sangre si ellos lo solicitan, o se adapta su dieta a su entorno de creencias morales o religiosas. En la misma línea de establecimiento de protocolos que faciliten el desplazamiento de los profesionales hacia el orden moral de la aflicción, se intenta que las UCIS se conviertan en HUCIS, a fin de humanizar los cuidados y tratamientos que se llevan a cabo en ellas. Además, y esto no debería considerarse un asunto menor, los agentes que encarnan el sistema experto *reconocen* de forma expresa que todavía queda pendiente un largo camino por recorrer para personalizar más los cuidados a los pacientes, ofreciéndoles un trato más empático y cercano (Ríos, 2020).

Ya he apuntado que la expresión "sistema sanitario" es muy grosera, y puede llevar a ignorar que la institución en la que se encarna ese supuesto sistema es en realidad un ensamblaje reticular muy complejo. Una primera aproximación a esa condición de ensamblaje reticular, aún muy imperfecta, consistiría en reconocer al menos sus zonificaciones empíricas. El modelo biomédico no es de una pieza en todas las zonas de la institución, la pertinencia de la reducción bioquímica de la subjetividad no es equivalente en todas sus zonas y, consecuentemente, tampoco parece pertinente una aplicación masiva del modelo antropológico a todas sus zonas. Mi aproximación etnográfica a las prácticas que se desarrollan en el núcleo duro de la lógica biomédica es muy insuficiente, pero permite al menos imaginar contrafactualmente el grado de desajuste que un modelo antropológico masivo encuentra cuando se trata de cuerpos reducidos al mantenimiento de una agencia bioquímica. Como ya indiqué en el tercer capítulo, el modelo antropológico podría aplicarse en el bloque quirúrgico cuando el paciente está despierto. Cuando llega a la sala de preanestesia antes de operarse, o cuando se despierta después de la cirugía y está en la sala de reanimación. Es decir, ese modelo empieza a ser pertinente —también para los profesionales, de un modo u otro— en el mismo momento en que, para cada espacio particular de la institución, y para cada relación concreta entre esos espacios, el enfoque plenamente oligóptico sobre los procesos bioquímicos viene ya acompañado de convencionalizaciones generadas por agentes socioculturales; es decir, gradualmente, conforme la centración oligóptica en el proceso bioquímico se ve desbordada por el proceso cultural. Hay muchos motivos para comprender este asunto de forma gradual. Pero hay dos que son fundamentales. En primer lugar,

los procesos culturales no operan separados de los procesos bioquímicos. En segundo lugar, los profesionales que, con arreglo a sus propios fines funcionales y morales, centran su atención con mucha intensidad solo en los procesos bioquímicos —cirujanos y anestesistas modéricamente, pero también, por ejemplo, especialistas de la función tiroidea en consulta o de cualesquiera otras funciones muy concretadas bioquímicamente— pueden no ver pertinencia alguna de los aspectos del modelo antropológico para su actividad, oligóptica y muy especializada. Y es precisamente en esa falta de pertinencia donde radica la inconmensurabilidad entre el modelo biomédico —o, podríamos decir ahora con más precisión, *bioquímico*— y el modelo antropológico.

En ese gradiente, hay incluso posibilidades de una comunicación razonable entre modelos en relación con parte de la actividad de esos especialistas. Una endocrinóloga encontrará pertinente para su actividad *concreta* el modelo antropológico siempre que, por ejemplo, considere que hay una conexión razonable entre los indicadores de la función tiroidea en sangre de un individuo y las convenciones culturales por medio de las que esa persona regula su dieta alimentaria —una conexión razonable que, en todo caso, plantea ya enormes problemas en lo que se refiere a las relaciones transdisciplinarias o al menos interdisciplinarias entre sistemas expertos y conjuntos de experiencia hoy todavía muy desconectados entre sí.

