

EUTANASIA.
CIENCIA, DRAMA Y RESPONSABILIDAD

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA

RAFAEL VEGA GUTIÉRREZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JAVIER GARCIA DE ALBA GARCIA



Guadalajara, Jalisco, octubre de 2000

© D. R. 2009 Rafael Vega Gutiérrez

© D. R. 2009 CIESAS
Juárez 87, Tlalpan
México, DF 14000

ISBN: 978-607-486-056-6

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

En el otro extremo del espectro interpretativo que aquí se critica, estarían aquellas posturas que en respuesta al determinismo biológico plantean un determinismo cultural. Para éstas, los organismos al formarse son como una hoja en blanco donde la cultura y lo social imprimen una forma. Pero desde cualquiera de las dos posturas se reedita la falsa dicotomía de lo social y lo biológico que en alguna medida traduce la dicotomía entre lo natural (genético) y lo adquirido.

Jaime Breilh

Reproducción social y salud

...y en la calle poco a poco
somos mucho más que dos
somos mucho más que dos

M. Benedetti

ÍNDICE DE CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
PRÓLOGO.....	11
PREFACIO.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
I. LAS DEFINICIONES DE LA VIDA.....	25
Del nombrar la necesidad.....	25
Las definiciones en el tiempo.....	29
Métodos de comprobación de muerte.....	31
Suspensión de las grandes funciones.....	37
Los signos de muerte.....	37
El poder de las definiciones.....	41
Conclusiones.....	43
II. LAS IN-POSTURAS DE LA VIDA.....	45
Primera parte.....	45
La eutanasia, un problema de definición.....	45
Segunda parte.....	52
Las posturas ante la decisión de la vida y la muerte.....	52
Las posturas laicas.....	54
La postura judeo-cristiana ante la eutanasia.....	60
Conclusiones.....	67
III. DESCIFRANDO LA MIRADA MÉDICA.....	73
El contexto de la diferencia.....	74
¿Cómo se dan los hechos?.....	78
Conclusión.....	87

IV. LA PRÁCTICA SOCIAL DE UNA CIENCIA	91
Voces de pasillo	91
Del campo al laboratorio, del libro al consultorio	93
Los médicos, su grupo y sus valores.....	96
Formas de relación	104
Conclusión.....	106
V. ENTRE CIENTÍFICOS Y ARTESANOS.....	109
Los valores tecnológicos	109
El infarto	111
De ciencia y otras razones.....	117
Las formas de decisión	121
Conclusión.....	128
DISCUSIÓN FINAL	131
I.....	131
II.....	135
III	137
IV	138
V.....	144
APÉNDICE.....	149
Don Roberto	149
Don Roberto González, ejido El Chico, municipio de Casimiro Castillo, Jalisco*	157
Notas	190
ANEXO DE DEFINICIONES.....	195
BIBLIOGRAFÍA.....	199

ABREVIATURAS

AVC	Accidente vascular cerebral
BH	Biometría hemática
CG	Cirugía general/Cirujano general
ECG	Electrocardiograma/Electrocardiógrafo
EGO	Examen general de orina
FC	Frecuencia cardíaca
FR	Frecuencia respiratoria
IAM	Infarto agudo al miocardio
MB	Médico de base
MI	Medicina interna/Médico internista
MIP	Médico interno de pregrado
NPT	Nutrición parenteral total
PVC	Presión venosa central
QS	Química sanguínea
RCP	Reanimación cardiopulmonar
TA	Tensión arterial
TS	Trabajadora social

AGRADECIMIENTOS

Expreso un profundo agradecimiento para con el doctor Luis Vázquez, el doctor Witek Jacorzynski y el doctor Javier García, de cada uno recibí extensos y puntuales comentarios sobre la forma y el contenido de este trabajo; igualmente agradezco a Mauricio López por su lectura minuciosa del texto y sus comentarios.

A los pacientes y a los médicos que animaron, con su práctica cotidiana, este esfuerzo por comprender lo que en cada día se vive y se muere: gracias.

Gracias al Conacyt por la beca que permitió realizar los estudios de posgrado.

PRÓLOGO

¿Es preciso abrazar el relativismo epistemológico siempre que abordamos la razón propia de un grupo social en estudio? Como antropólogo sociocultural adiestrado dentro del el relativismo cultural (léase ontológico), pareciera ocioso formular tal pregunta. En apariencia, la respuesta sería afirmativa sin titubeos. Empero, la cuestión puede complicarse si el antropólogo no sólo está familiarizado con la razón de ese grupo en cuestión sino que además utiliza la antropología para trascender dicha razón, en pos de una razón crítica más amplia –no digo que universal, pero sí ética–, que atañe ya no sólo a la razón del grupo estudiado mas a la de las personas involucradas de algún modo con ese otro raciocinio, aun sin ser miembros del grupo estudiado. Situaciones como la esbozada son cada vez más comunes en el mundo intercultural del presente: grupos en apariencia disímiles culturalmente en realidad están interconectados por relaciones sociales activas.

Eutanasia: ciencia, drama y responsabilidad de Rafael Vega Gutiérrez plantea este espinoso asunto, de suyo debatible. Pero al margen de nuestra postura moral al respecto, de lo que él trata es de situaciones, relaciones sociales y actores varios. Para empezar, la eutanasia no es ya un tema que corresponda sólo a los médicos reflexionar. De hecho, ellos lo hacen cotidianamente, y ya no sólo como un asunto sobre sus razones para actuar en situaciones críticas que los obligan a tomar decisiones sobre la vida o muerte de un individuo. Pero que estas razones sean motivo de análisis por el autor, se debe a que comparte una socialización profesional en medicina, por tanto sabe lo que es ser miembro del grupo estudiado. Pero resulta que su etnografía de tales situaciones lo obliga a sensibilizarse tanto con respecto al “punto de vista del médico” como, asimismo, al “punto de vista del paciente”, y aun al “punto de vista del familiar del paciente”, todos los cuales están posicionados en esas condiciones límite de lucha por la vida. Por lo que él muestra, podemos saber que no necesariamente estas visiones entran en la negociación de las decisiones, y las más de las veces ni siquiera negocian las razones para actuar. Entonces, se impone una ética de comunicación y comprensión mutua que es más bien inusual, simplemente porque no se le practica normalmente. Así las cosas, lo que puede ser racional para los médicos puede no serlo para los demás involucrados en la situación crítica. No digamos para los que sufren la pérdida, sino sobre todo para quien sea el personaje central del encuentro social. Si, como ha afirmado John R. Searle, hay de por medio un estado de akrasia –imposibilidad de algunas personas para obrar de acuerdo con lo que creen es correcto–, cabe preguntarse qué sucede con el libre albedrío que debería acompañar al paciente, que está en una situación tal que no puede decidir por sí mismo y depende de las decisiones de otros, incluso con algo tan central como es lo más valioso de su individualidad, su propia existencia.

Las situaciones planteadas difieren del todo de aquellas en las que el paciente puede intervenir en la toma de decisiones. Éste es el caso de la eutanasia asistida, que no sin dificultades ha ido siendo reconocida por ciertas legislaciones en las que de por sí los sistemas legales eran proclives al reconocimiento pleno de las garantías individuales. No son, por cierto, el objeto central de su reflexión ética. Se refiere en cambio a acciones donde se practica la eutanasia, pero donde el personaje central está marginado y sujeto de otras decisiones, incluso tomadas con rapidez, dada la urgencia de la intervención. El autor apuesta por considerar alguna dosis ética —ética de la situación crítica—, así sea la del simple sentido común. Pero justo es decir que el margen para valorizar algo más que la maximización de la existencia es pequeño, demasiado pequeño. En todo caso, amerita una tercera razón para comprender el dolor ajeno, pues ocurre que éste es subestimado. Quizás el problema radica en considerarlo ajeno, cuando es algo propio de la condición humana que todos los actores comparten, los médicos, los pacientes y su público.

¿Qué clase de estudio es éste, entonces? En gran medida se expresa en términos éticos. Por momentos pareciera que pertenece al campo de la filosofía, por lo demás imposible de soslayar. No pertenece tampoco al campo de la antropología médica, campo a caballo entre la ciencia médica y la indagación social de determinados grupos sujetos de acciones de mejoría de la condición de su salud. Mas si apreciamos con detenimiento, la propia etnografía practicada está enfocada a la comprensión de situaciones, formas de trabajo y modos de razonamiento puestos en práctica según características de las mismas situaciones. En ese sentido, tiene algún punto en común con las sociologías de la medicina, sobre todo cuando abordan la institución hospitalaria y cómo ésta impone ciertas reglas para sus miembros. Pero de nuevo, como el libro lo demuestra, las situaciones parecen escapar al modo como piensa la institución. Desde esta perspectiva, más bien se diría que las acciones rutinarias y emergentes son las que estructuran a la institución hospitalaria, no al revés. No descarta el cómo pesan sobre tales acciones las reglas prefijadas, la socialización profesional y aun las jerarquías del cuerpo médico. Pero aquí lo central son las acciones que la situación impone. Y hasta pareciera antitético que una institución dedicada a la salvaguarda de la vida, en realidad también recurre a la terminación de la misma.

Lo suyo, en suma, se aviene mejor con la etnometodología. La partícula “etno” no debe malinterpretarse aquí. Se refiere entonces a lo que la gente conoce y cómo procede. Al abordar los procedimientos de la racionalidad médica, en realidad está abordando un razonamiento práctico que tiene mucho que ver con el trabajo ordinario en el “laboratorio de la vida” donde se conjugan teoría, métodos y datos. Han sido precisamente los estudios etnometodológicos los que se han interesado en dar luz sobre la “organización de la muerte” en hospitales, las categorizaciones formales e informales de los pacientes y la diagnosis y las prácticas médicas. Todo ello parece, en efecto, muy antropológico. Pero los así llamados estudios del trabajo de la etnometodología poseen un requisito que difícilmente cualquier antropólogo puede satisfacer. Me refiero a lo que Harold Garfinkel denomina “requisito único de adecuación”, que significa que el observador sea

competente en el campo que investiga. De no ser así, muchísimos aspectos de la praxis científica corren el riesgo de quedar opacados si no es que ignorados de plano por el estudioso. Este requisito lo consigue el antropólogo usando en su favor la extrañeza de una sociedad culturalmente diferente, pero al costo de pasar varios años actuando como si fuera miembro de esa sociedad, hasta conseguir comprenderla desde dentro. En el caso de los estudios del trabajo, en especial del científico, ello implica mayores exigencias porque no basta con aprovechar la extrañeza sino que se requiere competencia. ¿Habría que estudiar medicina para entender a los médicos? Ésa es la cuestión planteada. Este estudio cumple con creces con dicho requisito.

¿Debería entonces suscribirse el principio de relatividad que mencionamos al comienzo? Pienso que no. La observación naturalista que se realiza por medios etnográficos no indica que sólo un médico pueda estudiar a los médicos, un brujo a los brujos, una mujer a las mujeres, o un gay a los homosexuales. Si ésas fueran las condiciones del conocimiento antropológico, éste quedaría reducido a grupos a los que el antropólogo es miembro de antemano. Y no necesariamente un grupo se plantea conocerse cómo es. Y que uno de sus miembros lo consiga. La normalidad del trabajo rutinario puede ser un impedimento antes que una facilidad. Incluso la reflexividad practicada no se traduce en reflexión, porque una cosa es explicar una práctica y otra muy distinta tomar conciencia de ella. Es justo en este matiz donde adquiere relevancia que el requisito de adecuación sea mucho más que ser miembro del grupo. En todo caso se trata de un observador capaz de conocer la organización del conocimiento pero también de trascenderlo. Aquí sabemos cómo piensan los médicos, pero al mismo tiempo plantea cómo piensan los que recurren a ellos en situaciones de emergencia. Es, en suma, un estudio de la racionalidad del trabajo médico hecho para comunicarlo con la racionalidad de sus usufructuarios.

Lejos de pretender poner en claro cómo todos han de obrar al estar en situaciones así extremas, lo que plantea Luid Vega en *Eutanasia: ciencia, drama y responsabilidad* es la formulación de un problema. Plantear bien un problema puede ser la manera de comenzar a resolverlo. Pero, asimismo, hay que cavilar que no todos los problemas tienen una solución satisfactoria. Sin embargo, queda claro que urge que la reflexividad médica se convierta en reflexión. Acaso ésa sea la única manera comprensiva de plantearse las consecuencias sociales de determinadas acciones racionales de los individuos con determinados conocimientos. La otra parte corresponde, por fuerza, al mundo del paciente. En consecuencia, un estudio así también compete a ese mundo relacionado. Al hacerlo, igual amerita reflexión. Esta reflexión común puede empezar por leer lo que Rafael Vega Gutiérrez nos viene a relatar.

Luis Vázquez León

CIESAS de Occidente

Guadalajara, Jal., Septiembre 5, 2001.

PREFACIO

Al iniciar el proyecto de investigación cuyos resultados aquí presento, me propuse dilucidar las ambigüedades que surgen ante el caso de la eutanasia. Mi interés era encontrar algunas respuestas que pudieran explicar por qué los humanos tomamos decisiones sobre la vida de los demás. Si bien no encontré todas las respuestas que me hubiese gustado, sí definí algunas preguntas que se relacionan con el tema en cuestión y que no había considerado antes.

Mi propósito era sentar las bases para una investigación más amplia –aunque no sé si algún día pueda concluirse–. Las rutas que siguió este proyecto fueron modificándose de manera imprevista; las notas preliminares de pronto un día se volvieron inservibles, para semanas o meses después convertirse nuevamente en guías de análisis y observación. Este trabajo me ha sido muy difícil y me ha generado diversos estados anímicos, algunos no del todo agradables; sin embargo, ha resultado ser una experiencia comprensiva, a veces vertiginosa que, de ser necesario, repetiría.

Sobre este tema, la eutanasia, se ha escrito mucho, pero me parece que es poco lo que sabemos de eso que se ha escrito, poco reconocemos de ese saber y, en ese sentido, sabemos poco de lo que ya se conoce. A partir de esta reflexión establecí la búsqueda bibliográfica, incluso consciente de que nunca lograría encontrar todo lo que se ha escrito sobre el tema, de que por cada libro que encontrara dejaría muchos sin leer, y de que quizás en estos últimos estuvieran las repuestas a mis preguntas, o tal vez encontraría más preguntas y nuevas líneas de acercamiento al tema. Pero toda búsqueda es así, siempre dejaremos algún artículo, algún libro o reseña pendiente de leer y, quizás, y esto es a veces lo más preocupante, siempre habrá ese libro que nunca debimos dejar de lado. Pero eso es algo que no sabremos sino hasta después de haber terminado y dado a leer nuestro trabajo.

Debo decir, también, que las referencias etnográficas sobre temas semejantes no son tan abundantes como me hubiera gustado:¹ no hay muchas descripciones sobre esos momentos en los que los médicos deciden, literalmente, sobre la vida de otros en el contexto hospitalario. Y ello conlleva un doble juego de ventajas y desventajas pues, por un lado está la oportunidad de narrar y transmitir algo un tanto novedoso para los lectores, pero por otro está el problema de no poder presentar una recapitulación que posibilite al lector establecer una comparación con lo anteriormente escrito sobre el tema que aquí presento. Esto expone al trabajo narrativo a una

1. Una de las más recientes que he podido consultar, gracias a la referencia del doctor Luis Vázquez, y que se acerca en parte a la descripción de este tema, es la de Goodwin (1998), quien relata algunas experiencias en una Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Penrose, en EU. A diferencia de la antropología, en la sociología y en la historia de la medicina es ya una tradición bien establecida la descripción de estas situaciones.

crítica más severa y a una lectura más minuciosa que se sustenta, no tanto en una comparación de trabajos similares precedentes, sino en la posibilidad heurística que brinda la poca frecuencia de este tipo de etnografías, de lo que se pudo haber hecho. Consciente de esto presento mi trabajo, no con un sello de investigación original y legítima sino como un esfuerzo intencionado hacia la mejor comprensión de nuestro hacer humano, más que de la explicación o medición, y no como un precedente de cómo se deben abordar estos problemas.

Esto no puede ser, me parece, de otra forma, toda vez que los sujetos de este estudio son seres humanos que disfrutaban su trabajo, pero que también se dolían y deprimían ante el dolor ajeno, y en esas formas tan humanas que tenemos de evitar –y evitarnos– el dolor, se inscriben las acciones y decisiones referentes a la vida. En estas situaciones es difícil posicionarse de manera relativa con el fin metodológico de lograr ser objetivo de la realidad de los actores, por lo que fue necesario tomar un punto de referencia y con éste la responsabilidad ética y moral que implica sostenerse en ese mundo de observación. Hago hincapié en este punto porque creo que una actitud de objetividad absoluta es metodológica y epistemológicamente imposible, además de que su intento representaría una evasión de la responsabilidad ética que implican nuestras acciones de investigación y relación.

INTRODUCCIÓN

Y ya que vamos a hablar de esto, es preciso poner un poco de orden. Ya sé que corro el riesgo de no ser objetivo y contar sólo mi verdad, pero no toda la verdad. Así que vamos a contarlo despacio, ya que cada quien irá encontrando su parte de verdad, porque si comenzamos a cuestionarnos no contaremos nada. Vamos a contestarlo sin preguntas de por medio y quizás así encontremos la otra mitad de la verdad, o al menos un pedazo que le sirva a ella.

Julio Alberto Valtierra
Cuando la música termina

I

Para iniciar plantearé y comentaré dos cuestionamientos: ¿pueden combinarse al menos dos conjuntos de lectores y dos propósitos diferentes?, ¿es posible utilizar ciertos espacios de intersección humana para vincular áreas de conocimiento que en apariencia no tienen cruce alguno? Presento aquí una idea a este respecto, a partir de la propuesta de que se pueda considerar la intersección del conocimiento técnico-científico y su aplicación, en el espacio hospitalario, como punto de encuentro de las ciencias sociales y de las ciencias naturales. Éste espacio, me parece, se adecua muy bien para el análisis epistemológico y para el examen de las formas como se relaciona el conocimiento teórico con el mundo observable. Así, se posibilita el análisis de las formas en que los individuos se apropian de los conocimientos teóricos, dentro de una institución médica, y de la manera en que de esa apropiación entran los criterios de racionalidad científica. Lo anterior, en función de encontrarse precisamente en la intersección de dos mundos de vida y en donde lo que se juega es precisamente eso, la vida.

Esto refleja cierta importancia, toda vez que las reglas de la ciencia tienen una lógica, un valor y un significado, pero el cumplimiento de esas reglas, pareciera, en la práctica tienen en sí mismas otra lógica, otro valor y otro significado, que distan mucho de los primeros. Y es en esta distancia en la que se debe dilucidar y comprender las razones y las decisiones que se toman concernientes a la prolongación o al cese de la vida e, incluso, a la definición de la misma. Los modos de mediación con el paciente, que en la práctica intentan salvar esa distancia entre formas teóricas y observables, están determinando y condicionando el tipo, la forma y la calidad de atención.

Dos de estos modos de mediación son la tecnologicada (o instrumental) y la burocratizada. La primera, utilizada en presencia del paciente, propicia una cosificación, una transducción del individuo hacia constantes vitales medibles y graficables por medio de aparatos y sistemas. La

segunda, por su parte, cuantifica, estadifica y establece porcentajes con relación al individuo/paciente; lo pierde de su ángulo visual y se aleja de su “objeto de trabajo”. Aunque la diferencia entre ambas posturas sólo es cuestión de grado, debido a que las formas de concebir al Otro/paciente van acompañadas de una degradación de la individualidad a merced de la generalidad del signo y del síntoma, casi *in vitro*, del signo y síntoma *in vivo*; es decir, a su cuantificación estadística o porcentual y a su traducción a representaciones gráficas manipulables por la mediación tecnológica. En este sentido, también las formas de administración estarían tecnologizadas en sus procedimientos y sistemas de ordenación de datos, tanto en su conceptualización como en su posterior graficación y presentación por medio de ordenadores y programas diseñados para tal fin.

II

Los intentos por regenerar las formas de comunicación del trabajo de campo y, junto con ello, el papel de los informantes, han ido permeando poco a poco diversos espacios académicos hasta convertirse en una opción más o menos definida para la expresión de los resultados. Entre las más recientes están las propuestas de los posmodernos, de los dialógicos, la interpretativa, entre otras. Una constante en todos éstos es la apropiación de formas del lenguaje que permitan una mejor comunicación entre el investigador y él o los sujetos de estudio, también se insiste en la validación de la voz y de la autoridad de los sujetos sobre sus propias conclusiones de la realidad y de la investigación. En este intento comunicativo, intencionalidad cifrada en formas de escritura y narración, está una postura ética ante los lectores, pero también un esfuerzo, de parte del escritor, de comprender al Otro y de ser comprendido. Para ello explícito mis supuestos y evito las formulaciones retóricas que envuelven convenciendo y describiendo el dato.

Pero aparentemente esto no es suficiente para todos, o cuando menos este modelo no funciona para toda clase de lectores, actores, academias o tipo de investigación. Algunos actores no sólo requieren eso, sino también la participación activa en la construcción del modelo de expresión de los resultados; por ello, la propuesta dialógica, entre otras, ha sido la de incluir la voz del Otro en el informe de investigación. En este trabajo la opción que decidí seguir para la presentación de resultados intenta acercarse a los objetivos de las propuestas anteriores dado que son los sujetos de estudio quienes se ven más involucrados, pero también se insiste en que cierto tipo de eventos, que se intenta describir, sólo pueden ser comprendidos. Es aquí donde importa lo que se dice, a quién se dice, para qué y cómo lo dice.

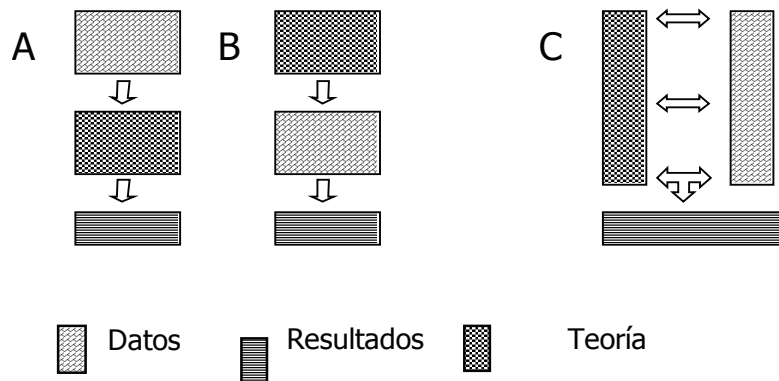
La propuesta de exponer de forma sincrónica completa y narrativa los datos de campo —en una etnografía en el Apéndice— y las posturas teóricas relacionadas con esos datos, así como las acotaciones contextuales en función del tipo de “escenarios” que se van a describir, es un modelo

que se torna útil en la medida que permite ir construyendo, a lo largo de la exposición narrativa, el marco teórico y analítico con la intención de ir comprendiendo lo que “está pasando”.

Este modelo de exposición se diferencia esquemáticamente de otros dos ampliamente usados para fines semejantes. En el esquema que presento (Fig. 1), el modelo A se caracteriza por una secuencia que expone en un primer momento la teoría y después los datos, para concluir con los resultados. Con todo, me parece que este modelo tiene ventajas y desventajas: si bien permite crear un marco teórico *a priori* que será confrontado con los datos, que pueden ser o no presentados de manera completa, esta comparación puede terminar en un ajuste del dato a la teoría o en la negación de la funcionalidad de esta última. Esto, claro está, dependerá del propósito de la investigación, de su objetivo para verificar y proponer nuevas teorías al respecto. Pero también puede funcionar como un marco constrictor de los datos y no permitir en su exposición una amplitud que posibilitaría al lector el formar sus propias conclusiones. Si bien la selección de los datos que se quieren presentar es una tarea siempre excluyente y clasificatoria, debido a la imposibilidad de presentar todo lo que el investigador “vio y escuchó”, este modelo pareciera facilitar la selección en función de la negación o aprobación de la teoría.

Figura 1

Formas de exposición



En el modelo B, donde el dato precede a la teoría, se pueden aplicar también algunos de los comentarios anteriores, agregando que probablemente se trate de un orden donde se da prioridad al dato sobre la teoría, lo que representaría una postura que significativamente valida a una sobre otra, menguando las posibilidades de discusión teórica y de comunicación, de comprensión y análisis de la realidad. Con todo, esta postura llevaría en sí misma una propuesta teórica que implicaría la unicidad de cada evento y realidad observables, para de esta forma asentar que tendría que haber tantas teorías como realidades que explicar. Con esto no digo que todos lo mo-

delos B tengan este propósito, sino que es un riesgo epistemológico derivado de la metodología de exposición y que se asume, consciente o inconscientemente, con una postura ética de cómo podemos conocer la realidad.

El modelo c de estructura expositiva, basada en notas teóricas y de discusión, paralelas a la descripción etnográfica, no es una propuesta nueva. Éste es un modelo utilizado desde hace mucho tiempo por historiadores y antropólogos. Más recientemente, en los trabajos del neuroantropólogo Oliver Sacks se ha utilizado esta forma de exposición con la intención de hacer más comprensible para el lector, iniciado o no en los temas de la neuroantropología,² pero también como una forma de correspondencia entre el modo que conocemos en el nivel neurológico/cognitivo y el modo en que damos a conocer los resultados. De esta manera se logra tener un conocimiento narrativo que se acerca más a la forma de cómo aprendemos.

Este modelo, como los anteriores, implica también riesgos y compromisos éticos que no se desconocen sino que, al contrario, se asumen de manera consciente. El peligro de equiparar, en cuanto a valor de uso, la teoría con los datos está presente, así como el riesgo de correspondencia forzada y sincronizada. Pero lo que se intenta es una postura analítica y epistemológica que implica el reconocimiento de que la realidad no está fraccionada y que nuestros acercamientos teóricos a ella están condicionados por una dimensión temporal y espacial; así como que esta dimensión a menudo es olvidada y obviada en la presentación que de los datos hace el investigador/escritor, pero que en su asimilación por el lector/interlocutor es necesario reconstruir de manera cognitiva. Reconstrucción que no podemos asegurar que se realizará con éxito todas las veces. El modelo c de presentación se asemejaría más, en este sentido, a la forma en cómo conocemos la realidad, al patrón cognitivo de reconocimiento del mundo observable, lo que es ya una ventaja en la comunicación de resultados, tanto para el lector como para el investigador.

Desde mi perspectiva, el fin de la investigación es la generación de formas de comprensión y de progreso del conocimiento humano, entendiendo este conocimiento de la manera más amplia, así como el progreso no de manera unilineal ni unidireccional —en este sentido las formas de comprensión son múltiples y similares—, y si la estructura narrativa de nuestra vida nos permite conocernos y comprendernos, no veo por qué no ha de ser utilizada en la exposición de los resultados de éste o cualquier otro trabajo.

2. En un caso particular, *Un Antropólogo en Marte* (1977, Barcelona, Anagrama), las anotaciones son, en su mayoría, a referencias de carácter neurofisiológico y neuroanatómico, así como a descripciones pormenorizadas de la sintomatología de los actores involucrados en el tema. Sin descuidar las contextualizaciones históricas de las vidas de sus informantes. En otro de sus libros, *The Island of The Colorblind* (1996, Nueva Cork, Vintage books) dedica sesenta y seis páginas a notas referentes a temas geográficos, antecedentes de estudios similares y referencias fisiopatológicas que se discuten entre neurólogos sobre la etiopatogenia y repercusiones cognitivas de la ceguera al color. El formato de exposición de estas obras, entre otras, permite al lector dilucidar en el transcurso de la lectura, las interrogantes que de carácter neurológico o altamente específicas al tema se van presentando, al mismo tiempo que permite la captación de las formas y el significado que adquiere el lenguaje especializado para los involucrados en la investigación.

III

Hacer explícitos los supuestos de nuestro diálogo, de forma que se eviten equívocos y analogías nunca propuestas, es un estilo poco común en las ciencias duras y las mal llamadas blandas.³ Los resultados de cualquier investigación que se realice, tarde o temprano deben formularse en términos del lenguaje escrito; en función de su origen académico, y de acuerdo con los cánones de su área específica. Esta necesidad de expresión se matiza con ciertas peculiaridades en la estructura de las oraciones que se manifiestan según el tipo de ciencia o de disciplina de que se trate, en sus formas discursivas o retóricas que bien se pueden ubicar en algún género literario.⁴ Esta idea de que a cada grupo de académicos o de científicos le correspondería un estilo de escritura, se ve reforzada si consideramos que la ciencia no se reduce a un constructo formal,⁵ sino que también es una actividad llevada a cabo por comunidades de investigadores (Fleck, 1986:10), y es de éstas, en sus pensamientos colectivos, de donde se adquieren las estructuras sociales y psíquicas que los han de caracterizar y normar en sus discursos.

Cada área de las ciencias tiene una base de conocimientos del lenguaje y de la realidad, a la que los científicos quieren contribuir; pero necesitan hablar el mismo lenguaje si quieren ser comprendidos (Cristal, 1978: 380). Parte de esta postura, la de mantener las mismas dinámicas expresivas, es la que le confiere la posibilidad de comunicación hacia dentro del mismo grupo, así como la imposibilidad, en buena parte de los casos, hacia fuera de éste. Agregándose además que la metodología de cierto tipo de ciencias —exactas, naturales, por ejemplo—, con su demanda de objetividad, investigación sistematizada y mediciones exactas, le implica algunas consecuencias lingüísticas tales como afirmaciones impersonales, exposiciones lógicas y precisión descriptiva; evitación de las expresiones de humor, figurativas y los aspectos personales del lenguaje (*Ibid.*: 381).

Lo anterior se puede ir descubriendo en menor o mayor grado según la clase de comunidad científica de que se trate. Así, por ejemplo, mientras para los investigadores de fenómenos físicos o químicos, el uso de la voz pasiva es la estructura más adecuada para sus resultados (*se vertió la solución sobre el matraz*), para los humanistas lo es el de la voz activa (*nosotros presenciamos el cambio de autoridades*). Así, el uso de la voz pasiva da como resultado formas impersonales, contrario a lo que sucede con la voz activa. Sin embargo, en ambas estructuras la complejidad y la fuerza residen en el sustantivo de la frase. Es decir, en tanto la descripción se define implícitamente, en el caso de la voz pasiva (que sugiere intersubjetividad), cualquiera que hubiese estado ahí hubiera

3. En este caso no entramos en más definiciones que las que el sentido común (científico) nos dice sobre esta arbitraria diferenciación entre dos facetas de un mismo evento. Moles, por ejemplo, le llama ciencia establecida y ciencia en construcción, y dice: “las llamadas ciencias ‘exactas’ y las ciencias ‘inexactas’ no son más que dos etapas genéticas de lo que se considera como pensamiento científico a secas” (Moles, 1995: 42,52).

4. Véase al respecto: Mulkay *et al.* (1983), y Cleason *et al.* (1996).

5. Nos apropiamos para este trabajo de la definición de ciencia que da Nader (1996:1): “La ciencia es conocimiento sistematizado, un modo de investigar, un hábito de pensamiento que es privilegiado e idealizado”.

podido describir lo mismo; en la voz activa, la presencia del expositor es lo que valida la observación, el estar ahí. La diferencia es sólo morfológica. Bien podríamos decir, entonces, que en buena medida es el tipo de escritura, de discurso, lo que confiere estatus y lo instaaura, al lenguaje y al conocimiento, como un medio de expresión y de validez universal.

Esta persuasión del lenguaje de las ciencias está matizada por un sentido ideológico en relación directa con su concepto de cómo es el mundo y de cómo debe vérselo. Este efecto de la escritura (tácito e inconsciente, pareciera) se logra por medio de ciertas estrategias narrativas y de una maquinaria retórica. De esta forma, la influencia que se ejerce no deviene, únicamente, de la estructura teórica de tal o cual discurso, sino del uso que se hace del lenguaje con que ésta se expresa. El lenguaje es, así, casi un instrumento (con valor de uso),⁶ un conjunto de instrumentos, dice José Hierro (1982:112-114), para armar una inmensa variedad de juegos lingüísticos.

Dentro del contexto hospitalario, las formas de expresión verbal tienen un matiz particular que la mayoría de quienes somos ajenos al medio identificamos como de un tono dictatorial y de superioridad. El análisis de este tono no se limita a la variación fonética de la enunciación o la acentuación de las palabras, sino que se extiende al significado contextual, con carga histórica, que tiene la voz del médico. Es esa manera de darse importancia, no del médico en tanto individuo, sino de la que se asume en tanto saberse poseedor y representante de conocimiento y de un significado. Así, sus conocimientos de la fisiología, de la patología del cuerpo humano, han revestido sus opiniones con un valor de autoridad casi indiscutible. Tal tono, dice Derrida (1994:20), es cierta inflexión socialmente codificada para decir tal o cual cosa determinada. De aquí que lo que dicen, o cómo se oiga, hace referencia a signos sociales de dominación y autoridad. Pareciera que este tono se desprende del conocimiento y manipulación del hecho científico, del dato corroborable y anticipado que asegura el control sobre las constantes vitales del otro.

Esto adquiere un profundo cariz manipulador cuando el médico dictamina qué y cómo ha de hacerse con la vida del otro. Dicho tono es resultado de la mezcla de la voz de la ciencia y la de una profesión que se apropia de ese conocimiento y lo maneja en condiciones que históricamente le han permitido un ejercicio de autoridad y dominación sobre las definiciones y los significados —quizás esto sea lo más importante y terrible— de estar sano y enfermo, estar vivo o muerto.

Conforme este discurso monotonal, la medicina y quienes la representan contextualmente asumen una práctica que dicta las reglas de la descripción, que ordena la forma en que se ha de revisar al paciente, ese genérico que funciona como objeto de su acción y que, por tanto, es necesario controlar. En el caso de un paciente grave, el tono de la voz no sólo describe, define y significa, sino que también anticipa y predice lo que ha de suceder, todo en una construcción

6. Tim Ingold explica que si el lenguaje es un instrumento no sólo para la disseminación de pensamientos sino para su producción misma, entonces la posesión del lenguaje debe ser un prerrequisito para el origen de la imagen cuya ejecución autoconsciente concluye con la aparición del artefacto (1991:409).

causal, hipotética deductiva, que le otorga gran valor a sus enunciados. En el contexto hospitalario, en el ámbito de la salud/enfermedad, esto tiene el peso suficiente para invalidar cualquier duda del paciente que pudiera infiltrarse en el pronóstico, con respecto a la predictiva habilidad que se ostenta.⁷

La estrategia tono-discursiva se puede leer en sus libros de medicina, en sus exposiciones científicas, en sus formas de envolver los pronósticos, en la retórica estadística y probabilística, que metonímicamente convierte a individuos en cifras, en porcentajes, en gráficas, en bits, en factores de riesgo para otros individuos. Por esta vía se convierte en un presagio cientificista que se aleja mucho de la duda teórica, de la incertidumbre que rodea a la expectativa del resultado de investigación científico innovatorio, está aún más lejos de la relación de dependencia que siempre existe entre el sujeto y su objeto de trabajo. Lo que vemos, entonces, es que la práctica científica necesita ser redefinida, no puede ser llamada de esta manera pues es, en todo caso, protocientífica, que maneja los conceptos de ciencia sin hacer ciencia. Y en este manejo, por individuos y contextos históricos, encontramos el marco referencial para ese “tono” expresivo en que se envuelve la práctica médica. Así, el conocimiento es el tono, las formas de saber son las que dan los matices “sonoros” y escritos al discurso médico sobre la vida y la muerte.

IV

El objetivo de este trabajo es dilucidar sobre las formas de decisión que tienen los individuos en el espacio intrahospitalario, decisiones enmarcadas en momentos de premura y tensión extrema. La intención es encontrar las causas que activan ciertas modalidades de actuación y de racionalización, cuando se tiene que decidir sobre la vida de los demás.

He dividido este libro en cinco capítulos y un apéndice. El primero tiene la finalidad de rehabilitar la variable social en la comprensión de la vida y la muerte; para tal fin se expone el marco científico de donde surgen las definiciones, sustrato elemental de las de eutanasia, que funcionan como reguladoras del quehacer médico, y se les sitúa en la relatividad de su contexto temporal y espacial. Este apartado también funciona como generador de un lenguaje más o menos común que utilizaré a lo largo del texto.

En el capítulo II se presenta una clasificación de las diversas formas de eutanasia y su relación con estas definiciones, se discuten diferentes posturas ante estas definiciones, se les da perspectiva de problema en su forma de apropiación de tales conocimientos y se define una salida a ese

7. En este contexto no sólo es la habilidad, por medio de la técnica, de predecir el futuro de algo o de alguien, sino el de significar a ese futuro como inmutable. De esta forma es también, y al igual que las profecías o los oráculos, una sentencia inapelable de lo que ha de suceder. Es la certeza de saber, de conocer lo que le sucederá al paciente.

problema de apropiación de conocimientos que hacen otras áreas, no-científicas, del conocimiento descriptivo de la naturaleza.

El capítulo III presenta un análisis pormenorizado de la literatura médica, con el objetivo de mostrar las formas de alteridad que devienen de la aplicación de una teoría científicista sobre el Otro, sobre el paciente. Su lectura posibilitará comprender qué es, y por qué, lo que el médico concibe como paciente. Podremos, por acción o por omisión, según el tipo de lector, vernos identificados en una u otra postura. En el capítulo IV contextualizamos esas formas de conocimiento científico sobre la realidad orgánica —sobre la vida—, y las situamos en la práctica profesional de la medicina, en sus procesos de formación como tales y en sus modos de presentarse ante el resto de la sociedad. Es decir, le damos una perspectiva profesional a un conocimiento sobre la vida que se ejerce en un contexto sociohistórico específico. Hasta este capítulo, la estrategia es que el lector se familiarice con el lenguaje de los médicos, con una práctica eutanática que se posibilita y se maneja gracias a las formas de apropiación de ese lenguaje por una disciplina específica; se contextualiza esta práctica y evidencia su imposibilidad de resolución conforme los términos en que se ha planteado hasta ahora.

El capítulo V es una aproximación a la lógica y los valores de la ciencia, de la racionalidad, que genera, distribuye y aplica el conocimiento que condiciona y determina el tipo de actuaciones que calificamos —en el capítulo I y II— como eutanáticas. La intencionalidad de este orden es demostrar que el dilema de racionalidad, que se plantea ante el acto de decidir sobre la vida de los demás, es irresoluble en los términos en que se plantea. Las salidas al dilema, como en matemáticas, son imposibles. Una propuesta de solución es no entrar en esas formas de racionalidad instrumental que le dan origen, optamos por una racionalidad que reconsidere los fines de sí misma, más recíproca, que deja abierta una infinita variedad de posibilidades derivadas del reconocimiento de la diversidad humana, que es la que permite formas diversas de racionalidad, más significativas. Es decir, la significatividad del acto deviene de la diversidad de los actores; su validez como opción queda fundada en la capacidad casi innata de comprender y de vivir la vida, de significarla. La vida no la presenciamos, la vivimos. Las significaciones y formas de racionalidad que se le derivan son, así, más comprensivas que descriptivas o instrumentales. Una extensa etnografía, cronológica y secuencial podrá encontrarse en el apéndice. Su lectura, anticipada —si así lo desea el lector—, permitiría contextualizar los extractos que se presentan a lo largo de los capítulos IV y V.

I

LAS DEFINICIONES DE LA VIDA

Vamos por partes y reconozcamos ante todo que lo más peligroso para nosotros son las palabras. Hemos de aprender otra lengua que se adapte mejor a la realidad presente. Sabes muy bien que es difícil contar nada con nuestras expresiones habituales.

Czesław Miłosz
El poder cambia de manos

Del nombrar la necesidad

Las definiciones de vida y muerte que sirven de marco de operación del quehacer médico no son asépticas ni ahistóricas, por lo que propongo un inicio exploratorio y definitorio de estos conceptos en el marco sociocultural en donde se originan; con especial interés en la ciencia y la tecnología, ya que éstas funcionan como renovadoras de las definiciones y de sus modalidades de aplicación. Este capítulo tiene, entonces, la finalidad de plantear un marco de referencia contextual intrahospitalario, a partir de la bibliografía, sobre los conceptos de vida, muerte cerebral, agonía y muerte; de la relación entre la ciencia/tecnología y su aplicación en las ciencias básicas, así como, en consecuencia, de las modificaciones de los marcos operacionales de estas definiciones que resultan del efecto de los avances de la ciencia/tecnología.

De esta forma, la revisión bibliográfica tiene, entre otras, dos finalidades principales: establecer un vocabulario común básico de las definiciones técnicas y conceptuales que conforman el marco teórico del quehacer médico e institucional,⁸ así como hacer patente el papel que cumplen estas definiciones como normadoras y constrictoras de sus formas de decisión y del discurso médico sobre la vida. Se incluyen fuentes escritas tanto de carácter *médico académico*, como *médico institucional*.⁹ En este nivel se posibilita el análisis de las estructuras comunicativas dentro de la ins-

-
8. La generación de información escrita es parte importante y fundamental del contexto hospitalario, asunto que justifica y revaloriza la función de la búsqueda bibliográfica en el tema por investigar.
 9. Esta distinción, que utilizo para fines expositivos, se refiere en el primer caso (*médica académica*) a la producción escrita que podemos encontrar en comunicados científicos, como revistas, boletines y gacetas entre otras; y en libros y enciclopedias médicas especializadas y dirigidas más específicamente hacia los médicos en formación. Por *médica institucional* me refiero a la producción escrita de uso exclusivo y local de la institución hospitalaria como tal, en cualquiera de sus tópicos que tengan que ver con el paciente, en este sentido incluyo, entre otros: el expediente clínico, reportes de laboratorio, reglamentos y normas institucionales en su referencia a los pacientes, oficios de comunicación interna, etcétera.

titución y las de los individuos, haciendo hincapié en sus formas especializadas y burocratizadas (formales o informales). Esto reviste importancia en la medida en que se puede correlacionar el discurso institucional y el de sus funcionarios médicos, si bien como ambos son altamente especializados, dificultan la comunicación hacia el “exterior”, lo que les permite acumular un capital simbólico (Hamel, 1983: 53) y real que contribuye, también, a la reproducción de la dominación y la manipulación técnica del paciente.

Otra función importante de este capítulo bibliográfico se deriva de la relación necesaria entre el “hacer” y el “decir”, que no necesariamente debe implicar correspondencia total o parcialmente positiva, ya que se trata de dos lógicas diferentes. En la búsqueda de sus coincidencias y divergencias encontramos elementos de análisis que posibilitan y enriquecen nuestra comprensión del tema. Se desprende de esto, el hecho de una no-necesaria relación de concordancia entre ambas, la institución y sus funcionarios, para el funcionamiento de la institución, cuestión que presenta la posibilidad de problemas comunicativos y contradicciones discursivas, es decir, las derivadas de las acciones y que se traducen en actos de habla (información que obtuve del trabajo etnográfico) y funcionan de esta forma como elementos de comparación con los datos obtenidos del discurso escrito. Un último comentario a esta introducción del capítulo se relaciona con el problema que se presenta en la utilización y la aplicación de definiciones, y que pareciera no estar en la definición misma sino en la dificultad de determinar el significado de los términos usados. Este problema es característico de cualquier definición formal (como algunas de “justicia”, “democracia”, “calidad de vida”, etc.). Esto puede deberse, en parte, a que el papel y la función de estas definiciones son ser lo suficientemente amplias como para poder incluir varias definiciones sustanciales, además de que una de sus características es la de ser descriptivas y no evaluativas.¹⁰ El trabajo de investigación se dirige al análisis de las condiciones y determinaciones prácticas –en el contexto tecnocientífico de la medicina– de los componentes sustanciales de esas definiciones sobre las formas de decisión médica. Por ejemplo, la definición de “calidad de vida”, como normativa, incluye en sí misma definiciones sustanciales de los términos “sufrimiento”, “enfermedad incurable”, “agonía”, etc., necesarios y cuya definición aplicativa es problemática en los contextos referidos. A partir de esta exposición bibliográfica, de su comparación con las

Insisto en que es una separación sólo expositiva, ya que en la práctica se pueden encontrar formas híbridas de comunicación escrita, entre la institucional y la académica, que son difíciles de rastrear. Por ejemplo, en una nota de evolución del estado de salud de un enfermo, se incluyen tanto comentarios extraídos de bibliografía académica como resultados de laboratorio del propio hospital. Este traslape refleja una de las múltiples interrelaciones que existen entre estas dos formas de concebir la medicina. Otra más es la concerniente a los procesos de enseñanza académica dentro de una práctica institucional, sobre este aspecto mencionaré algunos elementos más adelante.

10. La falta de reconocimiento y distinción entre las aserciones descriptivas y evaluativas, es una fuente importante de problemas que se generan en el momento de intentar aplicar definiciones en contextos y situaciones para las cuales no fueron pensadas. Sobre este problema, en el que podemos incluir el tema de la eutanasia, se comentará más adelante.

formas de acción que de ella devienen –en un capítulo aparte– y de las relatorías de los partícipes de la acción se espera lograr una dinámica de triangulación entre lo que se dice que se debe hacer (escrito o hablado), lo que se hace en realidad y lo que se relata que se hizo.

El martes 10 de febrero de 1998, en la página 12 de la sección Opinión del periódico *tapa-tío Público*, apareció una nota titulada “Asuntos de vida y muerte”, del escritor Carlos Fuentes, y que se relaciona con las noticias que desde días antes se habían venido dando con respecto al caso del suicidio asistido por amigos, de un español con tetraplejia desde hacía 29 años. Ramón Sampedro había aprendido a escribir con un lápiz en la boca y de esta manera pudo plasmar su testamento. En éste planteaba algunas preguntas: “¿Qué significa para ustedes la dignidad? Vivir es un derecho no una obligación”, y pedía que no se castigara a quienes le ayudaran: “¿Por qué se va a castigar al prójimo que me ha amado? La conciencia fue mía”. En esta misma nota periodística, Carlos fuentes inserta el caso de Karla Faye Tucker, quien fue ejecutada con inyección letal en el vecino estado de Texas. Termina su nota así: “Karla ha sido ejecutada. Ramón Sampedro ha recibido auxilio para quitarse una vida que le parecía invivible. El Estado y la sociedad pueden quitarle la vida a un ser humano. Pero, un ser humano no puede pedir ayuda para quitarse la vida cuando su sufrimiento físico y su conciencia le dicen: ‘ya no’.

Cuando hablamos de la vida de Sampedro o de la muerte de Karla, las definiciones de estos términos no parecen tener mayor problema, cuando menos desde aquí. Sin embargo, pocas veces se consideran las definiciones del Otro, desde su “allá”, y menos aún que estas definiciones no son absolutas sino altamente experienciales y correlativas. Las definiciones no siempre son neutras, las palabras no son justamente herramientas inocentes que nos permiten describir la realidad; cuando algo se define, se suele asumir una postura y una referencia, ya sea de clase, de poder, de género e incluso étnica o de raza. Las palabras y las definiciones nos ayudan, así, a formar nuestras percepciones de la realidad, de esas formas o situaciones que, concensuadas, necesitamos describir y que existen más allá de las palabras o de las definiciones mismas. Ellas –las palabras y las definiciones– pueden seleccionar y clasificar; hacer hincapié e incluir pre-juicios. Por consiguiente, cuando las definiciones ya no son las mismas para todos, o no describen ni ayudan a comunicar la realidad compartida, es necesario hacer una redefinición. Esto obedece, también, a la necesidad de que el estudio del fenómeno que aquí nos ocupa, sea interdisciplinario, en donde cada disciplina nombra a su objeto de estudio o de trabajo de diversas maneras, el problema y el objetivo son buscar el consenso de las definiciones con la evidencia empírica que nos dice que estaríamos hablando de lo mismo.

La pertinencia de esta revisión, del estado actual de las definiciones de *vida* y *muerte*, obedece a que éstas son el marco conceptual y de acción en el que se inserta otra: la de eutanasia, y en ésta inciden los cambios que sufren las primeras, en su intento de correspondencia con el conocimiento de la fisiología humana. En este sentido propongo un ejercicio nominatorio, descriptivo y definitorio, desde algunas áreas del conocimiento involucradas directa o indirectamente, como

preámbulo para poder hablar de lo que son precisamente los conceptos *vida y muerte*, pues entre ellos se sitúa la cuestión de la eutanasia. Este apartado no pretende ser una lista o un anexo de definiciones, sino intencionalmente mostrar que en relación con la evolución de las definiciones de muerte, de su diagnóstico en el nivel cuantitativo, nos planteamos también la evolución del “muerto”, ese sujeto de la acción que no ha sido el mismo históricamente, ese estatus calificador que define e implica un cese de toda instrumentación médica.

Actualmente ya no hablamos de la misma muerte que antes ni de los mismos muertos. En este sentido, pareciera que la muerte tiene y ha tenido una definición contextual, sujeta y condicionada –también, pero no sólo– a las variables de ciencia y tecnología,¹¹ operantes en un tiempo y espacio específicos. De esta forma, con la consideración de estas variables, propongo que deberían de analizarse los problemas y las posturas ante la eutanasia. De otra forma podríamos cometer el error de definir de manera parcial y sin establecer diferencias, las circunstancias de la muerte y, de ser así, algunos muertos de épocas anteriores estarían más vivos que los moribundos de hoy. Establezco una analogía entre estas formas de definir la vida y la muerte, con el proceso de evolución que han tenido las definiciones de locura y enfermedad.¹² Sin embargo, y dada la irreversibilidad de las consecuencias que tiene un diagnóstico de muerte erróneo, en comparación con el de enfermedad o de locura, es importante profundizar en la clarificación y el análisis de su efecto en relación con la definición de eutanasia en el ámbito intrahospitalario. Insisto en este contexto debido a que es ahí en donde, de manera primaria, se concibe tal acto y en donde tales definiciones de vida adquieren un matiz y un valor que distan mucho de parecerse a los que se encuentran fuera de él.

Las definiciones y concepciones de vida y muerte tendrían, así, cuando menos dos lugares de contextualización definitoria. Me permito homologar estos lugares como “fuera” y “dentro” del hospital,¹³ extendiendo este último hasta las academias formativas de médicos, ya que son éstas las que funcionan como estructuras generadoras y transmisoras formales de conocimiento

11. En este apartado no me ocupo del lenguaje filosófico sobre la muerte, asunto por demás necesario pero que postergaré en función de las características de este capítulo. Intentaré moverme dentro de un contexto sustentado y definido por el lenguaje común y por el de la ciencia.

12. Una extensa revisión sobre la locura, desde la perspectiva de la arqueología del saber y del poder, puede encontrarse en la obra de Foucault (1990, *Historia de la locura*). En esta obra se buscan las raíces que dan forma al estatus y a la posición de la locura desde la perspectiva de la razón y la sinrazón. Para un análisis semejante, del mismo autor, sobre la enfermedad véase Foucault (1997, *El nacimiento de la Clínica*). Pueden encontrarse otros interesantes análisis en Basaglia y col. (1979), y en la revista *Tramas* de junio de 1997.

Para la consulta sobre la transformación del concepto enfermedad, y la adscripción de tal o cual como enfermo, puede consultarse a Dubos (1981). En esta obra el autor sitúa la enfermedad como un fenómeno no meramente biológico sino como aquel en el que lo histórico, lo biográfico, lo individual y lo colectivo, cumplen una función específica sobre la cualificación del enfermo. Para ampliar sobre la visión de la enfermedad como categoría de poder puede consultarse a Waitzkin y Waterman (1981); una perspectiva sociológica se puede encontrar en Soriano (1988 y 1990). Sobre la historia de la medicina y la enfermedad véase a Lyons y Petrucelli (1984).

13. Otro sentido análogo a esta separación se revela al considerar sus respectivos lenguajes, a los que podríamos nombrar como “lenguaje común” y “lenguaje científico”; a cada uno le correspondería una concepción para-

médico y en muchas ocasiones están inmersas en el mismo espacio hospitalario. También incluyo a los medios escritos de difusión de tal conocimiento, como son libros y revistas relacionadas con el tema, materia prima del aprendizaje de la medicina. Por “fuera” incluyo las concepciones legas y no-científicas sobre la muerte, que son las que se confrontan con las de “dentro”, con las que manejan los especialistas.