Pero, por más que sea pertinente para la comprensión *por parte del antropólogo* del "sistema" como dudosa totalidad, de poco servirá comunicarle a esa endocrinóloga, o a una anestesista de la que depende el retorno concreto de la persona social después de la anestesia, o a un cirujano pendiente del control del sangrado de un tejido, que su vida se desenvuelve en un sistema "mercantilizado"; entre otras cosas, porque la vida del antropólogo *también* se desenvuelve en él. El enorme desajuste de escala entre el modelo antropológico y el modelo bioquímico en el que se basa la actividad concreta de esos especialistas es, precisamente, el que una etnografía basada en el examen de prácticas concretas y entornos concretos de actividad intenta corregir, para cualquier campo, y no sólo para el campo sanitario. La etnografía de estos entornos —así como la reflexión antropológica derivada de ella— no puede dejar de lado al conjunto aparentemente "menos humano", a riesgo de someter a los humanos

que trabajan centrados en el modelo bioquímico —cuando lo hacen— a una inexplicable exclusión moralizante: la clase de exclusión que, precisamente, la antropología no puede permitirse hacer.

Si un discurso antropológico ha de construirse para incidir en transformaciones concretas de las prácticas, entonces ha de partir del examen minucioso de esas prácticas y de los entornos vitales de los agentes que las producen. Ese es el único modo de hacerlas inteligibles, en concreto, y después de comunicar esa inteligibilidad a los agentes concretos en sus concretos horizontes de relevancia.

El modelo antropológico gana pertinencia para el profesional sanitario conforme nos alejamos de ese núcleo duro de actividades extremadamente oligópticas y fundamentadas en la agencia bioquímica, una zona que modélicamente cobra cuerpo en la denominada "atención primaria"; por cierto, la menos atendida por la inversión precisamente en razón de su condición periférica respecto al núcleo tecnoinstrumental que se modeliza en la zona quirúrgica. Y también, el modelo antropológico resulta más pertinente para los profesionales que, en cualquiera de las zonas de la institución, se encuentran en las periferias de la oligopsis tecnoinstrumental, como las enfermeras y todos aquellos agentes que, debido a sus posiciones, se encuentran expuestos a un trato más continuado con los usuarios de los servicios. Una reversión de la convencionalización más elemental de la institución —la que periferaliza estas zonas en relación con el núcleo— hasta equilibrar el reconocimiento social de la importancia del conjunto de las zonas y de las agencias, y el esfuerzo en inversión en ellas, sería desde luego un camino adecuado.

Nuestro planeta es un planeta híbrido, “coproducción entre naturaleza y técnica” (Sloterdijk, 2016: 28). Un planeta en el que se encuentran un conjunto de actantes, “el CO₂, el nivel del mar, las algas, los ordenadores, los microorganismos, los atunes, los meteoritos, los antibióticos, los algoritmos, el gas metano, los derechos humanos, los aerogeneradores, el maíz manipulado genéticamente, los trasplantes de riñón” (*Ibid.*: 30): un colectivo heterogéneo, una red sociotécnica compuesta de hibridaciones que reensamblan dos modelos en el espacio sanitario y convierte a esos modelos en candidatos a compaginarse

y complementarse, con una actuación mejorada que será inviable en tanto ambos permanezcan en una relación opositiva o excluyente.

Según Sloterdijk, “El ser humano se presenta como el conjunto de sus órganos y la técnica como la suma de las prótesis que los mejoran, o de sus ampliaciones funcionales. Según ello, el *Homo sapiens* sería el animal técnico que trabaja desde siempre en la ampliación de su radio de acción” (Sloterdijk, 2016: 115).

Volviendo de nuevo ahora al primer capítulo, y recordando a Kuhn y la inconmensurabilidad entre paradigmas —la inconmensurabilidad entre diversos ordenes de sentido común—, quiero llamar la atención sobre la emergencia de uno nuevo, es decir, un nuevo paradigma que es fruto de la fusión emergente de los dos paradigmas anteriores. A través de él, se puede contemplar en el espacio sanitario la pertinencia de una visión oligóptica en el núcleo central de la institución médica y la paulatina introducción de una racionalidad más holística a medida que nos alejamos de ese centro hacia sus actuales periferias. Es en ese tránsito gradual en el que resultan pertinentes, crecientemente, las aportaciones que el modelo antropológico podría hacer a una transformación institucional que condujera a una relación con el enfermo y la enfermedad mucho más horizontal y consensuada, más holística y multidimensional.