Es necesario agregar que una premisa del acto de decidir sobre la vida de los demás es la de la evitación del dolor y del sufrimiento. Sentimientos particulares que se intenta definir, tanto por la ciencia en funciones como por los especialistas en la etiopatogenia del dolor. Las definiciones, así, parecieran buscar un lugar en los diccionarios, en las academias, en la práctica médica, para ser tomadas en consideración. Pero tanto aquella de “dolor” como la de “sufrimiento” se vuelven complicadas, la conclusión es que sensaciones como el dolor, entre otras, no pueden ser descritas; no existe ningún lenguaje particular que pudiera servir para describirlas. El que hasta el momento se utiliza para ello es siempre social, no puede ser particular como sí lo es la situación de dolor atribuida al paciente terminal y la situación de los que también lo sufren. En este sentido, hay algo que tanto el paciente terminal como los que lo acompañan consideran importante pero que, dado lo anterior, se vuelve indescriptible e incomunicable.¹⁴ La intención entonces es presentar las definiciones en su sentido social, para posteriormente intentar acceder a esas formas de definición particular –individual– que se manejan en la vida cotidiana del hospital, en esos momentos en que esta vida se ve involucrada en asuntos que ponen en peligro su continuidad, que la llenan de sensaciones difíciles de describir y que de alguna forma las identificamos con el dolor y el sufrimiento.

Una vez considerado lo anterior –con la particularidad y la generalidad de las definiciones–, y como ejercicio introductorio al tema de nuestro estudio, presento la evolución y el estado actual de las definiciones de vida y muerte.

Las definiciones en el tiempo

Antiguamente se reconocía la muerte cuando el corazón y los pulmones no funcionaban. Era fácil hacer un diagnóstico de muerte, de cuándo alguien había muerto. Parecería evidente que, en el lenguaje común, la definición de muerte sería un concepto-conducta, es decir, al hablante común le es más o menos sencillo y fiable reconocer algunos signos, como los siguientes, para saber que algo o alguien está muerto:

digmática de muerte. En tanto la primera es más por medio de signos evaluativos, la segunda se sustenta en signos descriptivos. Más de esta importante diferencia se podrá observar en el transcurso de este capítulo.

14. Un excelente análisis sobre este problema se puede consultar en la obra de Wittgenstein (1988), en especial los capítulos “Sobre juegos del lenguaje”, “Sobre el dolor” y “Lenguaje privado”.

- no respira
- no se escuchan los latidos de su corazón
- su cuerpo está frío
- sus pupilas están dilatadas y no se cierran
- no se mueve

Éstas serían las características contextuales que tendría la aplicación del concepto. Como podemos darnos cuenta, en buena medida el lenguaje natural, el sentido común, es lo que nos permite saber y poder diferenciar al vivo de los muertos. Las reacciones que se derivan ante uno u otro diagnóstico están íntimamente relacionadas y son motivo de este trabajo.

Hoy en día, que el corazón lata, que los pulmones respiren o que el hígado funcione no define a alguien (cuando menos desde la medicina científica) como vivo.¹⁵ De antemano, para la postura científica, la muerte biológica se relaciona con el cese de la actividad bioquímica que sostiene la existencia de un ser vivo; es la interrupción de las funciones de todos los tejidos del cuerpo. Pero en el proceso de morir, los diferentes tejidos se deterioran asincrónicamente, por lo que es difícil determinar el momento preciso de la muerte. Entonces, ¿cuándo muere un organismo? En cada definición que hacemos se escapa el fenómeno. Y lo que complica aún más el asunto de la definición y del evento es que “lo normal” es morir de algo “anormal”.¹⁶ Antes era fácil decir que se moría de viejo o de muerte natural, pero si se realizara una autopsia en cada caso, se encontraría alguna alteración anátomo-fisiológica. La muerte por vejez no existe.

¿Puede la ciencia evitar la muerte? Lo que hace la medicina para alargar la vida es reponer los mecanismos de reparación del cuerpo, cuando éste ya no es capaz de hacerlo (la senectud, inmunodeficiencias y otras patologías, por ejemplo). Una causa importante de muerte es que el organismo deja de repararse con la rapidez que se requiere. La cuestión no es reducir la causa de muerte a la falta de reparación del cuerpo, sino a que la reparación tiene una función en términos filogenéticos, y es que ésta es necesaria en tanto el individuo se está reproduciendo. Así pues, la ciencia no alarga la vida intrínsecamente. Tal pareciera que la especie humana está programada para vivir de 80 a 90 años en términos medios. Lo que hace la ciencia es permitir que más gente llegue a esa edad, a costa de reponer los mecanismos de reparación que el cuerpo ha dejado de aplicar.¹⁷

15. No podemos olvidar lo que preveía Fitzpatrick (1990:32) cuando apuntaba que “los mundos separados de experiencia y de referencia del lego y del trabajador profesional [de la medicina] se hallan siempre en conflicto potencial recíproco”. Ubicando la reciprocidad en la incomprensión mutua, aunque en desventaja para el lego, en términos de su posición y su condición, en el momento de la interacción.

16. Actualmente las patologías del corazón son la primera causa de muerte en el país. De alguna forma, esto es percibido por mucha gente, cuando menos en los ambientes académicos; así, en alguna ocasión un sociólogo me decía que para él “lo normal” era que sus amigos se murieran de un infarto.

17. Los intentos de la biología molecular por prolongar la vida van en este sentido; en lograr que las células aumenten su capacidad de reproducción y de reparación.

Otro frente contra la vida, o paralelo a ella, es la muerte celular, programada genéticamente para eliminar las células defectuosas o por ciclos naturales. Por ejemplo: las células parietales del estómago viven cinco o seis días, mientras las neuronas y los miocitos viven decenas de años. Cuanto más avanzan las ciencias colaterales a la medicina (fisiología, farmacología, biología molecular, genética, entre otras), a ésta le resulta más difícil saber en qué instante se produce la muerte. Lo que hasta el momento se sabe es lo que son esos procesos fisiológicos, bioquímicos, neurológicos que ocurren antes y después de la muerte. Cuando hablamos de muerte clínica nos referimos al paro irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o a una suspensión irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tronco cerebral. Aquí es necesario incluir, entonces, la definición de muerte cerebral.

Se dice –de manera sucinta– que la muerte cerebral consiste en la pérdida del estado de conciencia. Sin embargo, ésta, de antemano, es una postura a la vez que un problema irresoluble, pues según Kant, la conciencia es un concepto intelectual, de uno mismo, que en tanto concepto no puede ocupar un lugar concreto. Entonces, ¿cómo definir la muerte cerebral?, ¿cómo decirle a alguien que aunque su familiar –hijo o madre– respire, su piel esté tibia y su corazón siga latiendo, él está muerto, no tiene conciencia? “Su familiar está muerto” –dice el médico–.¹⁸

Esta cuestión no es nueva. La medicina históricamente se ha visto en la necesidad de reconocer y diferenciar al muerto de los vivos y,¹⁹ en el esfuerzo por obtener este saber, ha instrumentado mecanismos que le permiten lograrlo. Esta diferenciación, como tal, está influenciada por los avances tecno-científicos de su época. A continuación presento una lista de algunos métodos comunes que se han utilizado, y todavía se usan, para establecer tal diferenciación. Posteriormente ampliaremos el marco definitorio actual, en medicina clínica, sobre la vida, la muerte y la muerte cerebral.

Métodos de comprobación de muerte

- Espejo bajo la nariz: Se colocaba para detectar el vapor que se emite por la nariz al respirar como resultado del intercambio de gases en el nivel pulmonar.
- Veladora: Se ubicaba a corta distancia de las vías respiratorias para observar si la flama se movía con las emisiones de aire que expulsaría el sujeto motivo de sospecha.

18. Este acto de enunciación diagnóstica es punto de intersección de las definiciones “conductuales o evaluativas” y las “descriptivas”. Es un choque de paradigmas –y de las actitudes y reacciones que de ello se derivan– entre el lenguaje común y el lenguaje científico y quienes los representan contextualmente.

19. De hecho, la Iglesia católica ha delegado la responsabilidad de este diagnóstico a la medicina. Así, el papa Pío XII mencionaba en 1957: “Le corresponde al médico dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento de la muerte de un paciente que fallece en estado de inconsciencia”. Citado por Thomas, 1975:33.

- Vaso de agua sobre el pecho: El objetivo era poder observar con facilidad cualquier movimiento, por sutil que fuese, del líquido dentro del vaso, que demostraría si había respiración y, por ende, vida.
- Abrir el cuerpo con una lanceta: Se sabía que sólo los vivos sangran, por lo que ocasionar una hemorragia era un buen recurso para encontrar signos de vida.
- Sanguijuelas: Eran utilizadas para hacer extracción sanguínea en términos terapéuticos, posible sólo en los vivos debido a que al morir, los procesos de coagulación se inician rápidamente, lo que haría imposible el trabajo de la sanguijuela. Si ésta extraía sangre significaba que había vida.
- Pulso: La relación entre latido cardíaco y pulso era conocida, por lo que la presencia del segundo establecía la buena función del corazón y, por tanto, que había vida.
- Torniquete: Se coloca una ligadura en algún dedo u orjejo para provocar una éstasis venosa y poder observar la clásica coloración violácea, cianótica, característica de la interrupción de la circulación, que sólo se daría si la persona estaba viva.
- Cardiopuntura: Se introduce por vía transtorácica una aguja hacia el corazón con el fin de obtener sangre, si ésta está coagulada se dice que el sujeto ha muerto.
- Estetoscopio: Este mecanismo es capaz, en manos más o menos expertas, de detectar la más mínima evidencia de frecuencia cardíaca y de murmullo respiratorio. Ambas son condicionantes de la vida.
- Electrocardiógrafo: Registra la actividad eléctrica de la función contráctil cardíaca, se debe aplicar por más de dos minutos, la ausencia de toda actividad electrocardiológica es signo de muerte.
- Electroencefalograma: Detecta la actividad eléctrica de las neuronas, sinónimo de vida. La ausencia de actividad durante veinte minutos es sinónimo de muerte.
- Potenciales evocados: Detecta la actividad neuronal con gran precisión, ayudándose del electroencefalograma y de la estimulación periférica y central.
- Angiografía cerebral con radioisótopos: La demostración de ausencia de circulación cerebral puede confirmar la muerte cerebral.
- Tomógrafo de emisión de fotón único: El principio es casi igual al de la electroencefalografía, sólo que éste detecta, por medio de fotones y de la captación de las ondas de radio axiales, la mínima señal de actividad de un pequeño puñado de neuronas de la corteza cerebral.

En todas estas formas de diagnosticar la muerte, va implícito un conocimiento de cómo funciona el cuerpo, una concepción de la vida y su función. Pero también está velada una forma de saber exclusivo sobre los signos de muerte que sólo pueden ser reconocidos por los médicos. Así podríamos, con los métodos anteriormente expuestos, y algunos más que se presentan en el cuadro 1, desde la medicina clínica actual, hacer un recuento de las definiciones de muerte y de

cómo éstas expresan diferentes paradigmas y patrones culturales. Por ahora sólo diré que estas definiciones son teóricamente arbitrarias, pueden ser manipuladas y cumplen un papel dentro del sistema médico operante en el momento que se hizo la definición.

Cuadro 1
Definiciones de muerte

<i>Criterios de muerte</i>	<i>Concepciones de muerte</i>	<i>Paradigmas de la persona</i>	<i>Tipo de sociedad</i>
Espejo y auscultación del corazón: Signos impresionistas	Separación del alma y del cuerpo	Dualismo, cartesiano y cristiano Alma-cuerpo	Homérica, época de Platón (Grecia x-v a. C.) Fenomenalismo y capitalismo temprano
Ausencia del pulso, de los ruidos del corazón y de la respiración	Destrucción del sistema cardio-pulmonar	Organismo como máquina respiradora Equivalencias funcionales al de las máquinas y de la naturaleza	xvii-xix, d.c. En Occidente corresponde al industrialismo y al capitalismo medio
Criterios de Harvard	Destrucción total del cerebro	Identificación de la persona con el cerebro	xx, d.C. La tercera revolución tecnológica.
Tomógrafo de Emisión de Fotón Único. Potenciales evocados.	Destrucción de la corteza cerebral aunque el resto del cerebro puede funcionar (EVP)*	Identificación de la persona con sus procesos conscientes.	xx y xxi Capitalismo tardío/post-industrialismo. Era de la informática.
Procesos de replicación de ADN molecular, para la evaluación de la función neurológica	Muerte cuántica y/o molecular	Concepción subatómica de los procesos conscientes Analogía cibernética	Mediados o finales del S. xxi, (probablemente)

* Estado Vegetativo Persistente.

Fuente: Elaboración propia.

Es prudente aclarar que estas concepciones de la muerte y de la persona no son, no han cambiado, ni se han suplantado de manera lineal y sincrónica en todos los tiempos y espacios. Estas posturas conviven y funcionan en la cotidianidad de las diversas culturas y sociedades actuales. Su operación y su manera de hacerse evidentes en el marco hospitalario representan,²⁰ también, la diacronía y el valor que un concepto (*la vida o la muerte*), sus significados y reacciones que de él se generan, tienen con respecto a la tendencia tecnológica de considerar la sincronía, la unicidad y la exclusividad de valor de un conocimiento y de sus significados; es decir, de considerar la primacía y la unicidad del conocimiento científico para la evaluación de los significados de la muerte y de la vida. Es de la competencia de este tipo de conocimiento, con capacidad sobradamente

20. Su operación y su manera de hacerse evidentes en el hospital se posibilita en función de ser éste un espacio de intersección de múltiples posturas ante la muerte, mismas que se derivan de los actores involucrados: pacientes, familiares de estos, personal médico y de enfermería de diversas especialidades, personal administrativo, trabajadoras sociales, psicólogos, etcétera. En todos ellos se pueden encontrar referentes a estas formas de diagnóstico y de concepciones de muerte.

probada, generar las definiciones descriptivas mas no las evaluativas, pues estas últimas competen a todas las áreas del pensar y del hacer humano. El sustento de esto reside en buena parte en el origen social, y no exclusivamente biológico, que tiene el significado de la vida y de la muerte. Es este significado la expresión de la comunicación entre los hombres, de su lenguaje, de su hacer en el mundo y del mundo; un espacio relacional y no sólo de dominación o manipulación.

La diversidad misma del significado del concepto, para diferentes tiempos y sociedades, es punto de encuentro de lo común para la especie humana. Es la capacidad de diversidad lo que nos hace comunes, y es esta misma capacidad la que se pierde cuando a *tabula rasa* se homologan los criterios, los significados y las representaciones de la vida y la muerte y se nos obliga a todos a aceptar tales criterios. No estamos diciendo que el conocimiento científico no sea útil en sus formas de describir los procesos vitales o el cese de los mismos, sino que su función es precisamente ésa: describir, pero no significar; y poco vale esa descripción, esa secularización, si con ello se pierde la capacidad de orientar la acción, además de parte de la tradición cultural (Habermas, 1993:54).

Pasemos ahora al marco definitorio, sobre la vida, de la práctica médica actual. Su revisión nos proporcionará elementos comparativos y de contraste para con las definiciones anteriores.

Vida y muerte en medicina clínica

Vida: Agregación de los fenómenos vitales; cierto estado peculiar estimulado de la materia organizada; principio oscuro sobre el que los seres organizados suelen encontrarse dotados de ciertos poderes y funciones no relacionadas con la materia inorgánica (Dorland, 1989: 886 y ss). En general, los seres vivos comparten, en grados variables, las siguientes características: organización, irritabilidad, movimiento, crecimiento, reproducción y adaptación.

Muerte: Es la detención de los fenómenos vitales en los organismos animales o vegetales. No se produce en un momento, sino que dura más o menos tiempo, aunque en la práctica se admite la muerte cuando cesan las tres grandes funciones vitales: nerviosa, respiratoria y circulatoria, de forma que se detiene el latido cardiaco, cesan los movimientos respiratorios y la actividad cerebral desaparece, como se demuestra por la anulación de todas las ondas en el trazado electroencefalográfico (Ruiz, 1984: 911-912).²¹

Muerte aparente: Recibe este nombre la detención temporal y aparente de los fenómenos vitales durante un examen poco profundo. Este estado puede presentarse, aunque muy raramente,

21. Engels planteaba como no-científica cualquier fisiología que no considerara la muerte como “elemento esencial de la vida”. Ya entonces postulaba que la vida siempre tiene un referente como resultado, la muerte; de aquí surge su concepción dialéctica de la vida. Su posterior utilización, en una dialéctica mal entendida, en un binarismo que escinde y diferencia, en términos causales y procesales, nos llevó a la idea de concebir tales elementos dialécticos como individuales y ajenos entre sí, a la negación de sí mismo (Engels, 1959:253).

en algunos casos de catalepsia, letargia, crisis histéricas, envenenamiento, etc. Por dicho motivo, la ley establece que el cadáver no puede inhumarse antes de las 24 horas, periodo en el que, en caso de muerte real, se instauran los fenómenos de putrefacción.

Muerte repentina: Se produce de forma súbita, rápida e inesperada en un sujeto aparentemente sano o en condiciones clínicas que no permitían prever dicho desenlace. Lo más importante, por tanto, no es la rapidez sino lo imprevisible. Entre las causas más corrientes de muerte repentina citaremos la hemorragia cerebral masiva, el infarto del miocardio, la asfixia por edema de glotis y la embolia pulmonar.

Muerte cerebral: No hay acuerdo general sobre la definición de muerte cerebral; diferentes organizaciones profesionales han publicado criterios diagnósticos. Con el fin de establecerla es menester demostrar que el paciente en coma irreversible ha perdido todas las respuestas reflejas del tallo encefálico, incluyendo la pupilar, corneal, oculoestibular, oculocefálica, orofaríngea y los reflejos respiratorios, y que ha permanecido en este estado cuando menos seis horas. Los movimientos reflejos espinales no excluyen el diagnóstico, pero la actividad convulsiva o las posturas de descerebración o decorticación, en curso, no son compatibles con muerte cerebral. La prueba de apnea (presencia o ausencia de actividad respiratoria espontánea a una P_{O_2} de cuando menos 60 mm Hg) sirve para determinar si el paciente es capaz o no de tener actividad respiratoria (Scroeder, 1992: 685,754).

Es posible observar un coma reversible, que simula muerte cerebral, en la hipotermia (temperatura $<32^{\circ}$ C) y en las sobredosis de depresores del sistema nervioso central, por lo que es necesario excluir estos trastornos. Algunas pruebas auxiliares ayudan a determinar la muerte cerebral, si bien no son esenciales. Cuando se toma el registro con un electroencefalograma isoelectrico, según las recomendaciones de la Sociedad Electroencefalográfica Estadunidense, es posible confirmar el diagnóstico. De manera alternativa, con la demostración de ausencia de circulación cerebral, mediante angiografía cerebral con radioisótopos intravenosos o angiografía cerebral de contraste en cuatro vasos, se puede conformar el diagnóstico. Más adelante ampliaremos algunos aspectos de esta definición.

Enfermo terminal: Significa que tiene una condición incurable o irreversible y tiene una probabilidad alta de causa de muerte dentro de un tiempo relativamente corto, con o sin el tratamiento (Drickamer, 1997:146-151).

Enfermedad terminal: Se trata de un padecimiento incurable e irreversible, médicamente confirmado, y que, dentro de un pronóstico médico razonable, producirá la muerte en un lapso máximo de seis meses (*Ibidem*: 148).

Estado vegetativo persistente: Los pacientes con afección hemisférica bilateral grave pueden mostrar cierta mejoría de un estado inicial de coma, de tal forma que después de un intervalo variable parecen despertar, pero permanecen inmóviles y sin pruebas de atención o de actividad mental más alta. Este estado vegetativo persistente se ha denominado de diversas formas: mutismo

acinético, estado apático o coma vigil (Scroeder, 1992: 755). La mayoría de los pacientes en este estado vegetativo persistente morirá en meses o años.

Sobre la agonía

La palabra agonía, en su concepción más sencilla y reducida, quiere decir combate, lucha entre la vida y la muerte; interesándole al médico legista, de esta lucha, el estado mental del agonizante (Martínez, 1990: 41-47). El legista necesita estar plenamente seguro de este estado para poder valorizar sus últimas disposiciones, de otra manera, ¿cómo podrían ser válidos un cambio de testamento, una donación de órganos, un casamiento o la decisión de suspender cualquier tratamiento?²² Sabemos que en algunos padecimientos, antes de confirmarse la agonía, hay un periodo de euforia, el paciente se reanima, sus dolencias disminuyen,²³ pero poco tiempo después las grandes funciones sufren trastornos profundos.

Principales síntomas y signos de agonía

Entre los síntomas observados y que el médico legista debe conocer, existen los trastornos nerviosos: carfología, delirio, coma; entre los respiratorios: desigualdad en estos movimientos; en los circulatorios: pulso pequeño, frecuente, irregular y cada vez más difícil de palpar, latidos cardiacos irregulares aumentados o disminuidos en número, más espaciados, menos perceptibles. La cara está pálida, sin expresión, plomiza, labios y mucosas blanquecinos; nariz afilada, fría, ojos sin brillo, pupilas dilatadas e insensibles a los reflejos, extremidades frías, piel sudorosa, maxilar inferior caído. En cuanto a los órganos de los sentidos: el agonizante no ve pero aún puede oír; quiere hablar pero no puede; si acaso, llega a hacer algunos movimientos con los ojos y con los labios, pero sin poder articular palabra; si hacemos examen oftalmoscópico encontraremos paro de la circulación capilar en la retina, que se vuelve opaca; se observa hundimiento del globo ocular, cesando por fin todas las funciones: el individuo muere.

De alguna forma no es la definición o el reconocimiento, como tal, del estado agónico lo que genera problemas en la práctica médica, sino el definir cuándo se entra en dicho estado y cuándo se sale, es decir cuándo *se está muerto*. Esta expresión, *se está muerto*, sería incorrecta en su estructura gramatical, pues la muerte no es un estado del ser, sino, como apunta Wittgenstein, la muerte “no se vive, no es un acontecimiento, ya que (...) Con la muerte el mundo no cambia, sino cesa” (1973: 6.431-6.4311). Pero en el contexto de la práctica médica, el “muerto está ahí”,

22. En el marco legal de la definición de este momento se sitúa la petición de la eutanasia en medicina clínica.

23. Definiciones que también son motivo de discusión en cuanto al significado circunstancial.

en la intersección de las definiciones del lenguaje común o natural y las del lenguaje científico; en la realidad hospitalaria esto representa un dilema definitorio y evaluativo.

Suspensión de las grandes funciones²⁴

- Sistema nervioso. Desaparición de las facultades activas, intelectuales, afectivas e instintivas; la sensibilidad y la motilidad desaparecen en ocasiones antes de la muerte real; en ella son absolutas. La motilidad en algunas enfermedades como el cólera, el tétanos, etc., da lugar a sacudidas *post-mortem*.
- Paro funcional de la circulación. Más importante que el punto anterior, aquí apreciamos paro cardíaco (ausencia prolongada de latidos), falta de pulso, relajamiento simultáneo de todos los esfínteres; signos todos éstos, que en conjunto tienen gran valor.
- Paro funcional de la respiración. La respiración cesa un poco antes que la circulación, los pulmones dejan de realizar el intercambio de gases, lo que provoca una acidosis que sinergiza, por medios bioquímicos, el paro respiratorio.

Los signos de muerte

Una de las historias de horror más conocidas en la literatura médica es el episodio, probablemente apócrifo, en la vida de Vesalio. En 1564, durante el apogeo de su fama en Europa como anatomista, fue nombrado médico de Felipe II de España. Se dice que efectuó una autopsia en Madrid a un joven noble que había sido su paciente. De acuerdo con la costumbre de la época, ésta se llevó a cabo frente a una gran multitud de curiosos. Al momento de abrir el tórax, se vio que el corazón aún latía. Se obligó al médico a salir de España de inmediato (Degowin, 1991: 944).

Para los propósitos ordinarios es concluyente reconocer la ausencia de los “signos vitales” (actividad cardíaca, respiraciones y mantenimiento de la temperatura corporal). Pero estos indicadores han resultado inadecuados, por ejemplo, en el caso de los individuos casi ahogados, cuando la inconsciencia, la apnea y el latido cardíaco imperceptible persisten durante cierto tiempo después de su rescate. También se requieren distintos criterios para los pacientes que están recibiendo respiración mecánica o tienen colocado un marcapaso cardíaco. El conjunto de estos paros funcionales tiene gran valor, pero no absoluto. Señalaré algunos de éstos, que se deben a modificaciones físico-químicas y microbianas producidas en la intimidad de los tejidos del cadá-

24. La inspección de estos signos el médico legista la realiza, por lo regular, en el sitio del interfecto, por lo que su simpleza y sencillez oscilan entre lo ridículo y lo común.

ver y que son exclusivos de los procesos de muerte, entre ellos: enfriamiento, rigidez cadavérica, livideces o hipostasias y putrefacción.

- **Enfriamiento:** Como consecuencia del paro de las grandes funciones, desciende la temperatura hasta ser igual a la del medio ambiente y, después, inferior. El enfriamiento no es uniforme y varía con las circunstancias (muerte violenta, enfermedad padecida, temperatura ambiental, etc.). Las partes expuestas, cara y manos, se enfrían en tres o cuatro horas, mientras que el tronco puede retener cierto calor por diez o doce horas. La pérdida calórica, que forma una curva regular descendente a una temperatura exterior de unos 15° C, es de un grado por hora; a las 24 horas aproximadamente la temperatura del cadáver se ha equilibrado con la del ambiente.
- **Deshidratación de los tejidos:** Ésta explica la pérdida de peso del cadáver, que es tanto mayor cuanto menor sea la edad del fallecido (elevada en los recién nacidos). Por término medio pierden de 10 a 18 g/kg por día.
- **Livideces cadavéricas:** Son consecuencia del descenso espontáneo de la sangre hacia las partes declives para formar manchas azul-grisáceas que, normalmente en decúbito supino, se producen en la región dorsal, en la cara posterior de los muslos, etc.; aparecen entre tres a cinco horas después de la muerte y alcanzan su máxima intensidad entre las 13 a 14 horas.
- **Rigidez cadavérica muscular:** Es la combinación de la acidez muscular con la deshidratación lo que provoca el endurecimiento y la contractura de todos los músculos, siguiendo una progresión descendente (cabeza, tronco, miembros superiores y miembros inferiores). Ordinariamente la rigidez se inicia entre las tres y cuatro horas, se hace total hacia las 13 horas y desaparece a los dos a tres días, siguiendo, asimismo, una evolución descendente.

La muerte y la genética

La muerte en cuanto tal, debe ser entendida también en sentido filogenético. Es decir, aparece, según algunos evolucionistas, en el momento en que surge la diferenciación sexual, la reproducción sexual. Los primeros organismos se reproducían por duplicación y partición del material genético que se transmitía de sus progenitores a sus hijos. En cuanto a la configuración genética, no morían propiamente hablando. Es el caso actual de las bacterias, los hongos y los protistas. La única posibilidad de evolucionar y de adaptarse a nuevos ambientes, de estos organismos asexuados, es por medio de mutaciones. Es decir “nunca morían” a menos que una fuerza externa acabara con ellos. Fue precisamente la diferenciación sexual, o la reproducción por fecundación, que apareció según algunos científicos hace 2 000 millones de años, lo que permitió el intercambio de genes, y la recombinación de éstos posibilitó nuevas modalidades de adaptación y sobrevivencia a diferentes ambientes. De esta forma, la diversidad genética aportaba mayores elementos de supervivencia, pero también nuevas posibilidades de extinción de algunas especies

que eran únicas e irrepetibles en términos genéticos. La muerte, entonces, aparece como un mecanismo natural, cíclico, lineal (causas internas) o fortuito (causas externas), que se desprende de los mismos mecanismos de adaptación y desarrollo en términos de la biología genética.

Diagnóstico de muerte cerebral

Una de las últimas y más operacionales definiciones de muerte en medicina, y que funcionan como sustrato del diagnóstico de muerte cerebral, dice que es:

A) El cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria, o B) el cese irreversible de todas las funciones cerebrales, incluidas las del tronco encefálico {...} En tales circunstancias, el dilema de si debe interrumpirse o no el tratamiento podría evitarse si la profesión médica, con la autorización de la sociedad, pudiera *redefinir los conceptos de vida o muerte*, de acuerdo con estos criterios (Braunwald, 1991: 5-10, las cursivas son mías).²⁵

Los criterios clínicos y electroencefalográficos permiten establecer, de manera fiable, el diagnóstico de muerte cerebral. Según el criterio adoptado por el personal del Massachusetts General Hospital y del Harvard Committee on Brain Death, la muerte se produce cuando están abolidos todos los signos de captación y respuesta a estímulos, incluidos los reflejos del tronco encefálico (reacciones pupilares, movimientos oculares, parpadeo, deglución, respiración) y el electroencefalograma es isoelectrico. A veces, las intoxicaciones y los trastornos metabólicos pueden simular este estado, por lo que se necesita una valoración médica experta para hacer el diagnóstico:

El diagnóstico de muerte cerebral, basado en los criterios antes mencionados, ha de ser corroborado por otro médico y confirmado mediante examen clínico y electroencefalografía, que será repetido una o más veces.

La familia debe estar informada de la irreversibilidad de la lesión cerebral, pero no se le debe pedir que ratifique la decisión de si el tratamiento debe ser interrumpido. Una excepción a este poder limitado de decisión de la familia ocurre cuando el paciente ha dado instrucciones a su familia para que sea ella la que tome la decisión.

El médico, tras consultar con un colega, puede retirar las medidas de sostén si estima que ya no es posible hacer nada más por el paciente.

La posibilidad de que los órganos de tales pacientes puedan servir para futuros trasplantes no debe considerarse en las decisiones antes mencionadas, aunque antes de que el corazón deje de latir, se podrá consultar a la familia si ha contemplado tal posibilidad, e incluso ella misma puede sugerir que algunos órganos sean utilizados para tal fin (*Ibidem*).

En las circunstancias antes mencionadas, comentan los expertos del comité: “Resulta contrario a los verdaderos intereses del paciente, de la familia y también *de la sociedad*, continuar utilizando medidas de sostén heroicas y muy costosas, con el *único fin de preservar la función cardíaca*”

25. En este contexto, tanto en el del libro como en el de la práctica, la redefinición conlleva también una resignificación y una revalorización tecnológica del concepto. Esto representa parte del origen del problema y es clave para entender las formas en que una ciencia se apropia de un conocimiento, y una vez con él, redefine el mundo observable y lo ajusta a su marco descriptivo.

(*Ibidem*, las cursivas son mías). Sobre algunas partes del lenguaje y el significado de este discurso médico, en acciones contextuales, regresaremos más adelante. Por ahora necesitamos dejar claro cuál es la relación entre reanimación cardiopulmonar (RCP) y muerte cerebral, qué implica y cuál es el alcance de tal diagnóstico.

Criterios para terminar la RCP

La reanimación cardiaca pulmonar (RCP) es una maniobra de urgencia que se utiliza de forma sistemática y ordenada en personas que han sufrido un cese de sus funciones respiratorias y circulatorias (no existe la reanimación neuronal de urgencia). Los criterios para su inicio no tienen mayor complicación que el diagnóstico oportuno del paro cardio-respiratorio. Sin embargo, el momento en que estas maniobras han de terminar no se encuentra bien definido, rara vez se cuestiona y se deja al arbitrio del médico tratante o a las normas intrahospitalarias. Esto reviste importancia en cuanto que para continuar con la RCP se toman en cuenta parámetros de viabilidad neurológica, mismos que reflejan una concepción de la vida análoga a la presentada en el cuadro 1 (*supra*).

En un paciente cuya temperatura central es de 32° C o menor, la ausencia de respiración espontánea o de pulso palpable después de 30 minutos de RCP eficaz (pulsos adecuados con la compresión al tórax cerrado y cifras relativamente normales de gases arteriales sanguíneos), puede tomarse como indicativo de que los esfuerzos adicionales serán inútiles. La incapacidad de mantener una sístole mecánica independiente, aun con ventilación y volumen intravascular adecuados, un pH arterial sanguíneo mayor de 7.2 y la ausencia de taponamiento cardiaco o de neumotórax a tensión, indican que el corazón está funcionalmente muerto. La reanimación se suspende en pacientes en lo que sea obvio que hayan muerto por otros factores. Otros elementos que justifican la suspensión o la abstinencia de la reanimación, incluyen: el agotamiento del personal o un acuerdo por escrito en el que la familia del paciente solicita que éste no la reciba, por ejemplo, en casos de enfermedades crónicas incurables o de muerte cerebral (T. HO, 1991: 26). Es esta última situación, la que algunos autores califican como Eutanasia pasiva involuntaria, calificación y clasificación que discutiremos más adelante.

Cuando los expertos hacen a tiempo la reanimación cardiopulmonar, ésta es útil para prevenir la muerte súbita e inesperada. Sin embargo, los médicos indican que, a menos que haya “razones en sentido contrario”, no deberá practicarse si con ello sólo se prolonga la vida de una persona con una enfermedad incurable en fase terminal. Las decisiones referidas a no reanimar al paciente, a la intensidad del tratamiento y a aquellas que guardan relación con la consideración de someter o no a tratamiento a los enfermos que, padeciendo una enfermedad incurable o se encuentran en fase terminal, se revisan frecuentemente teniendo en cuenta los posibles cambios inesperados que se producen en el estado del enfermo. Estas decisiones también consideran los

procesos subyacentes que puedan existir e, idealmente, los deseos del paciente; en el caso de que no sea posible que el propio enfermo los exprese, los parientes o bien alguien legalmente nombrado en su lugar, serán quienes transmiten sus intereses (Braunwald, 1991: 4-8). Empero, esto es una posición ideal que no todas las veces se cumple. La institución misma, contexto de la enfermedad y del agónico, establece sus parámetros de acción que pueden o no coincidir con los del enfermo y sus familiares. Si bien la diferencia o no-concordancia de intereses es ya un problema, existe también de forma subyacente un problema de comunicación, dominación, de hegemonía, de definición de conceptos, de expectativas y relaciones costo/beneficio,²⁶ así como de perspectivas éticas diferenciales para cada uno de los involucrados.

El poder de las definiciones

El lenguaje se nos presenta como una forma de acercarnos al discurso científico-médico de la muerte y de la vida. En este lenguaje científico pocas veces aparece el sujeto como poseedor de experiencias y sentido de su vida y su muerte. Si he insistido en la faceta médico/científica del discurso, es porque en ésta se dan de manera más cotidiana los eventos de muerte y agonía y es en esta área donde se inserta el tema de la eutanasia.²⁷ Pero también es en esta cotidianidad en donde se deben buscar los silencios de la vida diaria: esto es algo que la antropología tiene que

26. La discusión sobre los parámetros emanados del análisis del binomio costo/beneficio, se centra en la homologación de qué es costo y qué es beneficio, y para quiénes lo son. En este sentido se vuelve imprescindible la inclusión de constantes y valores sociales para la formulación del problema. Con todo, lo difícil y frágil de la ecuación es que el denominador no siempre puede ser convertido o transformado a constantes numéricas, en tanto el numerador es siempre el resultado de la suma de los costes de los procesos e instrumentaciones terapéuticas.

Esto por sí mismo representa un problema o tema de análisis, por lo que sólo dejo planteada esta parte modular del problema de aplicación de los criterios de costo/beneficio: el gasto total de los recursos terapéuticos o sanitarios es una medida y un valor cuantitativo, monetario; el denominador refleja la condición final de salud, valor cualitativo y social, no-monetaria. La forma en cómo se homologan o equiparan estos valores es fuente de diferencias y problemas de aplicación de criterios de acción ante diversos casos. Otro problema representa el de la asignación de valores a cada patología o pronóstico y el de la traducción de éstos hacia concepciones de calidad prospectiva, es decir beneficios futuros no-cuantificables ni cualificables. Lo anterior, dado en función de la importancia de las expectativas sociales e individuales del enfermo para la calificación y la cuantificación de su patología y su pronóstico. Todo lo anterior se intenta evitar o salvar con la creación de casos de referencia, que es la ejemplificación de los criterios de acción de costo/beneficio ante un caso modelo, en éste se homologan los criterios anteriores y se deja abierta la posibilidad para pequeñas divergencias al modelo.

El paso para la creación de estos casos de referencia es el mismo que el de homologación de criterios o valores cuantitativos (costos) con los de origen o valor cualitativos (beneficios). Es decir, se homologan los casos cualitativos para convertirlos en cuantitativos, de la generalidad y de la media aritmética de casos cualitativos se obtiene un valor cuantitativo: el caso de referencia. La diferencia metodológica para la obtención de criterios operativos es sólo de forma. El paso, hacia uno u otro procedimiento, sigue siendo frágil en términos metodológicos y de validez epistemológica, más aún como guía de acción comprensiva y correlativa para los casos aplicativos de la práctica médica cotidiana.

27. El caso de la eutanasia es un evento en el que todos tenemos la probabilidad, en términos hipotéticos, de convertirnos en los nativos.

seguir haciendo de manera explícita y comprometida. En la búsqueda de estos silencios, que la ciencia acalla con su lenguaje eufémico y tecnocrático, encontramos que no se pueden traducir los sucesos apremiantes de la vida cotidiana en realizaciones rutinarias de actos convencionales (Rosaldo, 1991: 157).

Quisiera adoptar la postura –que sugiere Rosaldo– de que el análisis de cualquier evento debe explorar a sus sujetos desde un número diverso de posiciones y no sólo desde una. Así, un primer acercamiento a la cuestión de la eutanasia es ubicarla en el plano del lenguaje, en su contexto institucional. Sin duda, así el lenguaje adquiere mayor significado y relevancia en tanto se encuentra inmerso en un espacio real, hospitalario, más allá de los libros y las revistas.

El binario vida/muerte, a la vez que es homogenizante es reduccionista. Homogenizante en tanto se inserta en otra serie de binarismos del tipo de frío/caliente, bueno/malo, padre/hijo, hombre/mujer, salud/enfermedad que se colocan fuera del campo social en esferas pertenecientes a la naturaleza y a sus leyes (Pratt, 1995:21). Sin embargo, la vida no puede tener su binario en tanto la muerte no es una entidad concreta sino sólo un concepto abstracto que nos permite definir la ausencia de vida.²⁸ Aun así, la ciencia médica sigue una tendencia naturalizadora del evento e instaura su binario como un intento por abolir las diferencias que el evento vida-muerte tiene para cada individuo. El valor del individuo, de su silencio y de su voz, en este contexto, poco tiene de importancia en el discurso que se entreteje por la medicina y la institución. Es reduccionista en tanto las dimensiones y el alcance de su concepción sólo abarcan las partes de un todo, los extremos, sin considerar su contenido experiencial del sujeto. La parte empírica, aún no naturalizada, se deja de lado y se olvida para dar paso al (pre) supuesto teórico de que la vida y la muerte, en tanto aprehensibles por los conceptos (químico/biológicos) son iguales a definiciones operacionales, que cada individuo debe utilizar en su propia descripción: “¿Entonces, doctor, voy a morir en seis meses?” –dice el paciente–.

La abolición de la individualidad deviene, por un lado, de la desvalorización de la opinión del Otro; y por otro lado, de la homologación de las diferencias, es decir “lo que dices, en tanto individuo, no tiene valor, si lo mismo dicen todos”. La muerte, en cuanto evento social, es la más socializada de las acciones del hombre y, por ende, naturalizada. Revalorizar al sujeto en su capacidad para emitir juicios, que en términos epistemológicos no tiene ningún impedimento (Pratt, 1995:23), es subirlo a la arena de la discusión de la vida y la muerte. Sin embargo, ¿qué nombre le daríamos a este nuevo actor social (enfermo, agónico, moribundo), que escatológicamente se posiciona al final de todas las identidades?, ¿es válido reconocer la identidad del agónico?, ¿cuándo

28. Hay una tendencia común, en algunas sociedades, a comparar la vida con la luz y la muerte con la oscuridad; sin embargo, en términos físicos, la oscuridad no existe, lo que se da es una ausencia de luz, grados de luminiscencia.

y cómo se gesta esta identidad?, ¿quiénes participan en la conformación y en su resocialización?²⁹ Éstas son cuestiones que tarde o temprano deberemos contestar.

Conclusiones

De lo expuesto hasta aquí podemos comentar que términos como *vinculante, capacidad, verdaderos intereses de individuo y sociedad, razones en sentido contrario*, se tornan eufemismos de un autoritarismo definitorio, mostrando cómo el aparente carácter científico del discurso es una forma común de eufemización hoy en día (Bourdieu, 1990: 278).

Al resignificar el concepto vida, como lo hace el discurso médico actual, se le extrae de los parámetros más valiosos que la definen, como es la inteligencia,³⁰ la memoria y la conciencia, habiéndose apropiado la informática de las dos primeras, y la última a punto de ser tomada en préstamo por la cibernética. Del mismo modo, las constantes vitales y la capacidad para perpetuarse son de uso común con la bioingeniería. De alguna manera, los componentes de la definición de vida, o estar vivo, están siendo utilizados por otras áreas del conocimiento científico-tecnológico.

En la discusión sobre la eutanasia se mezclan estas definiciones y de tal forma se vinculan con la moral, la religión y la ética, que resulta difícil, en su punto de encuentro con la medicina/científica, lograr una homologación de conceptos y variables, sin caer en los parámetros meramente estadísticos (índices de sobrevivencia), de relación costo-beneficio y de efecto terapéutico, por un lado; y por otro, en las acepciones de pecado, amoral, contranatura y juicios apriorísticos e hipotéticos.³¹ También es necesario hacer evidente que el enfermo terminal, el agónico, el moribundo, en cuanto número y posición social (en cuanto a la estructura), pueden ser vistos y comprendidos como identidad, como punto de encuentro terminal de múltiples posturas y alteridad, que resignifican el mundo, que piden atención y respeto a su voz, a su forma de ver el mundo, la vida, y a su muerte.

Plantear la diferencia del evento para cada individuo, la heterogeneidad y particularidad (mismidad) ante la estructura globalizante y homogenizante de la institución médica-científica, es

29. La mirada y la postura heterodoxa del agónico se basan en la diferencia y la particularidad de su muerte, por un lado, y por otro en la generalidad de su pasado de vida. Así las cosas, la mirada teorizante de éste se dirige no ya al bien común (la vida) sino al momento único, irrepetible e individual de la muerte.

30. La inteligencia se vincula cada vez más con las emociones humanas (sentimientos), y entre éstas y la inteligencia existe un alto nivel de reciprocidad y complementariedad, de tal forma que con excepción de las emociones, casi todas las definiciones de vida están ya diluidas en el contexto tecnocientífico. Es aquí, en el imperio de los sentimientos, donde comúnmente se centra la discusión.

31. Este nuevo ámbito definitorio es el que propicia la discusión para sentar los términos de una nueva moral y una nueva ética del discurso y de la práctica médica, que se ajuste a los hechos reales, no a los ideales, que se impregne de la cotidianidad y del estar “allí” y “aquí”, que a fin de cuentas son sólo dos circunstancias de un mismo momento: la vida.

la necesidad que revela el silencio, no ausente, del discurso homogenizante sobre la muerte y la vida. De ahí que uno de los objetivos no sea el de reducir el problema a las relaciones de poder por sí mismas, sino el de dilucidar las condiciones culturales, tecnocientíficas, que generan esas relaciones en el contexto de la práctica de la medicina.

II

LAS IN-POSTURAS DE LA VIDA

En todas partes, el médico titulado, con licencia para ejercer su profesión, no está obligado a rendir cuentas de sus acciones ante nadie, salvo ante sus iguales.

Dictum de los editores de *Medicina Interna de Harrison*

PRIMERA PARTE

La eutanasia, un problema de definición

Hasta aquí hemos planteado las definiciones de vida y muerte, que están relacionadas de forma importante con nuestro siguiente término: la eutanasia. Es decir, ante la situación, eutanática o no, de si tengo el derecho de matar o dejar morir, el problema de la decisión y de la definición es el de saber cuándo morimos. Ésta es una de las cuestiones que se derivan de las definiciones descriptivas presentadas en el capítulo I.

Pero antes de iniciar con la definición de eutanasia, conviene aclarar la referencia empírica sobre la que estamos tratando, con el fin de sentar las bases y como único modo de evitar discursos vacíos y ambiguos. Así, es necesario presentar una breve descripción de un caso representativo con el que podamos sentirnos, por acción o por omisión, co-implicados y que pueda ser calificado de *acción eutanática*. Sin embargo, a la situación en su conjunto la llamo “evento de crisis”: aquella situación témporo espacial que, involucrando a médicos y pacientes, se repite con algunos matices diferentes; se caracteriza por ciertas condicionantes y determinantes de carácter instrumental e institucional, que implican y afectan en la toma de decisiones, en un contexto determinado y en un corto intervalo de tiempo y que en su desenlace está implicada la continuidad o la terminación de la vida del paciente. Presento pues, el siguiente evento de crisis.

El contexto temporal fue el de una mañana de hospital, posterior a una estancia de más de 30 horas en la sala de terapia intensiva de pediatría, en la que durante ese tiempo estuvo todo el equipo médico (cinco, sin contar el personal de enfermería) en constante tensión por la vida de una niña de ocho años, que había sufrido una lesión cefálica por arma de fuego. Durante la noche, la paciente había caído en paro cardio-respiratorio en dos ocasiones, y en las que se le aplicó la RCP,³² con re-

32. Reanimación cardiopulmonar.

sultados favorables. Esa mañana, durante la revisión y la entrega del servicio al siguiente turno de médicos, el jefe del servicio preguntó por el estado neurológico de la paciente. Se le informó que tenía un Glasgow de dos a tres.³³ En ese momento, ante el equipo médico que salía y el que entraba, el jefe del servicio explicó que “mantener a una niña con vida” con un Glasgow de ese nivel y después de dos paros cardio-respiratorio, era “inútil e incosteable”, “quizás podría llegar un caso en este momento, que necesitara su cama y su respirador”, y sin más aviso ni preámbulo dirigió su mano derecha al interruptor del respirador artificial y lo apagó. Dio la indicación de que se avisara a los padres de la niña que “su hija estaba muy grave y que probablemente no sobreviviría”.

Del caso anterior es difícil evaluar y separar el efecto psicológico del suceso y las posturas del médico que tomó la decisión de apagar el respirador, de los códigos y las normas intrahospitalarias y científicas que se utilizan para tomar decisiones en situaciones como éstas. Es necesario mencionar que el evento descrito no fue para todos los del equipo de la misma magnitud y significación: para unos fue lo correcto, mientras para otros la acción fue precipitada y cuestionable. Con todo, el evento nos sirve para iniciar y dejar planteadas algunas interrogantes pertinentes para el objeto de estudio: ¿Qué pasa durante la formación de un médico, que consiente este tipo de eventos?, ¿qué hay en la estructura hospitalaria institucional que permite este tipo de casos?, ¿hasta dónde el desarrollo y la utilización de la ciencia y la tecnología posibilitan esto?

De la breve exposición del caso mencionado, se pueden obtener algunas variables importantes para el propósito de este trabajo. Podríamos hacer evidente el dilema que representa la decisión de apagar el respirador o de mantenerlo en funcionamiento, con las probables consecuencias de su uso/necesidad en un futuro no cuantificado. Junto a esta disyuntiva, que se podría calificar de dilema ético, hay aspectos relacionados con las definiciones de vida y de muerte. Esta parte del asunto es la que se plantea como problema en tanto las definiciones y los parámetros para medir la vida están supeditados a las condiciones témporo espaciales del evento, es decir, las definiciones de vida/muerte no fueron las mismas para todos los involucrados. Mientras para unos era la relación tecno- administrativa con el paciente, para otros era un asunto de disciplina y quehacer médico, es decir tecno-operativa. Incluso hubo algunas personas del equipo médico que opinaban que se debió dejar que el paciente muriera por sí solo. De esta forma, una segunda variable, definición de vida/muerte, se une a la problemática.

Una tercera variable que podríamos extraer es la de que a partir de la singularidad de la actuación de los médicos ante el caso, se pueden rastrear elementos formativos/educativos que posibilitan, e incluso propician, este tipo de eventos. Así entonces, el tercer elemento sería el de la formación, el desarrollo y la aplicación de una práctica científica en un contexto institucional, llamada medicina, que condiciona y determina en grados variables las posibles actuaciones de sus

33. Escala neurológica que valora el estado de conciencia y su correlativa función neurológica; el normal o aceptable es de 12 a 15.

operarios en casos como el descrito. Un cuarto y último concepto de campo, y que funcionaría como espacio de intersección de los anteriores —y que es el que nos interesa—, es el que deriva de esas formas de decisión médica, formas de racionalidad, que matizadas por la formación científica de los individuos y por los condicionamientos institucionales y perimetrales de la acción (evento de crisis), posibilita esas formas resolutivas a los dilemas que se plantean como éticos y tecno-operativo o administrativos.

Un evento de crisis, junto con el concepto de eutanasia, viene a ser para este trabajo el punto empírico que posibilitará la conjunción de las variables y los conceptos mencionados. La segunda variable, las definiciones de vida y muerte, sirvió de introducción a este capítulo, por lo que ahora toca introducir a la primera variable, dilema ético, por medio de la clasificación y de las definiciones de eutanasia. Y dado que es lo segundo lo que en realidad nos interesa, y no discutir en un primer momento sobre la moralidad o eticidad de tal o cual acto, este apartado se limita a la sola presentación de las posturas ante dicho evento de crisis. Aquí se exponen, entonces, algunas de estas posturas vinculadas y en función del quehacer médico.

Las siguientes posturas, al igual que las que se derivan de tal o cual concepción de muerte, no se dan o manifiestan de manera aislada y pura —con la excepción de su exposición en los libros de texto—, en la cotidianidad del hospital éstas se entretajan junto con las definiciones de vida y es imposible escindirlas para los fines de este trabajo, ya que considero que es precisamente esta escisión la que explica parte de la etiología del problema por investigar. Así pues, solicito al lector, intuición ante lo que pareciera falta de abstracción del problema, pero que compensa en penetración y comprensión del mismo. Otro punto que quiero hacer evidente, antes de iniciar esta parte, es el de que el sustrato para las definiciones que las diversas posturas asumen, ante la vida y la eutanasia, emerge del conocimiento científico operante sobre la vida y la muerte. Este último conocimiento sirve a todos por igual para la formulación y la evaluación de sus criterios y conductas. El grado de concordancia, positiva o negativa, con el pensamiento científico es punto de inicio de los problemas de decisión y actuación para los individuos que consideran más de una postura en su hacer. Esto es indicativo de que casi todos tendríamos estos problemas, dado el entretajamiento que en el ámbito individual, y no sólo en el social como ya lo comentamos, se da entre diversas posturas y concepciones de muerte. La práctica médica es uno de estos puntos de intersección, como grupo, de múltiples posturas ante la vida y ante la eutanasia.

Las clasificaciones de eutanasia

Antes de avanzar en las posturas sobre la eutanasia y su relación intrínseca con el modelo de racionalidad científica operante, presento, a manera de resumen, un cuadro (2) con la ubicación de algunas posturas:

Cuadro 2

Posturas sobre la eutanasia

<i>Individuo</i>	<i>Psicología, psiquiatría</i>
Organismo biológico	Medicina
Acción del ser	Filosofía
Grupos sociales	Sociología/derecho antropología
Pecado/trascendencia	Teología

Con este cuadro, en su reducida y parcial forma de clasificar, intento esbozar que el asunto de la eutanasia es un problema de carácter multidisciplinario, las formas de afrontarlo, por tanto, deben ser también multidisciplinarias. En razón de esta multidisciplinariedad expongo las diversas posturas. En lo tocante a este trabajo, entran en consideración algunos aspectos desde la medicina, la filosofía y la antropología. Con esto no intento agotar el tema o la clasificación de la eutanasia, sino el de deconstruir el problema para encontrar la etiología del mismo.

Si bien cada postura que presentaré tiene sus propias formas de organizar o clasificar al acto eutanático, existen algunas categorías comunes de clasificación. De estas formas comunes de organización, de hechos patentes, de hechos acerca de los cuales exista un consenso generalizado, proponemos partir en este apartado, con el fin de demostrar que la eutanasia, o lo que por ella se entiende, es: *a)* un pseudo problema moral; *b)* su origen está condicionado por las formas de definir la vida; y *c)* como tal es un problema de antemano irresoluble. Esto implica un replanteamiento del problema, que es lo que intentaremos. Por ahora presentemos y discutamos la clasificación que de ésta comúnmente se hace.

Una primera clasificación es la que entiende la acción como *Pasiva* y *Activa*:³⁴ la primera es una de las formas más extendidas, en la que simplemente a un moribundo se le retiran todas las asistencias y se le deja morir; la segunda es un acto donde de manera activa se procura la muerte de una persona. El médico, usualmente, es el agente de quien se espera que suministre los medios para tal fin. Pero hay otros tres términos involucrados en la clasificación: *Voluntaria*, el paciente lo pide; *Involuntaria*, el paciente no lo pide (por ejemplo, en un estado de coma) y *No-voluntaria*, el paciente pide no ser sujeto de la acción.

Con estos términos podemos presentar una clasificación:

1. Activa Voluntaria
2. Pasiva Voluntaria
3. Activa Involuntaria
4. Pasiva Involuntaria

34. En la siguiente discusión sigo en buena medida la línea argumentativa de Tomasini en su discusión filosófica sobre la eutanasia (Tomasini, 1997). En especial los capítulos 2, 4 y 5.

5. Activa No-Voluntaria
6. Pasiva No-Voluntaria

De la activa voluntaria podemos decir que cuida los intereses o derechos del paciente, pero no estamos seguros de si son los también intereses del médico o la institución,³⁵ pues en todo caso esta acción puede ser catalogada como asesinato para el médico, o como suicidio asistido para el paciente, con responsabilidad jurídica para el médico.³⁶ Está el caso de Ramón Sampedro que expusimos anteriormente. Esta muerte voluntaria es tratada por algunos portadores institucionalizados del orden público, como la psiquiatría, la psicología, la sociología o el derecho, como si se tratara de una enfermedad o un delito.³⁷ En todo caso, la eutanasia voluntaria no concierne a nuestro tema, ni estrictamente hablando entra en la categoría de eutanasia. Ésta es una forma de procuración de la muerte, que puede darse dentro o fuera del hospital, pero que implica el consentimiento de ambos agentes (médico o algún otro y el paciente o el suicida), y en todo caso no es una decisión unilateral y vertical descendente sobre la vida de otro, que es la condición necesaria de eutanasia, según la definición. Esta condición no se da en este caso, luego no puede ser llamada eutanasia, y como tal no es un problema de racionalidad o de formas de decisión médica, es un problema de instrumentación del acto volitivo de morir.

La pasiva voluntaria tiene el principio de dejar morir, cuidando sobre todo los intereses del paciente. Éste sería el caso en que un paciente, en enfermedad o estado terminal, solicita que se le retiren todos los tratamientos, con el conocimiento de que por ello morirá en minutos, horas o días. En todo caso, éste sería también, estrictamente hablando, un suicidio. La diferencia con la activa es sólo de forma pero no de fondo, pues el acto se diferencia únicamente en los medios, o en la ausencia de tales, pero el efecto es el mismo: la muerte voluntaria o el suicidio. Estas dos formas rara vez se pueden presentar en una sala de terapia intensiva, dado el estado de conciencia de los pacientes que ahí se encuentran. La decisión de tal acto –pasiva voluntaria– recae sobre el solicitante y sujeto de la acción. La intervención médica en la activa voluntaria es ampliamente cuestionada y, en sentido estricto, estaríamos hablando más de un problema moral, ético o político, que es definido como suicidio asistido o asesinato, mas no de eutanasia. En este sentido, la

35. Esta forma es la defendida por los liberales y utilitaristas, y rechazada por los esencialistas. También es denominada “suicidio médicamente asistido”, que se diferencia de la eutanasia activa voluntaria por la intervención directa del médico. La primera forma, el suicidio médicamente asistido, está aprobada en el estado de Oregon, EU, desde 1994, fecha en que se votó una ley que la hacía legal. La primera aplicación oficial fue reportada el 26 de marzo de 1998 por el *Albany Times Union*, A13. Lo anterior adquiere relevancia en un marco de homologación jurídica, a la luz del TLC, de la práctica médica entre México y Estados Unidos. Los efectos en el mediano y el largo plazos de esta homologación deben ser considerados para el análisis de la transformación del quehacer médico binacional.

36. Hacia casos como éste se dirigía la labor del doctor Jack; algunos de sus casos y sobre su postura en: Kevorkian (1993).

37. Jean Améry, *El País*, 16 de enero de 1999, España.

responsabilidad es compartida. Ambos casos se salen del interés y el alcance de este trabajo, por no cumplir con el criterio de definición.

Activa involuntaria: es cuando se quita la vida, con intervención de un agente —médico—, a un sujeto que no pide la acción. Ya sea por algún estado de inconsciencia, como el coma, o estados alterados de la misma, como la locura, o la ancianidad. Este tipo de casos son los relatados frecuentemente en los periódicos, en donde se evidencia la participación activa del personal de medicina o enfermería de algún hospital, asilo o clínica psiquiátrica, en la eliminación de aquellos pacientes que consideran que deben morir. La participación consiste comúnmente en la administración de grandes dosis de algunos fármacos, por lo regular potentes analgésicos depresores del sistema nervioso central, que en situaciones normales y en dosis terapéuticas no deberían producir tal efecto. Este caso es uno de los que posibilitan la visión que defiende la santidad de la vida y que justifican según el “principio del doble efecto”. Sin embargo, debemos diferenciar entre el paciente en estado de coma y el enfermo mental, sujetos a una acción no concensada.

En el caso común de un paciente en estado de muerte cerebral, como es el caso que mencionamos para ejemplo, no existiría o no es un caso de activa involuntaria, pues dentro de los criterios de definición lo que primero se pide es que el paciente esté vivo y, en términos médicos, estrictamente hablando, no hay tal vida, el paciente o ese ente orgánico que se sostiene por prótesis funcionales sale de los criterios científicos de vida, que sustentan la práctica médica.

Hasta este punto no quiero decir que coincida totalmente con los criterios médicos de vida sino que en términos del marco operativo de la acción —el hospital y una práctica médica—, este caso en particular y otros semejantes no pueden ser llamados o calificados como eutanasia. De lo que sí podemos hablar, en esta calificación del acto, es de la fusión de visiones de índole religioso, político, moral, técnico, históricos, que visualizan como problema las salidas al primigenio problema de definición y aplicación de criterios sobre la vida y la muerte de la persona. Las definiciones descriptivas de vida, en esta situación no presentan criterios evaluativos intrínsecos de acción, o cuando menos no son lo suficientemente claros para todos los implicados en la acción, en su calificación y su definición. La ciencia médica, la religión y la filosofía tienen puntos divergentes con respecto a esto. Pero las dos últimas se subordinan de alguna forma a las definiciones que presta la primera. Definiciones descriptivas que, ante la transformación contextual de un problema de decisión, no brindan criterios evaluativos.

El caso de los dementes totales, los locos, se presenta útil en la ejemplificación de lo que es, y ha sido históricamente, la eutanasia. Frente a ellos, frente a la clase de seres por ellos constituida, sí tiene sentido preguntarse si realmente no es mejor, si no le conviene más al sujeto, morir que seguir viviendo como vive, y entonces, decidir por él con base en las razones que a uno le parezcan convincentes, que lo mejor es que muera (Tomasini, 1997: 72). Esta decisión sobre el otro y por el otro proviene del reconocimiento de la incapacidad de lograr un consenso entre los dementes con respecto a su futuro, dada la imposibilidad de comunicación con ellos y de la

evidente degradación física que altera íntegramente el concepto normal de persona. Lo que Tomasini dice, y aclara, no es un pronunciamiento al respecto, “sino simplemente [está] enunciando hechos escuetos por todos conocidos” (*Ídem*). Entonces, en el sentido de los locos, hablar de eutanasia es hablar de un “programa de eutanasia”, de acciones sistemáticas efectuadas por el Estado, a través de sus instituciones hospitalarias.

Si –refiere Tomasini– esto último es acertado, se sigue que la eutanasia no puede ser más que una política y no puede, por tanto, nunca ser vista, salvo cuando es mal entendida, como generadora de dilemas morales (*Ídem*). Es necesario extender esta consideración hacia la exclusión del concepto de “conveniencia” que se considera como criterio de acción en casos semejantes. Este concepto no puede operar en el sentido estricto de la decisión. No se puede privar de la vida a alguien en la búsqueda o con el criterio de un estado mejor: no es factible encontrar una respuesta a la pregunta de si es más conveniente que tal o cual enfermo muera a que siga viviendo, pues no se puede hablar de algo mejor que la vida, desde la vida misma. Esto es lo que esgrimen los partidarios del dogma de la vida eterna. La salida al problema no es, pues, moral sino dogmática, ideológica y política. No hay tal dilema moral. Lo inmoral sería el plantear un problema de decisión racional ante un evento de crisis, como un problema moral. Y ésta no es nuestra intención.

La pasiva involuntaria implica la suspensión de tratamientos, farmacológicos o instrumentales, a un paciente no-consciente de tal acción y de que como consecuencia consciente de tal acto se termina con la vida de un paciente. Éste es el caso de la niña que sufrió una herida por arma de fuego y le fue retirado el apoyo mecánico ventilatorio. Se debe agregar que tales clasificaciones son difíciles en su aplicación en la realidad de una práctica, pues este caso en sentido estricto tampoco cumpliría con los criterios de definición, dado que muy probablemente –según las definiciones de la medicina– la paciente ya estuviera muerta.

Las dos últimas clasificaciones, la no-voluntaria activa y pasiva, no interesan a nuestro tema, ya que se salen del contexto de decisiones previsibles en un hospital, y más específicamente de las tomadas durante un evento de crisis. Las dos presuponen la autoconciencia de una muerte segura, con la única diferencia de si se ejercen medios para tal fin o se le espera de forma inevitable. Para el primer caso mencionaré el de un sacerdote que durante la segunda guerra mundial cambió su vida, consciente y activamente, por la de otro preso en los campos de concentración nazi. Su intención no era morir sino salvar la vida de ese otro preso que tenía familia. Ésta es la versión más refinada del principio del doble efecto. No se busca hacer un daño sino un bien. Pero esta acción también puede ser clasificada como suicidio. La Iglesia, por supuesto, no opinaría lo mismo. La pasiva no-voluntaria, por su parte, implica el reconocimiento del deseo de vivir, pero la imposibilidad del sujeto a sustraerse de la acción eliminadora de la vida que se ejerce sobre él. Esto sucede cuando ante la petición explícita de vida, alguien –médico, enfermera, amigos o alguna institución–, por razones humanitarias o no, termina con la vida de ese individuo. Esta

acción puede ser llamada asesinato. Pues podemos considerar que, aunque el sujeto, el paciente no lo diga, asiste al hospital porque desea vivir y espera encontrar ahí las mejores condiciones para sanar, no para morir, y que si se le preguntara habría las mismas posibilidades de que consintiera, o no, con la acción que se le ofreciera para poner fin a su estado.

Las clasificaciones corren el riesgo de ser arbitrarias, excluyentes y de hacer cortes y divisiones donde otros y otras clasificaciones encuentran continuidad y unión. Este riesgo se asume y evidencia en función de que las clasificaciones son, también, intentos de conceptualización de la realidad que buscan generar modelos de comprensión y explicación de los fenómenos empíricos. Baste pues, esto, para asumirnos y limitarnos, en el contexto de la clasificación de la eutanasia, a los incisos 3) Activa involuntaria y 4) Pasiva involuntaria, como puntos de interés de nuestro trabajo y eventos que sucederían en el ámbito hospitalario. Aclaro que, por lo dicho anteriormente, no estamos hablando estrictamente de eutanasia sino –hasta ahora– de *acciones tendientes hacia la eliminación de la vida*, o lo que por ella se define, que provienen de una forma de decisión que se sustenta en criterios científicos/descriptivos, en modos de acción que se intentan ajustar a tales criterios. *No hay eutanasia*, no hay un programa sistemático de aplicación, no hay una política de eliminación. Es incorrecto plantear el problema que representan los efectos de estas decisiones con el concepto de eutanasia. Sugerir un nuevo término para esta acción no es la intención de este trabajo, por lo que para fines expositivos y de continuidad podemos prescindir de tal tarea y seguir llamando *acción eutanática* (*en cursivas*), si así se le desea, o describir la acción como “eliminación de la vida” o como “evento de crisis”. En sendas concepciones estaría implícita esencialmente una forma de decisión sobre la vida de otro, que surge y se deriva de las formas de racionalidad científica, por una disciplina en específico.

SEGUNDA PARTE

Las posturas ante la decisión de la vida y la muerte

Del evento de crisis presentado, de su conjunto, podemos extraer arbitrariamente una parte, la decisión y el acto de apagar el respirador, y llamarla *acción eutanática*. Aún no concluimos de qué tipo es o qué calificativo le daremos a esta acción. Pero sí podemos ir precisando cuáles son algunos de los actores involucrados en el evento:³⁸

38. En otro capítulo expondremos de manera más amplia un caso como el anterior, por ahora y para los fines de este apartado, sirva este breve caso de ejemplo, a la vez que como punto de encuentro y acuerdo de las definiciones y conceptos.

- Médicos: sujetos activos de la acción, conocedores y operarios de la ciencia y la tecnología.³⁹
- Institución: hospital, campo de la acción y proveedor de la estructura tecnológica.
- Ciencia: quien genera y oferta el conocimiento usufructuado y representado por los médicos.
- Tecnología: como instrumentación y concepto de acción sobre el paciente.
- El paciente: sujeto destinatario de la acción.
- Familiares y otros pacientes.
- Sociedad: medio en el que se insertan los médicos, la institución, los familiares y el paciente.

Si mantenemos en mente nuestro marco definitorio sobre la vida y la muerte expuesto anteriormente, el caso presentado se volvería un tanto comprensible. Es decir, los médicos actuaron conforme al marco definitorio operante sobre la vida; así, la concepción de vida de éstos la podemos ubicar entre la que afirma la integridad del cerebro y la que sitúa la conciencia en las funciones superiores. Esto lo deducimos a partir del criterio médico de que cada vez que existe un paro cardio-respiratorio se produce, de manera concomitante, un posible daño cerebral con secuelas de carácter imprevisible e irreversible. Pero por ahora no interesa tanto ese actuar “conforme a”, asunto que retomare más adelante, sino en dónde se posiciona y cómo se califica esa acción que, en un primer momento, identificamos como eutanasia.

Como primer paso necesitamos ampliar nuestras definiciones de eutanasia inscritas en diversas posturas. Éstas serán expuestas de forma sucinta y, con base en ellas, podremos situar, ahora sí, la acción eutanática en una presentación pormenorizada del caso de un evento de crisis. De las posturas por presentar me limito a tres: la utilitarista, la liberal (laicas) y la que defiende la sacralidad o santidad de la vida (cristiana-católica). De estas posturas sólo interesan los aspectos de orden médico y su revisión estará en función de aclarar nuestro tema, más que volverlo complejo y tornarlo confuso. Esto debido a que no interesa discutir con los teólogos o los filósofos sus conceptos teóricos sobre la vida y la eutanasia, sino presentar sus posturas y definiciones como un marco teórico que también opera y tiene mucho que aportar a la discusión, pero que también son parte del problema.⁴⁰ Pero en nuestro tema, las prácticas eutanáticas, interesan por ahora los marcos de la práctica de una teoría sobre la vida, más que la teoría por sí misma.

39. Este término lo utilizo en el más amplio sentido, el derivado de la raíz *ópera: obra, trabajo*.

40. De las tres posturas por presentar –utilitarista, liberal y religiosa–, las dos primeras las podemos llamar consecuencialistas; en tanto la última ha sido nombrada como esencialista. Entre ambas existen, tanto de forma como de fondo, discordancias insalvables, cuando menos en términos filosóficos y, por qué no, también ideológicos. Pero insisto en que sendas posturas sustentan o delegan la parte argumentativa sobre la vida en los criterios actualizados y dictados por la ciencia en funciones. Esto en razón de lograr ellas mismas cierta coherencia y lógica con el resto de la sociedad en que se contienen. La falta de homologación con los criterios de la ciencia en funciones, de parte de la Iglesia en el pasado, le representó calificativos de anacronismo y oscurantismo, que no eran preocupantes –como ahora podrían serlo– debido a su poder y a su influencia estratégica en la generación del conocimiento mismo. Actualmente ésta es una postura que no se pueden permitir ellos mismos, pero que

Hay quienes describen la eutanasia como una teoría que defiende la licitud de acortar la vida de un enfermo incurable (Larousse, 1992: 46), otros se extienden puntualizando que es la aceleración por medios indoloros, de la muerte de una persona que sufre una enfermedad incurable.⁴¹ En su concepción etimológica, sólo referiría a una buena muerte;⁴² sin embargo, en su definición social es entendida más en un sentido punitivo contra el enfermo que pareciera negarse a morir o que por razones de índole no-humanitarias se aplica a individuos. Así, durante años, la eutanasia ha sido rechazada por relacionarse con el odiado legado de Hitler, quien defendió “el exterminio de la vida sin valor”, instrumentando para ello una eutanasia planificada como política sanitaria. Durante años, los niños con defectos de nacimiento y los pacientes mentales fueron ejecutados. Por ello, la eutanasia tomó su connotación negativa e incluso forma parte de los códigos criminales en algunos países.⁴³

En las definiciones que en medicina se dan para la eutanasia encontraremos, tácita o explícitamente, puntos relacionados con la postura liberal y otros relacionados con la utilitarista. Esto nos servirá para presentar, de manera conjunta, las definiciones y la postura consecuencialista, en función de que son posturas para la acción, donde se *actúa* en consecuencia *de*, y se define *para*. En este sentido, y para fines de contextualización expositiva y comprensiva, es mejor situar las posturas, de una buena vez, en su marco operacional y no presentarlas de manera abstracta, y escindidas de su sitio y su forma de asimilación y operación.

Las posturas laicas

Tanto la medicina como el derecho y algunas religiones por medio de sus postulados teológicos, aportan elementos para una definición y una conceptualización del evento eutanásico. De una revista médica obtuvimos la siguiente definición:

...una forma buena e indolora de procuramiento de la muerte de un enfermo terminal, que está desahuciado o tiene un atroz sufrimiento por su enfermedad y él mismo o sus familiares, ante lo irremediable, solicitan su muerte (Gamboa, 1994).

no logran salvar por completo en función de las formas intrínsecas de su postura esencialista ante la sacralidad de la vida.

41. *Reader's Digest*, 1976, Tomo 3: 1413.

42. EÚ: Adv. Bien en todos los sentidos: recta, justamente; favorable, felizmente; exacta, cuidadosamente. Thanatos: muerte (Vox, 1967: 261.).

43. Cabe anotar que en Uruguay, Colombia, Rusia y Suecia, no se castiga el homicidio piadoso. En otros países como Alemania, Suiza, Polonia, Italia, Hungría, Costa Rica y Noruega, se aplican penas leves. En Francia, Bélgica, Argentina, España, Chile, Inglaterra y México, se penaliza severamente y no se admiten atenuantes (Soberón-Acevedo, 1994:541-551).

Una muerte dulce o una muerte buena a una persona que padece una enfermedad incurable y muy penosa, o hacer dulce y tranquila una agonía que de otro modo sería extraordinariamente larga y dolorosa (...) la responsabilidad moral recae preferentemente sobre la conciencia del médico (Nuevo Diccionario Médico, 1984:530 [NDM])

En otro texto,⁴⁴ *Medicina Interna de Kelly*, curiosamente en el apartado de geriatría y al final de dos tomos, aparece una vaga referencia a la definición de la eutanasia activa y la pasiva, pero jamás a la definición en sí misma del término:

La eutanasia activa, es decir, un acto afirmativo e intencional destinado a provocar la muerte de una persona, está prohibida por la ética médica y está penada por la ley. Por el contrario, la eutanasia pasiva (el paciente sólo es abandonado a su suerte) por lo general es una actitud aprobada por nuestra sociedad (William, 1991: 2807).

Desde esta plataforma definitoria en la que los términos se presentan tan subjetivos (buena, indolora, sufrimiento, penosa, atroz) y difíciles de evaluar (enfermo irremediable, terminal, incurable, larga, dolorosa), la medicina se sitúa en una arenga de neologismos, eufemismos y tecnicismos (discurso sólo para iniciados) y hace de una praxis tan cuestionada, una actividad cotidiana, evitando así, con sus tecnicismos, cualquier probable cuestionamiento. De inicio encontramos una postura pragmática sobre la calidad de la vida, es decir, ésta tiene un valor extrínseco a sí misma, que reside en las condiciones en que esta vida se desenvuelve. Aquí podemos calificar de utilitaristas las definiciones mencionadas. Explico el por qué, en este caso, no son liberales.

El principio básico del liberalismo, en tanto concierne a la práctica médica y reduciéndolo a su mínima expresión, es: “mi cuerpo es mi propiedad”. En consecuencia, yo tengo derechos: a la libertad, a la vida, a la felicidad y derecho a morir. Esto representa una forma especial de individualismo y de confianza en la racionalidad de que, en las condiciones de un orden social justo y equitativo, el individuo podrá hacer uso de su libertad. Dentro del panorama que presentan las anteriores definiciones de eutanasia en el contexto de su práctica, más que en el caso hipotético de idealización como norma de acción, el individuo/paciente poco o nulo derecho tiene sobre su cuerpo, sobre su vida y menos aún sobre el derecho a elegir una muerte. La mayor parte de las veces él ni siquiera tendrá voz para explicitar sus deseos, y en caso de poder hacerlo, éstos serán desvalorados en función de una supuesta incapacidad de elección racional, derivada de la patología y del estado anímico mismo del enfermo. Insisto, lo ideal sería que no fuera así, que el individuo tuviera el derecho a ser escuchado, a que sus deseos se cumplieran y a una buena muerte, sin profundizar mucho aquí en lo que entendemos por “buena” o por “libertad”. Lo que está en juego, en consecuencia, es la libertad y el derecho a ella. Estos derechos se suprimen, que es lo más importante para nuestro tema, por la ausencia de lo que les da origen, la racionalidad, es

44. Es interesante mencionar que, al igual que en muchos diccionarios especializados de antropología, filosofía y sociología consultados para este trabajo, en los libros de medicina aparecen poco las acepciones a este concepto.

decir, por su incapacidad para hacer una elección racional. Discutiremos más sobre este aspecto conforme avancemos en nuestras definiciones.

Para acercarnos al tema desde la práctica misma, veamos algunas referencias relacionadas con el caso, descritas en uno de los más prestigiados libros de medicina en México y que a la vez representa consulta obligada para todos los estudiantes y residentes de medicina en buena parte del país. Con respecto a la verdad, menciona que:

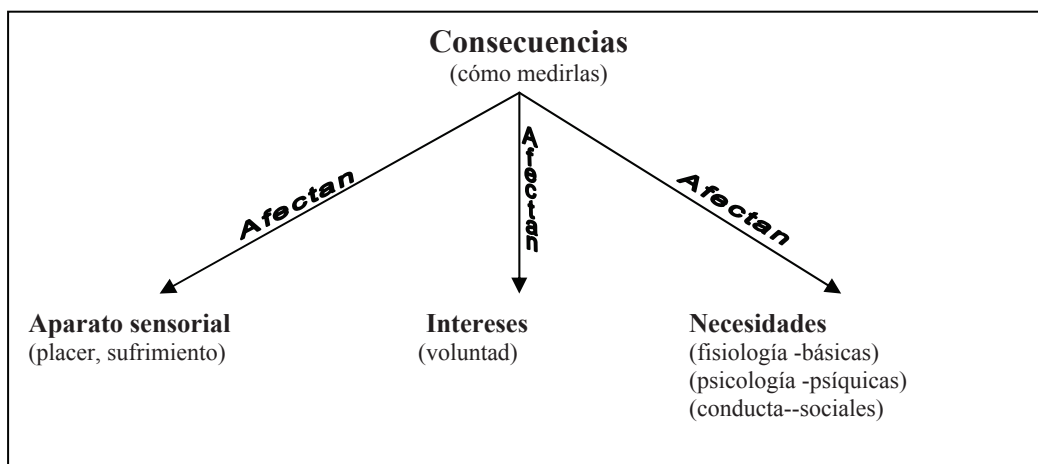
Aunque algunas personas piensen lo contrario, no existe ninguna forma vinculante que obligue al médico a decir inmediatamente toda la verdad al paciente [que va morir] ni aun en el caso de que se trate de un adulto y cabeza de familia. La información que ha de darse al paciente estará en relación con su capacidad para enfren-
tarse a una muerte inminente (Braunwald, 1991: 5-7).

Esta cita deja claro nuestro último comentario, la elección racional, e introduce el porqué puede ser llamada utilitarista. Brevemente, el utilitarismo, en el contexto médico, y como consecuencialista, dice: “Las acciones deben producir consecuencias mejores que los actos alternativos”. La cuestión aquí es cómo medir las consecuencias, o como medir la utilidad de ellas. Tenemos, por lo menos, tres opciones:

- a) En cuanto a cómo se afectan los intereses de los involucrados (lo que quieren).
- b) En cuanto a cómo afectan a su bienestar (les da placer o causa sufrimiento).⁴⁵
- c) En cuanto a cómo afecta a la satisfacción de necesidades más objetivas y cuantificables.

Estas tres opciones se aclaran un poco más en la siguiente figura (1):

Figura 1
Medición de las consecuencias



45. En este caso, bienestar se refiere “más sensaciones agradables que desagradables”.

Así, dependiendo de la elección de la teoría del bienestar, la forma de medir la consecuencia varía. Un acto sería, entonces, positivo si acorta el sufrimiento, o negativo si lo prolonga. En nuestras dos primeras definiciones médicas encontramos esta postura: es la disminución, el acortamiento del dolor y del sufrimiento. Esto, pareciera, es una actitud loable y quizás deseable a primera vista, tanto como la liberal. Pero el problema reside, tanto en una como en la otra, en que las definiciones de dolor, de sufrimiento, de calidad son referencias evaluativas, para las que el conocimiento científico médico no está preparado; razón y discusión aparte merece la intencionalidad del conocimiento científico –descriptivo y manipulador– que matiza los discursos y las acciones de los médicos ante la vida y el sufrimiento de los individuos/pacientes.

El contexto de la práctica médica

Introduzcámonos un poco más al espacio relacional y operacional de estas definiciones, para obtener una contextualización y una comprensión más amplia. En México, al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica se ha dado en llamarlo Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1990: 83). Este modelo cumple con funciones que deben ser referidas no sólo a las instituciones médicas sino también a las relaciones de éstas con el Estado y con los conjuntos sociales.⁴⁶ Desde aquí, el MMH elabora sus discursos con respecto de la vida, la muerte y la eutanasia. La dominación del biologicismo, MMH, crea el marco de referencia conceptual para que la eutanasia sea analizada desde ese ángulo, desfasando el evento de las múltiples causalidades de estructura social que determinan la aceptación o negación de la eutanasia. A la luz del MMH, la eutanasia pareciera algo anecdótico y eventual, pues el fenómeno se mide con relación a parámetros biológicos solamente, utilizando para esto variables “biologicistas” como sexo, edad y tipo de padecimiento; valorando la calidad y la cantidad de vida con estadísticas casi perfectas obtenidas de la no menos biologicista epidemiología.⁴⁷

46. El MMH cumple una serie de funciones que podemos agrupar en tres tipos: *a)* el que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; *b)* las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, y *c)* la función económica-ocupacional (*Ibidem*: 105).

47. El matiz que ha ido tomando la enseñanza de la medicina, a la luz del MMH, se caracteriza por un profundo “biologicismo”, que deja de lado las asignaturas concernientes al área social. Así, en 1860 existía la clase Aparatos y Moral Médica –impartida por el doctor Pablo Gutiérrez–, como materia en la Facultad de Medicina (García de Alba, 1993:65. Cf. Cuadernos de difusión 65, Iguíniz J. B., Catálogo bibliográfico de los doctores, licenciados y maestros de la antigua UdeG, 1963:52-53.), para 1886 se transforma en Deontología Médica y se impartía junto con la materia Medicina Legal, todos los sábados de una a dos de la tarde; y continuó impartándose hasta el año de 1902. Posteriormente se transformó en una conferencia que era impartida por los decanos de la facultad.

Actualmente, en la bibliografía básica para la formación de los médicos, en la Universidad de Guadalajara, y cuando menos antes de 1998, no existe la materia Ética, ni espacio escolar alguno para la discusión de temas como éste. Aunque en el ámbito internacional hay una corriente de bioética que en México ha sido retomada por grupos de filiación religiosa para difundir “el respeto a la vida humana” desde una perspectiva conciliar católica. (por ejemplo, la Universidad Anáhuac imparte una maestría en bioética desde ese enfoque).

Dentro de este modelo de práctica médica, el análisis del evento se hace cada vez más urgente en función de que, por un lado, la ciencia y la tecnología están hoy en posibilidad de ofrecer cantidad y calidad de vida al individuo sano; sin embargo, ante el individuo-paciente en agonía o enfermedad terminal, ante su desesperación, sólo le oferta cantidad y de esta forma suprime de la vida de éste los momentos a que la vida debe su valor. La ciencia no merece admiración por ello, por muy sabiamente que conduzca (por medio de su técnica) a los hombres por el camino de la desesperación (Russell, 1990: 218). Por otro lado, estas mismas ciencia y tecnología posibilitan el marco teórico para la formación de nuevas diferencias y desigualdades, basándose en una ideología binaria y normativa de las funciones y definiciones de la vida y del cuerpo humano.

El lenguaje aquí se presenta como uno de los pocos puntos comunes de encuentro; empero, para cada hombre el lenguaje representa una aproximación única –y compartida– hacia la realidad social (global) y por ello, a pesar de que la muerte, y la vida, tienen definiciones más o menos globales y genéricas. El individuo-paciente, desde una perspectiva lingüística, constituye una unidad autónoma que construye por sí misma el lenguaje (Cela, 1985: 67). De esta forma, la experiencia de vida y muerte, por un lado, es única e irrepetible y, por otro, conserva la generalidad del evento y se transforma en constante social, en la medida en que los términos del lenguaje se hacen más comunes y cognicentes.⁴⁸ En México, como en cualquier otro país y otra época, la eutanasia tendría un significado diferente, y común a la vez, ante otras culturas,⁴⁹ ya que los conceptos de vida, muerte, dolor y sufrimiento están permeados por el bagaje histórico, cultural e idiosincrásico, llevan el peso de la religión judeocristiana, del mestizaje y de las culturas prehispánicas, lo que daría una visión muy particular al evento. Ésta debe ser considerada si aspiramos a una actitud comprensiva.

Cuadro 3

PASADO	PRESENTE	FUTURO
Salud	Enfermedad	Muerte
Vida	Muerte	Agonía

Para el enfermo terminal que vive en un presente sin futuro y con vagos recuerdos del pasado (pareciera), la imagen de muerte venidera es ya una agonía (cuadro 3). Al individuo-paciente

48. El aprendizaje mismo del lenguaje lleva consigo elementos de carácter ético y moral, por lo que se convierte en “fuente de determinaciones innatas capaces de afectar tanto el origen de las motivaciones éticas como la propia justificación moral por medio del lazo entre estructura psicológica y conocimiento” (*Ibidem.* 58).

49. La mayor parte de las veces, cuando hablamos de eutanasia, se piensa en contextos holandeses, austríacos o ingleses, y tendemos a voltear hacia el norte de la frontera, hacia Michigan, y recordar la imagen del doctor Kevorkian.

terminal no le conflictúa la muerte en sí,⁵⁰ pues al vivir el futuro hoy, en la sentencia de una próxima muerte, él ya está muerto (“si me han de matar mañana, que me maten de una vez”); lo que conflictúa es entonces el cese o la extensión obligada de la vida, su prolongación más allá de lo que espera, sabe y desea. Tal pareciera, así, que el cese de la vida se da como un juego de tiempos, donde al agónico pierde toda esperanza de presente y convive entre el pasado y el futuro: ambos inexistentes; apostando con mayor intensidad a cortar ese futuro inadmisibile como espera. Este vivir en el futuro lo lleva a sentirse expulsado del presente, inadaptado y menospreciado, al vivir en el pasado se sabe, pero no se encuentra, se reconoce pero no se siente en el lugar donde se halla: para el agónico el espacio es un hoyo negro, una nada engullidora.⁵¹ Esta experiencia lo transforma, lo hace duro consigo mismo. A esta dureza los psiquiatras la llaman depresión y ansiedad, y los juristas, incapacidad de decisión.

Buena parte del MMH se propone solucionar el asunto centrando el origen de la eutanasia en el problema del dolor. De aquí que la discusión actual, en los centros médicos hospitalarios y en las universidades,⁵² se centre en prioridades del manejo de éste en los pacientes terminales o moribundos (Foley, 1989). Sin embargo, la idea de que aliviando el dolor físico se elimina la posibilidad del deseo de muerte es, a la vez que reduccionista y unilateral, biologicista, pues se olvida que el dolor lleva siempre un fuerte y extenso condicionamiento cultural (Bakam, 1979: 82). Y desde esta postura difícilmente podemos encontrar una salida al problema, que dé cuenta de los intereses de todos los implicados en la acción, y no sólo eso, sino que considere también las formas de definición de la muerte en momentos diferenciales, que es como la viven los participantes, en correspondencia con sus mundos de vida.

Hagamos evidente que el saber médico es también saber social. La eutanasia, o lo que con ella referimos, como realidad vigente, no es un problema de carácter biológico o técnico solamente, sino una construcción ideológica que responde a las características y necesidades de la sociedad en la que se presenta;⁵³ su presencia y su discusión son también síntoma de la desvincu-

50. Véase el excelente estudio realizado por Asunción Álvarez del Río (1998) para su tesis de maestría en Psicología Clínica, sobre pacientes terminales y su visión ante la muerte.

51. Precisamente en esta rudeza de la finitud (que se muestra en la angustia, que en definitiva es siempre ansiedad o angustia de muerte) se revela también la trascendencia del mundo y de la existencia: lo de cada momento es absolutamente decisivo y la decisión reclamada una y otra vez se efectúa en esperanza, es decir, sin criterio del logro (o fracaso) definitivo (Müller, 1986: 308).

52. Las unidades de cuidados paliativos cumplen, en teoría, una función integradora de la atención que se debe dar a los pacientes en fase terminal o incurables. La participación de psicólogos, trabajadoras sociales y anestesiólogos es común, pero también lo es que sean estos últimos quienes dirijan estos centros. Es un dato interesante que algunos de estos centros iniciaron como “clínicas del dolor” y evolucionaron a unidades de cuidados paliativos. Es el caso del Hospital General de Occidente, en donde dicha unidad se ubicaba espacialmente fuera del complejo hospitalario, en el área de estacionamiento, en tanto la unidad de cuidados paliativos del Hospital Juan I Menchaca, se sitúa en el sótano, a un lado del departamento de Patología y del área de transferencia de cadáveres que esperan ser reclamados por los familiares.

53. El aparato médico sanitario, sus orientaciones aplicativas, los modos de relacionarse con los problemas por resolver, las formas de actuar sobre los conjuntos sociales, suponen la utilización de medios técnicos que en su

lación social y de la ausencia de normatividades éticas que rodean a la práctica científica. A partir de la consideración de lo anterior, Tomasini sitúa la eutanasia como un problema de carácter político.⁵⁴

Hasta este punto hemos bosquejado las posturas consecuencialistas. De ellas solamente mencionamos los aspectos concernientes a la práctica médica y, más específicamente, su actitud ante la vida. De estas posturas me interesa resaltar algunos aspectos: *a)* ambas utilizan la racionalidad, o la elección racional, como sustrato fundamental de sus argumentos; *b)* la ciencia en funciones determina las definiciones de vida y muerte que sendas posturas utilizan y manipulan; *c)* las salidas al dilema de la continuación o terminación de la vida han sido problemáticas en ambas posturas,⁵⁵ esto en función de la utilización, consciente o inconsciente, de los conceptos emanados de la ciencia como criterios *evaluativos* de lo que *significa* estar vivo o muerto; *d)* las formas de racionalidad, de elección racional, ante la vida y la muerte, están profundamente vinculadas al método científico, a las formas de racionalidad de la ciencia misma, a su función manipuladora y transformadora de la naturaleza.

De alguna forma podemos decir, hasta aquí, que la ciencia, sus criterios de acción y elección, su método y su forma de racionalidad, han colaborado en la generación de estos problemas, de estos dilemas que antes no eran tan evidentes ni frecuentes. Es la forma de racionalidad de la ciencia y de apropiación y aplicación de la misma, la que nos conduce, también, a este tipo de problemas en los que están en juego dilemas existenciales, que se antojan irresolubles con el mismo método que los produce. Dado el carácter introductorio, de definición conceptual de este apartado, dejaremos para el siguiente capítulo la discusión de estos incisos (*supra*) para, junto con los hallazgos de campo, analizar el problema en función de lograr una mejor apreciación contextual de la presente postura. Continuemos ahora con la postura esencialista (religiosa) ante la vida.

La postura judeo-cristiana ante la eutanasia

Para hablar de religión, más específicamente de religión católica, es necesario mencionar sus fuentes oficiales y no sólo algunas voces autorizadas o no de manera local a pronunciarse sobre los conceptos de vida, muerte y eutanasia. Así, es necesario extraer sus citas de las fuentes bíbli-

funcionamiento generan consecuencias sociales e ideológicas por medio de las actividades de curación y prevención. Esta afirmación no pretende negar la especificidad de las actividades sino que las ubica dentro de un contexto no meramente técnico, y en un nivel de análisis socioantropológico que convierte al aparato médico-sanitario en lo que es: una institución social.

54. En el acercamiento que el filósofo Tomasini hace al tema, separa el problema moral, el racional y el político en el que se encuadra este tipo de acciones. Así, por ejemplo, para él “el término ‘eutanasia’ sólo es usado con propiedad cuando lo que se discute son cuestiones de orden político” (Tomasini, 1997: 44 y ss).

55. A este respecto puede consultarse a Glover (1977) y Kuhse (s.f.).

cas, los concilios y de los teólogos autorizados por la Iglesia. La postura entre los teólogos es que toda vida es sagrada, y se basan en un derecho natural que derivan de la igualdad de la naturaleza humana. La vida es santa, inviolable, tiene un valor intrínseco y es digna de conservarse. Esta igualdad tiene un origen divino:

El día que Dios creó a Adán, le hizo a imagen de Dios. (...) Tenía Adán ciento treinta años cuando engendró un hijo a su semejanza, según su imagen, a quien puso por nombre Set. (Gn. 5, 1-3).

Por tanto, como por un solo hombre entró el pecado en el mundo y por el pecado la muerte así la muerte alcanzó a todos los hombres, por cuanto todos pecaron (Ro. 5, 12).⁵⁶

Hay en esto una relación que, a decir de los teólogos, habla sobre la contingencia de nuestra vida en nuestro cuerpo y la conexión entre la muerte y nuestra condición humana de pecadores (Kevin, 1989: 327). La igualdad, en estos términos, llega a partir de un pecado original, automáticamente, pero, como comenta Vevia (1994: 68-69), no se demuestra ni exige desde un punto de vista estrictamente teológico que todos los hombres sean iguales. La desigualdad es operante en mayor grado en los momentos de dolor y sufrimiento extremo. Pero también desigualdad de condiciones y de estatus definitorio de la identidad del agónico, del enfermo; así como de pensamiento e intenciones volitivas con respecto a sí mismo y hacia los demás; acentuadas y matizadas por un contexto cosificante, necesario o no, que se rige por una ambivalente igualdad de cuerpos y funciones y con una diferenciación intrínseca que deviene de la patología (“no hay enfermedades, hay enfermos”). Éste es el marco de la desigualdad, no de la igualdad. La Iglesia, con todo, insiste en una igualdad ambivalente, pues de alguna forma, con juicios anticipativos y deseos profundos, insiste en una aserción que luego no puede sostener.⁵⁷ El filósofo Carlos Vevia sostiene que:

[...] desde un punto de vista estrictamente religioso, no vemos que se demuestre o exija que todos los hombres sean iguales (...) no hay un obstáculo intelectual, proveniente del mundo de la fe, que impida pensar en una desigualdad de la especie humana (...) resumiendo: dios puede manejar sus asuntos con los seres humanos, sin necesidad de que todos sean iguales. El código napoleónico sí supone la igualdad de todos los ciudadanos, pero no el código divino.⁵⁸

56. Ésta es una de las fuentes bíblicas de la supuesta igualdad de la naturaleza humana, igualdad que extiende Pablo hacia el pecado y la salvación.

57. El caso se presenta más claramente en sus reflexiones teológicas sobre la vocación de los santos o los mártires: ¿por qué unos sí y otros no?, ¿por qué automáticamente a todos les llega el pecado y por qué automáticamente no les llega a todos la salvación? Sin embargo, el punto más claro de esta ambivalencia es cuando se pone en marcha el concepto de “doble efecto”, en éste es doble también la desigualdad. Sobre él comentaré más adelante.

58. En este caso, el autor no apela a la desigualdad para fines segregacionistas o de valor, sino para lograr una concepción del Otro humano, en el tiempo y el espacio, que permita la asimilación de mundos y modos diferentes y válidos de vida (Vevia, 1994:68).

En el concepto dogmático, de la santidad de la vida y la igualdad, se basa la postura de la Iglesia ante la eutanasia, pero ese concepto no se sostiene racionalmente ni filosóficamente, por lo que el problema yace en la forma de dar una definición acertada para la fundamental igualdad de la especie humana. Desde aquí, la postura ante la eutanasia se torna dogmática y, por tanto, incompatible con la racionalidad científica. En 1980 la Iglesia católica emitió, en un documento llamado *Declaración sobre la eutanasia*, su definición de eutanasia: “[...] un acto o una omisión la cual en sí misma o por intención causa la muerte, en función de que por este medio todo sufrimiento pueda ser eliminado”.⁵⁹ Parte de los sustratos de esta definición, la vida y la muerte, son precisados: “[...] la vida es un regalo a la humanidad de nuestro creador (...) la muerte de un ser humano es el fin de su existencia corpórea” (*Ibidem*: 326). La vida, al igual que la muerte, tiene un sentido para el creyente: “Porque ninguno de nosotros vive para sí mismo; como tampoco muere nadie para sí mismo. Si vivimos, para el Señor vivimos; y si morimos, para el Señor morimos. Así que, ya vivamos ya muramos, del Señor somos” (Ro. 14, 7-8).

La evitación del sufrimiento es la premisa negada para la aplicación de la eutanasia. Si bien los que ostentan esta postura no dan elementos que aclaren y sirvan a los médicos para discernir sobre quién está vivo y quién no, sí achacan la responsabilidad a éstos, asunto que me parece prudente pero arriesgado, de establecer dicha diferencia: “[...] es concerniente al doctor, y especialmente al anestesiólogo, dar una clara y precisa definición de muerte y del momento de muerte de un paciente que atraviesa por un estado de inconsciencia”.⁶⁰

Otra definición de eutanasia, desde esta misma postura, que menciona más explícitamente a los médicos es: “(Es) el acto deliberado de causar la muerte de un ser humano como parte de los cuidados médicos que están siendo dados a él o ella (Williams (s.d.): 3). La postura del Papa ante el caso es la siguiente:

(...) la eutanasia es un crimen en el cual uno no debe por ningún motivo cooperar o consentir con el evento. Los médicos y los científicos no deben considerarse como señores de la vida, sino como sus diestros y generosos

59. *Declaration on Euthanasia* (5 de mayo de 1980), *Vatican Council II*, vol. 2, 1982, pp. 510-516 (en Kevin, 1989: 109, 209). Todas las traducciones son del autor.

60. Papa Pío XII, *The prolongation of Life* (24 de noviembre de 1957), *The Pope Speaks*, 4: núm. 4, 1958, pp. 395-398. En Kevin, *op. cit.*: 319. Además del acto auto expiatorio de delegar la responsabilidad, teórica, de la definición del estado de vida o muerte de un paciente, cuestión que de por sí refleja los contubernios sutiles entre la ciencia y la religión, me parece que existe un amplio desconocimiento de las cuestiones prácticas de la medicina y del acto de decidir. Pues si bien existe la vinculación, comentada anteriormente, entre el manejo del dolor y el estado de conciencia derivado de su tratamiento, existe, como primer punto: una evaluación neurológica que no siempre es recomendable que la haga el anestesiólogo, sino el neurólogo; pero normalmente ni uno ni otro están en esos momentos, eventos de crisis, en los que se tiene que decidir sobre la vida de los demás. La sugerencia eclesial es pertinente en los casos hipotéticos e ideales, en los que se cuenta con tiempo para hacer una evaluación. En la práctica médica cotidiana, en la sala de urgencias, en terapia o en tococirugía, hay poco margen para una consulta de este tipo. Esto vuelve problemática la aplicación de los criterios teológicos en los eventos de crisis.

servidores. Solamente Dios, quien ha creado a la persona humana con un alma inmortal y marcado al cuerpo humano con el regalo de la resurrección, es el Señor de la vida.⁶¹

Aunque por un lado se confiere a los médicos la responsabilidad de definir la muerte, por otro los insta como operarios de sus mismas definiciones. La posición es ambigua y peligrosa. Por otra parte, la presencia y la vinculación con el dolor y el sufrimiento también se consideran, pero *a priori* de la aceptación: “Llegados a un lugar llamado Gólgota, le dieron a beber vino mezclado con hiel; pero él [Jesús] después de probarlo, no quiso beberlo (Mt. 27, 33-34).⁶² Hay en esto una invitación a la aceptación del dolor y se le vincula a la evitación del deseo de muerte, que devenga de la presencia del dolor y del sufrimiento. Job es ejemplo: “¿Para qué dar la luz a un desdichado, la vida a los que tienen amargada el alma, a los que ansían la muerte que no llega?” (Job. 3, 20-21). “¿Preferiría mi alma el estrangulamiento, la muerte más que mis dolores!” (Job 8, 15). El protagonista de tanto dolor jamás piensa en la muerte o desea morir, dicen los exégetas. Es un modelo humano de aceptación del dolor y del sufrimiento. Sin embargo, la Iglesia no exige a sus miembros la misma actitud (porque ésta es una actitud ideal, no una obligación). Y en opinión de algunos teólogos, el uso de analgésicos debe ser considerado aun cuando en su uso se vea implicada, de forma secundaria, la continuidad de la vida:

[...] humana y cristianamente la prudencia sugiere para la mayoría de los enfermos el uso de medicamentos capaces de disminuir o suprimir el dolor, aun cuando éstos pudieran causar como un efecto secundario estados semiconscientes y reducción de la lucidez mental. Tanto para aquellos quienes por no estar en condiciones de solicitarlo por sí mismos, uno puede razonablemente presuponer que ellos desearían tomar esos analgésicos.⁶³

La suposición de lo que el otro desea llega a considerar el uso de analgésicos, pero no si ese mismo otro desea o no el uso de un respirador o seguir dentro del mismo hospital o que puede no estar de acuerdo con el efecto de esos analgésicos. Esto tiene importancia porque éstos en ciertas dosis producen estados de inconsciencia, por lo que el 26 de junio de 1980, la Congregación para la Doctrina de la Fe emitió lo siguiente:

Los analgésicos que causan inconsciencia necesitan una especial consideración. Porque una persona no solamente tiene que ser capaz de atender sus deberes morales y obligaciones familiares; él o ella deben también prepararse a sí mismos con una plena conciencia para su encuentro con Cristo (Kevin, 1989:111).

En esta idea está velada la postura de considerar al ser humano, la vida, en relación con sus procesos conscientes –en esto iría a la par con las definiciones médicas de muerte cerebral y, por

61. Extractos de *Pope John Paul II, The Mystery of Life and Death*, Oct. 19-21, 1985 (en Kevin, *op. cit.*, 111).

62. Este vino era un brebaje embriagante, mezclado con mirra y hiel, que se ofrecía a los ajusticiados como estupefaciente para atenuar los dolores. Jesús, como ejemplo de aceptación del dolor y del sufrimiento, lo rechazó.

63. Sacred Congregation for the doctrine of the Faith, “Declaration on Euthanasia”, 5 de mayo de 1980 (en Kevin, 1989:304).

ende, con las posturas consecuencialistas—, el alma estaría en función de los estados biológicos de conciencia, se requiere su integridad para enfrentar la muerte. Pero a manera de corrección, y con una salida dogmática al estilo del *deus ex machina*, la relación entre conciencia e integridad de la fisiología del cerebro es explicitada y se aclara el punto de vista de la teología en la siguiente cita:

[...] desde un punto de vista teológico es peligroso hacer de la conciencia un criterio de distinción de lo humano o de la vida de una persona. Lo humano se lleva en el cuerpo y alma. Y los derechos a la vida están constituidos por la relación creador creatura —hecho a la imagen divina— y no al producto de la posesión de cierto nivel de conciencia. Pero la imagen divina en las escrituras está determinada por la vida, la existencia, no por alguna calidad o función de esa vida (Williams (s.d.) 17).

La salida a esta dualidad es resuelta teocráticamente. Las opciones que se deben considerar en la práctica médica se limitan al principio del doble efecto:

(...) con la cirugía apremiante de la madre embarazada y que por la cirugía es posible que se muera el feto, éste es un mal no deseado ni intencional, pero es inevitable. (...) Deliberadamente nosotros usamos la expresión “atentado directo sobre la vida de una persona inocente” y “asesinato directo”, el caso anterior no entra en la primera definición. Es un acto legal como tantos otros casos en medicina en que se busca el don más precioso de la vida.⁶⁴

Es decir, la intención no es hacer un mal, ni atentar contra una vida inocente. Este mismo principio se aplica en los casos de paro cardio-respiratorio:

[...] consecuentemente, si se demuestra que los esfuerzos para la resucitación constituyen en realidad como tales un gravamen para la familia, no se puede imponer esto conscientemente sobre ellos [los familiares] ellos pueden legalmente insistir en que el doctor debería no continuar esos esfuerzos, y el doctor puede legalmente cumplir. (...) La interrupción de las maniobras de resucitación nunca son más que una causa indirecta de la cesación de la vida, y uno debe aplicar en este caso el principio de doble efecto y de *Voluntarium in causa*. Aquí no hay nada que implique un caso de una directa disposición de la vida del paciente, ni de ningún tipo de eutanasia; ésta nunca podría ser lícita (Kevin, 1989. 104, 208).

Hasta aquí podemos encontrar juicios de valor, no precisamente teológicos, que indican que una vida es más importante que otra; donde el familiar o el médico sí pueden decidir sobre la vida de otro y ese otro no puede decidir sobre su propia vida. De hecho, las peticiones de grandes dosis de analgésicos (por los pacientes), son consideradas como solicitud de suicidio asistido. Éste está penado por la ley y por la Iglesia. Pero el martirio es diferenciado del acto suicida, pues al primero se le aplica, también, el principio de doble efecto, el apoyo bíblico es el siguiente:

64. Pope Pío XII, *The Prolongation of the Life* (24 de nov. de 1957), *The Pope Speak*, 4: núm.4, primavera de 1985, p. 397. En Kevin, 1989: 103.

Nadie tiene mayor amor que el que da la vida por sus amigos (Jn. 15, 13).

En verdad, apenas habrá quien muera por un justo; por un hombre de bien tal vez se atrevería uno a morir (Ro. 5, 7).

En esto hemos conocido lo que es el amor: en que él dio su vida por nosotros. También nosotros debemos dar la vida por los hermanos (1ª Jn. 3, 16).

La intención es un bien más grande, la vida eterna o la salvación de los otros, la consecuencia es la muerte, no hay mala intención –dice el teólogo–, pero la capacidad de decisión y la volitiva son del mismo sujeto que bien podría desear morir sin más fin ni intención que evitar un mal mayor, que sería la prolongación de su enfermedad. Pero esto no puede ser aceptado por los teólogos. Pero lo que sí es aceptado, aun conforme el concepto de la santidad de la vida y la igualdad de la especie humana, es que: “[...] la vida humana puede ser tomada conforme ciertas circunstancias: la guerra y la pena capital y aun el suicidio, ante el peligro de violación para la preservación de la virginidad y el honor de Dios... Defendidos estos casos en nombre de la santidad de la vida, no en la de la disponibilidad” (Williams, *Ídem*). De hecho, la pena capital está indicada en el Antiguo Testamento para aquellos homicidas que tomaron la vida sagrada de otra persona y, por tanto, pierden la suya.

En resumen: la vida es un don de Dios y queda fuera de la elección humana. El hombre no es dueño de su vida sino tan sólo su administrador y no tiene autoridad para decidir cuándo y por cuál método acabarla. Las salidas a esta concepción sobre la vida y la disposición que de ella se pueda hacer, están matizadas por una ambigüedad sobre la capacidad de autodeterminación y terminación del individuo por sí mismo, así como por el marco científico al que se delega la responsabilidad de definición de vida y muerte. Pero en este marco se mezclan concepciones morales, teológicas y emotivas que al combinarse en las mentes de los operarios de la medicina, distan mucho de ser criterios fiables y razonables para la toma de decisiones en y durante los eventos de crisis. Pero lo más difícil de aceptar es que en el argumento teológico religioso difícilmente se sostiene la idea de igualdad y de sacralidad, supuestos que obligan por igual a todos los pacientes a aceptar con resignación el dolor y a todos los médicos a actuar conforme criterios difícilmente manejables en una práctica científica.