Por otra parte, la moral bioquímica y tecnoinstrumental que suele denominarse “biomédica”, fuertemente sostenida durante siglos de desarrollo, y potentemente apuntalada por las instancias políticas, jurídicas, empresariales y financieras (cf. Lock, 2018), no es obviamente un fenómeno inevitable, sino un complejo entramado cultural que, como todo entramado de este tipo, puede verse también afectado por transformaciones sociopolíticas. No podemos esperar que estas transformaciones sean repentinas, a base de ejercicios aislados de toma de conciencia. De producirse, serán transformaciones lentas y basadas en procesos de negociación de alternativas morales acerca de los sentidos de la “vida” y la “salud”, como los que de hecho ya se producen cuando, por ejemplo, es preciso calibrar hasta dónde ha de llegar el mantenimiento bioquímico de una vida que ha podido perder buena parte de su sentido para la persona que la vive. Pero estas negociaciones *morales* —seguramente extensibles mucho más allá de esta problemática particular— no pueden iniciarse sin haber iniciado primero una

simetrización del reconocimiento social de las diversas zonas de la institución. Y, sobre todo, serán inviables siempre que se maneje la premisa de una descalificación generalizada de la institución biomédica que ignore la evidencia de un acuerdo básico entre profesionales y usuarios, un acuerdo bien razonable: los *progresos* de las tecnologías biomédicas, considerados —en plural— de formas precisas, parecen claros en cada especialidad y en cada tecnología concreta, con arreglo a múltiples finalidades morales (al fin y al cabo, la conservación de "la vida", en el plano corporal, es una condición elementalmente necesaria para el despliegue de cualquier finalidad o sentido). Y ese acuerdo básico no se corresponde con la opinión que puede llegar a arrojar una crítica gruesa del "progreso" entendido como discurso de legitimación política. Esta crítica es también razonable, por ejemplo, cuando se trata de procesos coloniales con sus groseras formas de dominación, pero muy desorientada en el caso de las prácticas médicas, cuya historia se conecta de forma bien visible con ejercicios concretos de manipulación corporal más similares a las del oficio o el artesano que a las del político o el planificador administrativo (cf. Díaz de Rada, 2021:612ss.).

Mi idea es que la transición entre paradigmas inconmensurables está dando ya lugar a un nuevo paradigma que contempla el tipo de relación de la institución médica con el paciente en función de las necesidades y circunstancias de este último. Un paradigma al que voy a denominar, siguiendo las reflexiones de Eugenia Ramírez Goicoechea, entre otros, *biosociocultural* (Ramírez Goicoechea, 2009); o bien, *tecnosocial*, en la medida en que se muestre capaz de asimilar y ensamblar características de los dos anteriores. Esta emergencia es, desde luego, incipiente, pero, como he venido mostrando, asoma recurrentemente, y ofrece a los antropólogos la oportunidad de *mejorar* la conformación del modelo antropológico, a través de una orientación más precisa hacia las prácticas concretas de los agentes con los que, en definitiva, hemos de comunicarnos.

Bibliografía

(Las referencias *web* han sido comprobadas en junio de 2022)

- Allué, Marta, (2013) El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía. Barcelona: Bellaterra.
- Arasse, Daniel, (2005). La carne, la gracia, lo sublime, en Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques y Vigarello Georges (coord.), *Historia del cuerpo, vol. I*. Madrid: Santillana, pp. 395-456.
- Augé, Marc, (1992) *Los no lugares. Espacios del anonimato. Antropología de la Sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Bartra, Roger, (2019). *Chamanes y robots. Reflexiones sobre el efecto placebo y la conciencia artificial*. Barcelona: Anagrama.
- Beck, Ulrich, (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Berger, Peter y Luckmann Thomas, (2006) [1966]. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Briggs, CH. (2006) Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 014, 101-124. 101 - 124. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110101A>
- Bruun, Casper, (2010) *Ontologies for Developing Things. Making Health Care Futures Through Technology*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Calvo, Manuel A, (2016). La comunicación de crisis en errores sanitarios: reflexiones sobre las estrategias institucionales. *Index de Enfermería*, 25(3), 161-165. Recuperado de (02 de febrero de 2021),