Las opciones resolutivas desde esta dimensión analítica son más complicadas y confusas de lo que aparentan, pues, ¿cómo ha de explicar el médico al juez o al familiar que su intención no era matar al paciente sino menguar y quitar el dolor? No importa si lo hizo con analgésicos o con la supresión o evitación de algún proceso de instrumentación: el efecto para fines jurídicos es el mismo y al juez poco le interesan las creencias religiosas del médico-homicida. Y es difícil pedir al médico, como requisito, la intención mental de no producir la muerte sino de evitar un sufrimiento, lo que calificaría la acción como buena; pero si otro médico hace lo mismo, con las mismas dosis, pero sin haber tenido en mente esa pureza de intención, entonces el acto será malo. Desde mi punto de vista se trata de una actitud hipócrita ante un problema real, una salida moral

ante un problema de carácter técnico. Peor aún es cuando al médico, operario de una práctica y de unos criterios científicos sobre la vida, encomendados por la Iglesia, se le obliga a mantener con vida a un organismo con ayuda de prótesis biomecánicas,⁶⁵ estado que ni remotamente se ajusta al de las definiciones de vida que él considera válidas.

Las condiciones de la práctica son más banalizadas que los supuestos que el médico pueda considerar acerca de la vida, pues aun cuando él tomara en cuenta criterios teológicos para decidir sobre la continuidad de un organismo, las condiciones de trabajo conforman marcos constrictores que se establecen para actuar, no con criterios teológicos, sino con principios de carácter científico y que se matizan por formas administrativas y burocráticas de decisión. Pareciera que la postura esencialista ignora o no quiere considerar esto. La aplicación, entonces, de estos criterios teológicos, a *tabula rasa* como lo sugieren los teólogos, se antoja, más que difícil, imposible. Imposibilidad en tanto que conceptos básicos como los de vida y muerte son difícilmente homologables para estas instituciones (Iglesia y hospital), pero también salen de la consideración teológica las formas de racionalidad que se activan en los eventos de crisis, que son las que operan en mayor medida ante los dilemas de continuar o cesar. Hacia este último punto se dirige este esfuerzo de dilucidación, ya que en los otros casos, en los que se tiene el tiempo necesario y suficiente para normar las decisiones, implicaría considerar otro tipo de criterios y otras formas de racionalidad.

Como ya lo anotamos, en las conclusiones parciales de la postura consecuencialista, las formas de decisión racional y los criterios de racionalidad científica están imbricados con la postura esencialista. Algo que cabe acotar es que la ciencia y la religión han tenido históricos contubernios.⁶⁶ La secularización de la cultura occidental, de su método científico, tiene consecuencias relativistas, pues esta misma ciencia sirve también para combatir los valores religiosos. Pero esto no siempre fue así, Copérnico pensaba que con su ciencia demostraba la armonía del mundo con la divinidad; la misma armonía creada por Dios era demostrada por los trabajos de Kepler e Isaac Newton (Skolimowski, 1993: 197-205). Lo importante de esta anotación, más que el dato

65. La tendencia a la sustitución [protesidad] de funciones, de órganos amputados o inútiles, adquiere tal fuerza simbólica y de naturalización en el quehacer hospitalario, que el médico difícilmente logra escindir tales funciones técnicas sustitutivas con las que corresponden al portador del órgano sustituido. La simbiosis generada por este mismo método de manipulación vuelve difícil hacerla evidente, así como el reconocimiento de sus límites. La concepción de prótesis va más allá del hospital o de la mera sustitución de órganos y funciones, se extiende desde el uso de unos anteojos hasta, según Stiegler, una computadora y todo aquello que constituya un proceso de exteriorización y de formalización técnica. Es técnico todo aquello que procede de la amputación primigenia, irremediable e incomprensible, fuente de todas las carencias y del deseo de remediarlas con una prótesis. Esa amputación primigenia, asegura Stiegler, no es otra cosa que la condición mortal del hombre, fuente de toda instrumentación de la vida. Bernard Stiegler, *La técnica y el tiempo*, Galilée, Francia; citado en Carranza, 1994: 54-55.

66. Es este caso, por ciencia extendiendo el significado más allá del concepto abstracto de norma y procedimientos en acción, que además la identifica y asemeja con colectivos y comunidades de pensamiento, que reaccionan en función del momento y la situación espacial e histórica de su desarrollo como tal.

anecdótico, es que se desarrolla, con mayor intensidad desde el siglo XVIII, un proceso de secularización de la ciencia que conlleva un eclipsamiento de los valores intrínsecos y su transformación hacia valores instrumentales. Éstos últimos se relacionan profundamente con el utilitarismo, con la postura consecuencialista y con la forma de racionalidad tecnológica y dominadora de la vida.

La postura esencialista, conforme este esquema y la forma de conceptualizar la labor médica, la vida y la muerte; en su manera de utilizar la ciencia para sus definiciones operativas, nos lleva también a difíciles e irresolubles problemas de actuación y decisión. Es difícil considerar o imaginar al gremio médico operando en función de los postulados anteriores, y no sólo me refiero a su manera de actuar sino también de pensar y decidir sobre la vida de los demás. Pero lo que está velado en todo esto, y que esperamos ir esclareciendo, es que la ciencia —el conocimiento que se genera sobre la vida, sobre los organismos biológicos—problematiza todas las posturas. Unas más, otras menos, pero todas se ven en la necesidad de posicionarse ante un conocimiento descriptivo del mundo; ante criterios de acción que se alejan, en su lenguaje, en su ideología y teoría, del lenguaje común o natural que se antoja es el de la mayoría de nosotros. De esta forma, tanto al ámbito de la religión, como al del derecho, al de los utilitaristas o esencialistas, les resulta problemático ajustar sus formas de acción a los criterios descriptivos de la ciencia, pues ésta, con en sus avances ha olvidado, e ignorado, la necesidad de formular con el resto de la sociedad criterios evaluativos y de acción para su forma descriptiva de la vida. Ya no es fácil conciliar esos diagnósticos teológicos de muerte con los científicos, y menos aún el ajustar la mezcla cotidiana de argumentos derivados de la religión, del sentido común, de las creencias y tradiciones con el criterio de estado vegetativo persistente o el de muerte cerebral que presenta la ciencia. No digo que esta última esté en el error, sino que sus criterios son descripciones necesarias de un estado de cosas, pero no son guías suficientes de reacción ante éste. Esas formas de reacción, esos criterios evaluativos, deben emanar de otro tipo de conocimiento, no exclusivamente del modelo de racionalidad científica, instrumental o estratégica.

Conclusiones

Aunque pareciera obvio decirlo, la *acción eutanásica* sólo puede ser aplicada a quien se sabe que está vivo. Saber que en el contexto médico hospitalario adquiere relevancia en función de que es ahí en donde se requiere con mayor cautela establecer la diferencia entre uno y otro estado, dada la irreversibilidad de un mal diagnóstico. En este sentido es interesante hablar de un discurso sobre la vida y sobre el estado de las definiciones y representaciones de lo vivo, en diferentes épocas y lugares. Sobre esto, pareciera, se dice menos que sobre la muerte. Si bien se pensaría, insisto, que se habla siempre de los mismos vivos, me parece que no es así, toda vez que las definiciones de muerte parten del referente de la de vida, a pesar de que ésta no se explicita. Su presencia tácita

u obviada es elocuente en el sentido de que también define por sustracción lo que se entiende por vivo.

En este trabajo, entonces, no nos interesan tanto los muertos y sus definiciones, sino los vivos, sujetos de la *acción eutanática*, ya que ésta se realiza para bien morir, es decir, sólo aplicable a los vivos. Así, en términos médicos, la eutanasia no existiría en los casos de muerte cerebral alta, ya que no entra en las condicionantes de la definición de eutanasia (a bien morir), pues el paciente está ya muerto, al considerar parte de la ubicación de su vida en las funciones altas del cerebro. Éste es un punto nodal del debate sobre la eutanasia que sostienen, por un lado, los que defienden los criterios de definición de Harvard (identificación de la persona con el cerebro) y, por otro lado, los de aquellos que entienden la muerte como la destrucción del neocórtex (*Higher Brain*). Es decir, se presenta el dilema de si se debe considerar que al cesar las funciones conscientes acaece la muerte: los adeptos a las definiciones de Harvard no lo creen así, en tanto que quienes defienden las del estado vegetativo persistente la cuestión es diferente, pues para ellos muere la persona, mas no el organismo. Estas dos posturas, a su vez, se enfrentan a la que no atribuye la vida como tal a las funciones conscientes (la religiosa). El debate es, pues, sobre cuándo muere la persona. Pero esto es una aporía, no hay salida; la multiplicidad y la variedad de posturas son dilemas aparentes que devienen, según lo mostramos de la manipulación de las definiciones de vida y muerte.

De tal forma, lo que nos interesa en esta parte del trabajo es dilucidar y hacer evidente cómo primero se modifica el parámetro definitorio de lo vivo y posteriormente se actúa conforme a ese parámetro. Así, si lo que evaluamos es el efecto de la redefinición, estamos lejos de entender las causas primarias de la acción y más aún de encontrar las posibles salidas hacia una ética responsable del hacer y del decir, dado que se actúa conforme a un concepto *a priori* de lo que es la vida y, en consecuencia, esto representaría también un problema de definición. Así pues, la búsqueda implica también la forma en que estas definiciones son operadas por individuos, en contextos reales que condicionan y determinan modalidades de actuación que pueden ser o no identificadas como *acciones eutanáticas*. Pero también se requiere, si lo que se busca es una ética del decir, indagar en las formas en que este decir sobre la vida condiciona y determina las formas de actuación ante la misma.

Hasta este punto, lo que nos ha interesado es la forma en que la ciencia, modifica las concepciones de vida por vías institucionales y, al ajustarse a ellas en su actuación (el caso de los médicos), realiza acciones que pueden ser calificadas como eutanáticas. No es la acción eutanática en sí misma, sino las formas de operar de esa ciencia lo que, conforme una modalidad de racionalidad técnica-científica, determina y condiciona este tipo de situaciones. La situación es apremiante en función de los alcances de la ciencia y de su vinculación con todas las esferas del quehacer humano. Si lo que decimos es correcto, estamos entonces ante la presencia de una ciencia con y como una ideología sobre la vida; que modificando, conformando y planificando

sus entornos, según sus intereses, sienta las bases para actuar conforme con su ideología y sus intereses desde una lógica y una ideología acordes con su concepto evolutivo de la concepción de vida. Un síntoma de esto son las constantes revisiones de los criterios de muerte que se hacen en la medicina, así como las situaciones eutanáticas por sí mismas. Las discusiones actuales en torno al tema son otro síntoma que evidencia una disconformidad o una no-homologación de criterios entre la ciencia y buena parte de la tradición cultural o de las cosmovisiones de la sociedad. A partir de ello surgen las ambigüedades de definición y de actuación sobre la vida, resultantes de sus formas de ajustarse a los criterios actuales de la ciencia, de los conceptos de esta última sobre la vida y la muerte.

Este punto se hace evidente en la responsabilidad que, por un lado, representa para los médicos el definir esos estados de conciencia, el dolor, especificar las dosis, respetar la conciencia como una función del cerebro y, sobre todo, el reconocimiento tácito que hacen del saber que la conciencia está en el cerebro, aunque no el alma, de ahí que las salidas deban ser dogmáticas. Y, por otro lado, la de ajustar los derechos, las necesidades y las constantes que se derivan de la fisiología, ya sea que se trate del sistema límbico o del neurológico. La libertad tiene una situación topográfica en el cerebro; así, la lobotomía (farmacológica, quirúrgica o social) afecta la capacidad volitiva, se pierde la autonomía en las decisiones; si se afecta el sistema límbico, los deseos pueden sufrir un superlativo aumento y de esta forma romper el equilibrio con las necesidades, lo que rompería con parte del marco operacional –con respecto al tema– de los utilitaristas.

En todos los casos, lo tácito en las discusiones y clasificaciones presentadas es que siempre hay un intento de ajuste con las últimas informaciones de la ciencia, con respecto al estado y la definición de la vida y de la muerte. La discusión de la religión sobre la vida y la muerte, discusión que establece la Iglesia en primer plano, tiene como interlocutor a la ciencia, si bien ésta no tiene interés en discutir con aquélla. La institucionalización y la planificación de su hacer (de la ciencia), le permiten tener esta postura de autonomía en cuanto a su hacer con respecto a la vida. La inclusión de centros de ética en los hospitales es, también, un intento de parte de la Iglesia por mantener un vínculo de diálogo con el hacer hospitalario científico. No es raro que en estos comités existan, entre otros representantes de las instituciones sociales, sacerdotes, abogados y psicólogos.

Expusimos, hasta aquí, los juicios de valor que emiten algunas formas de conocimiento de la realidad en lo particular. El juicio de valor que califica actitudes ético-morales en un nivel individual, no es otra cosa que la evaluación de pautas de conducta (argumento individual y reduccionista), olvidando que éstas carecen de sentido sin un entorno de referencia que debe incluir, necesariamente, al menos a un grupo humano (Cela, 1985: 71). Con este matiz de investigación, por su parte, algunos filósofos intentan acercamientos en el ámbito definitorio, al buscar acuerdos conceptuales que nos permitan hablar de la misma acción (*Ibidem*). Herrera (1997: 43), por su parte, insiste en que “el valor de la vida tiene que ceder en circunstancias de *extremo sufrimiento*

irremediable en las que *la vida ya no resulta vivible*” (las cursivas son mías). Sin embargo, en este tipo de acercamientos, las concepciones de dolor y sufrimiento no son analizadas en su contexto social e individual, por lo que se olvidan de la parte experiencial y práctica del caso.

La *acción eutanática*, por ende, es llevada al campo de la moral social, en donde la teología y las leyes cumplen un papel fundamental, pero éstas se sujetan involuntaria y obligadamente a los criterios de la ciencia, a las políticas actuales de los gobiernos, en donde a la vez se juega un doble patrón: los conservadores quieren la libertad económica, pero la regulación moral y los liberales desean la regulación económica y la libertad moral (Bell, 1976: 258). Conforme esta doble moral, y sin pleno conocimiento ni entendimiento de las causalidades sociales, se mueve la discusión actual.⁶⁷ En este juego de juicios de valor, que se da en el ámbito de las individualidades, se representa la vida como un valor absoluto; se esgrimen juicios de valor subjetivos que se inclinan más al oscurecimiento del problema que a la posibilidad de acierto y a la oportunidad de encontrar, si no respuestas, sí las preguntas clave que permitan una clara visión del estado actual del tema. Ante esto, la antropología y la medicina tienen puntos de encuentro, a saber, el cuerpo humano, la muerte del cuerpo (humano o social), el sitio geográfico-social de la acción y el lenguaje que se utiliza en relación con el tema.

Podríamos considerar que, si bien la medicina estudia el cuerpo, la antropología estudia las percepciones, las representaciones y los valores concernientes a éste en las sociedades humanas,⁶⁸ e insistir, además, en que tanto el médico como el paciente son de naturaleza social (Hartmann, 1993: 104-111). De esta manera, el entendimiento de las representaciones culturales del cuerpo y de las formas de decidir sobre él, permite estudiar de manera más extensa el problema de la *acción eutanática*; aunado a ello, los postulados médicos actuales dependen en gran medida de lo que la filosofía, la teología, las leyes, la economía, la antropología, las ciencias básicas y la tecnología, entre otras, postulan con relación a la vida misma, si bien conservan estas opiniones elementos únicos con respecto a su lugar de origen.

Ante este tipo de problemas, la antropología tiene la tarea de lograr interrelacionar las condiciones socioculturales del evento con las determinantes biológicas, sin olvidar las vinculaciones con la economía política; en otras palabras, el caso se maneja de diferente manera en la medicina institucional respecto a la privada, y ayudaría preguntar y contestar si la vida, en las sociedades de consumo, se convierte en un objeto consumible, con un valor individual pero con uso social (Douglas, 1990: 47). Asimismo, la constante aplicación de nuevas tecnologías en el sostenimiento

67. Podríamos decir que la desaprobación de la eutanasia por la sociedad, bien podría representar el miedo a la auto aniquilación social, pues de alguna forma en la decisión individual “la muerte no se limita a poner fin a la existencia corporal visible de un vivo, sino que del mismo golpe destruye al ser social inserto en la individualidad física, a quien la conciencia colectiva da una importancia y dignidad”. Así, cuando un hombre muere, la sociedad no sólo pierde una unidad sino que resulta alcanzada en su propio principio de vida, en su fe en ella misma (Hertz, 1990: 89).

68. *Revue de Médecine interne*, 1994, 15(11): 770-771.

de los procesos vitales, requiere ser evaluada en cuanto a su efecto social e individual, y supervisada en su carácter de soporte vital avanzado para los casos en que así se requiera. Replantearse los conceptos de vida y muerte, así como las decisiones que antes ellas se toman, es hoy una propuesta que se hace la antropología, ya que ésta puede incluir en su análisis la visión cultural y cognitiva junto con la dimensión política-económica, sin olvidar las interrelaciones que existen entre lo biológico y lo histórico, lo tecnológico y cultural.

Hay menos respuestas que preguntas. Los para qué del tema son soluciones compartidas que se insertan en la cotidianidad tanto del paciente como del médico (hablando del contexto hospitalario). Los aspectos dubitativos de la acción se posponen por lo apremiante y emergente de las opciones que se deben tomar en un estrecho marco de acción y tiempo. Sin embargo, esto no justifica ni censura la acción por sí misma. Se hacen necesarias las preguntas adecuadas, a los actores adecuados, para lograr un entendimiento, como primer paso, del significado del evento, su lugar en el entramado de la acción humana en el contexto de las ciencias médicas y la postura que ha de tomar la antropología ante esto. Una línea de dilucidación por seguir –en este trabajo–, podría ser intentar contestar la pregunta sobre si la eutanasia es moralmente permisible o no. Para abordar esta pregunta y su respuesta se deben considerar el concepto y la descripción de la acción del médico. Según diversas descripciones –consecuencialistas o esencialistas– las respuestas, como ya lo demostramos, son diferentes. Por ejemplo: “no hay tal acción, si la persona está ya muerta”, dirían los defensores de la definición del estado vegetativo persistente; “actúo con misericordia y terminé con la vida de alguien”, sería la descripción de acción de los esencialistas. Pero el argumento que nos interesa construir va en dirección paralela.

En los siguientes capítulos intentaré mostrar y analizar, con ayuda de la evidencia antropológica, que existe un código social entendido por los lectores/actores, primarios e incluso secundarios (pacientes y familiares), muy diferente del lenguaje médico y filosófico. Parte de los problemas desaparece cuando retomamos el código de los pacientes, jugamos sus juegos de lenguaje y tratamos de comprender su situación. Ésta es una necesidad de comunicación y validación del lenguaje del paciente. Hurgar en el contexto de la práctica misma es una de las estrategias y una de las posibilidades de respuesta.

III

DESCIFRANDO LA MIRADA MÉDICA

El respeto de los demás empieza con su reconocimiento como tales, no con el elogio derivado por inversión a partir de nuestro propio retrato. La violencia primera reside en el hecho de reducirlos a no ser otra cosa que un medio para hablar de nosotros; poco importa luego si hablamos bien o mal de ellos.

Todorov (1991:73)

...Que no somos iguales, dice la gente,
que tu vida y mi vida se van a perder,
que yo soy un canalla y que tú eres decente,
que dos seres distintos no se pueden querer.

Canción popular

En la vida de los individuos existen etapas o fases de carácter lineal, ya sean físicas o psicológicas, que se caracterizan por cambios corporales y que tendrían su correlativo en términos sociales y culturales. Así, por ejemplo, entre otros cambios, el desarrollo del vello facial en los individuos fenotípica y genéticamente masculinos, se acompaña y refiere a cambios en el estado de ánimo y de situación en la interacción social con quienes no lo tienen; en las mujeres, el crecimiento de los pechos y el inicio de su menstruación marcan también el comienzo, en términos culturales y fisiológicos, de su periodo reproductivo. En muy pocos de estos casos, y de otros por el estilo que pueden ser mejor referidos por el lector, se piensa o se supone que dichas alteraciones son de carácter degradante o de minusvalía.⁶⁹ Otras modificaciones resultantes de este proceso lineal de transformación corporal, la vejez o la ancianidad y la enfermedad, son valoradas como una disminución de las capacidades funcionales y reproductivas de los individuos, al contrario de lo que sucede en la adolescencia, donde estas capacidades se adquieren y se fortalecen. Esta burda separación, diferencia, entre quienes inician de manera lineal y natural, y quienes ven

69. Existe una amplia variedad de trabajos en que al paso de la infancia y de la adolescencia (dolor) en sociedades tribales y/o occidentales le confieren una carga de purificación y de “paso” peligroso; no es la intención ahondar aquí en ese sentido, sino presentar que la enfermedad, en tanto dualidad funcional/disfuncional, tiene un sentido diferente en cuanto a valor, significado, función y origen en las prácticas médicas científicas occidentales (¿modernas?).

interrumpidas o cesadas esas capacidades por la misma linealidad temporal o por la inclusión de un proceso mórbido, nos sirve sólo de introducción para ver cuán reduccionistas pueden ser estas diferencias y estas clasificaciones (infancia/adulthood/vejez; sano/enfermo).⁷⁰ Pero con todo y reduccionistas, operan y, probablemente por ello, de manera silenciosa y casi invisible en y durante la vida de los individuos.

Lo que nos interesa resaltar en este capítulo es la forma cómo uno de estos cambios, el de la inclusión de un proceso mórbido en la vida de un individuo, es calificado y adscrito por él y por los encargados de su reinclusión al estatus funcional y de salud, como una diferencia intrínseca, que conlleva y se acompaña de ciertas características que trataremos de mostrar. En esta intención de dilucidación buscaremos algunos orígenes y consecuencias del valor de esta dualidad, sano/enfermo-funcional/disfuncional, y cómo se justifica su operatividad por quienes serían o son los responsables de resolver esa reinclusión del individuo a la sociedad funcional, es decir, los médicos.⁷¹

El contexto de la diferencia

Las razones

La antropología de la diferencia presta atención al modo en que los intereses, las categorías y los símbolos operan en una comunidad dada para inducir distinciones, y ayuda a entender los procesos por los cuales los grupos simultáneamente construyen diferencias entre ellos y los otros (Klor de Alba, 1993:511). La diferencia, en principio, no es ni una palabra ni un concepto, es algo para ser pensado y que se plantearía como una constante irreductible de nuestra época; es precisamente aquí, en nuestra época, en donde debemos incidir en la búsqueda de los tiempos y lugares en que nosotros y los otros nos hacemos diferentes. *Difere*, en su sentido más común, es diferir, no ser idéntico, ser otro, discernible; puede ser referido a la alteridad de semejanza o alteridad de alergia y de polémica, en la que debe incluir cierta periodicidad de distancia, de espaciamiento (Derrida, 1995:44-45). En el ámbito médico-científico esta distancia es solamente la que separa la definición de salud y de enfermedad, lo que incluye el conocimiento del cuerpo y de lo insano,⁷² e implica su dominio y su manejo por el médico.

70. En este trabajo utilizaré la nominación enfermo como sinónimo de paciente y viceversa.

71. Cuando hablo de médico, quisiera referirme al concepto genérico, así como al de hospital como institución burocratizada, más en el tenor de las definiciones de Weber y Douglas, que de la concepción de Goffman. Sin embargo, en su momento se tendrán que hacer las necesarias individuaciones y particularizaciones.

72. Ya en el siglo XVIII, refiere Martínez Cortés, la fisiología era vista como la esencia de la medicina, es decir: “la medicina no era sino la fisiología del hombre enfermo, la ciencia de nosotros mismos, pero enfermos” (Martínez, 1995:70).

En este hacer del otro “como si fuera” un objeto, estriba el que se le trate como tal, y esto es ya el inicio y la consecuencia de la mirada que busca diferencias en la anormalidad, en la enfermedad, para ser correlacionadas con el objeto/sujeto total. Aquí también, en esta instauración de diferencias a partir del dato, del hecho, está la mirada científicista que encuentra en su método la evidencia de su razón. La cuestión del científicismo es que se sustenta “en el hecho verdadero”, el hecho es bueno porque la naturaleza es amoral –se dice en consecuencia–; aquí la ética es independiente de la ciencia y quien dictamina lo que es bueno y malo es la ciencia, que prevalece sobre aquélla. De esta forma, las estrategias científicistas son utilizadas por lo sanos –los científicos, los médicos–, para justificar su dominación y hegemonía, al reafirmar los vínculos entre la degradación moral de la enfermedad y las posturas técnico/científicistas de la diferencia.⁷³ Si consideramos esto en primera estancia como de carácter moral o ideológico-religioso, en un segundo momento lo podemos pensar como reforzado y continuado por las teorías científicistas de la diferencia humana-moral del enfermo. La diferencia así, es casi un pecado que se somatiza y ridiculiza en la enfermedad; ya Foucault (1990: 39-52) comenta que, desde los griegos, a las enfermedades se les atribuía, además de características y condiciones físicas, el estigma de enfermedades del alma. Así ésta podía ser divina o diabólica al igual que moral y física. Desde esta perspectiva se da el nacimiento y el surgimiento de los hospitales, de los asilos, lugar por excelencia de la diferencia, tema que comentaremos más adelante.

La diferencia, entonces, para la medicina y para otras ciencias, no es más que el despliegue histórico y de época del ser o de la diferencia ontológica (Derrida, 1995:56). De esta forma el papel del enfermo, de sus diferencias con el resto de la sociedad de los sanos, depende de la cualificación que de él se haga a partir de las categorías que maneje la ciencia en función; el peligro en este caso, y como ya lo mencioné, es el de la naturalización y la biologización de un hecho que por natural se considera, en su esencia, estático e inmutable en sus valores. Sin embargo, se olvida en esta mirada científicista la imposibilidad de un “nosotros” estático y delimitado ante el “ellos”, pues el segundo es la condición del primero, y la heterogeneidad que moviliza constantemente los límites entre éstos es, a la vez, la imposibilidad y la razón de la existencia del nosotros y del ellos (Klor de Alba, 1995: 307). De aquí la necesidad de hurgar en los cimientos de estas diferencias y de plantear su modificación en función de una reivindicación del valor del individuo enfermo.

73. En este sentido podemos decir que tanto la medicina como la antropología han basado sus supuestos de lo que es diferente del argot de términos y definiciones que les ha proporcionado la ciencia. La obra de José Luis Peset (*Ciencia y Marginación*, Grijalbo, Barcelona, 1983) es interesante en el sentido de que se refiere al vínculo e interacción entre la antropología física y cultural del siglo pasado y las ideas de raza y de dominación que justificaban esas mismas posturas.

En nuestro tema, y en tanto grupos, podemos hablar de las diferencias entre el de los sanos y el de los enfermos, o más explícitamente, del que representa a los sanos, que son los médicos y su institución científica que los respalda, y el de los pacientes. Sin embargo, los estudios sobre la diferencia han tomado por lo regular a sociedades o grupos en donde de forma simultánea se construyen esas distinciones. Una de las características de nuestro grupo de estudio, el de los pacientes, es que poseen un estatus más bajo que el de otras diferencias multirraciales o étnicas, asunto que trataremos de mostrar, y se manifiesta en que los primeros carecen de voz o de espacios definidos de expresión de sus intereses, dictaminados por el médico, y sus necesidades, las de curación que define el mismo médico; de igual forma, su espacio de acción es calificado y reducido al ámbito de lo insano, impuro y circunscrito hacia cualquier lugar en que éste se encuentre.

De semejante manera en que son tomadas las iniciativas etnorraciales, vistas como atentados contra el Estado blanco o europeo (*Ibidem*, 513), las iniciativas de los pacientes generan una reacción de rechazo por parte de las instituciones médicas ante el “levantamiento de los pacientes”, al ver sus demandas como un atentado contra el estatus médico.⁷⁴ Es de hacer notar que las estrategias de control social—del enfermo, mediante la sujeción de su cuerpo y la naturalización de sus síntomas— y de burdas comparaciones y definiciones discriminantes que funcionan como tácticas de exclusión de la sociedad de los sanos, generaron la creación de centros de reclusión, llamados hospitales o asilos,⁷⁵ que fomentaron la subordinación en tanto justificaba la situación de opresión y de diferencia. Un breve comentario sobre la institución hospitalaria ayudará a aclarar este punto.

La medicina en sus inicios fue religión aplicada. Los antecedentes hospitalarios han sido pues, instituciones religiosas cuyas actividades fueron definidas religiosamente. De esta forma, los motivos de ayuda a los enfermos no fueron la devolución de la salud y la prolongación de la vida sino dejar que los hombres prestaran ayuda a los demás y de esta manera salvaran sus propias almas. Así, el hospital pasó de ser una institución de caridad, a una de utilidad pública (la

74. Sobre esta situación que se deriva de un intento de homologación de clases y la abolición de diferencias entre enfermos y enfermeros, puede consultarse a Basaglia, en donde se refiere a lo que acontece en un caso de abolición de estas diferencias: “Existe un ‘choque’, hay una situación de crisis en la que la institución se vuelve un fracaso, prácticamente ya no se sabe a quién curar, quién es el enfermo; no se sabe si el enfermo es el enfermero, el médico, la asistente social o el psicólogo. Aparece una confusión de roles, una situación en la que *el poder ya no puede tener poder porque no sabe contra quién utilizarlo*” (Basaglia, 1979: 41, las cursivas son mías).

75. Es pertinente comentar que durante el medioevo la medicina fue la única práctica que se les permitía a los clérigos, con la excepción de la cirugía, en tanto al final del imperio romano los hospitales y sus prácticas estaban en manos de la Iglesia (a este respecto puede consultarse a Petrucelli, 1984: 203-205.). Esto, como lo comentaré más adelante, tiene una relación simbólica con ciertas concepciones de pureza y contaminación.

salvación de los cuidadores);⁷⁶ pasó de ser un centro para el cuidado de los pobres a un centro de trabajo de los médicos; es decir la institución respondió, también, al cambio de organización y de práctica de la medicina. Junto con esto, la institución llevó a una redefinición de los médicos y de los enfermos que se ajustaba a la demanda de servicios y al rol de cada uno de los involucrados en la esfera social. Así, el hospital adquirió algunas características importantes para su función: *a)* un sistema de doble autoridad, el de la burocracia administrativa y la del sistema colegial y corporado de los médicos; *b)* una división del trabajo, tanto administrativa como médica, derivada esta última de la alta especialización de la medicina; y *c)* naturaleza autoritaria, que deviene de la misma estructura jerárquica administrativa y del estatus ocupacional de los médicos que, en su trato con el paciente y con sus subalternos, tiende a ser dictatorial. Con todo, podemos encontrar algunas diferencias de forma entre los hospitales: algunos responden a lo que se ha dado en llamar de custodia o instituciones totales,⁷⁷ otros son del modelo clásico del hospital general y, por último, los de modelo asistencial como el de los centros hospitalarios de rehabilitación. A pesar de esto, las características de fondo son las mismas: siempre hay una relación dual, asimétrica, de dependencia, jerárquica, vertical y homologante; es decir siempre se trata con pacientes. Un caso agregado a esta clasificación es el de los hospitales universitarios en tanto centros de enseñanza y no tanto para curar a los individuos; en donde a cada caso/paciente se le ve como clase-teórico-práctica, más que como beneficiario de los servicios. De igual forma se puede hablar de los hospitales privados y públicos: para el primero se trataría de una fuente de ingresos y financiamientos, pues al fin es un negocio; en tanto que la tarea de los hospitales públicos es la satisfacción de una demanda ciudadana y la posibilidad de ciertas políticas populares y partidarias del aparato administrativo en el poder, que ven en la institución médica una buena forma de ejercer cierta influencia sobre el público elector —con todo, no recuerdo que los candidatos visiten hospitales, si bien me parece recordar que sí ha sido promesa de campaña—. Esta plasticidad en el significado de las funciones hospitalarias es algo poco estudiada, pero que corresponde a la forma metonímica más burda: “no curamos: aprendemos, negociamos, satisfacemos”.

76. Una idea más amplia de este tema puede verse en Coe, 1984: caps. 9 y 10.

77. A este respecto pueden consultarse los trabajos de Goffman, sobre instituciones totales, y la revista *Tramas* de junio de 1997.

¿Cómo se dan los hechos?

Entre-vista con el paciente

En este apartado haremos una revisión de la entrevista médica, por lo que presento una breve nota técnica sobre la misma. El interrogatorio, dice Surós (1989:2), es el acto médico que conduce al diagnóstico. Éste forma parte del proceso de exploración del enfermo, junto con la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, además de algunos otros métodos complementarios, y tiene la finalidad de recabar información para la elaboración de la Historia Clínica del Paciente. Su modelo se ajusta al de la encuesta o entrevista estructurada. Siempre se lleva un orden secuencial y preciso:

- Datos de identificación (datos estadísticos básicos).
- Fuentes de información.
- Padecimiento principal.
- Anamnesis del padecimiento actual (relato detallado y cronológico del problema del paciente).
- Antecedentes de clínica médica (conjunto de información que no se relaciona con algún órgano o sistema específico).
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes psicosociales.
- Revisión de sistemas (revisión extensa de órganos y sistemas, se procede de lo general a lo específico) (Novey, 1990:1-9).

Estos datos se obtienen como resultado de una serie de preguntas cerradas que facilitan la obtención de la información por el médico. Precisamente sobre esta forma de obtener la información y de las recomendaciones y especificaciones que hace la literatura médica especializada, es en donde trataremos de encontrar los elementos de análisis para el estudio de las características de valor que tiene el paciente en su relación con el médico.

Desde una visión antropológica, tanto la salud como la enfermedad son construcciones regidas por condiciones sociales específicas,⁷⁸ con una dimensión histórica en la que se incluyen

78. Comenta Fitzpatrick (1990:21-38) que la enfermedad se refiere a todos los aspectos experienciales de trastorno corporal que son conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre y la explicación del suceso desagradable. Así, el significado cognoscitivo atribuido a estados corporales anormales es conformado social y culturalmente, y a su vez constituye la experiencia del que sufre; agregándosele el condicionamiento de la expresión sintomática a partir de la riqueza del lenguaje de cada pueblo o cultura. Algunos tienen un amplio vocabulario para expresar referentes corporales pero no anímicos, y viceversa.

normas, valores, costumbres, tradiciones, ideología científica y religiosa, etc., que le dan un matiz característico a su expresión cultural, y que es posible distinguir de otras, pero que a la vez se pueden homologar en algunos de sus aspectos comunes. Uno de estos puntos comunes es el del proceso de naturalización (biologización) de la enfermedad en las sociedades capitalistas, que se presenta como sobredeterminado,⁷⁹ y provoca y conlleva su asignación y asimilación por los individuos, sanos y enfermos, de formas casi automáticas e invisibles. En este sentido, podemos hablar de una institucionalización de la dimensión simbólica e imaginaria de la enfermedad, como la disminución del valor funcional que se presenta como consustancial a las prácticas médicas que la legitiman y la perpetúan. Es así, en la definición operativa y textual de lo que es estar enfermo, donde podemos ubicar el campo social de cierto tipo de segregación, entre los funcionales y los no funcionales, los sanos y los enfermos, jóvenes y ancianos.

Para los fines de este trabajo, la casi constitutiva relación entre el lenguaje y la formación e instauración de la identidad del enfermo, del paciente, ocupa un punto central. El lenguaje se nos presenta como una forma de acercarnos al discurso científico-médico de la enfermedad. En este lenguaje pocas veces aparece el sujeto como poseedor de experiencias, sentido y significados de su enfermedad, de su vida y su muerte. Por ello, antes de iniciar este juego definitorio es necesario aclarar que no intento hacer hablar a los textos de medicina, simplemente supongo que la relación dialógica, en que cada uso de Yo presupone un Tú, y cada instancia del discurso, escrito o hablado, está inmediatamente ligada a una situación compartida específica, no hay significado discursivo, entonces, sin interlocución y contexto (Clifford, 1991:159). Como siguiente paso de este análisis, se hace necesario presentar algunas definiciones de enfermedad para posteriormente comentar sus repercusiones.

Enfermedad: F. Alteración o desviación del estado fisiológico en toda la economía, o en alguna de sus partes, órganos o sistemas (o combinación de ellos), que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidas (Dorland, 1989: 285).

Enfermo: adj. Que carece de buena salud; afligido por enfermedad (*Ibidem*, 295).

Enfermizo: adj. Débil; de poco peso, como debido a una enfermedad o a la ancianidad (*Ibidem*, 295).

La construcción y la concepción del otro, del enfermo, de la diferencia por el médico, se dan a partir de los conceptos científicos de normalidad: el paciente es una desviación, poco importa si se conocen o no sus orígenes o etiología; el enfermizo es débil o anciano. La definición por sí misma parte de un cuadro universalista y racionalista; sabe cómo es el hombre en general y ubica

79. La epidemiología crea categorías de factores de riesgo, que tienen repercusiones de carácter ético al etiquetar (homogeneizar) a ciertos grupos de individuos. Tales repercusiones se derivan de la contraposición con los conceptos de “autonomía, beneficio, no-dañar y justicia”. Para una explicación más amplia de este tema puede consultarse a Plant, 1998: 1148-1151.

a los particulares en relación con su tipo (Todorov, 1991: 29) ideal: “Sano: Que no está enfermo, perteneciente o relativo a la salud o que la fomenta” (Dorland, 1989: 764).

Una característica del cientificismo es su universalismo, la búsqueda por sobre todo de formas y actos repetibles en la naturaleza, susceptibles de ser medidos y observados por la ciencia:

Patrones de estructuras y funciones corporales y mentales perturbadas, que reaparecen con tal frecuencia que sugieren una causa común: enfermedad (...), así los datos clínicos, las observaciones, son reunidos bajo el nombre de enfermedades. El nombre de la enfermedad del paciente es el diagnóstico (Degowin, 1991: 19).

Una de las tendencias del avance científico de la medicina es la separación, social y técnica, entre diagnóstico y terapia. Esto ha condicionado y generado el crecimiento de las enfermedades crónicas, que no tienen terapia pero si una etiología y un diagnóstico definido, provocando situaciones de definición de enfermedad incurable que constituyen circunstancias totalmente nuevas y amenazadoras para la vida, y que atraviesan el actual sistema de desigualdades sociales (Beck, 1998: 258). Desigualdades y deferencias que se proyectan hacia la tipificación y estigmatización del paciente. Cuando se habla del paciente se habla de su cuerpo, el mismo que desde la edad clásica y gracias al funcionamiento de los primeros hospitales, se tomó como objeto y blanco de poder. Al tenerlo en un espacio encerrado, donde no se salía sin la anuencia del religioso, actualmente del médico, se trabajaba en su cuerpo, se ejercía una coerción sutil y metódica sobre sus partes, sus gestos y actitudes (Foucault, 1991: 140), de aquí entonces podemos rastrear estos elementos en la misma fase de exploración que realiza, ante el paciente, el médico actual:

Los signos físicos son las marcas objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles (...) La exploración física debe realizarse de forma metódica y rigurosa (...) se dirige la atención hacia el órgano o la parte del cuerpo lesionado, la exploración física, sin embargo, debe extenderse de la cabeza a los pies en búsqueda de posibles anomalías (Braunwald, 1991: 3).

Debemos tener presente que el cientificismo es una ideología que trabaja en función de un sistema y de una estructura más amplia, que lleva en sí una concepción de la vida, la muerte y la enfermedad, derivada de la primacía del saber científico sobre el saber lego. El conocimiento del paciente y de su enfermedad se mueve dentro de estos parámetros. Así, en el interrogatorio clínico que el médico hace al individuo para conocer la enfermedad, se estipula que:

Los datos de identificación, como la edad, el sexo, raza u origen étnico, lugar de nacimiento y ocupación no sólo sirven para *establecer quién es el paciente*, sino también para obtener las primeras impresiones del *tipo de persona* con la que se dialoga y aun para vislumbrar los problemas que lo aquejan (Bates, 1992: 2. Las cursivas son mías).

De nueva forma, esta ficha sirve para sostener sus conceptos naturalizadores y homologadores de sus pacientes que, en este caso operan como estereotipos condicionantes del otro; la raza, el sexo y la edad son fenotipos y cronologías suficientes para conocer al otro, al paciente.

De este conocimiento surgen las diferencias del enfermo con el sano. En esta misma fase del quehacer médico se solicita y aclara que “se recopila la información necesaria para formular diagnósticos tentativos y se inicia una relación que ayudará a los pacientes a *creer y a confiar* en su médico” (*Ibidem*, 1. Las cursivas son mías). La confianza es de carácter vertical ascendente, pero no sólo eso, también el médico necesita confiar en su paciente y, para hacerlo, debe conocerlo en sus dimensiones morales: “En ciertas circunstancias también es útil considerar la probable *confiabilidad* de la fuente de información, confiabilidad que varía según el conocimiento, la memoria, la confianza y la motivación del paciente” (*Ibidem*, 21. Cursivas en el original). Definir en cuáles circunstancias para el médico es un dato innecesario, se califica la capacidad del paciente, a partir de cierta distancia, física y moral del médico: “La distancia entre el médico y el paciente debe ser de unos pocos metros; no deben estar muy cerca como para un trato íntimo ni tan lejos que no puedan conversar fácilmente” (*Ibidem*, 12). Y se agrega: “El médico no debe descubrir los juicios morales que pueda tener, ni sus propias reacciones emocionales en cuanto a las actitudes del enfermo” (Blacklow, 1989: 14).

Así pues, una relación cercana no sólo no es necesaria, sino que puede resultar perjudicial, si bien no se especifica sí para el médico o para el paciente, para los objetivos de la entrevista clínica. Continuemos pues conjuntando elementos de análisis, para lo que necesitamos ahora contextualizar el sitio de la entrevista. Sitio que no se limita a un espacio físico, solamente, sino a la dimensión simbólica de la interacción que implica la intersección de dos alteridades (cuando menos) en el tiempo y en el espacio, que serían la del médico y la del paciente.

El contexto vivido

El espacio de interacción del médico y del paciente, como lo mencionamos más arriba, no es sólo el hospital, ya que el paciente lleva consigo una dimensión simbólica que lo caracteriza como tal y que pareciera que impregna con su esencia su dimensión espacial sin importar el tiempo que en éste permanezca.⁸⁰ A esta dimensión situacional de interacción se le ha tratado de analizar, entre otras formas, desde el concepto de campo cultural. En tanto se hace necesario ubicar el análisis del espacio y la dimensión temporal del encuentro médico-paciente, se requieren algunos comentarios al concepto de campo cultural en su relación con el tema que nos preocupa.

Gloria Martín propone una definición del campo cultural como categoría general para el análisis de la realidad, con una doble dimensión teórica/metodológica. Dice que los campos culturales son ámbitos sociales de circulación cultural, históricamente determinados en su aparición,

80. El enfermo, el paciente, siempre ha sufrido confinamiento espacial en todas las sociedades, a partir de la intensidad y del valor del estigma que se le asigne; así, los leprosos eran obligados a portar campanas para notificar su presencia, los tuberculosos a cargar con su esputo, en tanto a los insanos se les mandaba al exilio a una isla en la ya famosa “nave de los locos”.

integrados por un conjunto de significaciones que ponen constantemente en relación *la existencia* con *el saber*; son superposiciones, yuxtaposiciones de signos, objetos y comportamientos, así como circuitos de interacción que pueden ser definidos como de morfología relacional del tipo comunicativa y relacional del tipo allocutiva o informativa, siendo esta última unidireccional, antidialógica y, por tanto, análoga a la relación hombre-máquina o, agregaría yo, médico-paciente (Martín, 1994:15). En este sentido bastaría mencionar que, como lo hemos indicado, comúnmente la entrevista del paciente con el médico impide que la comunicación y la interacción sean genuinas debido a que en la consulta sólo se habla del cuerpo del paciente y sus síntomas, se insiste en hablar sólo con el paciente, no con familiares o amigos; es el doctor el que pregunta, no el paciente; el doctor evita decir toda la verdad si bien persuade al paciente de no buscarla en otro lado (Cristal, 1987:382). Por consiguiente, pareciera que mientras el médico se esfuerza por traducir los síntomas del paciente (entenderlo y diagnosticarlo), éste se esfuerza por entender el diagnóstico del médico. Esta concepción de campo implicaría una dinámica de la cultura/comunicación, como un proceso de emisores y receptores y daría cuenta de supuestas transformaciones en el contenido comunicativo. Sin embargo, de lo que estamos hablando es de que el diálogo, si es que se le puede llamar así, no es entre parlantes sino entre una entidad corporal (paciente) y su operario o manipulador (médico), por lo que difícilmente podemos tener, en ese nivel, una relación dialógica. O bien consideramos las respuestas del médico como modificables en función del paciente y las preguntas de éste como significadoras y significantes de un tipo de relación no-vertical, para así considerar que pudieran compartir el mismo campo de significación cultural. Pero no es así. Ya me refería a la corporalidad y la materialidad del síntoma y del signo; a la especificidad de la enfermedad que deviene del patrón preestablecido de lo que debe ser un dato o un hecho científico. En este sentido, dice una ilustradora cita de un clásico de la medicina y del diagnóstico, que “el enfermo se beneficia mucho de su colaboración, pero es responsabilidad del médico guiarlo a través de su enfermedad” (Blacklow, 1989: 3).

Un segundo concepto de referencia hacia ese campo de interacción, que nos podría ayudar al análisis de la situación relacional médico/paciente, es el de campo social. Bourdieu (1990:283) lo describe como:

Un espacio pluridimensional de posiciones tal que toda posición actual puede ser definida en función de un sistema pluridimensional de coordenadas, cuyos valores corresponden a los de las diferentes variables pertinentes: los agentes se distribuyen en él, en una primera dimensión, según el volumen global de capital que poseen y, en una segunda, según la composición de su capital; es decir, según el peso relativo de las diferentes especies en el conjunto de sus posesiones

Esta perspectiva se torna útil en tanto podemos situar en el espacio relacional al médico y al paciente, suponiendo que este último siempre es paciente. Sin embargo, la situación se vuelve conflictiva cuando en determinada relación el médico se convierte en paciente, si no de sí mis-

mo, sí de algún colega, y en esas circunstancias quizá podría aumentar un poco su capacidad negociadora del diagnóstico,⁸¹ pero sólo eso, debido a que en última instancia, la relación no es sólo entre situaciones espaciales dependientes de capital cultural, sino de la referencia corporal de determinado capital cultural, y me parece que el capital no es incorporado o transmutado al individuo en su dimensión fisiopatológica, aunque sí en la simbólica. Por ende, la posición que se ocupará en esa relación no depende tanto del capital cultural en relación con el conocimiento o la profesión médica, sino con el rol temporal que deviene de una alteración fisiopatológica con o sin significado o estigma social.

Un último concepto, que deviene del análisis sociocrítico, es el que propone Pratt para el análisis de situaciones de encuentro intercultural: zonas de contacto, definidas como espacios sociales en los que culturas (paradigmas, cosmovisiones) dispares se encuentran, chocan y se enfrentan a menudo en relaciones de dominación y subordinación fuertemente asimétricas (Pratt, 1997: 20-26). Si instrumentalizamos este término, para el análisis de la ubicación de la relación médico paciente, tendríamos que precisar un lugar más o menos definido, físico y simbólicamente, para situar en él una interacción discursiva entre los involucrados, lo que me parece factible; empero, resta asignar y validar esa capacidad discursiva, hasta ahora negada o reprimida, a los pacientes. Una ventaja de este concepto es que ha sido utilizado para el análisis de relaciones de dominación, de colonialismo y esclavitud, en la que al subordinado o esclavizado, igual que al paciente, se le ha negado la posibilidad de autorreferencia y autodescripción. En nuestro caso, la naturalización y la biologización, como hemos tratado de demostrar, son ya una forma de dominación en donde la subordinación se reproduce a partir del control y la hegemonía del saber. El concepto de zona de contacto, así, permite centrar nuevamente la perspectiva en el momento del encuentro entre los actores, es decir, en y durante la entrevista clínica, el interrogatorio y el hospital. Con este concepto en mente, trataré de ubicar la interacción del médico y el paciente en el espacio, físico y simbólico, que representa el hospital, a la vez que intentaré centrar e imaginar esa relación mediante las definiciones de la literatura médica presentada para generar una reflexión contextual –zona de contacto– y de esta forma presentar una breve descripción/análisis de una relación médico-paciente.

La sala de hospital es un lugar sagrado para el médico, en donde él reafirma su identidad profesional. Desde aquí, con el respaldo que le da la institución hace sus interpretaciones provisionales y se prepara para *saber y ver* ciertas cosas y no otras. Ahí se desenvuelve *la vida diaria* del médico y se da *la eventualidad* del enfermo. La enfermedad en cuanto tal se sitúa, así, en dos momentos diferentes para dos actores diferentes. Para el primero es más la cotidianidad, externa,

81. Sobre este punto hay un texto interesante donde se analiza la negociación diagnóstica a partir del estigma que genera el diagnóstico mismo, es decir, se negocia con el capital cultural la intensidad, la aceptación o negación del estigma de la enfermedad, pero no la enfermedad en sí misma o el estatus de paciente (Scambler, 1994: 1193).

ajena, la del otro, mientras que para el segundo es la unicidad del evento, la interna, la propia y su aquí. No es que la vida diaria se incruste en su enfermedad sino la enfermedad es la que se incrusta en la vida diaria. La vida es el contexto global sin el que muy difícilmente se puede entender la enfermedad. No obstante, el enfermo no es representación de la muerte ni el médico lo es de la vida, aunque así se pudiera entender. Los dos son actores de un mismo evento —la vida—, en dos momentos diferentes. Momentos a los que se enfrentan con sus posturas ideológicas, emocionales y de conocimiento, que matizan la atmósfera de las circunstancias del padecimiento.

El conocimiento científico de esta realidad —evento fisiopatológico— tiene efectos políticos;⁸² la ciencia, en su aplicación, nunca es apolítica. El enfermo reconoce la calificación, por el otro, de su enfermedad. Se reconoce en los conceptos del otro, en su forma de dominio de la situación: “¿Doctor, dice el paciente, me voy a morir?”, “Usted no se preocupe, déjemelo a mí”, responde el médico. La racionalización del momento por el médico no es un acto aséptico, implica la actitud emocional de ver sufrir a otro; *no es fácil estar en la muerte del otro*. Pareciera que el mismo médico incita al paciente a terminar con su enfermedad, quedarse fuera de ella, para, de esa manera, él verla desde fuera. Esto responde en parte a que primero legitima su saber —con respecto al evento— por medio de un discurso científico, que a su vez es producto de una construcción histórica de la ciencia. Encerrado en un juego dialéctico de justificaciones y racionalizaciones ha dejado fuera al sujeto que, por desgracia para la ciencia y la medicina, es el mismo generador y motivo de ésta.

El ejercicio de su poder, del médico, sobre la definición del otro, viene de la sumisión inmediata —*estamos en la sala de hospital, frente al representante de la vida*— que surge al saberse un cuerpo socializado y biologizado. La calificación y la descripción, del médico hacia el paciente, provoca que se construyan esas relaciones de dominación desde la postura del dominado: el dominio se naturaliza, se homogeneiza (dominador/dominado, médico/paciente, salud/enfermedad). Esto parte del supuesto de que la diferencia, la enfermedad o la agonía, es una deficiencia: “Ayúdeme doctor, ¿qué tengo?”, casi inferioridad ética. “Haga lo que le digo”, responde.

El enfermo y su muerte se convierten así en una dualidad, construida y sostenida con la colaboración de la medicina; dualidad homogenizante que no concibe la una sin la otra. La enfermedad así entendida, acaba primero con el individuo y después con el enfermo. La vida, la enfermedad y la muerte constituyen así, y ahora, una trinidad técnica y conceptual (Foucault, 1997: 205); y precisamente de esta forma conceptual de ver al individuo se desprende la mirada calificadora hacia el Otro como diferente, diferencia que implica juicios de valor.

El uso de la ciencia fundamenta una ideología cientificista. El cientificismo descansa en dos premisas esenciales: el determinismo integral y la sumisión de la ética a la ciencia, de tal forma

82. La enfermedad implica tanto al sujeto social como al cuerpo biológico. Dice Bourdieu (1996: 55) que “el cuerpo biológico socialmente forjado es así un cuerpo politizado, una política incorporada”.

que la búsqueda de las causas debe venir después de haber reunido los hechos. Que los hechos sean físicos o morales, poco importa; siempre tienen causas, y todo dato complejo nace del encuentro de otros más sencillos, de los que depende (Todorov, 1991: 140). La ciencia entonces, para el científico, no es más que el conocimiento de esas causas, y la moral no es sino otra causa más. De la misma forma que busca e interroga para encontrar signos y síntomas físicos, califica al paciente en su dimensión moral, prevé su *confiabilidad*, su motivación y su valor.

Color y función: una relación necesaria

Hasta aquí hemos reunido una serie de categorías de la relación médico paciente que se caracterizan por: *a)* la suposición de una diferencia consustancial del individuo enfermo, *b)* la naturalización y la biologización de su padecimiento, mismo que lo homologa con todos los patrones de referencia de padecimientos similares, *c)* existe una relación de subordinación derivada del estatus ocupacional de los actores en la interacción; *d)* la capacidad discursiva del paciente depende de los criterios, hegemónicos, de confiabilidad del médico, es decir, hay un acto de calificación moral del otro, y *e)* subyace cierta relación simbólica con concepciones de enfermedad y contaminación, entendida esta última como potencialmente transmisible más allá de lo físicamente explicable, es decir, hay una calificación simbólica y de valor de tal proceso mórbido.

Este modelo explicativo, al que denominaría la cultura de la ciencia, se definiría como esa tendencia a significar, por un lado, en función de la tecnología, de lo pragmático y lo funcional, y por otro, a dar valor y explicación a las cosas y a la realidad a partir de un modelo científico del mundo, y es el que de alguna forma se pone en operación en las definiciones anteriores que el médico ejerce en su relación con el paciente.⁸³ El peligro de este cientificismo no es solamente que explique los hechos y sus partes de manera reduccionista, sino que explica y da significados y valores a esos hechos y a sus partes. Es a esa tarea de dar significados y juicios de valor a la que la ciencia ha extendido su poder de integración y homogeneización, su poder de definición. Precisamente aquí, en este punto, es donde intenta someter a la ética en sus definiciones funcionales, y a la moral en el contexto de sus significados. Este contubernio, entre la ciencia y su plasticidad utilitaria para los fines más diversos, es el que llevó a sostener en alguna ocasión, y todavía lo hace, los criterios esencialistas de racismo y de dominación.

83. Dos importantes características del ejercicio de la profesión médica en México, que menciona Viniestra (1990: 119-125), investigador de la UNAM, son: *a)* la escasez y aun la ausencia de mecanismos de superación y control. Es decir, ni la sociedad civil ni el Estado han desarrollado procedimientos eficaces que garanticen un grado satisfactorio de competencia técnica de los médicos, de su comportamiento ético y de su responsabilidad profesional; *b)* La acción del médico se lleva a cabo como si el uso de la tecnología constituyera la parte medular de su quehacer en detrimento de la calidad y la cantidad de tiempo que dedica a su paciente, esto se agrava por el hecho de aceptar la tecnología de manera acrítica y como un beneficio incuestionable.

Es por lo expuesto hasta aquí, que podemos considerar que la mirada del médico hacia el paciente es semejante a la de tipo racial.⁸⁴ La nominación de pacientismo vendría entonces a ser apropiada para definir ese modo de relacionarse con el enfermo, con base en el lugar especial, de subordinación y diferencia que éste ocupa en la experiencia del médico, es su antípoda cultural y una de sus imágenes más profundas y repetidas del otro. Es su punto de definición en contraposición con su propia imagen. En esta manera de definir al Otro, al paciente, el médico utiliza las categorías científicas que en su momento sirvieron también al racista para definir a su Otro. El asunto del racismo se vincula en este punto en virtud de la similitud que guarda con el pacientismo, en tanto son miradas homologantes y dominadoras. Presento el porqué de esa similitud y analogía.

Por un lado, en sendas perspectivas se inicia el problema a partir del saber hasta dónde se extiende el territorio de la identidad y en dónde comienza el de la diferencia; así como qué relaciones, exactamente, guardan estos dos territorios. La reflexión sobre estas cuestiones ha tomado, en el transcurso de los siglos pasados, y en el presente, la forma de una doctrina de las razas (Todorov, 1991:154). Para sostener esa doctrina se requiere un tipo ideal, el racista se tiene a sí mismo en tanto el médico maneja su tipología de lo sano y su estatus ocupacional e institucional. Es decir: *a)* Se cree en la real existencia de las razas y de la salud, no como categorías relativas sino absolutas. *b)* Hay en ambos una continuidad entre lo físico y lo moral. El estigma de la enfermedad se extiende a la capacidad de integración con el mundo común, de ahí su necesario reclutamiento y su confinamiento. *c)* La acción del grupo sobre el individuo. El comportamiento o la salud del individuo dependen del grupo racial, cultural o étnico al que pertenece, de su edad y su sexo. Así pues, el pacientismo y el racialismo son una doctrina de psicología colectiva, hostil a la ideología individual. *d)* Jerarquía única de los valores. Las razas y los enfermos no sólo son diferentes sino superiores (algunas razas, y el médico) o inferiores (todos los enfermos). Esto se basa en un cuadro único de valores que tendría que ser de carácter universal, que, como ya explicamos, es el supuesto de la postura científica de la mirada médica. Este falso universalismo sostiene la paradoja de la diferencia. Y, *e)* Una política fundada en el saber. Las primeras cuatro proposiciones son descripción del mundo, comprobación de hechos. Sobre la base de esta comprobación de hechos y datos se fundamenta la última proposición, que se compromete en una política segregacionista y subordinadora que coloca al mundo en armonía con esa descripción anterior, de su conocimiento de los hechos.

84. La definición de racismo es utilizada en este texto para el comportamiento, y la de racialismo para la doctrina que justifica el racismo. Las definiciones y clasificación fueron tomadas de Todorov, 1991: 115-155.

Conclusión

“Los científicos no pecan, quizá sólo se equivocan”, refería en una entrevista televisada un renombrado genetista. Igual podría haber dicho que la ciencia está fuera de todo juicio moral o ético y nada hubiera pasado. Sin embargo, se debe profundizar sobre la relación existente entre civilizado e incivilizado y su paralelismo con la dualidad médico paciente. Sí a uno le corresponde la ciencia y al otro la naturaleza, o la referencia entre bueno y amoral. Se debería reflexionar más sobre este punto con relación a la construcción del Otro, con relación a saber en qué categorías se está construyendo; si es en las del cientificismo, entonces los conceptos civilizado y amoral están en juego para su construcción. Asimismo, sobre si este vínculo entre civilización y valor, civilización y ciencia, le lleva a decir a los científicos que “todo valor de moralidad le viene de que sólo las razas honestas pueden producir la ciencia” (Todorov, 1991: 147).

De esto se deriva que la ciencia somete a la voluntad general y no a la voluntad de todos; es decir, se argumenta en la razón y no en el consenso maleable de las mayorías. El postulado científico es el resultado de la falsedad de creer que el deber ser proviene del ser (estás enfermo, debes obedecer al médico). De las dos fases de la ciencia, el conocimiento de la naturaleza y su transformación, es la segunda la más peligrosa, pues a ésta no la rige la verdad sino la eficacia, cuya definición depende completamente de nuestros juicios de valor. Eficacia que al funcionar sobre cuerpos ahistóricos, niega aun la posibilidad de la esperanza o el disentimiento: “deben impedirse la esperanza y la confianza excesiva. La confianza insuficiente en el médico, la ira o las reservas pueden impedir que el paciente alcance la meta de obtener ayuda del médico” (Blacklow, 1989: 3). Por su poder de homogeneización e integración de los hechos y las cosas, la ciencia instala “un todo” corporal y anómico con el mismo método, como el área de su trabajo, excluyendo al ser mismo. Se olvida que la enfermedad y el enfermo son unidades indisolubles, no son datos que se puedan aislar en detrimento del segundo.

Esto reviste importancia, toda vez que en la actualidad, los principios del positivismo, del cientificismo y el universalismo, siguen vigentes y operantes, rigen en buena medida los criterios de muchas áreas del conocimiento, en el que se incluye el de la medicina con su modelo positivista de apropiarse de los hechos y de las otras ciencias. Así, ésta se encierra en un naturalismo que niega toda injerencia de la ética o de la moral y se instaura como la única reguladora de su actividad, como el único código de ética que puede dictaminar la capacidad de decisión del paciente, la continuidad de su vida o de su muerte, y de lo que es más importante, del valor y significado de su alteridad.

Pero esta subordinación de la diferencia no sólo se sostiene por una teoría cientificista del funcionamiento del cuerpo humano, sino que tiene una relación intrínseca con las concepciones de suciedad, higiene y orden. En este aspecto, la enfermedad misma es un desorden en el sentido fisiopatológico del término, la eliminación de la enfermedad o de la suciedad es un esfuerzo po-

sitivo por organizar el entorno. En la intención reparadora de las impurezas, de la enfermedad, de parte de la medicina, está también el vínculo que respalda a una concepción de impureza y su significado con el valor que resulta de un desajuste de los criterios racionales y científicos de lo puro, de lo sano. De aquí se desprende una actitud calificadora que se sustenta, ya no sólo en los criterios fisiológicos de normalidad, sino en los valores simbólicos de riesgo y peligro que pueden representar esas formas de impureza y contaminación para el resto de la sociedad. Cuando los criterios científicos se manipulan de esta forma, para la calificación moral y de valor del otro y de lo que se ha de hacer con ese otro, no basta con hablar sólo de un pensamiento irracional, pues en todo caso éste sería muy racional, de lo que estamos hablando es de un mecanismo y de un sistema de atribución de culpas sobre el enfermo,⁸⁵ sobre sus formas de contagio, su pronóstico y su etiología: la responsabilidad de la enfermedad recae como culpa sobre el individuo. En razón de ello se justifican su confinamiento y se exclusión, su castigo y su eliminación, pudiendo esto último resultar de los criterios de instrumentación, o de la falta de éstos, que se han de poner en operación en el tratamiento del enfermo.

La percepción de contaminación está mediada por la clase de contactos que se consideran simbólicamente susceptibles de tal contagio, como es el caso de creencias de contaminación del hombre por la mujer durante su periodo menstrual, pero no de la mujer por el hombre como resultado de sus secreciones genitales; o el caso de los leprosos, de los esquizofrénicos, epilépticos, de los deformes o amputados. Es decir, la contaminación simbólica está matizada por ciertas formas de jerarquía social, por una visión general del orden social. De esta manera podemos explicar por qué se piensa que sólo los médicos pueden acercarse al paciente sin peligro de contaminación, de contagio; es decir, existe una superioridad jerárquica, social, de estatus, una *cuasi* inmunidad social ante los peligros de contaminación, ante las enfermedades. Esto cierra un círculo de creación de impureza y peligros, a partir de un cientificismo que luego genera, también, categorías y jerarquías de valor, acordes con sus riesgos de contaminación. Pero tanto unos como otros se encuentran enmarcados en un universo simbólico y político que tipifica la enfermedad y la salud, más allá de un conocimiento científicamente corroborable y medible. De aquí la imposibilidad de reducir el significado simbólico de la vida y la enfermedad, a constantes fisiológicas y patológicas que unilateralmente devienen de una forma de conocimiento, de una concepción de orden; mediado este conocimiento por un interés político e ideológico.

De esta forma el binarismo de pureza y contaminación se inscribe en los binarismos de frío/caliente, salud/enfermedad, bueno/malo, vida/muerte, etcétera, reforzando la noción de orden que, como lo comentamos anteriormente, está íntimamente relacionada con la concepción de

85. El sistema de atribución de culpas, la culpabilidad por la contaminación y la enfermedad, al igual que el conocimiento científico, se ponen al servicio de la política y del interés ideológico. Esto reviste prioridad analítica si consideramos la importancia vital y el lugar jerárquico/social de los involucrados en tal acto de calificación.

suciedad y contaminación, con el desorden. Luego, como dice Douglas (1991:35) “el reconocimiento inicial de la anomalía –del desorden, de la suciedad– induce a la angustia y de allí a la supresión o a la evasión”. Esta aseveración no niega la utilidad de las recomendaciones y del conocimiento médico sobre la higiene y la contaminación o la infestación, sino que alude a la diferenciación entre señalar los beneficios directos o laterales sobre el organismo biológico de tal calificación o evaluación, por un lado, y por otro, el asignar efectos simbólicos secundarios como explicación suficiente de tal desorden. La sobrada y la probada capacidad de esta forma de conocimiento científico con respecto a la bacteriología, la fisiopatología, no le confiere la cualidad de asignar valores simbólicos, valores morales, a la etiología y pronóstico de sus calificaciones de lo insano y de lo fisiopatológico. La falta de diferenciación y de consideración de estos dos niveles de expresión de la enfermedad ha resultado ser desastrosa para los enfermos, para aquellos quienes, como veremos más adelante, se encuentran en una situación emergente, en la que se ve implicada la continuidad o la terminación de su vida. Las resoluciones a tal dilema se ven condicionadas, también, por estas formas dicotomizantes de concebir al hombre, su enfermedad y a la sociedad.

Así, aun cuando no insistamos en esta perspectiva en los próximos capítulos, es necesario aclarar que esta mirada simbólica –que considera la pureza y la contaminación como sinónimos de salud/enfermedad, orden y desorden, e incluso de la vida y la muerte– está presente y permea la práctica médica científica y sus formas de racionalidad que le acompañan. Este punto quedará más claro en el transcurso de los siguientes capítulos.

IV

LA PRÁCTICA SOCIAL DE UNA CIENCIA

Voces de pasillo

[...] Si partimos de la lógica de que todos los médicos somos médicos, y el paciente no es un corazón andando ni un cerebro andando, las interconsultas [entre médicos] tienen como plan o como meta mejorar la calidad de atención del paciente.

Bueno, supuestamente, ya que están muy disfrazadas. Porque las interconsultas llevan a veces algunas finalidades, y más entre médicos del hospital, que no tienen nada que ver con la salud del enfermo. Primero: la competencia.

Clásicamente se define al cirujano como el médico que es menos médico y es más matancero, y entonces cuando algo se le atora al cirujano, por ejemplo... ¿cuáles son los criterios? Aunque sabemos que hay criterios de inclusión a la terapia intensiva internacionales, los criterios que tenemos en el hospital son muy basados en de dónde viene el paciente. “¿Viene de cirugía?... ¡métele!”, porque de seguro viene mal, viene mal manejado. “¿De dónde viene?, ¿de ginecología?... ¡pásalo!”; mujer joven, que necesita cuidados, que sabemos que por ciertas circunstancias administrativas y hasta tradicionales de la medicina no confías en el médico ginecólogo, de áreas que ya no son propias, de áreas que no pasen las veinticuatro horas va a ser muy mala.

Pero realmente las interconsultas, o sea el trato entre las diferentes especialidades, son muy competitivas, y muy pocas veces son de apoyo e integral. Excepto cuando tienes tu equipo. Tu equipo significa: tu ginecólogo de confianza, o sea, el que sabes que se pone a estudiar y que te ha demostrado, a base de muchos pacientes, que los maneja bien, ginecológicamente. Y al mismo tiempo ese ginecólogo que te conoce a ti, como internista, que sabe que cuando el paciente es diabético, hipertenso, preclámtico, tú le vas a sacar el problema y tiene plena confianza de que así va a ser. Entonces lo que haces, en vez de decir: “bueno que el paciente se vaya a cirugía”, tú le dices que se vaya con fulano de tal, que es el médico que ha demostrado más eficacia en tal procedimiento.

Las interconsultas de otro tipo son más que otra cosa competitivas, o sea, es decir: “¡Miral, los cirujanos ya se equivocaron otra vez”. “¡Miral, a los ginecólogos ya se les olvidó que hay una cosa que se llama intestino”. Y como médicos internistas, por ejemplo, nosotros, estamos en un punto crítico, porque nos toca manejar médicamente al paciente que está complicado de todo. Entonces podemos o ser muy críticos y saber que todo mundo se equivocó, o bien ser muy críticos y saber que el paciente tiene que ser manejado desde este punto de vista: que es el paciente de pies a cabeza. Que no es ni corazón ni riñón ni intestino andando. La postura es difícil, es amplia y es poco entendible.

Pero el aspecto de las interconsultas es un aspecto muy especial, es un aspecto muy complicado, desde las formas de redactarlas, ¿no? Por ejemplo, si vas a pedir una interconsulta a un internista pones dos hojas: “cómo está el paciente y cómo evolucionó”. Si la vas a pedir a un cirujano es: “¡Ve y dile que venga pa’ que lo opere!”, se acabó la interconsulta. Si es a un ginecólogo: “¡Ve y dile que venga y le tome el papanicolaou o la biopsia!” y se acabó la interconsulta.

Y esa fama nos la hemos hecho nosotros mismos a través de una tradición y a través de tratarnos mal, fuera de un contexto ético, franco. Creemos más en la tradición de que los cirujanos no saben, a más en la confianza de que, de seguro, va a ser un “médico” cirujano el que venga a verlo [al paciente] de calidad, porque eso jamás lo vamos a hacer.⁸⁶

86. Extracto de la entrevista al doctor Carlos, médico internista, el 27 de septiembre de 1999, que se realizó en las mismas instalaciones del hospital. Para conservar la solicitada privacidad de los entrevistados, se cambiaron sus verdaderos nombres, pero su área de especialidad y las fechas se conservan.

Hay quienes imaginan la ciencia y a los que la hacen, como entidades puras, sin compromisos de carácter político, social o económico: un bien común. Nada más lejos de la realidad. Quienes se han encargado del estudio de la historia de la ciencia y de los científicos,⁸⁷ nos han presentado un panorama que, quizá por lo que tiene de mundano, algunos se abstienen de analizar.⁸⁸ Para nuestro tema no interesa tanto este quehacer por sí mismo sino sólo en función de las formas de racionalidad que representan: racionalidad paramétrica e instrumental. A partir de esto la inclusión del extracto de la entrevista adquiere sentido. Un sentido de conocimiento experiencial (demostrado con base en muchos pacientes) y operacional. Los modelos de racionalidad que posibilitan estas formas de actuación se originan, en tanto disciplina colectiva, en su ciencia, en sus formas sociales de formación, organización, perpetuación y protección ante otros tipos de conocimiento. Si bien éste no es el punto nodal de este trabajo, sí representa una ramificación importante, toda vez que para la comprensión de las estrategias con que una práctica científica institucionalizada opera, necesitamos conocer esas maneras que tiene de legitimarse, mediante una fundamentación específica en la naturaleza y en la razón. Para de esta forma facilitar a sus miembros un conjunto de analogías con las que explorar el mundo y justificar la índole natural y razonable de las normas instituidas y, así, conseguir mantener una forma identificable (Douglas, 1986:163) y perdurable: la institución médica hospitalaria, entendida no tanto en su dimensión espacial o física, como en su carácter de administradora y suministradora de categorías de pensamiento, que fija las condiciones del autoconocimiento y establece las identidades. Mas todo esto no basta, dice Douglas, “también debe afianzar el edificio social sacralizando los principios de justicia”. El caso es que en la institución médica se sacralizan los conceptos operativos y normativos de la acción, se regulariza una práctica justificando su origen en postulados naturales y actualizados a la luz de la razón de las ciencias.

A continuación profundizaré un poco en el conocimiento de las categorías híbridas de acción emanadas de la tradición y de la técnica (que comenta el entrevistado), y haré un bosquejo del cómo y el porqué de esto.

87. Algunas propuestas a este respecto, actualmente, se proponen escribir la historia y la antropología de las ciencias desde, y con, la misma visión de los que la hacen. El uso de las autobiografías, escritas o narradas por petición misma de los antropólogos e historiadores, es un enfoque en el que se le reconoce tanto la capacidad al otro de ser sujeto narrativo como la de ser partícipe en la generación y crítica del conocimiento. Véase Marcus (1995).

88. En este sentido se puede leer también el trabajo de Vázquez León, *El Leviatán Arqueológico*, sobre las tradiciones del quehacer arqueológico en nuestro país.

Del campo al laboratorio, del libro al consultorio

Desde los contubernios, voluntarios o inconscientes, de los científicos de la Edad Media con la parte clerical para la reafirmación de que el planeta era plano –con rudimentarios compases y burdas creencias astronómicas–, hasta la reafirmación de la diferencia del Otro y su subordinación por técnicas y argumentos derivados de la biología molecular y las teorías genéticas, las ciencias han estado en profunda relación con su contexto sociohistórico. La presión social determina, en buena medida, el tipo de investigaciones (Fleck, 1986:26).

Uno de los casos explicados de esta relación, y su aprovechamiento por la ciencia,⁸⁹ es el que expone Latour,⁹⁰ sobre las investigaciones en laboratorio de Luis Pasteur, en su búsqueda de una vacuna contra el ántrax a finales del siglo XIX.⁹¹ El autor nos presenta la fabricación de un hecho, de un concepto, de un problema y de una solución, estratégicamente diseñados para sostener una visión y una descripción sintéticas e integradoras del mundo.⁹² Una noción de límites y fronteras que separa los fenómenos de este mundo y los reduce a un sistema binario: limpio/sucio, público/privado, dentro del laboratorio/fuera de él, sano/enfermo.

Los científicos como Pasteur, dice Latour, inventan enfermedades y venden curas;⁹³ crean un mundo paralelo en un laboratorio que sirve, además, para comprobar que lo que pasa afuera, en el mundo, es real. Uno de los méritos más importantes de este científico francés, aparte de haber desarrollado la vacuna,⁹⁴ fue saber mover estratégicamente su laboratorio al campo y el

89. Se pueden, en este caso, rastrear algunos supuestos que consideran la ciencia, y su práctica, como “un orden no experimentado para comprender la experiencia y su tendencia a conceptualizar este orden en función de una analogía sacada de la experiencia cotidiana” (Skorupski, 1985:181). El movimiento es dialéctico, de instauración de binarios y analogías naturalizantes de lo social.

90. Debo aclarar, que aunque este análisis de Latour sobre las prácticas científicas y las formas de hacer ciencia, me parece útil para el caso que nos interesa, no concuerdo completamente con su postura sobre la ciencia y los científicos. Por principio de cuentas, es innegable que los avances científicos, como tales, no son del todo producto de la imaginación, ni meramente un constructo social; son manifestaciones reales que en cierto sentido también permiten esta comunicación con el lector, e incluso el acceso mismo a las investigaciones de Latour. De qué otra forma, si no es por el avance y el desarrollo de los medios de difusión, tenemos acceso a esta información. En segundo lugar, no se puede considerar la reducción de la ciencia a una mera forma discursiva y enunciativa de la realidad –que, con todo, tiene su peso específico–, si esto fuera así, entonces, las críticas mismas al discurso de la ciencia serían meras formas discursivas también y su validez estaría por igual o sería menor a la que se le atribuye a tal forma de discursar o describir la realidad.

91. Véase al respecto: Latour, 1983.

92. Diría Latour (1983:144): “(...) sciences are one of the most convincing tools to persuade others of who they are and what they should want. (...) But interests, like everything else, can be constructed”.

93. Diría Pasteur (*Ibidem.* 146): “if you wish to solve your antrax problem you have to pass through my laboratory first”.

94. El desarrollo de la vacuna –como tantos otros avances científicos– es un hecho que no podemos menospreciar, ni es la intención opacar los beneficios reales del trabajo científico, que no se nos vaya el niño con el balde de agua. La intención es enmarcar el trabajo científico en el mundo social y cultural de los hombres, y no hacerlo pretender que tiene validez universal y es suprahistórico, con el supuesto de una naturaleza supracultural. Esto adquiere cierto equilibrio si consideramos que la ciencia se posibilita gracias a prácticas y artefactos, teorías y técnicas, individuos, grupos sociales y paradigmas interpretativos de la realidad.

campo a su laboratorio; desarrollando un modelo de cómo conocer a partir de la manipulación de nuevos problemas; la más pura cultura de los microbios.⁹⁵ Nada pasa en el laboratorio que no acontezca en la sociedad, parece ser la premisa de Pasteur. Su nueva cultura de los microbios es semejante en su comportamiento a la de los humanos, incluso se podría decir que los laboratorios microbiológicos son de los pocos lugares en donde la composición del contexto social ha sido sometida a una metamorfosis (Latour, 1983:158).

Pero el movimiento no es sólo de laboratorios, conlleva también la instauración de diferencias, lo que ha llevado en nuestros días a una aparente separación de la ciencia y la sociedad; la ciencia crea límites y fronteras y, según el nuevo binario, dentro del laboratorio y fuera de él, las cosas que nos pasan y que nos rigen a los miembros de una sociedad poco tendrían que ver con la conducta de la ciencia.⁹⁶ Así, la ciencia es frecuentemente caracterizada como por encima y separada de nuestra vida diaria, a pesar de que la ciencia la define por varios caminos, separada del contexto social, del económico, del político e incluso del tecnológico. La ciencia no está libre de cultura, está llena de ella (Nader, 1996:1).

El concepto de laboratorio proliferó de tal manera a partir de entonces, que no se concibe al investigador sin su laboratorio, como tampoco se concibe al cirujano sin su quirófano, al médico sin su enfermo, al antropólogo sin su campo.⁹⁷ Cuando los hechos se manipulan de esta forma, no se puede hablar de verdad o falsedad solamente, sino de concordancia o no con el sistema de pensamiento, con el laboratorio (Fleck, 1986:28). Lo que se hace no es sólo agregar más conocimiento sino que se refuerza un sistema y se apuntala un estilo de pensamiento. Dice Fleck que “no se puede hablar de un simple incremento de saber”, el estilo de pensamiento tiene que cambiarse y la “armonía de las ilusiones” a él unidas debe romperse para que sea posible el descubrimiento nuevo (*Ibidem*: 29). A este estilo de pensamiento le corresponde un estilo de formulación y de elaboración de conceptos; un estilo de escritura.

95. Con una analogía, comparable al género de cuentos como el de la cenicienta, Latour equipara al científico Pasteur con las peripecias del príncipe en su intento por conocer a la dueña de la diminuta zapatilla:

“¿Cómo sabemos que cenicienta esconde una princesa bajo los harapos de la sirvienta? Porque el cuento narra las pruebas que pasó con éxito: el zapatito de cristal que se ajusta a su pequeño pie revela a los ojos del príncipe la verdadera identidad de la hermana despreciada. Nada sabemos sobre la naturaleza del héroe del relato fuera de la sucesión de pruebas que nos mantiene sin aliento y que es todo el encanto de la narración. ¿Cómo sabemos si la fermentación alcohólica depende de la presencia de una levadura viva o de la simple degradación de materias orgánicas? Los héroes son diferentes, pero la historia es la misma en ambos casos, y la solución es idéntica. Es necesario hacerlos padecer ordalías para que en el curso de las pruebas se revele su verdadera naturaleza. Duelo, desafío, juicio de Dios, proceso, match o investigación, los recursos de la intriga que apasionan a los lectores y a los sabios no son tan numerosos y animan por igual a los héroes del cuento y a los fenómenos de laboratorio” (Latour, 1995: 149).

96. El concepto de límite, frontera entre el yo y los otros es el cimienta de los significados sociales. Y eso se toma también de las ciencias, o más bien de los hechos científicos (Nader, 1996:115).

97. A este respecto habría que comentar que el concepto de laboratorio ha permeado la mayoría de las disciplinas, incluso en la enseñanza de la antropología se toma un curso de “Laboratorio de Prácticas Antropológicas”.

Una aproximación a la realidad de la ciencia en la medicina por medio de una de sus áreas más interesantes, la inmunología, permitió a Bjorn Cleason *et al.*, dar cuenta de cómo estos científicos conciben el mundo y al cuerpo en una profunda relación metafórica. Y advierten que el uso de la metáfora en la conceptualización del cuerpo puede tener algunos efectos sobre nuestra conceptualización de las situaciones sociales, pues la interacción natural de los elementos en la metáfora puede transformar a ambos elementos en metáfora. Un ejemplo es el que dan estos inmunólogos al considerar al cuerpo humano como en constante guerra contra las bacterias y los microbios, así, mediante el uso de la metáfora cuerpo/guerra nosotros podríamos no solamente estar pensando en el cuerpo como en una relación natural de guerrero, sino también en el estado de guerra como algo natural. En la parte introductoria del capítulo dedicado a la inmunología de un clásico en medicina sobre la fisiología humana se puede leer el siguiente párrafo, en el que el vocabulario recuerda al usualmente destinado para la guerra:

Por fortuna, nuestro organismo tiene un *sistema especial para combatir* los diferentes *agentes infecciosos y tóxicos*, constituido por los leucocitos [...] Estas células pueden evitar la enfermedad de dos formas: 1) *destruyendo cualquier agente invasor* por fagocitosis y 2) produciendo anticuerpos y linfocitos sensibilizados; uno de ellos o ambos son capaces de *destruir al invasor* (Guyton, 1992:380. Las cursivas son mías).

La metáfora, así, da poder al sistema inmune y naturaliza la guerra. Al sociabilizarse este conocimiento, esta forma de volver metáfora la realidad, se utilizan los hechos científicos para crear conocimiento sobre cualquier tipo de tópicos; sistema inmune es igual a fronteras, a guerra (Cleason, 1996:114). Esta forma de ponerle otro nombre a la realidad, de formar nuevos contextos, es una de las cualidades del discurso científico y su aplicación. Una de las nuevas formas de contexto creadas por los científicos, en relación con la medicina, es la del “descubrimiento” de una reacción llamada reacción en cadena de la polimerasa (PCR, siglas de su nombre en inglés). El concepto de este descubrimiento se basa en la posibilidad de replicación en laboratorio de un número ilimitado de copias de cadenas de material genético vivo, a partir de la ampliación del ADN.

Del estudio que hiciera Rabinow, sobre los trabajos para este descubrimiento, podemos adelantar algunas conclusiones de carácter social. Respondiendo a la pregunta de Rabinow acerca de quién inventó el PCR, Norman Arcnheim, científico de Cetus, contestó: “La concepción, desarrollo y aplicación es asunto de todos los científicos, la invención es una cuestión de los abogados de patentes” (Rabinow, 1996:8). La respuesta se relaciona con la concepción que tienen los científicos de ellos mismos como un todo que comparte el conocimiento y los métodos específicos de una ciencia. Esto, como lo comentaremos más adelante, es producto de sus procesos de formación como profesionales. Una repercusión importante de este tipo de descubrimientos es que hay formas de vida que se están generando en el laboratorio y fuera de él. Quizás esto no tendría relevancia de manera aislada, pero si recordamos, junto con este hecho, que en el año de 1980 la

corte de Estados Unidos aprobó la patente de una nueva forma de vida,⁹⁸ esto adquiere mayor trascendencia y contexto. En un caso como éste, dice Rabinow (1996:20), lo que se patentó en realidad no fue una forma de vida sino el resultado de la intervención humana. Los usos de un procedimiento como el PCR permiten, sobre todo, el diagnóstico de enfermedades hereditarias, pero su uso se extiende al análisis forense, al diagnóstico de oncogenes y a procesos virales. Sin embargo, una de las aplicaciones que más llama la atención es la de las pruebas de identidad, en las que se dice que: “Este potente método de identificación (PCR) halla su aplicación en *pruebas de paternidad, resolución de litigios de inmigración, investigación criminal* y control de transplantes de médula ósea (Braunwald, 1991:45-53. Las cursivas son mías). La versatilidad de la PCR ha sido sorprendente; los científicos producen nuevos contextos, nuevos límites y nuevos usos para ésta, con pasmosa regularidad. Esos usos han abierto nuevas vías de investigación (manipulación genética, mutación de células, diagnóstico y tratamiento *in útero*) que, a su vez, prueban la responsabilidad de éstos. De esta forma, los científicos crean los conceptos, los ponen en contexto y los aplican a “nuevos problemas”. Si tuviésemos que resumir lo anterior, diría que en la ciencia como práctica social e incorporación de otras prácticas,⁹⁹ el concepto se volvió un sistema de experimentación, el sistema de experimentación se volvió una técnica, la técnica se volvió concepto.

Los médicos, su grupo y sus valores

La mayoría de los médicos, en el contexto de su hacer diario, dentro o fuera del hospital, no hace ciencia, sino que ponen en operación los conceptos y las prácticas que otros científicos, no precisamente médicos, les proporcionan. Por ejemplo, en la práctica de la inmunología se conjuntan la estadística, las matemáticas, la genética y la farmacología, entre otras.¹⁰⁰ Con base en ello, considero la medicina como una práctica protocientífica, ya que los médicos no hacen ciencia como tal –al igual que la práctica de los ingenieros, de los arquitectos, arqueólogos o de antropólogos– sino sólo ponen en operación métodos,¹⁰¹ procedimientos y normas elaborados para la instrumentación, y no para la generación de nuevos métodos, procedimientos o normas. Ésta es una diferencia fundamental que se olvida en el momento de considerar las características de tales

98. Una bacteria capaz de digerir algunos componentes del petróleo crudo, la patente la propuso la General Electric.

99. Rabinow define la práctica científica como: “normas en contexto y en proceso”. *Op.cit.*: 14.

100. Exponen de manera clara Joan H. Fujimori y Michael Fortun que la base de datos de la biología molecular es el mejor lugar para estudiar la intersección de las matemáticas, estadísticas, informática y ciencias computacionales. Su cambio de estructura de trabajo y de experimentación cambia la manera de representar, construir y de explicar la naturaleza humana (en Nader, *op. cit.*: 166).

101. Cabe aclarar que esta referencia no hace alusión a un instrumentalismo de parte de la antropología como tal, en todo caso –como bien lo hace notar Luis Vázquez– existen matices en la práctica de la antropología aplicada, postacadémica, de expertos, de ONG y de consultoría, que bien valen la pena diferenciar.

o cuales disciplinas. Por tanto, no debemos estudiar la medicina como una práctica científica, pues corremos el riesgo de pedir condiciones y requisitos metodológicos que no son propios de la práctica en sí. Si la consideramos como práctica protocientífica, con base en la definición anterior, lo que debemos estudiar es la forma en que se apropia y aplica el conocimiento derivado de otras prácticas —éstas sí— científicas. En el cómo de estas formas de apropiación y aplicación, en la puesta en operación de las definiciones que dan los biólogos o los genetistas sobre la vida, se encuentra parte sustancial del problema que estamos discutiendo, pues estas modalidades de actuación están matizadas y condicionadas por el carácter científico racional que les da origen. Esto lo aclararemos poco a poco.

La práctica protocientífica de los médicos tiene ciertas características y peculiaridades que a primera vista nos parecen normales y hasta deseables: su manera de hablar llena de tecnicismos y neologismos ligados de tal manera que vuelven indescifrable sus conceptos; las relaciones entre ellos, como grupo, que recordarían a la de aquellas sociedades secretas en que todos deben fidelidad y protección al grupo y al maestro;¹⁰² su vestimenta conformada por la bata blanca, el estetoscopio, la lámpara de mano y el recetario, que bien funcionan como utensilios de chamán en su ritual de exorcizar los demonios,¹⁰³ junto con una meticulosa liturgia que acompaña su conducta, dentro del consultorio y frente al paciente, provocándole sentimientos de sacralidad e inferioridad. Si ponemos en contexto lo mencionado con anterioridad, podemos inferir que algo parecido habrá sentido el paciente Roberto, personaje de la siguiente narración etnográfica,¹⁰⁴ cuando ingresó al hospital para ser atendido por un infarto al corazón. Al llegar fue conducido a un cubículo de atención de urgencias.

102. En una reseña publicada en la *Revista del Hospital Infantil de México* (vol. 55, diciembre de 1998, pp. 756-758), en la que se hace homenaje a un reconocido pediatra mexicano, doctor Joaquín Cravioto M. (1922-1998), se pueden leer expresiones como: “la influencia de un maestro es permanente”, “depende en gran parte de nuestros maestros, el desarrollo de nuestras condiciones personales (...)”; “Para aquellos que, con orgullo, nos llamamos alumnos del Maestro Cravioto podemos afirmar que tuvimos el privilegio de observar el brillo de sus ojos y escuchar, muchas veces, el sonido de su voz”. Es interesante hacer notar que el escritor de la reseña toma la última cita de lo que escribiera un historiador en la biografía del emperador Julio César. La comparación es evidente.

103. Una interesante aproximación a este punto —la ritualización del trabajo médico— es la que realizara Sudhir Kakar, médico psicoanalista, en la India (Kakar, 1989).

104. Es éste un extracto de una etnografía, con continuidad temporal y espacial, que puede ser consultada en su totalidad en este momento o al final del capítulo. La intención de recomendar su lectura total tiene el objetivo de: *a)* enmarcar etnográficamente los conceptos teóricos citados, y *b)* homologar con el lector los contextos en que se desarrollaron los eventos narrados y extraídos, y que de esta manera adquieran el sentido y la dimensión experiencial de éstos. Sin embargo, si así se dispone, puede omitirse su lectura en este momento. El texto completo aparece en el Apéndice.

Hora 12:15 a.m.

Una vez dentro, un médico interno de pregrado se apresuró a leer la hoja de referencia que le entregara momentos antes la trabajadora social (TS),¹⁰⁵ en tanto que otro de sus compañeros (MIP-2), procedió a tomarle los signos vitales*.¹⁰⁶ El MIP-1 le comentó al MIP-2 que lo revisaba, que se trataba de “un probable IAM*”; Roberto sólo acertaba a quejarse de dolor y de que le faltaba el aire para respirar, el MIP-2 se apresuró a preguntar:

MIP-2: Don Roberto, ¿cuántos años tiene?

Roberto: Cuarenta y cinco, voy pa'cuarenta y seis –contestó con voz entrecortada y gimiente.

MIP-2: ¿Dónde le duele, don Roberto?

Roberto: Aquí... mi pecho –señalaba con la mano derecha el sitio del dolor, en la región precordial* del tórax.

MIP-1: ¿Desde cuando empezó a sentirse mal?, ¿por qué no se vino antes?, ¿le duele el brazo izquierdo? –agregó el MIP-1, desde atrás de su escritorio, en tono fuerte y de velado reclamo.¹⁰⁷

Roberto, que miraba al médico sin saber cuál pregunta contestar, dijo: “No sé... hace como un mes me dolió... pero poquito”. Una vez completada la toma de constantes vitales, el MIP-2 se las comunicó al MIP-1:

MIP-2: Fernando, trae 90/50, 138 de frecuencia y 35 respiraciones, el corazón se oye arrítmico, ¿le hablo al residente?, ¿le tomamos un “electro”?¹⁰⁸

MIP-1: Háblale, mientras yo le tomo el “electro”, coméntale que tenemos un probable infarto, que por ahora está estable.

El MIP-1 empezó a colocar una serie de ventosas sobre el pecho de Roberto y algunos brazaletes con placas de metal en muñecas y tobillos; el MIP-2 salió rápidamente del cubículo y regresó diez minutos después, acompañado por Armando, residente de primer año de cirugía (R1-CG),¹⁰⁹ médico joven, de aproximadamente 24 años, alto, robusto, de tez clara que, a diferencia de los

105. MIP-1, de hoy en adelante. El número 1 o el 2 caracterizan el tiempo de estancia en el hospital; si están dentro del primer semestre son MIP-1, y MIP-2 si cursan su segundo semestre.

106. Los términos que presentan un asterisco* pueden ser consultados, para una referencia más amplia, en el Anexo de Definiciones.

107. En el tono de estas preguntas podemos encontrar las características nominativas y expresivas que se comentaron. En expresiones como éstas, y en las que se utilizan para comunicarse entre médicos de diferentes jerarquías, es frecuente escuchar y percibir ese tono dictatorial y despectivo.

108. Los diálogos entre médicos están en su mayoría matizados por tecnicismos, abreviaturas y contracciones que hacen ellos mismos de algunos términos. En esta ocasión se contrajo la palabra electrocardiograma*.

109. La formación de especialistas de alguna área (cirugía, pediatría, medicina interna, etc.) requiere tres, cuatro o más años de estancia hospitalaria, durante los cuales los médicos son llamados residentes, y éstos agregan en sus firmas de registros médicos y solicitudes las iniciales y el año de residencia. Así, un estudiante de cirugía general de primer año firma sus notas clínicas como: “González R1-CG”. El uso de estas abreviaturas es muy común en sus comunicaciones escritas.

MIP, usaba corbata y una bata con plumas de varios colores en los bolsillos, en los que además llevaba libretas de anotaciones para fórmulas y medicamentos más comunes, un manual pequeño en inglés, y el estetoscopio* colgado en el cuello.

Hora: 12:40 a.m.

R1-CG: ¿Qué tenemos médico? –preguntó al MIP-1.

MIP -1: Doctor, tenemos a un paciente masculino de 45 años de edad, derivado de un centro de salud, por un probable IAM. Refiere el paciente que hace como un mes apareció el dolor en la región precordial, que lo imposibilitó para el trabajo pero que cedía con el reposo –este último dato el MIP-1 lo obtuvo de la hoja de referencia.

R1-CG: ¿Cómo están sus signos, doctor? –dirigiendo la pregunta con la mirada al MIP-2.

MIP -2: Trae 90/50, 138 de frecuencia y 35 respiraciones, el corazón como que se oye arrítmico.

R1-CG: ¿Como que se oye? o ¡se oye! –agregó en un tono imperativo y burlón, en tanto el MIP-2 prefirió no contestar–. No, no, no, médico, o está o no está arrítmico.

El residente de cirugía se ajustó a los oídos las olivas del estetoscopio que colgaba en su cuello, e inclinándose sobre el paciente colocó el otro extremo, la campana, sobre la región del pecho. Permaneció unos 30 segundos así y, levantando la mirada, sin moverse de esa posición, le dijo al MIP-2: “A ver, escúchalo aquí, donde tengo el estetoscopio”. El MIP-2 obedeció y se colocó su propio estetoscopio, que guardaba en uno de los bolsillos de su bata, para inclinarse, también, sobre el paciente.

R1-CG: ¿Lo escuchas?

MIP -2: Sí, doctor.

Para la comprensión del diálogo anterior, debemos considerar lo que dice Rodney M. Coe, y que, como ocurre en todos los aspectos del comportamiento humano, el investigador social que estudia la medicina debe siempre tener como base la pregunta de si los modelos específicos de comportamiento son universales y reflejan las exigencias de la situación humana, o si son el resultado especial de la configuración de una cultura específica (Coe, 1984). Así, en el análisis de la situación anterior, en la observación de estos grupos de profesionistas no podemos dejar pasar las características idiosincrásicas de su contexto sociohistórico y geográfico. Pero como vimos anteriormente, la perspectiva científica disciplinaria es de sentirse un grupo unido, casi una sola comunidad mundial, que con un mismo concepto de método y los mismos laboratorios y consultorios, tienen una visión del mundo semejante.

En el caso de los médicos –incluyendo a los que interactúan frente al paciente Roberto–, éstos comparten características parecidas en tanto practiquen la medicina occidental-científica,

que permitiría una aproximación comparativa a la de los científicos. Es decir, en tanto para unos el concepto de laboratorio y su metodología es el mismo en cualquier lugar del mundo, para otros las salas de hospital, los quirófanos, son iguales en cualquier coordenada geográfica. De hecho, el intercambio de médicos y estudiantes es una costumbre de lo más común entre facultades de medicina y hospitales-escuela de diferentes países. Incluso no se requiere un excelente dominio del idioma para relacionarse con sus homólogos y con los pacientes.¹¹⁰ Así, si hablamos de la cultura de la ciencia,¹¹¹ presente y puesta en operación en mayor o menor grado en el mundo occidentalizado, diríamos que los modelos de cultura médica no están aislados sino que forman parte de toda la estructura sociocultural y tecnológica de la sociedad en donde éstos se desarrollan. La cultura actúa como condicionante del comportamiento médico observado.¹¹²

En el ámbito de la sociología médica se analiza el empleo de ambientes médicos, salud y enfermedad, para estudiar fenómenos sociológicos tales como la organización, las relaciones entre roles, las actitudes y los valores de personas relacionadas con la medicina; en una palabra, el estudio de la medicina como sistema de comportamiento (Coe, 1984:16). Sin embargo, la forma de apropiación del conocimiento que hace la medicina de otras áreas y el cómo lo operacionaliza no entra en su campo de estudio. Algunos antropólogos en México, desde la socio-antropología de las ciencias, han empezado a estudiar la formación de los científicos en México. En una excelente investigación prospectiva de más de cuatro años, Jacqueline Fortes y Larissa Lomnitz (Fortes y Lomnitz, 1991) estudiaron el Instituto de Investigaciones Biomédicas, en la ciudad de México, con resultados que de alguna forma no fueron del todo agradables para los estudiados. De manera sucinta podríamos mencionar algunas conclusiones de dicho trabajo, que nos ayudaran a clarificar el tema en cuestión y que podemos extender a nuestro grupo en estudio:

- a) La comunidad científica se ha desarrollado tardíamente y en situación de dependencia cultural de centros extranjeros, es decir, no ha sido el resultado de un desarrollo interno sino que se trata de un producto cultural importado.
- b) Así, la investigación científica es aceptada e importada junto con otros aspectos del mismo proceso, aun cuando las instituciones de educación e investigación no estén listas ni aptas para provocar el apoyo y los estímulos necesarios para llevar a cabo dicha actividad.
- c) La investigación permanece aislada de la producción de conocimiento y del desarrollo cultural.

110. En una conferencia a la que asistí en abril de 1993, si mal no recuerdo, el ponente, un médico cardiólogo de origen hindú, decía que “Un infarto y sus signos laboratoriales y gráficos son los mismos aquí, en China y en Japón”. Insistiendo en que el lenguaje de la enfermedad es el mismo en cualquier época y lugar. Terminó diciendo que “los síntomas hablan siempre el mismo idioma”.

111. Véase la aproximación que hace Nader (1996) sobre este tipo de estudios de la cultura de la ciencia.

112. Condicionaría, me parece, tanto lo observado como al observador. Y es que la hegemonía del conocimiento afecta no solamente nuestra base de conocimientos sino la habilidad de otros para acceder a esa base.

- d) Los estudiantes son producto de un sistema educativo de corte autoritario, donde se enseña a aceptar verdades más que a cuestionarlas.
- e) La forma de trabajo de la ciencia y sus objetivos son determinados por valores universales que permiten a los científicos compartir y comunicarse entre ellos (Fortes y Lomnitz, 1991:155 ss).

Un médico en formación, como los internos de pregrado y el residente de cirugía de la narración, no sólo aprende teoría, fisiología, farmacología y propedéutica; no debe solamente aprender ciertos procedimientos; no debe solamente aprender cómo interactuar con sus colegas y aprender a observar las reglas de los secretos y el discurso de legitimación de su área, sino también sujetarse él mismo a un discurso sobre la experiencia del cuerpo –al que estructura y del que subjetivamente se apropia para hacer su trabajo (Gusterson, 1996:113)– y la vida, de la que dispone y sobre la que decide de la misma forma en que decide sobre tal o cuál medicamento o procedimiento utilizar. Todo matizado por la cientificidad de la ciencia.

Las relaciones entre los médicos están normadas por ciertas formas tradicionales de organización, que afectan tanto sus modalidades de comunicación como de posicionamiento espacial dentro del grupo. Para profundizar un poco más sobre este aspecto, presento la siguiente narración etnográfica, que se inserta en el marco del pase de visita matutino, en el que los pacientes son presentados a los médicos de más alta jerarquía.

Jovita tiene 63 años, es viuda, tiene cuatro hijos y algunos nietos. Su hermana y dos de sus hijos la visitan con frecuencia. Durante su estancia en la sala de terapia ha permanecido sedada, por lo que no ha vuelto a recobrar la conciencia desde que la sometieran a cirugía, hace doce días. Carlos R3-MI, procedió a presentarla a los miembros del equipo:

Carlos R3-MI: Paciente ampliamente conocida por el servicio, en su doceavo día de estancia intrahospitalaria; actualmente con diagnóstico de trombosis mesentérica por obstrucción de cava mesentérica superior, los cirujanos realizaron una ileostomía con resección total del intestino delgado, más pancreatitis, más falla orgánica múltiple. Ella es una buena paciente que, sin embargo, ha respondido mal al tratamiento, actualmente la tenemos destetada de amins y... –decía todo esto apresuradamente cuando fue interrumpido–.

Pedro, jefe de TI: Carlos, ¿qué pasó con el neumotórax?, ¿cómo vamos? Yo veo la saturación un poco baja, ¿cómo está la “gas”?¹¹³

Dora: Pásame la placa de hoy –se dirigió a una de las internas, que apresuradamente la buscó y la sacó de abajo del colchón de la cama—. Ésta no es la de hoy, ¿qué no le pidieron una?, es más, ésta es la misma de hace dos días.

Pedro: Carlos, ¿qué pasó con la placa? –Carlos hace unos comentarios en voz baja con una de las internas y cruza una mirada con Armando, el otro residente, quien le murmura algunas palabras– Hiciste otra subclavía porque, según tú, tenía neumotórax, y no le has tomado una placa de control, ¿por qué hiciste este procedimiento, si esto sólo lo debes hacer cuando tienes una radiografía?

113. “Gas”, contracción de gasometría*.

Carlos: No vinieron a tomarla ayer, doctor –con voz ondulante, entre nerviosa y a modo de excusa–. Yo me fui y no supe después si los familiares la pagaron o no, o si entregaron el recibo. Pero ayer la paciente estaba bien, de hecho la subclavia se la tuvimos que cambiar porque hizo un neumotórax, bueno, clínicamente para mí era un neumotórax derecho, pero cuando le pusimos la subclavia izquierda se oía bien el pulmón.

En tanto la doctora Dora observaba la placa junto con Pedro, Maximiliano agregó:

Maximiliano: No, eso está bien, Carlos. Lo que tiene es que el sello de agua está mal puesto, tiene fugas. Mira, está muy flojo –con sus manos manipulaba un tubo que salía del costado derecho de Jovita y que se extendía hasta un sistema de vacío de aire llamado Pleuro-vac–, se está fugando aire y se está yendo por la piel, esto hay que corregirlo.

Pedro: A ver, pásenme el expediente –el interno que cargaba los cuatro expedientes buscó rápidamente el de Jovita y se lo dio. Él lo tomó sin voltear a ver al interno, y mirando a Carlos de reojo, continuó: Pero ¿cómo vamos con la paciente?, ¿cómo está neurológicamente?, ¿ya despertó?, ¿qué *glasgow* tiene?, ¿cómo están sus curvas?

Una de las enfermeras que se encontraba a unos pasos se apresuró a entregarle a la doctora Dora una hoja de enfermería, que es donde se registran estos parámetros, signos vitales, a los que Pedro se refiere como curvas.

Maximiliano: Si está sedada no vamos a poder valorarla, necesitamos quitarle la sedación, ¿ya lo intentaste, Carlos?

Carlos: Sí, doctor, pero empezó a luchar con el respirador y la tuvimos que volver a sedar.

Dora: Aquí aparece que ha tenido fiebres, ¿cómo andan sus “léucos”?¹¹⁴

r1-CG: Andan un poco altos y sus plaquetas están bajas, como de 100 mil.

Dora: No están muy bajas, tú que eres de cirugía ¿sabes si tus cirujanos le hicieron lo que dicen? Porque en la nota pusieron que resecaron todo el intestino delgado, pero no pusieron cómo estaba el páncreas, o el colon; si había zonas de isquemia en otra zona. Tampoco pusieron nada hace dos días cuando la metieron a hacerle aseo quirúrgico. Dígale a sus compañeros que pongan una notita aunque sea. Que tal si no le hicieron nada y uno todo creído que sí.

Armando sólo escuchaba tratando de evitar la mirada de Dora; desviaba su vista hacia sus compañeros, que también la evadían.

Pedro: A ver, tenemos que tiene doce días, no ha despertado, ¿de cuánto es el *glasgow*?

Carlos: De dos a tres.

Pedro: Está haciendo curvas –con tono casi conclusivo siguió hablando–, la herida está infectada, *glasgow* de dos, ¿con cuántos antibióticos la tenemos?

Carlos: Con tres, los cirujanos le dejaron dos y agregué uno más por si las contaminaciones –esto último lo dijo haciendo un gesto irónico–. Armando que es residente de cirugía, sólo miró de reojo a Carlos.