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200008&lng=es&tlng=es

Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina y Torns, Teresa (2011). Introducción. El trabajo de cuidados, antecedentes históricos y debates actuales, en Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.), *El trabajo de cuidados, historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la catarata, pp. 13-95.

CinfaSalud Equipo Médico (2016). *Cómo es el proceso para realizar un trasplante*. Recuperado de

<https://cinfasalud.cinfa.com/p/trasplantes>

Comelles, Josep María, Martín, E. y Arnau, M. (1993) El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis, Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 13, 201-234. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/revista/2543/A/1993>

Comelles, Josep María, (2002) Antropologia i salut. Etnografia, compromís i activisme. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 20, 92-105. Recuperado de:

<https://www.raco.cat/index.php/RevistaEtnologia/issue/view/4108>

Comelles, Josep María, (2003) Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19, 111-131. Recuperado de

<https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/95566>

Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de las UCI de la Comunidad de Madrid*. Recuperado de

<https://proyctohuci.com/es/presentacion-del-plan-de-humanizacion/>

De Miguel, Jesús M. (1980). Introducción al campo de la Antropología Médica. En Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (ed.), *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama, pp.11-40.

Departamento de Salud del Reino Unido, (2000). *An organization with a memory*. Recuperado de:

<https://psnet.ahrq.gov/issue/organisation-memory-report-expert-group-learning-adverse-events-nhs-chaired-chief-medical>

- Díaz de Rada, Ángel, (1996). *Los primeros de la clase y los últimos románticos. Una etnografía para la crítica de la visión instrumental de la enseñanza.* Madrid: Siglo XXI.
- Díaz de Rada, Ángel, (2008). ¿Qué obstáculos encuentra la etnografía cuando se practica en las instituciones escolares? En Jociles I., Franzé A. (coord.), *¿Es la escuela el problema? Perspectivas socio-antropológicas de etnografía y educación* (pp. 24-48). Madrid: Trotta.
- Díaz de Rada, Ángel, (2010). *Cultura, antropología y otras tonterías.* Madrid: Trotta.
- Díaz de Rada, Ángel, (2011). The concept of culture as an Ontological Paradox. En Jarvie, I. y Zamora, J. (Eds), *The Sage Handbook of the Philosophy of Social Sciences* (252-271). Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/list/?cat=quick filter&sort by=searchKey0&search keys%5B0%5D=D%C3%ADaz+de+Rada>
- Díaz de Rada, Ángel, (2021). Una puerta sin retorno al laberinto de las génesis. En Ángel Díaz de Rada (Ed), *Las formas del origen. Una puerta sin retorno al laberinto de las génesis.* Madrid: Trotta, pp. 581-629.
- Dodds, E.R. (2006) *Los griegos y lo irracional.* Madrid: Alianza.
- Dumont, Louis, (1987a) [1983]. *Ensayos sobre el individualismo.* Madrid: Alianza.
- Douglas, Mary, (1990) *Risk as a Forensic Resource.* Londres: Routledge.
- Douglas, Mary, (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales.* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Echevarría, S., Sandoval, F., Gutiérrez, S., Alcantar, A. y Cote, L. (2011) Eventos adversos en cirugía. *Cirujano general*, 33 (3), 163-169.
- El País. (2015, 26 de febrero): https://elpais.com/politica/2015/02/26/actualidad/1424969363_446948.html
- Enfield, Nick J., y Paul Kockelman (eds), 2017, *Distributed Agency.* Oxford: Oxford University Press.