Pedro: *Glasgow* de dos, esquema amplio de antibióticos; tiene falla orgánica múltiple, pancreatitis, sepsis, ¿no ha sangrado?

114. “Léucos”: leucocitos*.

Armando: Anoche presentó algunas petequias,* tal vez está en CID.¹¹⁵

Pedro: Llevamos doce días, yo creo que ya le dimos una oportunidad a la paciente y no responde bien, así como está, yo diría que la pasaran a piso.

Esta forma de decidir, de relacionarse y de comunicación no es del todo fortuita y anecdótica, responde a un modo de organización y relación que utilizan tanto entre ellos (los médicos), como para presentarse a sí mismos frente al resto de la comunidad y para defenderse de ella. Su modo de organización se ajusta a lo que sería del tipo profesional/gremial, es decir: tienen un cuerpo de conocimientos, una orientación de servicio, una organización colegial, una licencia y un mandato (Coe, 1984:224).

La socialización profesional, que inicia desde los años de formación en la facultad de medicina, cumple la función de conformar los valores, actitudes, creencias y comportamientos de quienes trabajan en un campo dado, de una manera deseada y aceptable por la profesión. Los médicos se constituyen como un grupo de profesionales que, por su organización, se califican más como colegiado y corporado que como burocratizado. Del texto de la narración anterior,¹¹⁶ podemos obtener algunas de las características de éstos como profesionistas, pero también de su organización corporada:

- Su experiencia está basada en un cuerpo extenso de conocimientos teóricos cuyos desarrollo y adquisición son estimables en sí mismos y por su aplicación práctica.
- Estos conocimientos son altamente técnicos e incomprensibles para las personas ajenas o a las de otra profesión.
- Las profesiones mantienen el monopolio de sus conocimientos, y la experiencia de los profesionales viene acompañada por un ascenso en el estatus social, respecto de los que no lo son.
- La difusión de los conocimientos profesionales queda impedida por lo especializado del lenguaje, pero sobre todo por el establecimiento de organizaciones formales encaminadas a ese propósito (las sociedades de profesionistas); de tal forma que se aseguran el control de quién ingresa, si cumplen con el programa académico establecido y reciben, así, el estatus adecuado a su investidura.
- Al ser extenso y amplio, el conocimiento requiere de un largo periodo para su adquisición, con el costo que éste implica (Coe, 1984: 223).

El buscar el equilibrio entre las necesidades del público y las personales del profesional depende en gran parte del sentido de responsabilidad individual de este último hacia sus clientes,

115. Coagulación Intravascular Diseminada.

116. Para ampliar el porqué de esta afirmación se sugiere leer la etnografía en su totalidad.

hacia su profesión y hacia sí mismo. En este punto es precisamente donde se colocan los factores éticos de su conducta, pues el médico no opera por sí mismo solamente, sino influenciado por los valores que se le inculcaron durante su formación,¹¹⁷ por el modo en que los lineamientos institucionales afectan sus decisiones, por las presiones afectivas de su oficio, que también son modificadas por su formación y por su práctica, así como por los límites que la técnica le impone a ésta. Y aquí es donde podemos incidir en tanto punto débil de la sociología del conocimiento, por no considerar los factores antes mencionados, que solamente pueden ser corroborados en un trabajo etnográfico de campo. Se deberían estudiar más a fondo las cuestiones éticas de estas formas de apropiación y práctica de una profesión, de la tecnología y la ciencia por parte del individuo, y no sólo como operario autómatas y aséptico de una disciplina de conocimiento.

Parte importante, en una profesionalización, es aprender a comportarse con los demás compañeros. Estas relaciones tienen, como lo comentamos anteriormente y se pudo apreciar en la narración anterior, un matiz de “organización colegial”, por oposición a la burocrática. Es decir, se encuentran unidos para protegerse de otras personas ajenas a la profesión y para proteger a los miembros que se comporten de manera profesional;¹¹⁸ de esta forma imponen sus códigos de ética, de comportamiento, y en tanto así, sólo ellos pueden calificarse. Esta actitud se sustenta en que sólo ellos tienen los conocimientos necesarios para evaluarse (la ciencia), para juzgar la calidad de las actitudes de sus compañeros (la ética), por lo que se convierte en un sistema ideológico que desempeña un papel importante en todo proceso de socialización. Es el vehículo que permite transmitir y reproducir el sistema social a lo largo del tiempo.

El hecho de compartir una ideología proporciona a la gente un sentido de solidaridad y comunidad, al tiempo que la distingue de otros grupos (Fortes y Lomnitz, 1991:73). De la ciencia como ideología, como cultura, se pasa a una aplicación del conocimiento científico que, en el ámbito protocientífico de la medicina, une, solidariza, encubre y solapa.

Formas de relación

Lo que pasa es que en medicina hay una contra-indicación, más bien, una contradicción muy amplia. Tú te esfuerzas porque el paciente no se te muera, de hecho, para el médico residente, como, no te sé decir... hummm, si tú me lo preguntaras a mí, si me dijeras: ¿cuál es mi meta en un paciente?, de entrada no te digo que se cure, ni que viva bien, yo te digo: “que no se muera”. Voy a hacer hasta lo imposible porque el paciente en mi guardia, bajo mi responsabilidad y mi tutoría, no le pase nada que complique su vida. Eso es para mí lo más importante y con base en eso desarrollo mis capacidades.

117. Unos de estos valores son precisamente “los valores tecnológicos”: Eficacia, Poder, Manipulación y Control. Si bien no son los únicos, sí son éstos los derivados de la racionalidad científica, sustrato elemental de esta disciplina.

118. Este punto puede servir para explicar el mutismo que se guarda en relación con la eutanasia, ya que ésta representaría una iatrogenia médica que, como tal, necesita ser encubierta.

Pero luego eso incluye muchas cosas. La terapia intensiva es un lugar donde normalmente toda innovación científica tiene su razón de ser. O sea, catéteres muy invasivos, medidas de presiones dentro del corazón, tornillos dentro del cerebro para medir la presión, todas esas cosas inducen un gasto económico pero impresionante. Y a final de cuentas, si tú lo ves como el padre de familia, si tú al padre de familia le dices: “mire, su niño tiene meningitis; antes se morían todos pero éste no se va a morir”, y se lo entregas con una capacidad ni para vender chicles, lo que para ti es un éxito que puedes salir a presumirlo en el periódico, para el papá es una derrota impresionante, porque es alguien que va a tener que vivir totalmente dependiente de él. Pero eso a ti como médico no te importa, te importa que un caso más de meningitis o enfermedad mortal, ya no se murió.

Obviamente por eso empiezas, es una enfermedad quizá muy espectacular la que te estoy diciendo, pero hay muchas otras cosas. A veces sometemos a un paciente a un tratamiento o a tratamientos casi inhumanos para finalmente decir: “bueno... mira... pos ya se fue, sin manos, sin piernas, abierto y con tubos a su casa, pero se fue vivo”. Pero dices, bueno y ¿cuánto va a aguantar, un mes más? y ¿para qué, qué va a hacer?, ¿quién cambiaría la vida de ese paciente cinco minutos?, nadie, pero eso es lo que la verdad a uno no le importa, ni te detienes a pensar en eso.¹¹⁹

[...] Nuestra meta en medicina es “que no se te mueran”, la primera. Si yo quisiera enumerar las leyes en la medicina, la primera es que no se te muera,¹²⁰ la segunda es que lo que le des no le produzca más daño que el que ya la enfermedad le causó; y tercero, si tienes oportunidad de curarlo, cúralo al cien por ciento. Entonces, primero es que no se muera y en ese contexto se puede hacer un conjunto de arbitrariedades que a veces hacemos, y que tú dices: “bueno, cómo pueden salir a presumir que el paciente salió vivo si no sirve para nada”, humanamente no vas a vivir ni un mes, pero eso nos mantiene con logros importantes en medicina. O sea, la medicina, parte de la evolución de la medicina es sacrificar a un humano, para que el que sigue con la misma enfermedad se cure más rápido y se trate mejor. Desgraciadamente así es.

En cuanto a cómo interfiere la tecnología en la medicina y principalmente en la terapia intensiva: es impresionante la carrera de la medicina, en cuanto a las innovaciones tecnológicas en los últimos cincuenta años. Quién iba a decir que ibas a poder meter un catéter dentro del corazón y medir la cantidad de sangre, eso era imposible de imaginarlo hace cincuenta años, y hoy es algo muy rutinario en todas las terapias intensivas.¹²¹ Que la finalidad de esto sea buena, mala, favorable al paciente, pues la verdad no te importa, te importa que se pueda medir para en ese momento salvarle la vida al paciente,¹²² independientemente de las consecuencias futuras, o sea, no porque sepas que en tres minutos un paciente con hipoxia pulmonar, neuronal y renal irreversible va a morir, ya no le vas a hacer nada, tú llegas y lo mantienes en vida artificial, el tiempo que sea necesario.¹²³

119. Sin embargo, el entrevistado, en un ambiente extramuros/hospitalario –dentro de un contexto en donde la esperanza de una mejoría, de un milagro tecnológico es un deseo omnipresente–, se detiene a pensar en eso; él y muchos otros que conocí se angustian y reflexionan sobre esto, se cuestionan su práctica; sin embargo, se sienten constreñidos, perdidos en un laberinto tecnológico, institucional y de conocimientos profesionales que les transfiere otra identidad y otras prioridades, supeditando y anulando, en ocasiones y en diversas intensidades, sus deseos de hacer las cosas diferentes: “Un poco más humanas” –dice Carlos.

120. Lo que en este punto está en juego, también, son las definiciones de lo que es vida o muerte. En este contexto no son operativas o funcionales (evaluativas), sino referidas a parámetros bioquímicos y de laboratorio (descriptivas). De esta forma los criterios de vida o muerte refieren los avances tecnológicos de la época. Lo que se esperaría, entonces, es un aumento de esta dimensión terapéutica que lleva las constantes vitales hasta extremos definitorios y laboratoriales, hasta contener ésta, la vida, en un matraz en que se ubique al individuo como expresión de las funciones y de las mismas constantes biológicas.

121. Se parte del supuesto tecnológico de que la ciencia siempre debe aplicarse cuando existe, no se cuestiona sobre las aplicaciones de la ciencia, de las nuevas tecnologías. De igual modo, para él, la imposibilidad de imaginar lo que hoy se tiene ejerce un brillo de “novedad”, de casi un sueño, que como tal viene a cumplir las necesidades del médico contemporáneo. El hoy es el estado ideal de la medicina, el ayer era el estado y el momento lleno de carencias y deficiencias tecnológicas.

122. El eterno presente tecnológico aplicativo del sistema médico vigente.

123. Extracto de la misma entrevista que se citó con anterioridad.

Los investigadores, como la ciencia, no tienen fronteras ni límites, forman un grupo homogéneo en relación con su método y su ideología. Se pueden establecer analogías sobre este punto y clarificar con el grupo médico, con respecto a ser protocientíficos, que por igual utilizan el conocimiento con su respectivo contexto ideológico, pues el conocimiento científico ya trae implícita una carga ideológica, reafirman Fortes y Lomnitz, cualquier técnica, tratamiento o maniobra terapéutica, lleva en sí misma el sello de origen científico; el de la ciencia que la generó, la produjo e incluyó en ella las instrucciones de uso; llevando consigo una propuesta científicista, una ideología y una ética.

Pero es importante resaltar y hacer evidente que la lógica de la aplicación del conocimiento es una lógica que difiere de la de su generación. En este sentido, existiría también una ideología que matiza las formas de aplicación y de apropiación del conocimiento, que pueden, en mayor o menor grado, coincidir con la ideología que caracteriza la generación y la producción de conocimiento. Estas dos lógicas e ideologías pueden o no coincidir, sin que ello fracture su vinculación intrínseca entre conocer y manipular. Esto podría parecer reduccionista, pero recordemos que la investigación básica en ciencia y tecnología se mide por resultados aplicativos, son encomiendas de instituciones privadas o gobiernos a instituciones educativas o de investigación, públicas o privadas, para el logro de metas específicas. Los descubrimientos sorprendentes y anecdóticos hace mucho que ya se dejaron atrás para dar paso a la investigación aplicada y redituable. Esto matiza la lógica de la generación de conocimiento y, por ende, la lógica de su aplicación.

Conclusión

La progresiva racionalización de la sociedad, y de las prácticas científicas y protocientíficas, depende de la institucionalización del progreso científico y técnico. En la medida en que la ciencia y la técnica penetren en los ámbitos institucionales de la sociedad, transformarán a las instituciones mismas (Habermas, 1993: 54), convirtiéndolas en centros de racionalización práctica. Así, las viejas legitimaciones del hospital, como institución de servicio y caridad, se transforman en sitios de aplicación y comprobación de técnicas instrumentales.

La medicina es un caso común y claro de la forma en que la ciencia fue desplazando a la actividad primaria de los hospitales, al convertirlos de centros de caridad en centros de investigación y aplicación de conocimiento. De esta forma, la configuración institucional refleja las tendencias corporativistas de su sistema político (Frenk, 1993:90) e ideológico, y en esta medida desplazan a otros intereses ajenos o contrarios a la práctica científica. Pero en este sentido también instauran una ética de acción y de decisión racional que sea compatible con la lógica de la ciencia, que es diferente a otras lógicas. El problema es que en la aplicación de esta ciencia, de esta lógica, a las formas institucionales y burocratizadas, dicha lógica se deforma adquiriendo nuevos valores,

contrarios o análogos a los de la ciencia misma. Con este matiz, la mezcla resultante de la institucionalización y la burocratización de la ciencia es de lógicas y valores que en algún momento, como ya lo comentamos, pueden o no ser opuestos a los de la ciencia misma. En la investigación empírica sobre la forma en que los individuos se apropian y aplican este conocimiento, lo anterior adquiere una visión más clara de su efecto social.

V

ENTRE CIENTÍFICOS Y ARTESANOS

Los valores tecnológicos

Hasta aquí hemos hablado de ciencia, de tecnología y de racionalidad como formas condicionantes implicadas en el quehacer de una práctica protocientífica; como posturas ante la vida que posibilitan la generación de dilemas éticos y de decisión derivados de estas formas condicionantes. Sin embargo, poco se ha dicho acerca de las definiciones básicas de tales términos y de su significado contextual. Es este último significado de los términos el que interesa resaltar, si bien había pospuesto, hasta ahora, un análisis más profundo de los mismos, hasta no haber mostrado un panorama empírico de dónde y cómo se posicionan y aplican dichas definiciones, así como de su relación con la racionalidad que acompaña a estas formas instrumentales. Tal será el objetivo del presente capítulo. Pero antes de iniciar, y por ser éste nuestro último capítulo, no sobra hacer un breve resumen de lo ya mencionado.

En capítulos anteriores presentamos las definiciones operativas y descriptivas de algunos conceptos involucrados en nuestro problema, desde el área de la medicina. También intentamos mostrar cómo se llega a un problema a partir de la transformación en el tiempo de los términos que lo definen como tal. Es decir, la cuestión de la eutanasia se plantea como problema con base en los cambios de los elementos descriptivos de su definición, y desde esa misma perspectiva se convierte, como lo tratamos de demostrar, en irresoluble para las partes implicadas.

En la redefinición del problema encontramos que se han intentado generar y homologar ciertos criterios descriptivos de vida o muerte. Pero en la definición descriptiva va implícita cierta modalidad instrumental, racional y de acción ante la definición. Recordemos que se trata de definiciones operativas. Tales definiciones descriptivas de la ciencia no siempre encuentran su correlativo evaluativo con la misma ciencia, y menos aún con los criterios evaluativos externos a esa forma de conocimiento, criterios de actuación ante la descripción. De esta manera, se dijo que se requiere la generación y la homologación de criterios evaluativos para la vida o la muerte. Pero dichos criterios evaluativos se han presentado, para su formulación y aplicación, como resultado de la misma racionalidad descriptiva e instrumental que, reafirmando, son parte del problema. Planteada así la cuestión, estaríamos ante una situación límite y,¹²⁴ por ende irresoluble.

124. En el ámbito discursivo de la ciencia y del lenguaje, “cada sistema de significación, de enunciación, como *langue*, se topa con el límite que lo constituye” (Luque, 1996:209).

Comentamos también que los actores que llevan a cabo la operación de las definiciones son individuos que tienen un conocimiento sobre la forma en que ha de verse y manipularse la vida: los médicos. La práctica de éstos adquiere características particulares derivadas de sus procesos formativos y de las formas de asociación y aplicación de su profesión;¹²⁵ están inmersos en una institución que condiciona su actuación, pero deja y posibilita pequeños –pero significativos– espacios para opciones en la forma de poner en marcha la operación de las definiciones de vida o muerte. Además, comenté, que la lógica de la ciencia ha permeado y matizado la lógica de la práctica protocientífica de la medicina. Los procesos de racionalización, entonces, inician desde la formulación del conocimiento, continúan en su distribución y asimilación por determinadas disciplinas, y se extienden hasta su aplicación y operacionalización en contextos específicos témporo-espaciales.

Pero podemos preguntarnos: ¿por qué denominar el problema, situación límite? Dicho concepto, aplicado a nuestro caso, nos permite visualizar el problema derivado de la apropiación y la aplicación de conocimientos científicos por grupos de individuos, de una manera tal vez pesimista pero amplia y fructífera en el sentido analítico y en el heurístico. Es decir, este concepto tiene aplicación a partir de considerar que, en la vida humana, se dan algunas situaciones en las que la existencia topa con sus propios límites (Müller, 1986:401). Se da tal situación como resultado del examen de las formas fundamentales de la comunicación humana, dentro de un marco de historicidad, que mediante la experimentación de los límites del saber finito descubre y se enfrenta a la transformación decisiva de la existencia: la muerte. Las situaciones límite son posibilitadas por la situación límite complexiva, que consiste en que el hombre, en cuanto existencia, “se halla siempre en determinada situación” (*Ídem*) aun antes de poder crear él mismo situaciones. Reaccionamos ante ellas no habiendo establecido un plan de acción, ni con racionalidad o perseverancia, sino mediante la evasión o el afianzamiento en sí mismas.¹²⁶

En el capítulo II presenté diferentes soluciones, y para todas ellas se pueden esgrimir razones en su favor, para resolver el problema de la decisión ante la muerte (a partir de las definiciones de vida y muerte). La imposibilidad de conciliación entre las diversas soluciones (derivadas de diversas posturas) representa un desconcierto, una aporía que radica en el problema mismo y, como tratamos de demostrar, en los conceptos con que se representa. Lo hasta aquí mencionado se refiere al procedimiento, aporético, para destacar las dificultades implicadas, las propuestas antagónicas de solución y sus razones. Pero más que apostarle al escepticismo, ante lo irresoluble, y plantear el problema como situación límite, lo que se pretende es hacer evidente que el mismo método de definición y solución del problema –planteado hasta ahora– es el que nos llevó a él.

125. Frenk utiliza el término “tecnocracia de la salud” para referir las formas de asociación y atención; y el de “apartheid médico”, para sus modos de segregación ocupacional derivada de sus ingresos monetarios (*op. cit.*).

126. Una de estas formas de respuesta, que comentamos más ampliamente (*infra*), es la hiperracionalidad, calificada y reconocida, también, como una forma de irracionalidad.

De tal forma, se hace necesario replantear este método y sus definiciones, o lo que sería más correcto decir, sus razones.

Si lo anterior es correcto, debemos profundizar en las concepciones de ciencia, tecnología y racionalidad, sustratos esenciales del problema de decisión, para luego intentar proponer una modalidad alterna de visualizar el problema y, tal vez, de solución.

El infarto

Lo que se presenta a continuación es parte de la misma narración del trabajo de campo; su amplia extensión se hace necesaria para poner en contexto y para reseñar experiencias comprensivas de lo que ahí sucede. En la narrativa, tácita o explícitamente, se encuentran los elementos que dan forma y origen al problema de decisión (racionalidad, ciencia y tecnología), a la vez que posibilita hacer evidentes los espacios para la opción, que tienen los actores, en la toma de sus decisiones. Pero evidencia también los modos en que estas decisiones están constreñidas por ciertos factores derivados de las formas de organización y administración institucional que ya fueron comentadas.

Insisto en que no intento responder a las preguntas acerca de qué sucedería si decidiéramos desconectar o dejar conectado el respirador, o continuar con las maniobras de RCP, o ¿eutanasia, sí o no? Al contrario, afirmo que es imposible responder a estos cuestionamientos en los términos en que se plantean. De la imposibilidad misma de encontrar una respuesta, surgen las bases para una solución. Es decir, considerando la misma imposibilidad podemos partir de las condiciones sociales que nos conducen a la pregunta y desde ahí intentar formular una base para la elección. Dado que las condiciones contextuales de la pregunta son en cada caso diferentes y comunes a la vez, las respuestas deberían ser de igual matiz. Diferentes, en tanto la unicidad del evento está representada por la unicidad de los individuos que participan en la decisión y en la acción. Pero también está la perspectiva que considera los hechos comunes, en tanto podemos percibirlos como patrones de acción en los que se decide sobre la vida de los demás. En este último sentido, lo común deviene también de las condiciones que posibilitan estas acciones, es decir, los mismos espacios, las mismas tecnologías, las mismas estrategias resolutivas, operadas por médicos con similares condiciones formativas, el mismo lenguaje cognoscible por todos los involucrados, entre otras.

Puntualizo. Estoy hablando de las formas empíricas –no teóricas– de cómo se toman las decisiones; de cómo, ante un evento de crisis, hacen sus elecciones los individuos responsables de ello. Sin embargo, no podemos, para fines expositivos y comprensivos del presente trabajo, prescindir de la rama normativa de la teoría de la toma de decisiones –en función de su relación intrínseca con la racionalidad científica–, aunque esta última sólo sea presentada de manera

sucinta y en función del tema que nos ocupa. Contextualizaré y ejemplificaré lo anterior con algunas evidencias empíricas. La narración, insisto, es larga pero necesaria para la cabal comprensión de lo expuesto y para lograr el establecimiento de cierta relación empática, como resultado de la manera de compenetración con el texto, con el evento y sus actores. Lo que precede en el siguiente extracto, en términos de desarrollo lineal del texto, es una reunión que manteníamos algunos médicos y yo en una oficina lateral y a sólo unos metros de la sala de terapia intensiva.

24 de septiembre

La plática se vio interrumpida por la intempestiva entrada de una enfermera que notificaba que una paciente se había agravado: “Doctor Maximiliano, la paciente del infarto está mal”. Sin decir palabra, los dos médicos salieron corriendo a la sala de terapia intensiva. Cuando llegó el grupo de médicos, ya estaba ahí el R3-MI (Carlos), quien rápidamente solicitó una actualización de los signos vitales y la toma de un “electro”. La enfermera que les había notificado lucía sumamente estresada; era su primer día en ese servicio de terapia intensiva y no disimuló un suspiro ante la intervención de Carlos. Cuando los demás médicos estuvieron frente a la paciente, iniciaron con algunas peticiones y preguntas:

- M’hija, pásame unos guantes.
- ¿Qué le pusieron, le pasaron algún medicamento?
- Traigan el “electro”.
- Rápido, m’hija, los guantes.
- Doctor, me llamo Viki, no m’hija.
- A ver tú, conéctale el electro.
- ¿Qué signos vitales tenía, le pasaron algún medicamento?
- Sólo ranitidina, doctor.
- Carlos, ¿con qué la tienes?
- Esquema de infarto, doctor.
- Traigan el carro rojo.*

El doctor Carlos se colocó del lado derecho de la paciente, más cercano a su cabecera, puso su estetoscopio en el pecho de Graciela y empezó a escuchar el corazón; mientras hacía esto, las otras enfermeras ya comenzaban a moverse de un lado a otro preparando algunos medicamentos que ya sabían que se iban a necesitar. Al ver Carlos que el estado de salud de Graciela era delicado, ordenó todo lo necesario para instalar una subclavia, ya que se requería una vía de acceso más amplia y rápida para introducir los medicamentos al cuerpo.

Carlos: Enfermera, quiero guantes del ocho, isodine, gasas, jeringas, lidocaina al dos por ciento.

Enfermeras: ¿De qué número los guantes, doctor?

Carlos: Del ocho, pásame un equipo de cirugía.

Enfermeras: ¿Menor o el que viene con el catéter?

Carlos: Si ya viene, pásame ése y un cubrebocas, por favor, y vayan preparando una hartmann de quinientos.

Conforme pasaban los minutos aquello se volvió un ir y venir de enfermeras; de un momento a otro, todas las de terapia intensiva, un promedio de cinco, estaban abocadas por completo al cuidado de la paciente: unas preparaban una solución, otras pasaban los guantes, otras más buscaban las sondas, todas se movían rápidamente. Conforme pasaba el tiempo fueron llegando más médicos, pues como terapia intensiva había solicitado una interconsulta al departamento de cardiología para valorar el tratamiento de Roberto, por ahí andaban dos médicos del servicio de cardiología, uno de ellos un poco mayor, que aparentemente era el jefe, y otro, que probablemente sería un residente de cuarto o quinto año, era el subordinado a las decisiones de aquél. Inmediatamente empezaron a ver qué pasaba, en ese momento Carlos realizaba las maniobras para la colocación del catéter de subclavia, procedimiento que hizo con suma rapidez y con impresionante habilidad, en no más de minuto y medio. En cuanto terminó de poner la subclavia, dijo: “éste es el momento ideal para hacer un cateterismo”, levantó la mirada para ver a los cardiólogos y declaró: “este infarto se comportó como todos los infartos agudos extensos”.

Cuando el residente hubo terminado de colocar la subclavia, el doctor Maximiliano dijo: “qué onda, ¿la intubamos?”.¹²⁷ Los cardiólogos miraban uno de los resultados del electro, asintieron con la cabeza y procedieron a intubarla. Se aumentó la cantidad de oxígeno a la paciente, que le llegaba a través de unas puntas de plástico que tenía colocadas en la nariz y que en su otro extremo se insertaban en una salida de oxígeno de la pared. Nuevamente se solicitó a las enfermeras todo lo que se requería para intubar.

Carlos: Preparen el respirador.

Maximiliano: Un “laringo” con una hoja recta del tres.

Carlos: Una cánula del siete.

Maximiliano: M’ija, pásame unos guantes del siete y medio.

Enfermera: No hay medios doctor, ¿siete u ocho?

Maximiliano: Ocho, m’ija, pero córrele.

Enfermera: No me llamo m’ija, me llamo Bertha.

127. “Intubar” o “pescar” es utilizado metafóricamente para describir la maniobra de pasar un tubo (cánula) por la boca de Graciela, conducirla a través de su garganta y colocar uno de los extremos en la traquea. El otro extremo se conecta a un sistema de respiración artificial. Más sobre este procedimiento se puede encontrar en el anexo de definiciones (intubación endotraqueal).

Carlos: ¿Ya está el respirador?

Maximiliano: Ándale, m'ija, pásame los guantes, luego intimamos.

Carlos: ¿Dónde está el equipo de intubación?

Viki: Ya voy, doctor, espéreme.

Aun en esta maniobra (intubar), que es un procedimiento delicado, como todos en medicina, que requiere rapidez dado el estado de la paciente, el doctor Maximiliano le preguntó a una de las internas si quería realizarlo, como un proceso de enseñanza, y ella aceptó. Las internas rara vez rechazan una oportunidad para aprender a hacer algo.

Todo era un ir y venir de gente y en un momento hubo once personas alrededor de la paciente. El estado de Graciela empeoraba de tal manera que se vieron en la necesidad de sedarla con tiopental* para poder intubarla; a partir de ese momento, perdió el conocimiento. En ningún momento las internas mostraron tensión, ni ansiedad ni angustia; tuve la impresión de que no sabían qué estaba pasando en realidad. Teóricamente lo sabían, pero no les generaba angustia, como tampoco a los otros médicos. Cuando el doctor Carlos estaba insertando el catéter por la subclavia, hubo momentos en que incluso llegó a jugar, de hecho bailaba sobre el pequeño banco en que estaba parado, y daba la sensación de tranquilidad y seguridad.

Conforme pasaban los minutos, se instauraban nuevos procedimientos. Por sugerencia de una de las enfermeras se le colocó una sonda vesical, así como una cánula orofaríngea,¹²⁸ y se conectó el respirador que ya habían terminado de preparar. Le instalaron en el cuerpo las terminales de un monitor que registraba su frecuencia cardíaca, la respiratoria y la presión arterial y le pusieron más medicamentos a través del catéter que le habían introducido por la vena subclavia. A partir de ese momento, el acercamiento a las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), se daba por medio de los aparatos, del monitor y del electrocardiógrafo. Gracias a éstos, se sabía cuál era el estado de Graciela, de su corazón. En tres ocasiones se le pusieron todas las terminales del electrocardiógrafo sobre el cuerpo para tomar un electrocardiograma y posteriormente se le quitaron porque pensaron que ya no se necesitarían, pero debieron repetir esta operación hasta en cuatro ocasiones; finalmente decidieron no hacerlo más porque “ya no tenía caso”. Esto era importante porque la mediación entre el corazón de Graciela y los médicos se hizo con estos aparatos; sólo preocupaba el estado del corazón.

En determinado momento nadie sabía cuál era la tensión arterial porque se le había quitado el monitor. Durante algunos minutos la frecuencia cardíaca estaba muy débil para escucharse con

128. Ésta es de material muy duro, capaz de soportar la presión de los dientes al cerrar, de esta forma impide que en algún momento las otras cánulas (la gastroesofágica y la endotraqueal) que pasan por la boca del paciente puedan ser mordidas, obstruidas o seccionadas.

un estetoscopio, por lo que, cuando se aplicaban los medicamentos, todos –y esto era muy notorio– volteaban a ver la pantalla del monitor; miraban cómo después de aplicar la atropina o la adrenalina los números subían de 60 a 135 –correspondiente a la frecuencia con que el corazón latía–, para luego bajar a 130, a 124, 121, 110 y, de pronto, a 100, enseguida a 80 a 50 y alguien decía: “rápido, apliquen otra dosis”; mientras alguien lo hacía, todos desviaban la mirada hacia la mano que tenía la jeringa, pero una vez terminada la aplicación, no más de 10 a 20 segundos, todos volteaban nuevamente al monitor y esperaban que los números subieran. Subían un poco, volteaban a ver a la paciente, trataban de escuchar su corazón con el estetoscopio y alguien decía: “¡está bajando, está cayendo!”; otra vez estaba en 40. Esto se repitió tres o cuatro veces.

Era una sincronía entre: mirar a la paciente-aplicar medicamentos–mirar el monitor-elevación de la frecuencia cardíaca–disminución del efecto de los medicamentos–disminución de la frecuencia cardíaca–desviar la mirada del monitor para volver a ver a la paciente o, mejor dicho, la mano que aplicaba los medicamentos. Hubo un momento en que la frecuencia cardíaca bajó mucho de intensidad y empezó a disminuir la presión arterial, por lo que decidieron darle masaje cardíaco, maniobra que consiste en hacer presión con ambas manos sobre el pecho de la paciente, con cierta periodicidad que imita los latidos del corazón. Para ello, Carlos debió pararse sobre un “banco de altura”, y maniobrar por diez minutos, como máximo. Durante este evento, y en todos estos periodos, la alarma del monitor y la del respirador sonaban insistentemente, una, luego la otra; era como la alarma aguda de un reloj electrónico; la apagaban porque los desesperaba, formaba un zumbido angustiante que seguía el ritmo de las cifras que aparecían en la pantalla, si el número era de 130, con esa misma rapidez se repetían los zumbidos, si bajaba hasta cuarenta, el zumbido también disminuía.

Después del masaje que aplicará Carlos, mejoró la frecuencia cardíaca de la paciente, si bien, al parecer no sucedió lo mismo con su presión, por lo que en ese momento se inició una secuencia causal entre masaje cardíaco-aplicación de medicamentos-aumento y disminución de la presión arterial- disminución y aumento de la frecuencia cardíaca–masaje cardíaco. Hubo momentos en que bajaba la frecuencia cardíaca y se le aplicaba atropina, entonces ésta subía, terminaba el efecto del medicamento y bajaba. Se le suministraron dosis máximas de atropina, incluso una exagerada tercera dosis con adrenalina, pero la paciente no mejoraba, no se mantenía estable su frecuencia cardíaca. Ésta ya no lograba subir a más de 30 por minuto y la presión arterial era ya indetectable. El diagnóstico de los cardiólogos en ese momento, fue que el infarto se había extendido aún más y se produjo un Fallo de Bomba,* es decir, el corazón ya no funcionaba como debería: se movía pero ya no podía bombear la sangre al cuerpo. Cada vez que la frecuencia cardíaca disminuía, se le aplicaba un medicamento, pero cada vez era más difícil mantener o lograr que llegara a ritmos normales. Llegó un momento en que la frecuencia empezó a bajar tanto que el residente preguntó: “bueno, ¿qué onda?, ¿le sigo, le paramos o qué le hacemos?”. Como nadie contestó ni decidió, insistió: “pues si a mí me preguntan, yo digo que ya”. Entonces volteó a ver

a los cardiólogos, que eran los que en determinado momento llevaban la dirección y la coordinación de los tratamientos; ellos se miraban entre sí, evadían la mirada de Carlos y analizaban el último electrocardiograma, pero no contestaban. El doctor Maximiliano tampoco contestaba, él también evadió la mirada de Carlos y la dirigió hacia la paciente; la interna sólo miraba a Graciela. Finalmente la doctora Dora tomó la decisión de suspender las maniobras. Cuando el residente volteó a verla, ella le hizo un ademán (un ligero movimiento de cabeza), para indicarle que detuviera cualquier maniobra.

En ese momento, cuando suspendieron el masaje cardiaco y la aplicación de medicamentos, el monitor empezó a presentar números de 30, pero nunca estuvo en ceros. Entonces decidieron hacer pasar a los familiares y comunicarles del estado de la paciente: “Díganles que ya se está muriendo”, ordenó el doctor Maximiliano. Empero, uno de los cardiólogos sugirió que “sería bueno darle un piquetito –al corazón– para descartar que hubiera una ruptura cardíaca”. Sabiendo que la paciente ya estaba en proceso agónico, que ya estaba muriendo y no había nada más por hacer, el cardiólogo residente insistió en una maniobra diagnóstica para saber qué había pasado, para corroborar algún dato sobre la etiopatogenia, pero el cardiólogo en jefe le contestó que “no, déjala, yo me inclino más en pensar que fue un fallo de bomba y un infarto extendido, ni modo, déjala”.

Carlos fue comisionado para dar la noticia a los parientes. Las enfermeras rápidamente comenzaron a reunir todo el instrumental que se había utilizado, para lavarlo y esterilizarlo, guardarlo o desecharlo. Después de eso, permitieron que entraran tres familiares: dos eran sus hijos y el tercero era su hermana. Algunas enfermeras, que continuaban quitando los tubos y retirando los aparatos e instrumentos, los vieron de reojo y continuaron con su labor. Para ese momento ya se habían retirado todos los médicos de la sala y sólo quedábamos, cerca de Graciela, un par de enfermeras y yo. Los familiares estaban visiblemente trastornados, no sabían qué hacer, se sentían mal, tocaban el cuerpo aún tibio de Graciela. Yo los veía que la tocaban y decían: “está tibia, está viva, qué pasa”. No podían entender qué era lo que estaba pasando y por qué las enfermeras le quitaban todos los aparatos de su madre. Nunca supe qué fue lo que se les dijo a ellos antes de hacerlos pasar a la sala, si se les comunicó que Graciela estaba muy grave o que ya la habían declarado muerta. Esta escena duró unos momentos, hasta que la doctora Dora regresó a la sala y les pidió a las enfermeras que se retiraran, que dejaran todo tal como estaba y permitieran a los familiares de la paciente acercarse: “que les dieran un momento de soledad”. Graciela estaba tibia, hacía escasos cuatro o cinco minutos se le había suspendido la intervención médica. Las enfermeras se detuvieron y se alejaron unos metros; la doctora Dora observó por unos instantes a Graciela y se retiró.

En un momento en la narración anterior pareciera que todos los ahí presentes son espectadores. Se da lo que Ferrater Mora (1988:131) llama la “desencarnación del morir”, el hacer de la muerte del otro algo completamente ajeno a uno, a mí, dados los contextos en el que ésta se

da, en el que se propician los eventos y en el que los espectadores se mueven. Esto es posible al considerar la muerte como un morir en general, no como un morir determinado o de alguien; análoga a la que puede suceder con la cesación de las cosas inorgánicas; ello favorece la desencarnación de la muerte. Los efectos de esta actitud son, en alguna medida, visibles, pero quizás no tanto sus causas.

Hay también, esbozada en el texto, una dificultad para diagnosticar la muerte dada la complejidad estructural del organismo, pues éste muere en diferentes estadios, según tal o cual parte de la economía corporal. Así, la determinación temporal de la muerte es más una cuestión práctica que teórica. ¿Que causa esta concepción práctica? Entre estas causas está la percepción naturalista del evento, y que se deriva del método de la ciencia. ¿Pero de cuál ciencia?¹²⁹

De ciencia y otras razones

Jean Ladrière publicó en 1978 un libro, resultado del coloquio organizado por la Unesco sobre el tema Ciencia, Ética y Estética, en el que podemos encontrar no menos de veinte definiciones de ciencia, todas parecidas. En ellas los términos método, investigación y científico, son una constante; parecieran ser el sustrato elemental de dichas definiciones o de tal actividad: “La ciencia puede ser considerada como la suma actual de conocimientos científicos, como una actividad de investigación o hasta como un método de adquisición del saber (Ladrière, 1978:23).

Como actividad, la ciencia está organizada socialmente. Hoy es un sector importante del trabajo social, está fuertemente institucionalizada y, por esto mismo, planificada. La actividad de investigación es una profesión como otra cualquiera; como lo comentamos anteriormente, se ejerce en instituciones públicas o privadas que tienden a organizarse según el modelo burocrático, se elabora en función de proyectos concretos con frecuencia inspirados en motivos completamente ajenos a la ciencia. Pero el saber científico se expresa, también, en y por medio de un sistema conceptual que se adecua convenientemente a la realidad fenoménica; tiene su coherencia y su perspectiva propias.

A este saber se le exige cierto valor predictivo, anticipatorio de lo que se ha de encontrar, para de esta forma guiar y orientar la investigación; se le pide que presente los fenómenos por descubrir, que indique, de algún modo, de antemano, lo que efectivamente se va a encontrar. Y en este sentido, dice Ladrière (1978:29), la ciencia posee indudablemente un aspecto hermenéu-

129. Esta pregunta, dice Ruy Pérez Tamayo, no conviene plantearla a los científicos, “no por la diversidad de respuestas, sino más bien por su pobreza, tanto conceptual como numérica. En efecto, los hombres de ciencia son quizás el gremio académico menos interesado en los aspectos teóricos o filosóficos de su actividad profesional” (Pérez, 1991:13).

tico.¹³⁰ Paralelamente a este modelo de interpretación del mundo, y sustancia de su éxito, está la racionalidad. De aquí que la progresiva racionalización de la sociedad dependa de la institucionalización del progreso científico y técnico (Habermas, 1993:54). En la medida en que la ciencia y la técnica penetran en los ámbitos institucionales de la sociedad, transformando de este modo a las instituciones mismas, empiezan a desmoronarse las viejas legitimaciones, las viejas tradiciones culturales. Esto se logra por dos efectos: los de desestructuración,¹³¹ por los que la ciencia y la tecnología tienden a destruir lo que constituye la unidad de una cultura, por ejemplo, tal o cual cosmovisión sobre el acto de morir, o el de decidir sobre la vida. Y, por otra parte, los de inducción, por los que la ciencia y la tecnología tienden a producir nuevos valores y nuevas posibilidades históricas objetivas: como son las nuevas descripciones y significaciones de la muerte y de los procesos vitales, entre otras.

De la institucionalización de estas inducciones deviene la hegemonía de una nueva forma cultural: la cultura de la ciencia. Pero también se puede decir que la ciencia, como un sistema peculiar de representación, y la tecnología, como sistema de acción, no sean otra cosa que subcomponentes de la cultura y, en otro sentido, se separan de ella para formar sistemas considerablemente autónomos, en interacción con la cultura, pero oponiéndose a ella como lo universal a lo particular, lo abstracto a lo concreto, lo construido a lo dado, lo impersonal a lo vivido, lo sistemático a lo existencial. Empero es posible, que un día, por la acción de la ciencia y la tecnología precisamente, desemboquemos en una cultura universal, uniforme y sólo dependiente de lo “construido”. Pero hasta ahora las culturas son múltiples, profundamente diversificadas y ligadas esencialmente a tradiciones que les proporcionan el cariz de una realidad “dada” (Ladrière, 1978:15). Y mientras siga siendo así, habrá fuerzas de resistencia ante el poder hegemónico de racionalidad, de interpretación y de acción que propone la ciencia. Esta resistencia, esta diversidad, se pone en operación y se hace evidente en los momentos de encuentro entre diversos modelos interpretativos, modelos diferentes al de la ciencia y sus razones.

130. El sistema científico del saber tiene sus propias leyes de funcionamiento, y a través de ellas manifiesta la ley del mundo. Esto es la base de la interpretación. De ahí que el discurso hermenéutico no sea una mera descripción, sino una especie de recreación. Lo que hace el método, entonces, es descubrir el sentido, el de la muerte o la vida, en juicios descriptivos que ajusta a un sistema de funcionamiento concordante con las leyes de la naturaleza, del mundo. Reafirmo, no defino ni califico el hacer científico como un total acto de interpretación de la naturaleza y sus leyes, que hay mucho de esto, sino que en la puesta en operación de ese saber hay mucho de hermenéutico, es un conocimiento para la acción, y es en la acción en donde podemos encontrar esa mezcla de posturas y matices.

131. A esta desestructuración hace referencia Weber (1995:72.) cuando comenta la obra de León Tolstoi, sobre el sinsentido que le ha dado a la muerte el avance acelerado del progreso, al cuestionar el sentimiento de finitud de la vida, con el sentimiento de infinitud del progreso, de la ciencia. Pero hay que agregar que esta desestructuración implica, en términos teóricos y prácticos, una crisis de la tradición, de su autoridad y sus garantías, la de sus formas del lenguaje de representarse la vida y la muerte, de describirla. También afecta las mismas bases sobre las que la existencia humana se sustenta y constituye, hasta ahora. De esto surge también lo apremiante del trabajo evaluativo sobre el efecto de esta ciencia en la vida cotidiana del hombre.

Pero la ciencia es aún más, es también un modo de aprehensión de la realidad que depende esencialmente, no de la visión sino de la acción: “todo saber es un poder”; la ciencia es ante todo un conjunto de maniobras y de prácticas: elecciones racionales. La tecnología es un término que puede aplicarse, sin forzarlo, “a todos los intentos del hombre por cambiar y convertir elementos de su medio ambiente en objetos de uso” (Newbold, 1978:23).

A manera de resumen, y con el riesgo de parecer reduccionista, quisiera plantear la diferencia entre tecnología y ciencia: el objetivo de esta última es el progreso del conocimiento, mientras que la tecnología tiene por objetivo la transformación de la realidad dada.¹³² Pero hay quienes ven esta última, la tecnología, como la mediación concreta, material, entre la ciencia y la vida cotidiana, y representa algo así como la cara visible del fenómeno ciencia (Ladrière, 1978:13). Hay en todo lo anterior, en la narración etnográfica y en los conceptos teóricos, una forma de conocimiento humano de que ciertos medios conducen a ciertos fines, racionalidad sustancial, y que se sustenta sobre la racionalidad funcional de las organizaciones burocráticas, es decir, la obediencia a reglas y reglamentos. Un par de conceptos extraídos del texto de Hillier (1987: 194-220) nos servirá para aclarar esta última idea e introducirnos al tema de las decisiones racionales:

ACCIÓN WERTRATIONAL: resultado de las creencias en el valor intrínseco de la acción. Ejemplo: la negación esencialista a la esterilización de un enfermo mental. El rehusar al aborto por pensar que la vida es sagrada. Los servicios de salud existen, porque ayudar a los enfermos es bueno por sí mismo.¹³³

ACCIÓN ZWECKRATIONAL: se calcula la acción en función de los logros y los deseos últimos. Ejemplo: la aceptación, práctica y funcional, de la esterilización de una enferma mental. El aborto cuando sea necesario para evitar un mal mayor. Los servicios de salud son buenos porque aseguran la salud y la producción de la población.¹³⁴

De alguna forma, los segundos conceptos están contenidos, respectivamente, en los primeros (racionalidad esencial y funcional). Aquí lo problemático serían las pautas de evaluación y medición. Es decir, conforme qué parámetros se va a evaluar lo que es bueno para unos y lo que es malo para otros. Lo que en determinado momento es malo, en otro (tiempo y/o lugar) es bueno. El asunto se complica cuando estos criterios de operación, sustanciales o funcionales, son generados desde las instituciones sociales. En este caso, el de las instituciones hospitalarias

132. En el campo de la tecnología se trata esencialmente de afectar el curso de las cosas, provocando o impidiendo ciertos efectos. Esto se realiza en función de ciertos objetivos emanados de los sistemas de valores que rigen la acción: la ciencia. La vinculación entre ambas es, pues, intrínseca, cuando menos en la práctica y en la generación de nuevas técnicas y nuevos conocimientos. Pues tanto para la generación de nuevos saberes, como para su aplicación se requieren ciertas tecnologías. Los centros de generación de ciencias básicas o “puras” y de tecnologías aplicadas, en la práctica, tienen profundas similitudes en su organización, su función y sus metas.

133. Este tipo de acción también se puede identificar con la postura Esencialista que comentamos en el capítulo II. La acción significativa puede clasificarse en relación con cuatro tipos: *a*) teleológicamente racional (“zweckrational”); *b*) valorativamente racional (“Wertrational”); *c*) afectiva (especialmente emocional) y, *d*) tradicional (hábitos inculcados). Puede consultarse al respecto, Ricoeur, 1989:211-245.

134. Esta acción puede compararse con la postura consecuencialista que presenté en el capítulo II.

que, con una estructura burocratizada son las responsables de poner en marcha la operación de estándares, categorías, evaluaciones y relaciones efecto-costo-beneficio, que se generaron dialécticamente entre la administración pública (también burocratizada) y el sistema de salud.

El problema radica, aparentemente, en que la concepción de “sujeto ideal” (salud ideal, estatura ideal, peso ideal, gesta ideal, etc.) es un constructo derivado de las percepciones hegemónicas de evaluación y valoración del cientificismo.¹³⁵ Se presenta la ciencia como figura ideal, inapelable, de categorización y definición de lo “universal y natural”; categorías (universalismo y naturalización) características que hacen del cientificismo un sistema de dominación y homologizante.

La racionalidad científicista –racionalismo–, en su forma sustancial o funcional (acción wertrational-acción zweckrational), ha permeado, como lo expone Hillier, las estructuras de acción hospitalaria. Un punto que me parece interesante hacer notar, y tratar de dilucidar, es que de alguna forma las estructuras burocráticas parecen tomar vida propia (en las formas de reglamentos, modos de operación, “así se hace aquí”, etc.) y no sólo se limitan a la toma de decisiones de carácter rutinario o elemental (qué hacer en caso de tal o cual cosa, según los manuales de operación), pareciendo dejar las decisiones importantes en manos de los individuos, concepción que me parece errónea. Errónea porque cada vez más instituciones, sobre todo las hospitalarias, que al funcionar conforme un modelo de racionalidad o de acción instrumental o esencialista, según sea el caso, toman las decisiones importantes o primarias que en primera instancia deberían ser responsabilidad de los individuos o, lo que es peor, los mismos individuos delegan la responsabilidad de tomar decisiones a la institución misma.¹³⁶ En este proceso de apropiación y delegación de las decisiones primarias, las instituciones realizan un ejercicio de legitimación sobre la sociedad y sobre los operarios de la institución. Es decir, se sacraliza al sistema y a sus

135. Esta representación cultural del “Otro”, dice Jacorzynski, “[...] no se descubre: se crean e inventan”. En esta misma línea, citando al filósofo polaco Holowka, nos da una descripción de la concepción de constructo, entre la diferencia del hecho que podemos observar y el constructo social, y dice que:

“[...] Es la responsabilidad de los investigadores sociales evaluar y poner dichas construcciones en tela de juicio crítico [...] Por ejemplo, la altura de una persona y el color de su cabello constituyen las características naturales, que podemos observar, pero su profesión y posición social son las construcciones sociales. ¿De qué depende eso? La altura de una persona no depende del método de medirla. Si cambiamos la unidad de medida, la altura no cambiará, sólo la expresaremos mediante otra cifra. Algo parecido ocurre con el color del cabello. Uno dirá ‘color castaño’, otro, ‘claro oscuro’, y aunque cada vez caracterizáramos el color usando otra palabra, éste tendrá el mismo tono. Pero la profesión y la posición social del hombre no son sus características constantes. Cambian cuando lo trasladamos de una sociedad a otra, de una época a otra [...] La posición social desaparece o aparece dependiendo de las circunstancias. Nadie se siente idéntico a la construcción social con la que lo han clasificado aunque en este ropaje social pueda sentirse bien o mal. La construcción es algo arbitrario y superficial” (Holowka, Jacek, *Problemy etyczne w literaturze pięknej*, Wydawnictwa Szkolne y Pedagogiczne, Varsovia, 1994. En Jacorzynski, 2000: 85 y ss.).

136. En este sentido, Hillier coincide con Douglas en relación con lo que ella llama *decisiones primarias y secundarias*, siendo estas últimas de competencia de los individuos, las primarias son tomadas por la institución. Véase, Douglas, 1996.

operarios. La manera en que esto funciona va más allá de los intereses de este estudio, por lo que sólo dejamos planteada la necesidad de reestructuración –para poder lograr una rehumanización o desburocratización– de la práctica científica en una institución hospitalaria.

Este conocimiento para la acción, esta ciencia aplicada, implica la toma de decisiones relacionadas con situaciones de crisis, para la planeación de la consecución de ciertos fines. La vinculación entre conocimiento y valor está velada por la consecuente vinculación entre conocimiento y acción. Si se ha de elegir cierta forma de actuación, conforme cierto conocimiento, es porque de alguna forma se considera que ésta tiene un valor formal y aplicativo para la consecución y el logro de ciertos fines. Los valores, aquí, se derivan también de la utilidad pre-visora de la ciencia. Las formas de decisión adquieren un cariz y un valor instrumental. Esto lo podemos apreciar en las formas de decidir de los miembros del equipo con respecto a la paciente infartada; se trata de decisiones instrumentales, operativas, manipuladoras de una función y un órgano que, se sabe, reacciona como resultado de las intervenciones positivas de los individuos, de los médicos. Las manifestaciones empíricas, inmediatas, del efecto interventor de cierto conocimiento sobre la función, propician la naturalización y la cosificación de tal función, no importa si ese corazón o ese hígado tienen pegado a un ser humano del otro lado de la arteria. La abstracción, requisito básico para todo proceso de manipulación tecnológica, está posibilitada por la misma tecnología que traduce latidos, apenas perceptibles para el oído humano, a gráficos vectoriales de la actividad eléctrica del músculo cardíaco. Decidir en este contexto es posible solamente conforme los mismos esquemas que propiciaron e hicieron factible el contexto mismo.

Las formas de decisión

La manera en que optan los individuos médicos por una modalidad terapéutica, o consideran la validez de ciertos datos o su utilidad como parámetros de decisión, así como la forma en que deciden sobre la vida de los demás, están profundamente relacionadas con su percepción de la vida, de sus objetivos de intervención sobre el otro y de su esquema de racionalidad. En la narración anterior (la paciente Graciela), algunos matices de esta toma de decisiones y los procedimientos para llegar a ciertas metas se pudieron observar. La meta, recordemos, pareciera ser siempre la mejoría del paciente. A continuación presento otro ejemplo.

El día 25 de septiembre, durante el pase de visita matutino, se había solicitado a un médico infectólogo una interconsulta para asesoría sobre ciertos medicamentos y guías terapéuticas. La discusión, y el motivo de la interconsulta con el infectólogo, básicamente versaba sobre cuál o cuáles antibióticos se deberían usar en el caso del paciente Manuel. La postura de cada médico a este respecto devenía del conocimiento que tenía acerca de la patología de Manuel; la presentación funcionaba como homologadora de este conocimiento, para partir de una base común de

datos. De tal forma que, en ese momento, todos deberían saber lo necesario para poder tomar una decisión acertada y se esperaría todos los miembros del equipo siguieran un criterio semejante. Pero no fue así. Hubo tres médicos (los ya mencionados anteriormente) y tres posturas diferentes. Los otros dos adscritos, Maximiliano y Dora, no tomaron partido por ninguna postura y se mantuvieron al margen de la discusión, que se prolongó por 30 minutos. El residente de cirugía y los internos sólo escuchaban. El desacuerdo era como sigue:

- Sin tratamiento: el infectólogo.
- Un solo antibiótico: Pedro, jefe del servicio.
- Dos antibióticos: Carlos, el residente.

Este trilema, que cada cual sustentaba en datos obtenidos de la presentación, servía además, decía el infectólogo, para enseñar a los “cachorros” cómo se debe abordar el caso de un paciente como Manuel. Los argumentos esgrimidos devenían del conocimiento de los datos:

- “La clínica nos dice que el paciente está infectado, por algo tiene fiebre...”
- “El laboratorio dice que sus ‘léucos’ están altos, que probablemente se deban a la infección de...”
- “Los libros dicen que cuando tienes unos ‘léucos’ elevados y fiebre persistente, tienes que...”

Los argumentos de los tres surgían de la experiencia obtenida a partir del contacto clínico con el paciente, de la teoría que se sustenta en los datos corroborables por el laboratorio y de la observación directa. Con todo, los tres defendían un argumento diferente. El infectólogo basaba más sus juicios en su experiencia y proclamaba la falta de ésta de parte del “cachorro” Carlos, ironizando su manera de pensar: “No, Carlos, si oyes relinchar y ruidos de cascos, seguro tú piensas en cebras, ¡no!, piensa en caballos normales, ahora que si estás en un zoológico pues entonces sí, piensa en cebras”.

Después de este comentario, y de la risa de todo el equipo, Carlos intentaba defender su punto de vista haciendo evidentes los marcos teóricos que sustentan su decisión de aplicar dos medicamentos, ya que su poca experiencia no le permitía citar muchos casos semejantes. Pero subsanaba esta carencia con un conocimiento actualizado, por revistas y libros, de los criterios de decisión que emitían otros hospitales. En cambio, la orientación de los argumentos de Pedro revelaban su posición en la jerarquía institucional: jefe del servicio y responsable del costo de operación de la terapia. Él, al igual que el infectólogo, intentaba convencer a Carlos de no usar dos antibióticos y, al infectólogo, de usar uno al menos. Pedro impugnaba la forma teórica en que Carlos analizaba el caso, su forma de hacérselo saber era mediante metáforas: “A ver, Carlos, camina como pato y hace como pato, ¿qué es?, pues pato, no le des tantas vueltas, ‘que si esto, que si lo otro’, no, Carlos...”.

El grupo reía y se relajaba un tanto el nivel de discusión, pero Carlos no desistía de su postura y la defendía con firmeza. Al infectólogo le exponía los pocos casos semejantes, que él había tratado antes, y argumentaba que como internista consideraba teóricamente inadmisibles tener a un enfermo en terapia sin antibióticos cuando los riesgos situacionales de reinfección eran muy altos. El final de la controversia llegó cuando el jefe del servicio decidió, unilateralmente, que se utilizara un solo medicamento.

Acordemos que el interés del grupo médico, con respecto al paciente, es lograr su mejoría. Sus decisiones estarán encaminadas hacia la optimización de los recursos técnicos, materiales y humanos para maximizar su función de utilidad (terapéutica). Si esto es correcto, como parecen indicarnos las acciones e intenciones de los individuos, entonces estamos hablando de explicaciones que consideran el paradigma de elección racional. Este tipo de explicaciones, de la acción intencional de los individuos, esencialmente comprende *una relación triádica entre acción, deseo y creencia* (Elster, 1997:66. Cursivas del autor).¹³⁷ Pero, además, la conducta intencional está íntimamente relacionada con el futuro. Es acción guiada por una meta ausente,¹³⁸ no realizada aún, simplemente imaginada y representada: la mejoría del paciente.

Podemos decir, entonces, que el agente racional elige una acción que no sólo es *un* medio para el fin, sino que el considera *el mejor* de todos los medios de que dispone. Pero cada uno de nuestros tres actores involucrados en la narración anterior cree haber elegido el mejor de los medios disponibles, y si comparamos esta situación con la de la toma de decisiones sobre la paciente por infarto, difícilmente podríamos saber cuáles eran esos medios y cuáles esas metas. A esta forma de elección racional se le ha clasificado como racionalidad paramétrica. Es decir, la conducta racional en un medio que el agente (quizá erróneamente) supone formado por: *a)* objetos naturales gobernados por leyes causales, y *b)* por otros agentes que, o bien son tales que su conducta no le resulta diferente, o si le resulta diferente, se suponen menos sofisticados de lo que él es. La última condición implica que el agente piensa en sí mismo como una variable y en los demás como constantes; o si piensa que los demás se adaptan a su medio, piensa que es el único que se adapta a la adaptación de los demás, y así sucesivamente. La parte de la racionalidad implica que el agente trata de hacer lo mejor posible para sí, dadas sus creencias acerca del mundo (Elster, 1997: 70).

La actitud de los médicos en este caso puede, sin muchos problemas, calificarse como paramétrica, en donde el contexto, el paciente y su enfermedad, es una constante, sujeta a leyes causales de la naturaleza. Así, cada uno de ellos se representa como la mejor opción posible de decisión, pues se reconocen como variable que se adapta a las circunstancias del paciente y su

137. Estas tres condiciones estarían matizadas por los valores tecnológicos, al ser decisiones efectuadas por individuos operarios de una práctica científica.

138. Collins homologa el término “racional” con el de “utilitarista”, en función de sus similitudes operativas con la teoría de la elección racional, además de ser derivadas de un consecuencialismo (1994:129).

enfermedad. Pero la salida institucional al problema de quién tiene la razón, de racionalidad, fue de estructura jerárquica y burocrática; la racionalidad funcional se sobrepuso a la paramétrica.

Podemos mencionar otra clasificación que también se ajustaría a nuestro último ejemplo: racionalidad estratégica. Ésta se define mediante un axioma de simetría: el agente actúa en un medio de otros actores, ninguno de los cuales puede suponerse menos racional o sofisticado que él mismo. Entonces, cada actor necesita anticipar las decisiones de los demás antes de tomar la propia, sabedor de que los demás hacen lo mismo con respecto a él. El enfoque estratégico de la conducta humana se formaliza mediante la teoría de los juegos, que podría haberse denominado más correctamente –dice el mismo Elster– la teoría de las decisiones interdependientes. Esta teoría de los juegos cooperativos, debemos sospechar para nuestro caso, supone que grupos de agentes pueden actuar juntos con otros grupos, pero no investiga la posibilidad ni las condiciones para que se produzca dicha cooperación. En nuestro caso esto reviste primordial importancia y no puede obviarse para la explicación, por lo que, en mi opinión, no es posible que esta teoría tenga gran poder de explicación, aunque puede resultar muy útil para el propósito del análisis normativo. Pero aún resta otra teoría: la de los juegos no-cooperativos, que sólo postula decisiones racionales individuales que, quizá, podrían sernos útiles. Pero el problema reside en cierta relación direccional entre ambas teorías, pues la del juego cooperativo implica necesariamente la no-cooperativa, al demostrar que la decisión de cooperar puede ser un movimiento dentro de un juego no-cooperativo. Suponer que la conducta cooperativa se producirá simplemente porque es colectivamente óptima, es caer víctimas del pensamiento funcionalista (Elster, 1997:72).

El *Dilema del prisionero* es ejemplo de la teoría de los juegos.¹³⁹ los presos que estando separados tienen que cooperar para ambos lograr su libertad. ¿Cómo lograr esa cooperación individual que redituará en un bien colectivo? Es éste un problema difícil. Tomados por separado, tanto los juegos sin solución como las decisiones efectuadas en condiciones de incertidumbre extrema, causan estragos en los modelos de elección racional (Elster, 1997:16). Esto es evidente al tratar de ajustar las decisiones de los médicos, en el caso del infarto y en el de el pase de visita, en algún modelo específico de racionalidad.

En situaciones tales como la del caso del paciente Manuel, en las que es posible esperar tener el tiempo suficiente para tomar una decisión, no hay mayor problema que el de la corrección paramétrica de la opción tomada; pero en el caso de la paciente del infarto, esta corrección

139. Este dilema se deriva de la siguiente anécdota: dos prisioneros, de quienes se sospecha que han participado en un delito, son puestos en celdas separadas. La policía le dice a cada uno de ellos que será liberado si denuncia al otro y el otro no lo denuncia a él. Si ambos prisioneros se denuncian mutuamente, ambos tendrán tres años de cárcel. Si él no denuncia al otro, pero el otro lo denuncia a él, recibe una pena de cinco años. Si ninguno denuncia al otro, la policía posee pruebas suficientes como para enviar a cada preso a la cárcel por un año.

paramétrica se torna difícil, además de que se trata de decisiones riesgosas e inciertas, sujetas a creencias y deseos.¹⁴⁰

Decimos, hasta aquí, que la elección racional trata de hallar el mejor medio para fines dados (la salud y la vida del paciente, en este caso).¹⁴¹ Éste es un modo de adaptarse de manera óptima a las circunstancias (un evento de crisis o el pase de visita, en el contexto hospitalario). El problema reside en que la opción se sustenta en lo que la persona *cree* que es el mejor medio, y esta creencia puede ser errónea o mala para él y buena para otro, o viceversa. De hecho la decisión puede ser racional, como *de facto* sucede en los hospitales, y no por eso ser la mejor o la acertada o la más fiable y justa. Hay, en el contexto de las decisiones hospitalarias, una hegemonía racionalista de unas creencias, las de los médicos, sobre otras, las de los no-médicos y las de los pacientes. El concepto de elección racional está definido para individuos, no para una colectividad de dos o más individuos, pues si uno tiene una opción que es mejor a sus otras opciones con independencia de lo que haga otra gente, sería irracional si no la adoptara (Elster, 1996:37). Éste es un ejemplo de por qué es difícil la cooperación racional, dado que se requeriría una homologación de creencias y metas, y en el caso de los médicos ante el infarto, no es precisamente la conducta racional la que rige al grupo, como tal, sino las decisiones y creencias individuales.

En términos estrictos, es incongruente la explicación de una acción en razón de oportunidades y deseos, dado que las oportunidades son objetivas y externas a una persona. Los deseos son subjetivos e internos. En realidad, lo que explica la acción son los deseos de la persona junto con sus creencias acerca de las oportunidades (Elster, 1989:29). Esto por sí mismo reafirma y justifica la búsqueda, en otro lado, de las posibles soluciones al problema de la decisión ante la eutanasia o de los dilemas de racionalidad, toda vez que la elección racional es instrumental y está guiada por el resultado de la acción. Las acciones son evaluadas y elegidas, no por ellas mismas,

140. Dice Elster (1997:71) que:

“Hay riesgo cuando el agente tiene grados cuantificables de creencias, o ‘probabilidades subjetivas’, sobre los diversos estados posibles del mundo. En este caso racionalidad implica que el agente debe maximizar la utilidad esperada asociada con los diversos cursos de acción, es decir, un promedio de las conveniencias que se realizarán para diferentes estados del mundo. Por otro lado, la incertidumbre surge cuando el agente no puede especificar las probabilidades numéricas, ni siquiera dentro de un rango de límites inferiores y superiores. O, aun más fundamentalmente, ni siquiera puede especificar un conjunto completo de posibles estados del mundo, sin mencionar su probabilidad. En el primero de estos casos, hay un importante teorema que establece que el agente puede considerar solamente los mejores y los peores resultados posibles asociados con cada curso de acción, pero que no puede decidir racionalmente cuánto peso darle a uno o al otro. Por ejemplo esto dependerá de rasgos de carácter como el optimismo o el pesimismo, de modo que la decisión final solamente puede explicarse causalmente”.

En este punto se podrían ubicar las decisiones de los eventos de crisis, derivadas del dilema operativo de la toma de decisiones, ante el condicionamiento teórico y práctico al que son sometidos en su actuación los médicos.

141. “Existe –según Habermas [1991:168]– una conexión inmanente entre la técnica que conocemos y la estructura de la acción racional con respecto a fines. Si entendemos el círculo funcional de la acción controlada por el éxito, como una asociación de decisión racional y de acción instrumental, entonces cabe reconstruir la historia de la técnica desde el punto de vista de una objetivación de la acción racional con respecto a fines.”

sino como un medio más o menos eficiente para otro fin. Esto bien podría ser parte de una descripción del actuar de los médicos, con su racionalidad paramétrica e instrumental. Pero también de la mezcla, en el espacio hospitalario, de la racionalidad guiada por normas sociales y la paramétrica e instrumental;¹⁴² esto lo podemos ver en las referencias a actuar conforme criterios de no-mortalidad en las salas,¹⁴³ sin importar el fin primario del paciente sino las normas de acción y actuación, que son las de perpetuar la vida y del aprendizaje en la acción.

En el análisis de la decisión del pase de visita, tanto como en el del caso de la paciente infartada,¹⁴⁴ tal conducta es irracional desde el punto de vista colectivo, aun si individualmente cada actor satisficiera las condiciones de racionalidad. Una condición necesaria (pero no suficiente) para la racionalidad colectiva es la transición al pensamiento estratégico pero, como comentamos antes, esta racionalidad estratégica es difícil, si no imposible en los términos en que se plantea. En esta transición probablemente se encuentre parte de las posibilidades de solución al problema de las decisiones con respecto a la eutanasia o la vida, pero dado que a uno de los actores, al paciente, por lo general no se le da ese estatus, sino que se le considera un objeto paramétrico para la decisión de los demás, difícilmente podemos esperar que ésta sea una salida al problema. Podemos agregar que, además, las condiciones requeridas para este tipo de decisión colectiva-estratégica, difícilmente se pueden dar y analizar en esta parte de la práctica médica, debido a las características de subordinación del sujeto de la acción, tanto del paciente como de los médicos ante la institución. Lo que complica aún más los problemas de decisión es que los actores humanos no sólo toman sus decisiones “sobre la base de sus expectativas del futuro (...) sino también sobre la base de sus expectativas acerca de las expectativas de los demás” (Elster, 1989:39).

El ejemplo de Ulises,¹⁴⁵ que solicita ser amarrado al mástil de su embarcación, es paradigmático en este caso. Él, previendo su flaqueza, pide ser atado, no sin antes advertir a los demás

142. En este sentido, en el hospital, o más bien, en la toma de decisiones en el espacio hospitalario, están inmiscuidos los dos mecanismos; el primero [racionalidad paramétrica] ya ha sido comentado; en el segundo, las normas sociales conciernen más a los conjuntos de factores constrictivos que en el ámbito de las instituciones condicionan y determinan a los individuos sobre lo que pueden hacer y lo que no. Esto no se refiere a la posibilidad o no de violar las reglas, sino a la disponibilidad o no de elementos instrumentales, en su uso, en los criterios de disponibilidad y abastecimiento de insumos, que son los que constrictivos la acción y están también dentro de las normas sociales.

143. Recordemos la entrevista con el doctor Carlos, en la que refiere que lo importante, de inicio, es que “el paciente no se te muera”.

144. Más casos como éstos se pueden encontrar en la lectura de la etnografía.

145. El mito de Ulises y las sirenas puede ser utilizado para explicar las formas de actuación, los supuestos de racionalización que se proponen o establecen los médicos para mantener la racionalidad ante sus pacientes, ante las posibles fallas que podrían devenir del conocimiento subjetivo de ellos. Es decir, citando lo que mencionaban algunos médicos: “se debe de mantener cierta distancia afectiva y emocional con el paciente”. Esto es un requisito de la ciencia misma, de sus métodos, y en la práctica es reconocido por sus operarios, en función del método mismo, en tanto puede afectar su aplicación. Faltaría ver si en realidad es operable en función de otros métodos diferentes al de la ciencia y su técnica.

sobre sus razones y pedir que se ignoren sus súplicas de ser soltado. El argumento central es que la racionalidad misma implica reconocer esta limitación de nuestros poderes racionales, y que creer en la omnipotencia de la razón es sólo otra forma de irracionalidad (Elster, 1991:9). Esta capacidad de reconocer la propia debilidad y aceptarla, sugiere la necesidad de una teoría de la racionalidad imperfecta, o de una racionalidad correlativa, experiencial, situacional o como se le quiera llamar, pero que considere como punto de inicio que el ideal de la acción racional fracasa cuando la racionalidad no nos indica qué hacer, o cuando no hacemos lo que nos indica la racionalidad. Esto pareciera ser en la práctica una constante de actuación, pero no de su reconocimiento como tal.

Ante modos alternos de racionalidad, la ciencia asume su postura, como Ulises por medio de su método racional. El método mismo de las ciencias es una forma de atarse a una racionalidad; la única forma de conseguir el logro de un objetivo. En el caso médico son evidentes los esfuerzos que se realizan para lograr la objetividad ante el paciente: el canto aquí no es el de las sirenas sino del subjetivismo. Pero parte del problema reside en el concepto que se tiene de racionalidad; este mismo concepto, esta forma de hacer, establece a quién y cuándo se ha de atar. En este atar la subjetividad, se ata al otro como fuente de subjetividad, y me ato a mí mismo. Siendo así, estamos pues maniatados, ambos, a un método que busca la racionalidad ante todo. Racionalidad que genera estos problemas eutanáticos. Y en este caso el peligro no es el mismo que corre Ulises, sino el de quedarnos atados, el de seguir atados ante una ciencia, que conforme el mismo supuesto de racionalidad coarta otros intentos de explicar y resolver el problema;¹⁴⁶ suprime de la vida los significados experienciales y que le dan sentido a la vida misma y, en consecuencia, a la muerte.

En este apartado no interesa la aplicación de los modelos de decisión individual o colectiva a la situación de la eutanasia, en todo caso sería una propuesta más de solución de *los efectos* de una ciencia, o de una forma de racionalidad; lo que sí nos interesa es la búsqueda de soluciones y de causas, en un primer momento, si es que las hay, que originan estos dilemas y los convierten en problemas apremiantes para la continuidad de la especie humana. En este sentido, la presentación de las formas teóricas de decisión nos sirve de estructura y de contraste para las formas verda-

Esto opera en un doble sentido de racionalidad imperfecta o, mejor dicho, de racionalidad excluyente, que aleja por un lado los factores emotivos derivados del individuo o a los valores mismos, como decía Habermas. En este caso, entonces, podríamos explicar esta racionalidad imperfecta, o el canto de las sirenas, como los intentos de evitación de esa parte de la emotividad y de la experiencia individual del ser humano. Es imperfecta porque se sustenta no en fines, me parece, sino en pasados y sabe lo que ha sucedido por confiar, pero no le interesa tanto lo que suceda en el futuro, como evitar situaciones que de manera semejante se dieron en el pasado. A esto le llamaría yo, más que racionalidad imperfecta, racionalidad experiencial, conocimiento experiencial que condiciona las formas de actuación y de decisión de los individuos, sustentada en pasados, no tanto en futuros.

146. Hay en esto, dice Skorupski, cierta capacidad de concebir lo correcto en otras imágenes, pero no la de concebir la incorrección de la suya (Skorupski, 1985:201).

deras o empíricas de toma de decisión por parte de los individuos en los espacios médicos,¹⁴⁷ en los eventos de crisis, ante las decisiones de continuación o terminación de la vida¹⁴⁸. De aquí que la intención sea demostrar que son estas formas de racionalidad técnica, que en su matiz teórico son también identificadas dentro de las teorías de las decisiones como racionalidad paramétrica con respecto a fines, las que están condicionando, mas no determinado, en la práctica este tipo de decisiones. Importa, pues, demostrar la irracionalidad a la que conduce el ajuste obligado de las decisiones a la racionalidad, pero también son irracionales esas formas de hiper racionalidad que se adoptan para la solución de los dilemas de decisión.

Conclusión

En la toma de estas decisiones en condiciones de relativa tranquilidad, como sucede durante el pase de visita de los médicos, podemos encontrar la postura cientificista que reduce las definiciones de vida a los parámetros netamente biológicos y cuantificables. Esta forma de decidir por el paciente y por los familiares incluso, se sustenta en el conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano en condiciones de enfermedad, de alteraciones fisiopatológicas. Pero en este conocimiento, en la forma en que influye en las decisiones, está ausente la perspectiva que pudiera tener el individuo enfermo. Tan es así que, cuando un individuo decide quitarse la vida, se le prohíbe y se le coarta en ese intento; sin embargo, si desea vivir, pero los médicos consideran que esto “ya no es posible”, y se está en una sala de terapia intensiva, entonces la última palabra y la decisión estarán sólo en manos de los médicos.

Pero lo que está en juego aquí, en un momento de crisis, periodo que podríamos considerar como de racionalidad extrema, es la forma en que los médicos ponen en operación los conceptos de vida, sus definiciones hegemónicas de lo que representa en constantes biofisiológicas el estar vivo. Es en este sentido instrumental de la vida con el que se toman las decisiones de prologar o cesar una vida. Podríamos encontrar algunas diferencias y similitudes en cuanto a la forma de decidir en estos casos, el de “alta por máxima mejoría” y el de suspender o no iniciar maniobras

147. La teoría de la elección racional es un enfoque normativo, y sólo explicativo en forma secundaria. Indica cómo actuar y predice que las personas actuarán como ella indica. En la medida en que no brinda recetas inequívocas es indeterminada. “En la medida en que las personas no siguen –es decir, en la medida en que la gente se porta irracionalmente, dice Elster– la teoría es impropia. (...) la incapacidad para reconocer la indeterminación de la teoría de la opción racional puede conducir a la conducta irracional” (Elster, 1991: 11).

148. En estos términos, la elección del médico, en tanto individuo, coincide con lo que refiere Adorno, cuando dice que “la racionalidad del comportamiento de los seres humanos aislados no es, en modo alguno, transparente a sí misma, sino además, heterónoma y forzada; por eso tiene que mezclarse con lo inconsciente para volverse más o menos capaz de funcionar. [...] En la sociedad socializada a fondo están señaladas la mayoría de la situaciones en que son tomadas las decisiones y la racionalidad del yo es rebajada a la elección del paso más corto” (Adorno, 1986:51).

de reanimación; en ambas las condiciones perimetrales al paciente determinan y condicionan la decisión; así, el factor tiempo representa una diferencia cuantitativa, no cualitativa, dado que en una sala de terapia intensiva se contaría con lo necesario para mantener con vida al paciente, en tanto se logra obtener recursos terapéuticos necesarios para la resolución del problema.

Una constante del quehacer médico, es el hecho de contar con el conocimiento necesario para saber qué se debe hacer en determinados casos, qué tipo y qué dosis de medicamentos de deben aplicar, cuáles son los procedimientos quirúrgicos existentes, los instrumentos que facilitarían la labor para realizar un mejor pronóstico para el paciente, así como que este hospital no cuenta con todo eso. En este estar consciente de lo “que se sabe” y de lo “que se tiene” o “no se tiene”, se mueven las decisiones terapéuticas con respecto al paciente, las formas de abordaje diagnóstico y también se decide el pronóstico de vida de un enfermo. Las formas de decidir en eventos de crisis, a diferencia de otras condiciones témporo-espaciales que no implican en su desenlace la prolongación o el cese de la vida, estarían condicionadas, además de por las formas paramétricas e instrumentales de la racionalidad,¹⁴⁹ por las situacionales. En las dos primeras, el factor “tiempo” no implica alteraciones sustanciales para la toma de decisiones, toda vez que la condicionante es solamente la disponibilidad de instrumentos, no el tiempo que se ha de invertir en conseguirlos, en tanto que para la racionalidad situacional, el factor tiempo es fundamental para optar entre una gama de posibilidades, condicionadas éstas, ahora sí, por la instrumental y paramétrica. Pero este primer esquema situacional solamente puede ser corroborado en el trabajo de campo, de observación directa de cómo los individuos deciden con base en aquello con lo que materialmente cuentan y con sus conocimientos, pues de alguna forma, lo que se tiene y lo que se sabe puede ser corroborado desde otras modalidades de investigación.

Aquí lo que interesa es conocer las condicionantes y la forma, situadas en un tiempo y en un espacio reales, en que los médicos actúan y deciden sobre la vida de los demás. En esta racionalidad situacional podemos encontrar, dado el proceso de racionalidad extrema a la que se somete a los individuos,¹⁵⁰ algunas explicaciones de cómo se interrelacionan el conocimiento científico, sus formas de aplicación y el modo en que los individuos aplican este conocimiento y deciden sobre la vida de los demás. En contraste, podemos definir la irracionalidad como la ineptitud para reconocer la incapacidad de la teoría de la elección racional para brindar preceptos o predicciones singulares. Y la hiper racionalidad como la creencia irracional en la omnipotencia de la razón, siguiendo de esto que la primera tarea de la razón consistiría en reconocer sus propias

149. La elección racional es un modelo económico que asigna números y cifras a sus decisiones o a los valores resultantes de sus decisiones, en tanto en las decisiones cotidianas o importantes en la vida, difícilmente podemos asignarles un valor numérico. El tema de este trabajo se puede ubicar, también, en el estudio de las anomalías o en la heurística de la elección.

150. Racionalidad extrema, entendida como la resultante de las condiciones témporo espaciales, sobre las instrumentales y paramétricas, en la que los individuos ejercen su capacidad de opción en tiempos mínimos y en situaciones de incertidumbre emergente.

limitaciones y trazar los límites dentro de los cuales opera. Todo esto es lo que hemos tratado de hacer hasta este momento, al demostrar que la forma que tiene la ciencia –sus modelos de acción que subyacen a la práctica científica– de conceptuar, de definir, de describir y evaluar la muerte y la vida, afectan nuestra manera de tomar decisiones racionales; esta afectación se traduce en dilemas de actuación que se derivan de posturas esencialistas o consecuencialistas, pero todas puestas en operación por individuos, médicos, dentro de una institución hospitalaria.

La racionalidad –que no es lo mismo que el racionalismo–, que deconstruye una concepción del mundo y nos la plantea como problema, también nos sirvió para deconstruir sus mismas razones e inducir una alternativa ante el –ahora sí– racionalismo instrumental de algunas ciencias, a la luz del reconocimiento de sus límites. Lo que hemos venido planteando son los límites de la racionalidad paramétrica e instrumental, los límites del proceder de una ciencia ante la vida y su significado. Queda ahora plantear las posibles salidas a esta situación límite. Uno de los objetivos es, entonces, incluir no tanto las motivaciones de la acción orientadas hacia los resultados, como ciertas motivaciones no-consecuencialistas,¹⁵¹ sino las experienciales.

151. Algunas posturas consecuencialistas, ante las decisiones, son:

Teoría de la opción racional (enfoque utilitarista).

La teoría de la satisfacción de Herbert Simon. Para cuando la teoría de la elección es indeterminada. También llamada racionalidad atada o posición neo-racionalista.

La teoría de los valores lexicográficamente secundarios, de Issac Levi, para los problemas o conflictos de valor, y la teoría de la seguridad y la postergabilidad para los de incertidumbre.

Otras devienen de explicaciones de las violaciones de la racionalidad: enfoques psicológicos, biológicos y sociológicos.

Psicológicos: la teoría de la perspectiva, la teoría generalizada de la utilidad esperada y la teoría del arrepentimiento.

Biológicos: la ley de la concordancia.

Sociológicos: teoría de las normas sociales.

DISCUSIÓN FINAL

Los fusiles no esclavizan a las personas;
éstas esclavizan a otras usando fusiles.

Carritbers

I

¿Quién puede permitirse eludir la pregunta acerca de la muerte? Desde las diversas posturas de incredulidad acerca de la existencia espiritual que manifiestan las concepciones materialistas, hasta su visualización como la realidad suprema por parte de la mayoría de las religiones, se encuentran hoy interpeladas en sus significados y simbolismos, a partir de los nuevos conocimientos científicos sobre la fisiología humana de la muerte.

En algunas regiones africanas, el más allá de la muerte no es una noción metafísica, sino una que está profundamente arraigada a la realidad concreta y cotidiana. Cada ser, cualquiera que sea, rebasa siempre el lugar en el que se encuentra: “está más allá de su sitio de anclaje” (Bena, 1998:6), excede el punto en el que debería estar circunscrito. Su concepción animista define a la naturaleza en términos de fuerza y armonía vital: el soplo de vida. En China algunas concepciones esencialistas estratifican los cielos y las almas como superiores e inferiores. Los budistas proponen un más allá paradisíaco en dos versiones: una mesiánica y otra apocalíptica, fundamento ideológico de innumerables sublevaciones populares a lo largo de la historia. De la India son conocidas sus metáforas sobre la transustanciación sucesiva de las almas después de la muerte, todo en función de una doctrina del karma y de la reencarnación. Los huicholes preparan a sus muertos para un viaje que emprenderán a un lugar de encuentro con los dioses; ahí, con la vida que emana del kupuri, eje que vincula cielo e inframundo, encontrarán a sus antepasados y serán felices.

Podríamos continuar con una enorme lista de diferentes cosmovisiones sobre la muerte, sobre sus significados. Pero en la enumeración de significados está en juego, también, saber si hablamos de los mismos muertos; o en qué momento, culturalmente hablando, se designa a alguien como listo para ese “viaje”. Así, en algunas aldeas de China, cuando los ancianos saben que van a morir, piden ser llevados, en vida, a lo alto de una montaña sagrada y ser abandonados ahí. ¿Hay acaso en esto un reconocimiento de lo que es la muerte, en vida? Una de las hermanas de una paciente que se encontraba en la sala de terapia intensiva, me dijo: “no es justo, esto no es vida; ella [la paciente] no se merece esta muerte”. Hertz (1990), por su parte, nos da una serie de ejem-

plos en los que el proceso de muerte se prolonga por años. Uno de los riesgos de homologar los momentos de muerte biológica,¹⁵² es el de hacerlo también con los significados y simbolismos de esa muerte cultural, pero estos últimos no pueden encontrar correlativo fisiológico alguno en las teorías científicas sobre la cesación orgánica de la vida. Esta homologación de los significados, que propone una cultura de la ciencia, tiene sus razones. Sobre esto hablamos en la mayor parte de los capítulos anteriores.

Pero ¿cuáles son las razones que están detrás de la diversidad de creencias y de significados?, ¿necesitan acaso estas razones ser justificadas o defendidas? Dice Habermas (1998) “que nadie persigue por su gusto una utopía, mucho menos ahora cuando todas las energías utópicas, al parecer, se han desgastado”. Tal parece que la heterogeneidad de alteridad y de significados necesita ser reivindicada, emancipada de la homogeneidad de la teoría y de la racionalidad técnica; racionalidad cuya lógica interna no es la de discernir entre los posibles sino, más bien, la de realizar todos los posibles (Agazzi, 1996:212); desde aquí se justifican todos los medios, cuando éstos son susceptibles de permitir la realización de ciertos fines. La homologación reside en la unificación de tales fines, en el significado de los mismos, y, lo que es peor, en la de los significantes, los humanos, a los criterios racionalistas e instrumentalistas de la ciencia.

A pesar de que no insistimos en datos históricos en los capítulos anteriores, es necesario mencionar que a partir del siglo XVII no ha cambiado nuestra actitud instrumental ante una naturaleza transformada por la ciencia. Aun cuando la intervención en la estructura misma de la materia sea más penetrante que antes y nuestros avances en el cosmos más insólitos que nunca, no ha cambiado tampoco el modo del dominio técnico, la decodificación de los procesos naturales (Habermas, 1998).

Cuanto hemos ejemplificado hasta aquí, en el caso de una ciencia determinada, la medicina, se puede repetir y ampliar hacia otras áreas para profundizar sobre esos mecanismos de naturalización y decodificación. Extiende el ejemplo. En la decodificación del ADN (código genético) hay un acto de conocer y una premisa derivada de la racionalidad instrumental que dice: “ahora sé lo que soy, luego, puedo ser lo que yo quiera”, es decir, me conozco para cambiar. En términos de especie humana es difícil concebir hacia dónde irán esos cambios, quién o quiénes serán los modelos y artífices del cambio y la transformación; se recrea una naturaleza dentro de otra naturaleza, los valores éticos de la responsabilidad del hacer y los ecológicos no entran en juego en esta dinámica de manipulación.¹⁵³ Pero esto no es todo, hay aquí un trasfondo difícil de percibir y es éste el que interesa ahora.

152. Dice Ferrater (1988:95) que “el hombre es un modo de ser un cuerpo –lo que incluye las relaciones entre este cuerpo y el mundo circundante–.” Es en esta circunstancia, natural y cultural, de donde surgen, también, significados alternos.

153. Los riesgos de esta manipulación genética son difícilmente percibidos por la misma ciencia que los produce. Al problema de la definición del riesgo, de su evaluación, se le suma el de su percepción por las diferentes partes

La propiedad humana de un código genético es vista por la ciencia como una generalidad.¹⁵⁴ Pero en la búsqueda de esta generalidad, la ciencia encuentra que es la situación espacial y temporal molecular la que nos hace únicos e irrepetibles –en términos genéticos–, diferentes, diversos, alternos. Y si la configuración es diferente, y a esto le correspondería una estructura cuántica única, no veo por qué temer a los significados de esta misma diversidad, a su consiguiente unidad. Pero ante el temor responde la naturalización de los significados, su racionalización y su reducción a variables dependientes, en función de su método: todo el mundo, incluido el social, es una variable cognoscible y cuantificable, dice la racionalidad técnica. De aquí se pasa a la represión, la devaluación y la descalificación de la diferencia, de la alteridad,¹⁵⁵ a su incompreensión. “Te conozco por tu historia”, refiere esta forma de ver el mundo, por esa visión sincrónica de la realidad, por la racionalidad perfecta que hace imposible la visión del Otro como un ser capaz de significaciones diferentes. La unicidad genética y social ceden ante el acto de naturalización y homologación:¹⁵⁶ “si todos somos diferentes, entonces, en eso, todos somos iguales”, dice la premisa. Si todos vivimos y morimos, y si la muerte es igual en términos orgánicos, entonces, “la muerte debe de significar y representar lo mismo para todos”,¹⁵⁷ se podría agregar en este mismo tono.

involucradas. Douglas, al respecto, describe la diferencia que puede tener la noción del riesgo: el riesgo estimado como tal, el riesgo propiamente científico y el riesgo como evaluación política de determinada nación. Como se puede prever –comenta– “cuando alguien dice *un riesgo es inaceptable*, la cuestión *ipso facto* se transforma en política” (Douglas, 1983:64-65, cursivas de la autora).

154. Este esfuerzo hacia la manipulación del genoma humano, en su conceptualización, tiene un enfoque totalitario y reduccionista, que olvida las interrelaciones del organismo humano con las variables sociales; cae en el llamado determinismo genético. Al respecto puede consultarse el excelente artículo de Barajas Ochoa y Massieu Trigo (Barajas, 1997: 119-154), en donde se tratan temas específicos a las implicaciones éticas y legales del Proyecto Genoma Humano.
155. La diferencia, así entendida, se reduce a criterios funcionales, sean morales o éticos, de calidad o de jerarquía. Esta efervescencia morfologista, sus modos de operar en la instauración de diferencias, se vislumbraban ya desde el siglo XIX cuando, con la ayuda de frenólogos y anatomistas, se instauraban diferencias de valor a partir de la anatomía y la fisiología humana. Véase la obra de José Luis Peset para profundizar sobre los contubernios históricos entre las teorías sociales de la segregación racial y la ciencia (Peset, 1983).
156. La ciencia primero sirvió para dominar a la naturaleza, después sirvió para dominar al hombre mismo a través de su propia naturaleza, eso es evidente en la manipulación y dominio de la biología humana, de sus formas de expresión genética y de estar en el mundo. Esta forma de dominio y de manipulación no se hace en nombre de lo humano, sino de la naturaleza que, ajena al hombre, le exime de culpa con respecto a éste, pues el fin es dominar a la naturaleza, se dice, no al hombre.
157. Hay algunas referencias en esto que apuntan hacia una realidad inorgánica, como forma y acto, también, de naturalización y de abstracción de lo natural. Es decir, ese proceso de naturalización, en el sentido inorgánico del término, que conlleva una percepción por los sentidos y un punto de partida para la abstracción. En esta dirección, el acto de naturalización se da en el médico en tanto sólo percibe del paciente lo que de manera estricta le proporcionan los sentidos. Para el caso, véanse las definiciones de vida, en la entrevista con el doctor Carlos, en donde la vida sólo es identificada por medio de constantes físicas, vitales, perceptibles y medibles por el individuo.

La muerte, así entendida y naturalizada, se codifica, se reduce y se posiciona entre otros binarismos (frío/caliente, salud/enfermedad, bueno/malo, objetivo/subjetivo),¹⁵⁸ pero ésta es una dialéctica mal entendida. La propuesta y la necesidad, no menos utópica, parecieran ir encaminadas hacia un integracionismo, como posibilidad heurística de explicación y comprensión. Esta polaridad conceptual –vida/muerte– no debería inscribirse en los binarismos comunes de la concepción médica o mecánica del funcionamiento del mundo, es decir, no se sitúa entre frío/caliente, día/noche, salud/enfermedad, sino que, al contrario, conforme un integracionismo comprensivo se trata de eliminar ese binario en su carácter de división y escisión de la realidad, para colocarlo en un *continuum* dialéctico en el que las partes se expliquen a sí mismas, pero no con una radicalización absoluta de sus elementos constituyentes. De esta forma, vienen a ser más predicados que sujetos, es decir posibilitan una explicación más amplia de la que cada uno de los dos conceptos tiene por sí mismo.

Esto hace referencia obligada a una manera diferente de “conocer” la realidad, de concebir las formas del mundo en una dimensión contextual e histórica, sin requisito de sincronía y causalidad únicas. A partir de esto se posibilitaría una nueva mirada de lo que para el hombre ha significado la muerte en su vida. Una aproximación de este tipo nos permitiría una flexibilidad conceptual, que no es lo mismo que fragilidad, que se permitiera establecer un vínculo entre el sistema contextual y las situaciones límite, en sus definiciones de la realidad. A esto hacen referencia las reflexiones de Ferrater (1988:122) cuando dice que:

[...] la interioridad de la muerte en la vida humana hace, pues, que el morir no sea solamente un límite. La muerte es también para el hombre una línea divisoria. Pero ésta no se limita a dar por concluida una realidad. Además de ello, la constituye, esto es, le da sentido. Y si el poseer sentido es lo que otorga al hombre una suficiente diferencia con respecto a otros modos de ser, entonces puede decirse que una comprensión adecuada de la vida humana ha de apoyarse *a tergo* en la muerte. Es otro modo de decir que la muerte entra plenamente en la cuenta de la vida humana.

Esta forma de concebir la muerte en la vida, contrasta con la noción que sobre ello tiene la ciencia, en donde aquélla no aparece ya como algo necesario, circunstancial a la naturaleza de los seres vivos, sino como un fallo orgánico evitable o, en cualquier caso, tratable en principio y aplazable por largo tiempo (Jonas, 1995:50).

De alguna forma la respuesta que demos a la pregunta acerca de qué es la muerte, depende de la que demos a la interrogante que pregunta por la pregunta, es decir, la del propio hombre

158. “Llamamos objetivista –dice Habermas [1993:168]– a una actitud que refiere ingenuamente los enunciados teóricos a estados de cosas. Esta actitud considera las relaciones entre magnitudes empíricas, que son representadas por enunciados teóricos, como algo que existe en sí; y a la vez se sustrae al marco trascendental, solamente dentro del cual se constituye el sentido de semejantes enunciados. No bien se entiende que estos enunciados son relativos al sistema de referencia previamente puesto con ellos, la ilusión objetivista se desmorona y deja franco el paso a la mirada hacia un interés que guía al conocimiento.”

que pregunta por sí mismo. En este sentido, no se trata ya de la búsqueda de la antítesis aparente de la muerte, la vida, sino de quién pregunta a quién, y esto tiene profunda relación con el Dasein de Heidegger,¹⁵⁹ en el sentido de que la situación de muerte sigue siendo hasta ahora una situación límite que nos enfrenta a la pregunta misma del ser. Así, es urgente plantearse la interrogante con relación a los excesos que el positivismo científico, su técnica/dominación, presenta al hombre en función de una pérdida del sentido del humanismo y de una propuesta cosificante del hombre, en tanto pasa de productor a producto. Comenta Oberarzbacher (s.d., 51-72) que:

El método científico que se inspira en los postulados positivistas se basa en la disyunción del sujeto y del objeto, disyunción que resultará en detrimento del sujeto, en virtud de que la ciencia se adjudica una autonomía que sea impermeable a cualquier competencia ética. Y la manera como la ciencia retiene su autonomía respecto a la ética consiste en adoptar la cuantificación como principio de realidad y como principio exclusivo de inteligibilidad.

Esta forma de racionalidad cuantificante se puede hacer patente en la forma de conceptualizar las funciones de la vida o sus parámetros, en la transcripción y la significación que se hace de lo vivo en magnitudes vectoriales, observables en el monitor cardíaco, en la transducción de vida a latidos y de ahí a parámetros acústicos, medibles en intensidad y frecuencia. Aquí la dificultad reside en que en la eliminación del sujeto, en la búsqueda de la autonomía u objetividad, se elimina también la posibilidad de conocer al sujeto mismo (Romero, 1995:53), y con ello la posibilidad de respuesta al problema existencial del ser ante la muerte, de sus significados compartidos y vividos.

II

Teniendo en cuenta las posturas expuestas en el capítulo II, y que posteriormente definimos como situación límite, podemos argumentar que estamos ante una heterogeneidad conceptual que nos obliga, por otra vía, a buscar la solución desde otras formas de racionalidad.

Estamos ante una heterogeneidad conceptual cuando diferentes sentidos de un concepto (muerte, vida, ser), provenientes de puntos de vista formales opuestos son, por alguna razón, legítimos (Pereda, 1994:120-125). Esto implica que hay conceptos compatibles y rivales, como lo mostramos en la descripción de las posturas esencialistas y consecuencialistas. Tenemos ante ellas una rivalidad conceptual—descripciones alternativas de un fenómeno—, ya sea que se adopte el punto de vista objetivo o subjetivo; tenemos que se dispone de lenguajes—definiciones con puntos de vista ontológicos diferentes. Derivamos de aquí la existencia de conceptos inestables,

159. El Dasein hace referencia al ente que posee inteligencia del ser y de sí mismo: su esencia está en su existencia.

por ejemplo, la experiencia de muerte a partir de una definición neurofisiológica y a partir de términos vivenciales, o su descripción como evento o como acción. Esto es una rivalidad.

Los conceptos incompatibles compiten con sentidos opuestos, por ejemplo: la muerte como ausencia de vida, y la muerte como parte sustancial y de sentido de la vida misma. Un sentido negativo y uno positivo. Tenemos razones para defender ambos sentidos, pero entre sí no son compatibles. Desarrollé aquí tres aspectos de estos conceptos: *a)* como puntos de partida, explicados y sobrentendidos; *b)* por su dimensión polémica actual; y, *c)* como conceptos que tienden a tornarse absolutos cuando se enfrentan entre sí. Un síntoma —y que plasmé en el texto— de que estamos ante un vértigo argumental es que cuando, al enfrentarse a la heterogeneidad conceptual, se ignoran otros conceptos o se homogeneizan y sustituyen por algún concepto compatible. La salida a este vértigo nunca podrá llegar de la misma polarización de conceptos, de actitudes, de posturas objetivas que desconocen lo subjetivo, ni de subjetivistas que ignoran o niegan la existencia de la objetividad. Para la salida al problema se necesita hacer algunos ejercicios procedimentales.

Para los teólogos el mal es negativo: el mal es ausencia de bien. Para la ciencia, la vida, su concepción, funciona igual, es un bien positivo en el que la muerte es una noción negativa: “la muerte es ausencia de vida”. Lo anterior lo podemos derivar también de la concepción física análoga de luz, en donde la oscuridad es la ausencia de luz, y no lo es en sí misma. Pero, como menciona Borges (1990:134), en la vida común, para el hombre común, “sensible”, esto es evidentemente falso, pues un dolor físico es tan vívido o más vívido que cualquier placer: “La desdicha no es ausencia de dicha, es algo positivo; cuando somos desdichados lo sentimos como una desdicha, y no sólo como la ausencia de dicha”.

En una analogía comprensiva hacia el sentimiento del deseo de muerte de parte del paciente podemos decir que, desde esta forma o configuración de comprensión, el individuo ya está viviendo su muerte, no sólo el dolor físico, él sólo desea la no-prolongación de su muerte, no desea la cesación de su vida, pues pareciera que él ya se considera muerto. La muerte, así entendida, no es algo negativo en términos de análisis comprensivo o de, como dice Rosaldo, conocimiento correlativo y relacional.¹⁶⁰ La intencionalidad no debería ir hacia la imposición de mi criterio de muerte o de vida, sino al de encontrar esos correlativos en el conocimiento del otro y en una vinculación comprensiva, entender la muerte y la vida, ya no como valores antitéticos o polares, mas como experiencias vívidas que tienen en sí mismas un gran peso en la toma de decisiones hacia mi futuro o el de los demás.

160. En este conocimiento las diferencias “se convierten en un juego de similitudes y diferencias relativas a las identidades sociales explícitas” (Rosaldo, 1991:189), y se produce cierta forma de conocimiento en el que todas las partes se comprometen activamente en la interpretación y el respeto por los significados de todos. En lugar de considerar un solo punto de vista, una sola postura, necesitamos involucrarnos en las concepciones irreducibles de los partícipes del proceso de comprensión y narración.

En conclusión, el mundo vivido es “la casa de toda forma de racionalidad”. La tesis constante de nuestra vida debería de decir: “Hay el mundo”; tesis anterior a la razón y el conocimiento de que nunca acabaremos de dar completa razón.

III

Los humanos, comenta Geertz (1994:39), nos vinculamos a nuestros conceptos y argumentos, no al modo de espectadores escépticos sino como fuentes de su imaginario, al modo de cómplices inmutables. En otras palabras, la vida no la presenciamos sino la vivimos, el problema de cómo ha de concebirse esta vivencia es lo que no ha resultado claro con este modelo de ciencia, dado que el asunto de la muerte biológica, hecho natural, se ve desbordado por la muerte como hecho de la cultura. De esto surge también la tan temida, por algunos teóricos, heterogeneidad de significados y racionalidad alternativa.

En este replanteamiento de la racionalidad, de los fenómenos sociales, no se parte de la consideración de que son hechos para descubrir, o traducir, sino que la realidad social, los hechos sociales –los actos de decisión– no son independientes de las prácticas humanas que los producen (Nateras, 1994:114). Éstos están atravesados por la temporalidad histórica y, en este sentido, cambian junto con las características de los sujetos y los objetos que componen el problema. Lo último se sustenta en la premisa de que “toda experiencia personal se produce en condiciones históricas” (Wright, 1994: 352).

La intención debería consistir en reconstruir el orden racional y el orden de la actividad, y desde la experiencia narrativa que se deriva de esta última podemos lanzar una mirada diferente, alterna a la razón teórica.¹⁶¹ El repensar la muerte desde aquí, es plantearla como la suprema forma de la escisión y de la diferencia. El vencimiento de la muerte, de su temor a la homologación, pasa a través de la independencia de la conciencia, el trabajo, la producción, la actividad, presupuestos desde los cuales se constituye al sujeto como libre y capaz de significar esa experiencia (Trias, 1991:55-56). Una racionalidad alterna sería deseable.

Una propuesta es ir hacia la racionalidad sustantiva y hacia una racionalidad de los fines¹⁶², ésta -la primera- se refiere a la intención de llegar a la profundidad de interrelacionar, integrar y asociar

161. El lenguaje, aquí, ocupa un lugar importante, las múltiples formas de referir a un mismo concepto son, en sí mismas, manifestaciones de la diversidad, de la historia social de cada uno de los sujetos comunicativos. Es este mismo lenguaje, el que consideran Berger y Luckman como “el vínculo principal de traducción entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva” (Berger, 1986: 171).

162. En este sentido, racionalidad de los fines, difiere de la definición y el uso que de ésta hace Habermas. Para él, una racionalidad así implica la planificación como una modalidad de orden superior de la acción racional con respecto a fines, que tiende a la instauración, la mejora o la ampliación de los sistemas de acción racional mismos. Ésta no es mi idea de tal término.

distintos elementos para arribar a conclusiones lo más integrales posibles, sin perder la diversidad; la segunda, -de los fines- implica considerar no sólo la respuesta a *qué* es lo que queremos para vivir, sino que incluye a la que deviene de la pregunta de *cómo* querríamos vivir, si en relación con los conocimientos disponibles investigáramos cómo podríamos vivir. La racionalidad instrumental, como hemos comentado, nos orienta sólo hacia la selección de una serie de métodos y técnicas probadas, de las que hay que escoger, de manera instrumental, la mejor (Orozco, 1993: 67-93). En una racionalidad así propuesta, lo universal ha de ser fundado de nuevo en la evidencia precientífica de que hay un único mundo y no en el derecho divino de una postura dogmática fundada en una razón anterior a la razón, implicada en nuestra existencia y en nuestra relación de intercambio con el mundo percibido y con los demás hombres. Es preciso reconocer, más acá o más allá de la imagen físico-matemática del mundo, un punto de vista, una visión filosófica y antropológica del mundo, que es también la de los hombres realmente existentes.¹⁶³

Pero antes de seguir culpando a la ciencia y a la tecnología, a la razón por sí misma, debemos nuevamente insistir en que son las relaciones, entre los hombres, las que dan sentido a la fabricación, adquisición y uso de los fusiles (Carrithers, 1995:50), son estas formas de relación humana, matizadas mucho o poco por la racionalidad científica, las que propician acciones como las descritas en este trabajo. Sobre la forma en que construimos y concebimos nuestras relaciones, en la manera misma que tenemos de traducirlas, de comprenderlas, podemos derivar alguna forma de conocimiento, también, que nos sirva para intentar alguna salida al problema.

IV

La antropología, como actividad que nos ayuda a comprender y a tratar con la diversidad humana social y cultural, tiene que hacer un doble movimiento analítico, del individuo a la sociedad y viceversa. “Lo real –dice Ricoeur (1989:215)– es siempre el individuo que se orienta hacia otros individuos.” En estos modos de orientación, que implican siempre un grupo referencial, es donde sabemos que ninguna investigación que contemple a los humanos tan sólo como individuos, puede ser completa. Los seres humanos crean la sociedad para vivir, pero estas sociedades se caracterizan también por la diversidad de la vida social humana, de aquí que las formas recíprocas de relación sean significativamente diversas, y son las personas y sus relaciones el elemento básico de la vida humana.

163. No se desea que la ciencia, en sí misma, se haga conocimiento-experiencial, sino que la manera en que se pone en operación, en las formas evaluativas que se le derivan y en la formulación de su ética del hacer, considere para su aplicación y formulación criterios emanados de esta forma de conocimiento.

Una toma de conciencia de esta variabilidad y significatividad relacional de los humanos, implica un cambio en la forma en que han de verse y comprenderse esas relaciones. Carrithers (1995:26) propone una visión mutualista que se deriva precisamente de lo anterior, y dice:

Las personas están tan profundamente comprometidas recíprocamente que sólo podemos entenderlas de forma adecuada si interpretamos incluso sus nociones y actitudes aparentemente íntimas como algo interpersonal [...] Contemplar a las personas como inextricablemente implicadas cara a cara [...] En una perspectiva mutualista hasta la organización humana más sencilla –la tienda de la esquina, su familia– es algo intrincado, con una sutil, delicada y a menudo incierta manera de funcionar. De modo análogo, comprender incluso lo que mejor conocemos es una tarea compleja y difícil, que no siempre se logra satisfactoriamente.

Esta variabilidad humana está relacionada con los procesos de aprendizaje, con cómo conocemos. Esto, la ciencia lo naturaliza y lo hace binario como conocimiento científico y sentido común, al englobar y reducir en éste, todas las formas de variabilidad humana de conocer el mundo. Se obtiene así una epistemología científica y una epistemología popular, lo que sería aceptable si no incluyera en la nominación una gradación y una validación de esa epistemología popular, desde la epistemología científica.¹⁶⁴ Sin duda no podemos trazar una frontera entre el sentido común y el “sentido científico”, y menos aún ahora que buena parte de ese conocimiento científico se vuelve tan común que con facilidad se pierde cualquier intento de división entre éstos. Pero revisemos algunos puntos.