- Faure, Olivier, (2005): La mirada de los médicos, en Corbin Alain, Courtine, Jean-Jacques y Vigarello Georges (coord.), *Historia del cuerpo, vol. II*. Madrid: Santillana, pp.23-39.
- Foucault, Michel, (1963). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México D.F.: Siglo XXI.
- Foucault, Michel, (1976) [1975]. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI
- Foucault, Michel, (1978) Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación Médica y Salud*, 12(1), 1-16. Recuperado de <https://docplayer.es/8116835-Incorporacion-del-hospital-en-la-tecnologia-moderna.html>
- Foucault, Michel, (1991) [1985] *Saber y verdad*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- García Ballester, Luis, (1994) *Artifex fartivus sanitatis: saberes y ejercicio profesional en la medicina en la Europa pluricultural de la baja Edad Media*. Ed. Universidad de Granada.
- García Canclini, Nestor, (1989). *Culturas híbridas, estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
- Geertz, Clifford, (1986) *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, Anthony, (1994) [1990]. *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Good, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.
- Habermas, Jürgen, (1984 [1968]). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Haraway, Donna, (1984). *Manifiesto Ciborg*. Mar de plata, Argentina: Ed. Puente aéreo.
- Hayles, karherine, (1995). The life cycle of cyborgs: writing the posthuman. En Hables Gray, Ch. (ed.). *The cyborg handbook*. New York: Routledge, pp. 321-335.

- Helman, Cecil, (1981) *Journal of the Royal College of General Practitioners*, september 1981, pag 551. *Medical Anthropology (Disease versus illness in general practice)*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972172/>
- Henderson, Virginia, (1961). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Washington D.C. E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina sanitaria panamericana, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Illich, Iván, (1978) *Némesis médica*. México D.F., Ed. Joaquín Mortiz, S.A.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).
- Jacob, W. (1984) El legado medicosocial de Rudolf Virchow. La medicina como ciencia del hombre. En Lesky, L. (ed.) *Medicina social*. Madrid: Ministerio de Sanidad, pp. 165-186.
- Kiani, Joe, (7 de abril de 2017). “Entre 25.000 y 35.000 españoles mueren cada año por errores medicos”. *El Confidencial*. Recuperado de https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2017-03-30/errores-medicos-muertes-evitables-espana-protocolos_1357399/
- Kleinman, Arthur, (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kockelman, Paul, (2007). Agency: The relation between meaning, power, and knowledge, *Current Anthropology*, 48 (3). The University of Chicago Press.
- Kockelman, Paul, (2013). *Agent, Person, Subject, Self*. United States of America: Oxford University Press.
- Kuhn, Thomas, (1962) *La estructura de las revoluciones científicas*. EE.UU.: The University of Chicago.
- Latour, Bruno, (2001) [1990]. *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.

- Latour, Bruno, (2007) [1991]. *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Latour, Bruno, (2008) [2005]. *Reensamblar lo social. Una introducción de la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial SRL.
- Le Breton, David, (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lock, Margaret, (2018). *An anthropology of biomedicine*. Oxford: Office.
- Luhmann, N. (1979), Trust. A Mechanism for the Reduction of Social Complexity. *Trust and Power*. Londres: John Wiley.
- Mandressi, Rafael, (2005): Disecciones y anatomía, en Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques y Vigarello Georges. (coord.), *Historia del cuerpo, vol. I*. Madrid: Santillana, pp.301-320.
- Marcuse, Herbert, (1985 [1964]) *El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Barcelona: Planeta - De Agostini.
- Martínez, Ángel, (2008) *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mateo, Francisco, (2010) Implantación de la seguridad quirúrgica en un servicio de cirugía. *Australian Patient Safety Foundation. Dept of Health 2000*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/fasismateo/la-seguridad-del-paciente-quirrgico-hospital-de-jerez-2010>
- Menéndez, Eduardo, (2002) La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, Eduardo, (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1),185-207. [fecha de Consulta 1 de Febrero de 2021]. ISSN: 1413-8123. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

- Menéndez, Eduardo, (2004) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 014, 33-69, Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>
- Menéndez, Eduardo, (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1),9-32. [fecha de Consulta 1 de Febrero de 2021]. ISSN: 1669-2381. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73110102>
- Menéndez, Eduardo, (1981) *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Tarragona: Publicacions URV.
- Merino, P. Martín, M.C., Alonso, A., Gutiérrez, I., Álvarez, J., Becerril, F. (2013). Errores de medicación en los servicios de Medicina Intensiva españoles. *Medicina Intensiva*, 37 (6) 391-399. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056911200321X>
- Milenio Digital (15 de octubre de 2019) Estudiante del IPN crea robot que imita movimientos humanos. *Milenio digital*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/tecnologia/ipn-estudiante-crea-sorprendente-robot-mueve-humano>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. (2017). *Balance de actividad de la ONT*. Recuperado de: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/11%20Enero%20NP%20Balance%202017.pdf>
- Ministerio de Sanidad y política Social, Madrid. (2009). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- Mol, Annemarie, (2021): *El cuerpo múltiple. Ontología en la práctica médica*. Bogotá, Universidad de los Andes: Ediciones Uniandes.
- Moulin, Anne Marie, (2005): El cuerpo frente a la medicina, en Corbin, A., Courtine, J, y Vigarello, G. (coord.), *Historia del cuerpo, vol. III*. Madrid: Santillana, pp. 29-80.

- Nutton, Vivian, (1981). Continuity or rediscovery? The city physician in classical antiquity and mediaeval Italy', en Russell, A.W. (Ed.), *The Town and state physician in Europe*. Wolfenbütteler: Ed. Wolfenbütteler, pp. 9-46.
- Ordóñez Javier, Navarro Víctor, Sánchez José Manuel (2088 [2003]) *Historia de la ciencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Ortega, Francisco, (2010): *El cuerpo incierto, corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: CSIC.
- Otzen, T., Manterola, C., Rodríguez-Núñez, I., García-Domínguez, M. (2017). La Necesidad de Aplicar el Método Científico en Investigación Clínica: Problemas, Beneficios y Factibilidad del Desarrollo de Protocolos de Investigación. *International Journal of Morphology*, 35(3): 1031-1036.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000300035>
- Patiño, J.F. (2016). La tecnología afecta la relación médico-paciente. *Cirugía y cirujanos*; 84 (S1), 80-87. Recuperado de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-la-tecnologia-afecta-relacion-medico-paciente-X0009741116539978.pdf>
- Porter, Roy y Vigarello, Georges, (2005). Cuerpo, salud y enfermedades, en Corbin, Alain, Courtine Jean-Jacques y Vigarello Georges (coord.), *Historia del cuerpo, vol. I*. Madrid: Santillana, pp. 323-358.
- Prat Joan, Pujades Joan y Comelles Josep María, (1980). Sobre el contexto social del enfermar, en Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (Ed.), *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama, (pp.43-65).
- Ramírez Goicoechea, Eugenia, (2009) [2005]. *Evolución, cultura y complejidad. La humanidad se hace a sí misma*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Ramírez Goicoechea, Eugenia, (2021). Desarrollo sin orígenes. Procesos, dinámicas, cursos de vida. En Ángel Díaz de Rada (Ed.), *Las formas del origen. Una puerta sin retorno al laberinto de las génesis*. Madrid: Trotta, pp. 393-433.

- Rhodes, L.A. (1990) Studying Biomedicine as a Cultural System. En Sargent, C., Johnson, T. (Ed.) *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method* (pp.165-180) Westport Connecticut London Praeger.
- Ríos, Margarita y Quintana, Antonio, (2018). Muerte y donación de órganos. Aproximación cualitativa microetnográfica. *Fanzine de nuestra enfermería*. Recuperado de:
<https://fanzine.nuestraenfermeria.es/article/muerte-y-donacion-de-organos-aproximacion-cualitativa-microetnografica-abstract/>
- Ríos, Margarita, (2020). La visión del cuerpo en el bloque quirúrgico. *Periferia. Revista de recerca i formació en antropologia*; 25(3), 102-119.
<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.812>
- Robertson, Roland, (2003) *Glocalización: tiempo-espacio y homogeneidad-heterogeneidad*. Madrid. Trotta.
- Rodríguez, Fernando, (2011). Ética y culpabilidad. *El Catoblepas, revista crítica del presente*, 108 (7). Recuperado de
<http://nodulo.org/ec/2011/n108p07.html>
- Romaní, Oriol, (2010). De jóvenes y riesgos, algunas propuestas teóricas. En Romaní, O. (Coord.) *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* (pp. 15-32). Barcelona, Ed. Bellaterra
- Rosen, George, (1985) *De la política médica a la medicina social*. México D.F.: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
- Rus, C. (2020) El robot que aprende a suturar viendo vídeos de cómo lo hacen los cirujanos. *Xataka*. Recuperado de:
<https://www.xataka.com/robotica-e-ia/este-robot-esta-aprendiendo-a-suturar-viendo-videos-como-hacen-cirujanos>.
- Sádaba, Igor, (2009). *Cyborgs, sueños y pesadillas de las tecnologías*. Barcelona. Ed. Península.
- Saillant, Francine, (2009). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de *caring*. En Comelles Josep María, Martorell Antonia y Bernal Mariona, (Eds.), *Enfermería y antropología* (pp. 189-218). Barcelona. Icaria editorial S.A.

- Salmón, Fernando, (2008) Voces de pacientes en la medicina universitaria medieval. Localizado en *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Granada.
- Sandoval, Sergio, (2003). Hibridación social: un modelo conceptual para el análisis de la región y el territorio. *Región y sociedad*, 15(28), 47-80. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317439626_Hibridacion_social_un_modelo_conceptual_para_el_analisis_de_la_region_y_el_territorio
- Scheper-Hughes, Nancy, (2005) El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos. *Revista de Antropología Social*, 14, 2005, pp. 195-236. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110195A>
- Sebastián Cárdenas, Manuel Lucas, (2009). Fallo humano. La quiebra de un paradigma. *Apuntes de psicología*, 27 (1), 21-51. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84615/172-343-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sloterdijk, P. (2018). *¿Qué sucedió en el siglo XX?* Madrid: Siruela.
- Tambiah, S. (1984). *Magic, Science, religión, and the scope of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, CH. (1997). *Argumentos filosóficos: ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Torres, D., Sánchez, S. y Salamanca, A.B., (2015) Enfermera con Síndrome de Burnout. *Revista Enfermería Docente*, 104, 39-43. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10439.pdf>
- Uribe, J.M. (2009) El peligro del riesgo. Hacia una antropología de los riesgos, en Comelles J.M., Martorell A. y Bernal M. (eds.), *Enfermería y antropología* (pp. 141-162). Barcelona: Icaria.

- Velasco, H., Díaz de Rada, A., Cruces, F., Fernández, R., Jiménez, C. y Sánchez, R. (2006) *La sonrisa de la institución*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Velasco, H. (2007) *Cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad de las culturas*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Velasco, H. (2010) Los procesos de construcción y deconstrucción del cuerpo en perspectiva antropológica, en Martínez, J. y Téllez, A. (eds.), *Cuerpo y cultura*. Barcelona: Icaria.
- Vélez, E. (2007). Donación de órganos, una perspectiva antropológica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(3), 19-25.
Recuperado en 02 de febrero de 2021, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000300004&lng=es&tlng=es.
- Wittgenstein, L. (1997). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Trotta.
- Wong, K. (23 de mayo de 2017). ¿Por qué es tan difícil aceptar nuestros errores? *The New York Times*. Recuperado de
<https://www.nytimes.com/es/2017/05/23/por-que-es-tan-dificil-admitir-nuestros-errores/?ref=nyt-es&mcid=nyt-es&subid=recomendados&mccr=inicio>
- Zabalegui, Adelaida, (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichán*, 3 (3), 16-20. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130304>