La formación de imágenes y el establecimiento de lazos mentales son las herramientas más generales que nos sirven para aprender (Moscovici, 1986:661-662). Vemos las cosas y establecemos vínculos entre ellas. Así, el sentido común incluye también esa forma de resolver problemas por medio de esos lazos e imágenes mentales; es un cuerpo de conocimientos basados en tradiciones compartidas, alimentado y extendido por miles y miles de observaciones y experiencias adquiridas en la práctica, en la vida. En este cuerpo de conocimientos se nombra a las cosas, se les significa, conjeturamos y actuamos, recordamos esas conjeturas y esas acciones. Esto no es poca cosa, si consideramos que parte de este sentido se encierra en el lenguaje que utilizamos cotidianamente.¹⁶⁵ Pero también se convierte, en función de su modo de generación, en pensamiento formado mediante imágenes.

164. Esto responde a un movimiento histórico hegemónico de un saber sobre otro, a una forma de dominación y poder. En Foucault encontramos cierta metodología para el estudio de esta dominación racional, pero aclara que “quizá sea prudente no tomar como un todo la racionalización de la sociedad y la cultura, sino analizar dicho proceso en varios campos, con referencia en cada uno de ellos a una experiencia fundamental: locura, enfermedad, muerte, crimen, y así sucesivamente” (Foucault, 1995:168).

165. Otra caracterización de este tipo de conocimiento es la que lo denomina como de “primera mano” y al científico como de “segunda mano”. Esto en función de que el primero sirve de sustrato elemental para el segundo. Esto no es nada nuevo, el problema fundamental de la filosofía de las ciencias ha sido cómo pasar de los enunciados del sentido común a los principios científicos generales. Este paso debe considerar al sentido común.

Cuando un paciente no sabe qué responder ante la pregunta de si desea la muerte; cuando alguien, nosotros, se queda sin habla, significa –también– que se desea decir tanto que no se sabe por dónde empezar. En esa traducción del pensamiento en imágenes –del conocimiento común– a palabras, el fracaso del lenguaje demuestra su capacidad de buscar expresión para todo –y la expresión “quedarse sin habla” es precisamente un modismo–, un lenguaje con el que el individuo no acaba su discurso, sino que lo inicia (Gadamer, 1994:182).

Inicia en este momento, para todos los implicados en la comprensión humana, la tarea de relacionar esa “experiencia próxima” –innombrable– con las realidades e ideas que se encuentran natural e indisolublemente vinculadas a ella (Geertz, 1994:76). De aquí que el papel de la investigación etnográfica sea un acto creativo, más que una pasiva grabación de eventos y narrativas (Thomas, 1993:46). La función de la teoría, en esta investigación etnográfica, tiene la tarea de suministrar el vocabulario con el que se pueda expresar lo que la acción simbólica tiene que decir de sí misma, es decir, del papel de la cultura en la vida misma (Geertz, 1987:38). Pero aclaro, la etnografía, como producto final, como resultado, está escrita, es también un texto, pero la vida misma no es un texto, no está escrita. Ver la cultura, en relación con lo anterior, como un ensamble de textos, es dejar fuera de ella sus procesos de creación, su diversidad y sus múltiples significados. No encerremos la cultura, el conocimiento común, la experiencia, la comprensión, sólo en letras (Roseberry, 1993:24).

La vida humana es multicausal y son las relaciones entre los humanos las que moldean esa causalidad. Los humanos creamos relaciones para vivir. Y nosotros vivimos por medio de vínculos emocionales e intelectuales. Para interrelacionarnos en este mundo, desarrollamos una inteligencia social, cierta habilidad para interpretar lo que los demás quieren hacer o están pensando. Y es “la intersubjetividad (...) esa innata propensión humana al compromiso y a la comprensión recíproca” –dice Carrithers (1995:71-89)– lo que nos permite dar significado a toda esta relación. Esto implica también cierta noción de intencionalidad que surge de la premisa de que “los humanos se representan el mundo, significando la intencionalidad simplemente que ciertas situaciones son objeto de reflexión, de intención o representación” (*Ídem*).

En este contexto de intenciones, de experiencias próximas, de conocimiento común, surge la existencia de un pensamiento narrativo que descansa en el corazón mismo de la sociabilidad humana.¹⁶⁶ De este pensamiento narrativo, que se inclina más hacia la comprensión que a la enumeración de eventos (enumeración que por sí misma implicaría una categorización y un orden normativo de lo enumerado), podemos obtener el argumento que sustenta el tipo de narraciones

166. “El pensamiento narrativo –dice Carrithers– permite que las personas capten un complejo flujo de acción y actúen en consonancia con el mismo. En otras palabras, el pensamiento narrativo es el proceso mismo de que hacemos uso para comprender la vida social en torno nuestro [...] no consiste solamente en la narración de historias, sino en la comprensión de redes complejas de acontecimientos y actitudes. (...) Los seres humanos perciben cualquier acción en curso a lo largo de una amplia envoltura temporal” (1995:114-121).

etnográficas que dan forma a la exposición de los resultados del trabajo de campo, pero que además implica conocer a los demás en otras categorías alternas a la de la racionalidad instrumental. Esto, debido a que de alguna manera se sostiene que la narración misma (del observador y del observado) es un esfuerzo por comprender las acciones y las mentes de los otros, y no la mera descripción de ese “objeto” (que incluye actos, sujetos y contexto físico); es una forma del “habla” que intenta expresar eso que de alguna forma sólo es vivido y experimentado por los partícipes de ese momento o evento de crisis.

Éste es un doble argumento, el de la exposición misma y el de la teoría que lo representa. Es decir, es la validación de una teoría que considera, no la universalidad de la propuesta sino la unicidad dentro de un común. Unicidad que deviene de mi condición espacial (conforme el modelo racional instrumental), pero también de la igualdad temporal en diferentes espacios; ésta es una de las causas que nos permiten compartir el mismo mundo y a la misma naturaleza. Ante lo que nos hace, según una visión sincrónica de la realidad, iguales en el tiempo (una sola línea de progresión y de evolución) pero diferentes en el espacio, la visión comprensiva y narrativa nos ofrece, también, la posibilidad de ser iguales en el espacio y diferentes en el tiempo. Es decir, la posibilidad de que aprendamos de la naturaleza y el mundo social, no ya en una relación meramente de dominación, sino de comunicación y complementariedad ética, de comunicación experiencial.

Una vinculación importante, de este tipo de pensamiento narrativo, para con nuestro problema de estudio deviene de la conjugación del conocimiento local y el conocimiento genérico –común y científico– que tienen las personas de su entorno. El conocimiento local/común (posible sólo en un tiempo diacrónico, de muchos “locales”) vendría a funcionar como el “narrativo”; mientras el genérico –científico– es un conocimiento “paradigmático”.¹⁶⁷ Si esto es así, entonces podríamos explicar el porqué de las diferentes concepciones de la vida: en tanto que en la individualidad del agónico y de los que con él están, se actúa en el nivel narrativo, en el plano institucional de los profesionistas de la medicina se articula en el nivel paradigmático. Las decisiones del individuo no podrían, entonces, entrar en la esfera de la racionalidad institucional sino en la de las decisiones en el corto plazo, en aquellas que se ajustan a su mundo de vida, a sus conceptos de vida como un flujo inmediato a su referente temporal y espacial.

Esta conjunción analítica, dentro de un marco de análisis de la racionalidad y su concatenación con la institución y el conocimiento narrativo, podría aportar elementos de referencia para entender a los individuos dentro de sus marcos de acción, de manera más comprensiva, más dinámica y vivencial. De alguna forma, estos tres ejes de análisis vendrían, quizá de manera burda, a unificar las perspectivas que se tienen sobre las formas de relación entre los individuos

167. El pensamiento paradigmático está hecho de proposiciones (en relación con la verdad proposicional) que pueden ser, simple, directamente, verdad o mentira. Ésta es la fuerza del pensamiento paradigmático, pero también su limitación, puesto que no puede comprender lo que se percibe en un patrón o en una narración.

dentro de una institución –como es el caso de los médicos–, que se ven constreñidos por ésta, por sus formas de reglamentación y sus características formativas y operacionales, propias de su objetivo de trabajo; se agregaría la perspectiva de Flujo Vital (narrativa), que es la que aun con su brevedad ofrece una visión del mundo diferente a la teórico o esquemática.

Otra diferencia entre sendas formas de conocimiento –narrativo y científico–, está en su utilización de patrones y proposiciones. Una proposición puede ser falsa o verdadera, en tanto un patrón es sólo eso: una síntesis, un instrumento para descubrir que algo está presente, en consecuencia, un patrón no puede ser verdadero o falso, como sí lo sería una descripción. El patrón es una forma de representación; la cuestión es que los “patrones” de la ciencia no pueden ser percibidos por los extraños a ella, o no encuentran modelos de representación en el mundo común de las cosas.

La muerte, así entendida, no implica tanto los patrones científicos o derivados de la ciencia, sino los comunes, es decir, los generados del carácter social de las relaciones humanas, de su producción cultural y tradición histórica. En este sentido, este patrón de reconocimiento de la muerte o de la vida, difícilmente puede hallar su correlativo dentro de los patrones de la ciencia diseñados para tal fin. Es entonces a partir de la validación y de la consideración de otros patrones de la realidad, como podemos encontrar algún acercamiento a las respuestas de las preguntas de qué hacer ante la vida, ante su patrón de representación que nos da la cultura, no ante el que nos da solamente la ciencia o la religión. Podemos decir que hay cierta clase de patrones cosensibles que nos permiten saber que eso que siente el paciente, o que sienten los médicos ante la muerte o ante la posibilidad de la anulación de la vida, es algo que de alguna manera yo también he sentido y que, debido a la capacidad de su y mi percepción, yo mismo puedo sentir. Esta gama de patrones perceptibles, que son fundamentalmente productos del hacer humano, difícilmente pueden ser reducidos a proposiciones, verdaderas o falsas, sobre la vida o la muerte.

La narración etnográfica, desde esta perspectiva, también se vuelve inteligible para el lector, aunque no estuviera ahí, pero no en función de la agilidad literaria y descriptiva del escritor solamente, sino a que en la percepción de los hechos, de lo que ahí sucede, se identifican y perciben patrones que me resultan conocidos, interpretables, debido a lo común de la situación humana que ahí se describe. Siguiendo esta línea, entonces, no podemos suponer que la única verdad, acerca de la percepción de la muerte pueda provenir de proposiciones científicas o teológicas, sino que debe incluir la de los patrones no transcribibles en su totalidad y que pueden ser y son percibidos en la cotidianidad de las relaciones humanas ante el dolor y la muerte. Es pues, esto, un modo de conocimiento narrativo, y que de alguna forma la etnografía intenta transmitir.

Resumiendo: es esa característica social del estar vivo y del morir, lo que hace difícil reducir –a la vida– a proposiciones verdaderas o falsas, pero también es ese carácter social, el hacer algo juntos, la actividad humana, el que nos permite, en cuanto especie, tener esa cosensibilidad. Ejemplificaré nuevamente: en la narración etnográfica se describe la acción, el acto de voltear

todos los médicos al mismo tiempo a ver el monitor; aunque no estemos allí, la descripción de sus miradas unidireccionales, las posturas de sus cuerpos, nos son familiares en tanto nos recuerdan otras situaciones en las que se expresa el mismo sentido: el de preocupación y angustia, el de concentración colectiva en un punto determinado. Esto pasa en otros lugares, en otros tiempos de nuestra vida cotidiana. Y eso es lo que la vuelve conocida y comprensible, la situación, a la vez que la torna difícil de traducir a proposiciones lógicas o a conocimiento paradigmático.

La visión comprensiva de estos eventos nos permite obtener cierto grado de inteligibilidad inmediata, al leer la etnografía y darnos cuenta de que hay cierto sentimiento de incompreensión de lo que pasa, hay dominio de la situación, hay angustia ante lo conocido, hay indiferencia ante lo desconocido, hay evasión de dolor –todo lo anterior en función de la narrativa del caso–. Pero este caso es un problema para quienes están presentes, quienes encuentran las salidas y las explicaciones al caso mediante sus experiencias de años, de sus concepciones técnicas y religiosas sobre la vida, de sus valores culturales y formativos, todo en una mezcla difícil de percibir y conceptualizar por quienes están inmersos en la acción. Planteado de esta forma, esta cuestión tiene varios planos: el de la salida inmediata al problema y el que subyace como sustrato de la acción, que son las normas y códigos científicos, que tienen una tradición de cientos de años y que se convierten en parte del entramado de la acción, en la red en donde se tejen las acciones de los individuos ante eventos como éstos. Así, en su actuar, los médicos comparten un conocimiento mínimo de cómo es el mundo, de qué es la vida y cómo se ha de actuar ante ella, lo que es necesario si pretendemos obtener una significación de los actos que estamos viendo, si creemos que es inteligible ese patrón de actuación y que reconocemos como tal o cual, y con el que, por ende, nos sentimos identificados y lo podemos describir.

Los médicos aquí, en el momento de crisis, toman las definiciones de muerte y de vida como estados absolutos del ser, no como conceptos relacionales, que adquieren su significado no en la sala del hospital o en la imposición dogmática del alma, sino en la cotidianidad del flujo vital de los actores. Hacia este último aspecto se dirigen los esfuerzos redefinitorios de la vida –como sustrato de las definiciones que utilizan por igual la medicina, la teología y los marcos jurídicos–,¹⁶⁸ hacia la contextualización interactiva de atributos identificables solamente en el espacio social que representa el hacer humano. Es este mismo espacio, en el que se actúa conforme “a”, en donde

168. En el derecho penal, un bien jurídico es la vida misma, y el “interesado” puede decidir con libre consentimiento sobre sus bienes. En este discurrir se pone en tela de juicio la capacidad de decisión, su libertad, en un momento de angustia extrema, de agonía o dolor agudo. La vinculación problemática en términos jurídicos, de un valor y el derecho cultural normativo [desarrollo de la personalidad] con la de un derecho natural amparado por la protección absoluta de la vida, se desprende de que sendos derechos se conforman sustancialmente de definiciones derivadas de marcos diferentes de conocimiento. La libertad de decisión se otorga a quien tenga “capacidad jurídica”, que deviene de cualidades no meramente culturales, sino que se conjuga con atributos derivados de funciones específicas de la mente humana. La libertad también se ve afectada por una lobotomía farmacológica, quirúrgica o social. Una discusión más amplia puede consultarse en Zamora (1997).

se hace pensando “en”, el que sirve de posibilidad para extender la comprensión de que esas formas paradigmáticas y científicas de ver la vida resultan incomprensibles e inoperantes, y nos llevan, como hasta ahora, a problemas irresolubles si se continúa por la misma vía –científica racionalista– para la resolución de actitudes y criterios ante la muerte y la vida.

V

Aquí haré algunos comentarios referentes a las preguntas, de forma, de si lo que estamos ofreciendo es: *a)* una salida a la situación límite en sí misma o; sólo *a*, *b)* uno de los problemas a que ésta nos lleva. Con respecto a la primera argumenté que son las formas de racionalidad operantes por la ciencia, las que nos llevan a esas situaciones límite. Conforme qué modelo y qué método lo hace, es lo que intentamos demostrar en los capítulos II y V. Si fue correcto plantear que a estas situaciones nos lleva nuestro modelo de racionalidad científica, entonces la primera pregunta estaría resuelta. Sin embargo, este modelo de explicación adoptado en el trabajo intenta responder la segunda pregunta, con la propuesta de un modelo comprensivo. Quizás este segundo punto sea el más difícil de plantear.

Sólo podemos suponer que ante algunas situaciones, que son calificadas como situaciones límite, el modelo propuesto funcionaría para su resolución y su salida, en términos humanos más justos para todos; que a fin de cuentas es lo que está en juego, la continuidad o la extinción de la vida humana, como la conocemos actualmente. Pero también decimos que esto implica la puesta en marcha de una forma comunicativa responsable, por tanto, esta propuesta se encamina a resolver no el problema de la eutanasia en sí mismo, sino el de las causas que nos llevaron a ella. Lo que podemos decir es que este modelo explicativo no está diseñado para dar una salida al problema o al efecto, sino a la comprensión de las causas que le dieron origen. En este sentido, las respuestas unilaterales al problema no hacen otra cosa que hacerlo más confuso, ésa no es la intención de este trabajo –exponiendo respuestas o posturas unilaterales– sino tratar de reducirlo y aclararlo.

Es pues, en el origen social de la racionalidad en donde debemos buscar las soluciones al problema, no en sus formas biológicas o teológicas, solamente, sino en la contextualidad y temporalidad que la acción tiene para cada individuo, esto desde la perspectiva comprensiva de la antropología y del conocimiento narrativo. En la búsqueda de estas soluciones no puede dejarse fuera la concepción del lenguaje, ni los complejos éticos que se derivan de su uso. También se deben considerar las formas de concebir y de concebirnos ante la naturaleza, si la vemos como dominadores o partes de ella; como un todo del que somos contenido y continente. Este cohabitar, ante ella, implica el análisis de la forma en que nos vemos a nosotros mismo como especie,

ante otros como individuos y de cómo me represento a esos otros, que es la forma en que también el otro me representa.

Lo anterior adquiere importancia a partir de la globalidad del conocimiento de la ciencia y de nuestra dependencia cada vez mayor a esa ciencia y a ese conocimiento. A tal grado puede llevar esto que nos convirtamos de *homo faber* a *homo fabricatus*. Es decir, nos podemos convertir en el producto de un proceso y de un proyecto racionalista, en la resultante de una estrategia que se incluyó a sí mismo como objeto de su acción y no como sujeto. Y esto es posible toda vez que se insiste en un proceso de naturalización de todas las funciones de la conciencia humana. No concluimos, ni lo deseamos, en una concepción mítica o cartesiana de la conciencia, sino que insisto en que algunas resultantes de esta función neurológica no pueden ser remitidas a una estructura específica sino que, y dado el carácter social de su generación y su evolución (y como ejemplo de esa naturalización), no pueden ser encontrados los correlativos anatómicos en el espacio físico sincrónico solamente, por lo que deben ser buscados en un tiempo diacrónico, que es el que posibilita las resultantes diferentes en el tiempo, en la realidad, y de esta forma concibe la posibilidad de la diferencia; de la diferencia en la intencionalidad de vivir o de morir. Pero esta racionalidad metódica, que se basa en una concepción binaria y sincrónica del tiempo y de la historia, se ve en la imposibilidad de considerar un tiempo diacrónico, es decir, múltiples realidades en y de su existencia, aun si nos seguimos considerando como única especie humana.

El proceso de naturalización del hombre mismo, de sus características de la conciencia humana —que lo diferencia de otras formas de ser—, es lo que nos conduce a una racionalidad reductora de su diacrónica realidad y lo convierte en un producto más de su hacer, anulando de esta forma la diferencia y la libertad que se le permite al “sujeto” del conocimiento y de las que, como tal, el “objeto” de conocimiento carece. Está, pues, en juego la negación de la posibilidad misma de disentir, como acto de libertad; de continuar llamándonos humanos en función de la naturalización de eso que nos hace tales. Y esto no refiere un miedo a la explicación objetiva de nuestro presente, nuestro pasado o nuestro futuro, sino temor y pesar de la significación que de este presente, de ese futuro y de ese pasado nos ofrece el modelo de racionalidad dominante.

Uno de los retos actuales más importantes de la ética es poner un alto al proceso destructor de la vida. En la búsqueda de nuevas definiciones para ella, está implícito el deseo del éxito. En las formas del decir está inmersa una modalidad ética, que bien puede ser la ética comunicativa. Pero también el hacer médico-científico implica una ética del hacer y, dentro de ésta, o paralela, una ética liberadora. Un punto de inicio es el que intenta reconocer, de manera condensada, los significados de nuestras definiciones de lo vivo, la compartición de autoridad y crédito en la formulación de los valores y acciones que acompañan a las definiciones. Pero el hecho de hacer evidentes la evitación y la falta de diálogo crítico entre la teoría y la práctica es (Vázquez, 1996:4), en sí mismo, un signo de su necesidad. Necesidad que ante la homologación de prácticas científicas, como un efecto agregado de la globalidad, plantea la contextualización de esas prácticas

en los patrones locales de comportamiento y de significación de esa misma práctica y de sus objetos/sujetos de su acción. El reto es, pues, que vivan los que deban vivir, cuestión observable sólo conforme una ética que considera también la vida como punto de partida. En este apartado inscribimos nuestro diálogo.

Insisto en la necesidad de un acercamiento crítico entre la teoría y la práctica. El caso de la medicina se ajusta bien para plantear mejor esta necesidad. Si bien Marks (1999:60) explica cómo los ensayos clínicos hechos de manera aleatoria fueron vistos como una solución para la “anarquía de las prácticas clínicas”, actualmente con hincapiés en la llamada Medicina Basada en Evidencia (MBE), poco se ha dicho de los límites epistemológicos de esta Medicina Basada en Evidencias. Uno de ellos es el que hace referencia a la separación entre la “investigación” clínica y la “práctica” clínica. Al paso de los juicios individuales a colectivos, a la pérdida de la individualidad dentro de la práctica –tanto del médico como del paciente–, merced a la generalidad que se requiere para la investigación. El paso de uno a otro y sus debilidades epistemológicas ya han sido ampliamente comentados.¹⁶⁹ Baste decir que el conocimiento derivado de grandes bases de datos –por ejemplo, epidemiología, salud pública, entre otros– es siempre problemático en el momento de su aplicación en el nivel individual. En ella se tiende a la homologación de síntomas y homogeneización de sus efectos y significados. Es decir, si bien la causalidad en el saber médico se basa en la utilización lógica de la información disponible, la generación de esos conocimientos, su aceptación y su aplicación responden a procesos no lógicos de ese mismo conocimiento.

Sólo cuando logremos enfrentar, en una dinámica comunicativa responsable, las instituciones a sí mismas, a los individuos entre sí en una autocrítica responsable, se podrá garantizar una vía institucional para la reflexión y la evaluación del hacer y el decir. La tarea es, pues, enfrentar medicina con medicina, investigación contra investigación; la autocrítica significa progreso, entendida esta autocrítica en todas sus formas posibles. Los campos de enfrentamiento son múltiples: *a)* la discusión sobre la vida, sobre las formas de manipularla y el futuro deseado para sus manifestaciones; *b)* el valor y el significado de esta vida en el contexto de prácticas médicas institucionales y tecnificadas, des-individualizantes; *c)* las posibilidades de prolongar la vida hasta extremos inimaginables ahora, pero las limitaciones de acceso y de valor que eso representa. Es decir, los mecanismos de segregación y de selección se van refinando, pues ¿quién tendrá derecho o acceso a tan costosos mecanismos de prolongación de la vida?, ¿la exclusión de tal o cual medio dependerá de mis ingresos, de mi color de piel, de mi raza o lengua o preferencia sexual o, lo que es peor, de mi tipo de enfermedad? Todo esto ya lo empezamos a ver en las prácticas

169. Tonelli (1998) plantea serias dificultades filosóficas en la aplicación de la Medicina Basada en Evidencias, entre ellas el paso de los juicios individuales a los generales; la diferencia epistemológica de la investigación clínica y la práctica; los presupuestos de costos en la decisión de optar por tal o cual estrategia resolutiva terapéutica, y; la falta de reconocimiento de que otras modalidades de práctica médica puede ser eficientes.

médicas cotidianas, en la selección rutinaria de quién o quiénes tienen derecho a determinados recursos terapéuticos, en los mecanismos rutinarios de adscripción para servicios médicos. La visualización prospectiva de los riesgos de estas formas de actuación médica es tarea también de los mismos médicos, punto de conjunción de una ética de la vida y una ética del nosotros.

La intención, que deseo que sea conclusiva, de este trabajo es que, en este tipo de propuestas, el acto mismo de escribir en estos términos y el de escribir una crítica al racionalismo,¹⁷⁰ incluso desde la racionalidad misma, colaboren y participen en un aumento en las posibilidades de cambio que están vigentes todavía. Y estos retos y responsabilidades a que nos enfrentan la ciencia y la tecnología, conforme su modelo de racionalidad instrumental, tienen la posibilidad de convertirse en resolubles sólo desde una mirada diferente a la que nos ha conducido, hasta ahora, la racionalidad de la ciencia.

Se antoja que la alternativa vaya en dirección a una racionalidad bidimensional, que no se limite a una de sus funciones –la fundamentación de esta razón se vincula con el orden, la estabilidad, la armonía, la unidad, la universalidad– sino que incluya el aspecto autocrítico de la razón (la razón crítica es el reconocimiento de los propios límites racionales y se manifiesta en el reconocimiento de estructuras conflictivas, y en el de la multiplicidad y la diferencia). La fundamentación se maneja con una mirada retrospectiva, en tanto que la crítica es prospectiva; pero la razón comprende necesariamente a ambas. Los errores no se derivan de la razón, sino de la arbitrariedad con que se le utiliza y acepta, y se puede ser arbitrario tanto por falta de fundamentación como por falta de crítica. En esto reside la posibilidad de una mirada ética sobre lo que se ha de hacer y no sólo sobre lo ya hecho; en involucrar nuestro futuro relacional, nuestros diversos mundos de vida, en la planeación de las propuestas de acción e investigación. Ésta deberá ser siempre una tarea compartida.

Quedan aún algunas preguntas, de fondo, sin aclarar. Durante el texto intentamos contestar algunas de ellas de manera explícita o tácita. Una era tocante a qué relación tienen las definiciones de muerte y las posturas sobre el tema de la eutanasia con el proceso real de la toma de decisiones. Parte de la respuesta surgió del análisis de la interdependencia de la toma de decisiones y los mecanismos de aprendizaje, socialización y profesionalización de una práctica médica. Es decir, los médicos toman decisiones estereotipadas, basándose o actuando conforme a diferentes mitos modernos: racionalidad, ciencia, tecnología. También intentamos dar respuesta a cómo fue el proceso en el que el paradigma de la racionalidad instrumental ganó hegemonía en la práctica médica, con resultados desastrosos en cuanto al dilema de continuar la vida, para los destinatarios de sus servicios.

170. Racionalización significa la ampliación y extensión de los ámbitos sociales que quedan sometidos a los criterios de decisión y acción racional.

Planteamos una tercera y última pregunta: ¿existe una alternativa a esta racionalidad? La respuesta que dimos proponía una racionalidad sustantiva, no homologadora ni supresora de la diversidad de mundos de vida, así como una racionalidad de los fines, que incluya no sólo la respuesta de *qué* es lo que queremos para vivir, sino también *cómo* queremos vivir. Esto implica una postura ética ante la racionalidad instrumental, pues ésta sirve como instrumento para cualquier fin, pero una racionalidad de los fines deberá considerar tanto los medios como los fines en sí mismos. Entonces, si escogemos los fines, los consensamos y acordamos cómo queremos vivir, necesitamos los medios para lograrlo, pero la racionalidad instrumental ha probado no ser un medio éticamente neutral –al igual que la teoría de las decisiones interdependientes–. Esto implica adoptar una postura de compromiso que tome en serio los retos que plantea la eticidad de los medios tanto como la de los fines. Una racionalidad que respete la vida de los demás, que disponga de una ética del respeto mutuo, que surge de considerar una moral en segunda persona, consistente en unas reglas del hacer y del decir que nos damos todos nosotros, y que todos aceptamos –médicos y pacientes–.

Hago hincapié en que no hay en la explicación –de los orígenes y manifestaciones del problema– una justificación velada sino una delación explícita de las consecuencias de esas formas de racionalidad instrumental y paramétrica, que nos llevan hacia prácticas y actuaciones que implican la supresión de la vida de otros seres humanos. Éstas, justificadas por una moral de la tercera persona (en donde lo bueno es dictado por la religión o por la ciencia, en calidad de tal), en oposición a una moral del respeto recíproco, es decir, en segunda persona. Se trata de una opción para la consideración y validación del Otro, de sus formas y del valor de su vida. Se puede concluir que una fundamentación razonada de la moral no puede provenir única y exclusivamente de la racionalidad científica, pues considero que tales justificaciones éticas o morales no pueden originarse ni sostenerse como verdades o enunciados científicos –éstos se sostienen por su lógica interna–, para la formulación de estas reglas se debe considerar a la comunidad moral y sus sentimientos, con respecto a la vida que vale la pena ser vivida. El tomar en serio mi vida y la vida de los demás.

Éticamente, pues, las normas que devienen del aprendizaje y del método de las ciencias, las formas de actuar conforme “a” y en función de un método, no son correctas desde una ética del nosotros, de la estima mutua; que incluya en su hacer y decir, la vida y el significado sustancial, personal y compartido, que pueda tener ésta ante los otros. Las razones, así, servirán para explicar, no para disuadir y oprimir, por qué aceptamos las reglas del juego. La tarea y la responsabilidad son difíciles y compartidas.

APÉNDICE

Don Roberto

La entrada

El inicio de un periodo de observación en un espacio cerrado, como lo es cualquier hospital, presentó más trabas y requisitos de los que había previsto. Dadas las características de estas instituciones, en donde la entrada es restringida y se limita a casi exclusivamente tres tipos de personas: pacientes, personal médico y familiares, previsoramente decidí entregar con más de 20 días de anticipación, del inicio del trabajo de campo, el protocolo de investigación al hospital, que sería revisado por diversos comités que deberían decidir su aprobación o rechazo. Un mes más tarde seguía sin respuesta. La cuestión era que, como me enteré después, durante el periodo de campo, no había nadie que se hiciera responsable de la evaluación de dicho protocolo.

Entregué el protocolo, en primera instancia, a la Subdirección de Enseñanza e Investigación, que lo turnó a un especialista en epidemiología clínica que, a su vez, delegó la responsabilidad al Departamento de Ética y, este último, tras pensarlo detenidamente, decidió remitirlo nuevamente a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. Ya nuevamente en donde se había empezado, la Subdirección decidió hablar conmigo y expresar su “confianza en que este estudio no dañará la imagen del hospital”. Finalmente, transcurrido un mes de haber entregado el protocolo, pude recoger el 15 de septiembre un oficio en el que se me autorizaba a iniciar mi investigación.^{1*} De cierta manera, este inicio sería la advertencia, después lo supe, de los trámites que debería hacer cada vez que quisiera moverme de un departamento a otro.

Ya con el documento en mano decidí presentarme lo más pronto posible con la persona que lo había firmado, el coordinador de Investigación, quien insistió en que la Dirección de Enseñanza tenía dudas con respecto al efecto que podría tener el estudio por mí propuesto, de modo que me interrogó sobre qué era lo que en realidad hacía un antropólogo en el hospital y aseveró no tener ni la más mínima idea de qué era lo que yo quería hacer. Me pidió que le aclarara si tenía la intención de hacer encuestas o entrevistar a los médicos, si hablaría con los pacientes o con los familiares.

* A lo largo del texto aparecerán diferentes referencias a notas (con asterisco) que se localizan al pie de página, para contextualizar o aclarar algún término; las que se muestran con números arábigos refieren a comentarios de carácter teórico y/o analítico, y se podrán consultar en las notas al final del apéndice.

No pude menos que pensar que no había leído detenidamente el protocolo, pues en él yo había especificado que sólo me interesaba hablar con los médicos y que mis actividades consistirían en observar las rutinas de cada departamento. Después de explicarle esto y de explayarme sobre las posibilidades de colaborar en algunos proyectos de ellos, en reciprocidad a su ayuda para mi investigación, decidimos que el servicio con el que yo iniciaría sería en Cuidados Paliativos.

Durante mi trabajo de campo tuve la oportunidad de permanecer como observador en seis servicios: Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Intensivos (adultos), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Patología Clínica, no sin antes cumplir con algunos requisitos, entre ellos explicarle al coordinador de Investigación por qué quería y de qué me servía trabajar en ese departamento o servicio para mi investigación. Dado que generalmente él opinaba que ése no me servía y sugería algún otro que a su juicio sería más adecuado para mis fines, cada vez debía negociar y convencerlo. Enseguida llamaba a una de las dos secretarias de la Subdirección de Investigación y le indicaba cómo y a quién debía dirigirse el oficio de presentación; ella me miraba como reclamándome: “por tu culpa no voy a ir a desayunar” y me decía: “en un momento pasas por él” (el oficio). Platicaba algunas cosas más con el coordinador y me despedía para ir a esperar mi oficio ante el mostrador de la secretaria si, con suerte, ella tenía tiempo ese día.

Si bien este trámite completo regularmente tardaba de cuatro a seis horas, llegó a retrasarse hasta un día, por motivos que incluían, además de la ya relatada entrevista con el coordinador, el hecho de que él llegaba entre 10 y 11 de la mañana, había que sacar cita y obtener la autorización de alguna secretaria para poder hablar con él. El oficio lo realizaba la secretaria con un programa de computación para textos y de ahí se mandaba a imprimir a una máquina que recibía también las impresiones del Centro de Cómputo del hospital, por lo que tenía que coincidir la impresión del oficio con la inserción de hojas membreteadas. Si el oficio se imprimía bien, no tenía faltas de ortografía estaba adecuadamente formado y en las correspondientes hojas membreteadas, estaba listo para pasar firma con el coordinador de Investigación que, a esa hora, una o dos de la tarde, ya se había ido y había que esperar hasta el día siguiente. La alternativa era hacer un nuevo oficio con el nombre del subdirector de Enseñanza e Investigación y esperar a que se realizara el mismo procedimiento. Una vez que se lograba hacer coincidir en el tiempo, oficio y firmante, aún faltaba estampar el sello, procedimiento que tomaba de 15 a 20 minutos si, una vez localizado éste, alguien se encontraba desocupado para hacerlo.

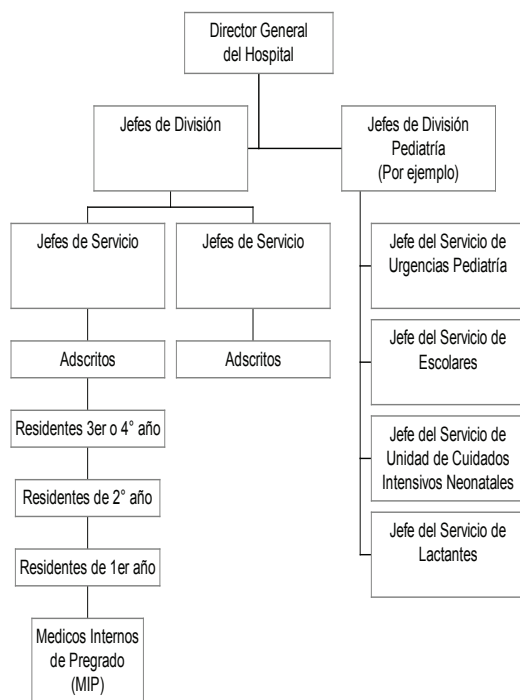
Después del tercer oficio decidí no negociar más con el coordinador al respecto y opté por redactar y mandar a imprimir yo mismo el oficio, en hojas membretadas, a nombre del subdirector de Enseñanza e Investigación, para pasarlo directamente a su oficina; él lo firmaba sin tantas trabas y lo entregaba a la secretaria que estampase el sello. Esto, además de que era visto por las secretarias como un ahorro de trabajo, me garantizaba tener el documento en menos de 40 minutos. Lo siguiente era presentarme con la secretaria del jefe del departamento en cuestión y comunicarle mi necesidad de hablar con éste; dado que nunca los encontré en mi primera visita,

dejaba el oficio original, completaba el ritual de firma y sello de recibido en una copia, y volvía más tarde o al día siguiente si es que no lo encontraba en esa segunda vez.

Por lo regular, al día siguiente el jefe del servicio ya se había enterado de que “lo andaba buscando un investigador” y era entonces cuando podíamos coincidir en su oficina o en algún pasillo del hospital. La secuencia de inicio era, por lo general, la siguiente: el jefe del servicio llegaba entre nueve y 11 de la mañana, supervisaba algunas labores administrativas de su servicio y posteriormente atendía asuntos en su oficina, donde me citaba alrededor de las 11:30 a.m.; le explicaba mi interés en el servicio a su cargo y qué era lo que yo deseaba hacer. Normalmente, ellos me preguntaban sobre los fines de la investigación y mencionaban que les gustaría verlos y comentarlos antes de su publicación. Después de una plática de 15 a 20 minutos, yo era presentado a los miembros del departamento que estuvieran disponibles en ese momento y se me confiaba a la tutela de alguno de los médicos adscritos, con quien me sería más fácil dirigirme para cualquier problema o necesidad de información que tuviera.

Si este trámite ocurría en jueves o viernes, el jefe sugería que “no tiene caso que comience hoy, mejor lo dejamos para que inicie el próximo lunes, fresquecitos todos”; si era martes o miércoles, siempre lo dejaban para el día siguiente, aun ante mi insistencia de comenzar en ese mismo momento. Este procedimiento, con algunas diferencias de forma, en el fondo siempre fue el mismo para cada servicio; con todo, algo con lo que siempre conté fue con la disponibilidad y la amabilidad de los jefes y los residentes en turno. En el cuadro 4 presento las jerarquías administrativas del personal médico del hospital. Las referencias a éste, a lo largo de la etnografía, permitirán una mejor contextualización del papel y la función de los individuos durante su interacción.

Cuadro 4



Una vez enterados de mi presencia los miembros del departamento en turno, así como de mis motivos para estar en el servicio, procedía a entablar algún diálogo de carácter informal con ellos. Este primer acercamiento era de lo más productivo, ya que siempre muchos de ellos aún no se enteraban de qué hacía yo ahí a ciencia cierta e imaginaban, después me enteré, que yo era algún médico que venía de Centroamérica o residente de otro hospital que rotaba por ese servicio. Ese estatus de “médico centroamericano” o de “residente foráneo” posibilitaba que más de alguno se ofreciera a explicarme los pormenores de las rutinas del servicio. En mi calidad de visitante no se me confiaban trabajos ni encomiendas y se me ponía al tanto de los chismes sobre el jefe y el departamento. Más tarde, cuando se enteraban, algunas veces por mi conducto y otras por alguien más que ya sabía de mis propósitos de investigación, cambiaban de actitud, ya sea agudizando su postura primera o adoptando la del “adscrito ejemplar” o “residente modelo”, quienes me servirían de ejemplo para hacer mi trabajo.

Una de las primeras actividades que realizaba, en cada área, era incluirme como observador no-estorbante de las rutinas del servicio. Preguntaba a qué hora iniciaban sus actividades cotidianas, solicitaba su permiso para acompañarlos y me presentaba a esa hora. En algunos servicios, como anestesiología o cuidados intensivos neonatales, se requería una vestimenta especial, traje de cirugía y bata quirúrgica respectivamente, que se me proporcionó en el hospital.² Para poder ingresar a la sección de quirófanos,* un médico o personal afín al mismo, es necesario pasar por áreas en las que deberá cambiar su vestimenta habitual por una que vaya de acuerdo con la labor que en ese momento desempeñará. Tomemos el caso de los cirujanos: al ingresar al hospital por la puerta de empleados,³ ubicada en la planta baja del edificio, deben ponerse una bata por lo general blanca antes de integrarse a su departamento de Cirugía, a un costado de la sección de quirófanos. Ahí, a la entrada de los quirófanos, hay vestidores (uno para hombres u otro para mujeres) donde deben cambiar su ropa por trajes de cirugía proporcionados por el hospital, si bien en algunos casos los médicos prefieren adquirirlos ellos mismos. Ya con esa vestimenta, que se me proporcionó gracias a la intermediación del jefe de anestesiología, con gorro, cubrebocas y botas de tela desechable sobre los zapatos, puede uno moverse dentro de un área gris.*

Para poder entrar a una cirugía en quirófano, considerado área blanca,* es preciso cumplir con algunas reglas de tránsito, por ejemplo, no cruzar por delante a menos de medio metro de otra persona que esté operando, pues quien opera lleva vestimenta previamente esterilizada consistente en bata de cirugía y guantes. Es difícil reconocer quién está debajo de toda esa ropa, si

* Este término, quirófano, y otros más propios del lenguaje técnico/médico que iré mencionando a lo largo de este texto, podrán ser consultados en el Anexo de Definiciones. La referencia a la existencia de una definición o comentario se indicará con un asterisco (*) al final de la palabra.

además se considera que es común la utilización de gafas de protección contra alguna secreción del paciente; por ello algunas veces llegué a pasar inadvertido, toda vez que, como ya comenté, mi estatus en algunas ocasiones era el de médico centroamericano o residente rotatorio (de otro hospital). Es común, incluso, encontrar a estudiantes de medicina de algunos grados inferiores en sus procesos de observación de las maniobras quirúrgicas.

En otra ocasión, al ser confundido, o reconocido, con algún camillero en las salas de quirófano, tuve la oportunidad de introducirme a lugares con una apariencia diferente de la de médico e investigador. Eso me permitió ser casi un observador puro, poder sentarme en un rincón del consultorio, de la sala y del quirófano y desde ahí captar lo que pasaba y se decía. En esa misma zona gris de quirófanos hay una pequeña sala de estar para los médicos, donde pude sentarme y escuchar lo que se decía sobre algún caso o acerca de procedimientos quirúrgicos bien o mal hechos. En otras ocasiones, el mimetismo consistió en parecer médico, es decir, usar zapatos de buena calidad, camisas de manga larga bien planchadas, corbata, bata blanca impecable, lentes (que uso desde hace ya 18 años) y lucir bien rasurado, además de adoptar una postura y un tono al hablar que generaran la impresión al interlocutor de que yo era médico.⁴

Las actividades del hospital inician su fase intensiva de 6:30 a 12:00 horas de la mañana, aproximadamente, por lo que mi llegada al servicio en turno se ajustó más o menos a este horario. El Pase de Visita, actividad cotidiana para la mayor parte de los servicios, es fundamental, pues es cuando se toman las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de pronóstico con respecto a los pacientes, asimismo, se dirimen los dilemas de tratamiento y de conocimiento acerca de alguna patología y es casi el único momento, aparte de la sesión médica de la que hablaremos más adelante, en que se reúne todo el equipo médico.

La asistencia a estos pases de visita, como dato de valor agregado, modificó mi horario de sueño, pues debía estar antes de las siete de la mañana en un hospital que se encontraba a una hora de distancia de mi lugar de residencia. Una vez ahí, me unía a la ronda que hacía el equipo médico para ver a cada uno de los pacientes y tomar decisiones sobre modificar o continuar algún tratamiento, revisar los resultados de estudios paraclínicos o de gabinete solicitados el día anterior y, si es el caso, pedir otros que se consideren necesarios; también se asignan lecturas de temas específicos a los médicos en formación. Debido a esta dinámica de asignación de tareas, lo más común es ver a los médicos con sus libretas anotando los asuntos pendientes, de modo que no causaba extrañeza verme tomando notas. Éste era, pues, un buen momento para hacer anotaciones, al vuelo, en mi diario de manera cómoda y precisa.

Las sesiones médicas ocupan un lugar importante en las dinámicas de enseñanza-aprendizaje dentro del hospital. Existen sesiones por departamento y generales; en estas últimas se reúne la mayor parte del personal médico del hospital. A las primeras, las departamentales, cuya dinámica se basa en la exposición de un caso clínico de difícil resolución o raro en términos de presentación clínica o de laboratorio, tuve oportunidad de asistir (al menos a diez), con previa autoriza-

ción del jefe respectivo, y ahí pude tomar buena cantidad de notas sobre sus formas de organización física y espacial, sus modalidades de lenguaje y discusión. Gracias a mi costumbre de llegar temprano a las sesiones podía ocupar alguno de los asientos traseros del auditorio, dicho sea de paso, los más codiciados por los internos y los residentes de posguardia.⁵ Esta ubicación me permitía tener una perspectiva general para observar el desarrollo de las sesiones: el momento de su llegada, su búsqueda de asientos, quién hablaba primero y quién nunca lo hacía, cuántos y quiénes se dormían y, sobre todo, tomar notas sin preocuparme de desentonar con el ambiente.

La solicitud de entrevistas la hacía después del segundo o tercer día de estancia en el servicio. Sin embargo, si bien en un principio tenía la idea de que serían muchas y formales, la escasez de tiempo debido a la gran cantidad de actividades del servicio, fue un impedimento constante. Por ello, a pesar de que siempre accedían a dicha solicitud, pocas veces pude realizarlas en otro lugar que no fuera la cafetería del hospital, algún pasillo o incluso frente a algún paciente. Esta condición me obligó a intensificar la observación pura y la captación de las formas del habla, junto con largas conversas informales que mantuve con el personal de enfermería, con algunos médicos internos, residentes y adscritos.

La explicación de la estrategia de pasar por unos servicios y no por otros, se relaciona con el tipo de relaciones que se mantiene entre estos. Por ejemplo, decidí observar el servicio de anestesiología, de manera formal (con oficio de presentación), y no el de cirugía, al considerar que probablemente este último tendría más implicaciones con mi tema. Por otra parte, los anestesiólogos están relacionados de manera directa con todos los servicios que tengan algo que ver con procedimientos quirúrgicos, en los que se incluyen los cirujanos generales, los urólogos, neurocirujanos, gineco-obstetras, cirujanos plásticos, ortopedistas, entre otros. Desde su perspectiva de responsables de las constantes vitales del paciente, podía establecer contacto con todos los anteriores. De otra forma me habría limitado a los cirujanos y habría perdido la posibilidad de conocer a los demás.

Otro espacio en el que también se da cita la mayor parte de las disciplinas clínicas y quirúrgicas, es la unidad de cuidados intensivos. Ahí pude conocer a los cardiólogos, neumólogos, intensivistas, endocrinólogos, internistas, gastroenterólogos, infectólogos, entre otros. Las redes de trabajo que se establecen entre los departamentos permiten una interrelación directa o indirecta con médicos de otras disciplinas sin tener que pasar por ellos de manera formal. Fue de esta forma, a grandes rasgos, como pude ir estableciendo comunicación con mi campo de estudio. Mucha de la información que obtuve, y que de otra forma no hubiera podido obtener, me la proporcionó personal de enfermería, de intendencia o el prosector, con quienes me relacioné. Ésta resultó aclaradora de las actitudes y de los contextos.

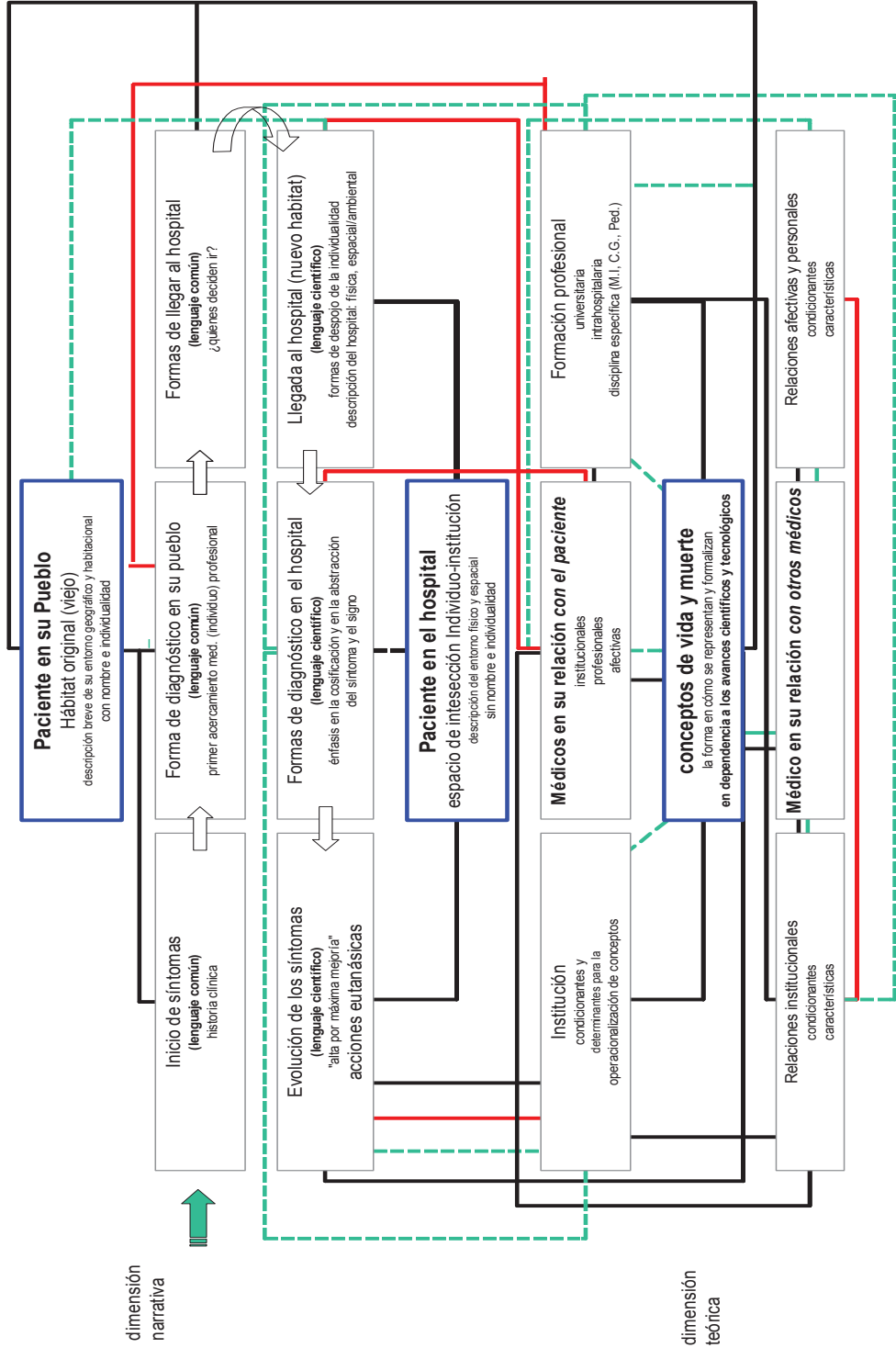
La siguiente narración ha sido reconstruida a partir de varias fuentes: *a)* los familiares con los que pude platicar, en la sala de espera, en los pasillos, fuera del hospital y dentro de las salas de enfermos; *b)* el expediente clínico,⁶ donde se asientan los primeros síntomas y la evolución de la enfermedad del paciente, que pude consultar gracias a un permiso especial de la administración del hospital; y *c)* las referencias que me daban los médicos tratantes del paciente, en pláticas informales dentro o fuera del hospital.

La intención de presentar los datos de manera comprensible y de accesible lectura, está casi siempre presente en el proceso de redacción e informe de cualquier investigación; en este caso hago patente esta referencia y esta toma de conciencia, en virtud de que los hechos no se presentaron de manera abstracta ni fragmentados. Éstos forman un *continuum* entre la cotidianidad de Roberto (personaje principal de la siguiente narración) y su familia, su aparente rompimiento por la eventualidad de la enfermedad y la cotidianidad de los médicos que lo trataron. En este sentido, de flujo vital, de unión de cotidianidades que se sitúan e interceptan en un espacio físico y temporal, es difícil para mí escindirlos de su contexto para presentarlos de manera aislada y esquemática. Se trata de una intención y un esfuerzo que asumo de forma consciente.

En este esfuerzo por armar, por reconstruir esas partes del *continuum*, está también la cualidad humana que nos permite entender las experiencias del Otro, con un sentido dinámico –narrativo– de su vida y su historia. De esta cualidad humana (de la que los antropólogos han hecho uso siempre que intentan situar las referencias observadas en ese *continuum* llamado vida y sin la que, quizá, las experiencias de nuestros informantes serían sólo fotografías o postales⁷) me permito tomar parte, no para inventar o generar datos ficticios, sino para experimentar ese sentido dinámico de la vida, ese sentimiento de que siempre está pasando algo, en algún lugar, y que de alguna forma no podemos –o no deberíamos– olvidar, sobre todo cuando la intención al elaborar nuestros escritos es transmitir la experiencia de los Otros y sus formas de vida. La estructura de la siguiente narración es doble: una temporal/cronológica y una teórica. En el esquema (estructura de narrativa) siguiente se muestra esta doble dimensión.

Esquema 1

Estructura de narrativa



Cada uno de los cuatro niveles del esquema se vincula con los otros tres. De igual forma, el inicio de los síntomas, expresado en lenguaje común, se contrasta con el final de los mismos, matizado por el lenguaje científico. Aunque pareciera que el paciente es el centro de la narrativa, en realidad lo que la estructura son los conceptos de vida y muerte, o más específicamente, las formas de conocimiento científico acerca de estos conceptos. Así, con la articulación de este conocimiento se teje la trama de acción y relación en la que se ve envuelto don Roberto, además de algunos otros pacientes que aparecerán en la descripción del caso.

La relación de comparación/afectación adquiere relevancia con los conceptos abordados en los capítulos I y III; en tanto que el capítulo IV hace referencia, en mayor medida, a la relación existente entre los individuos y la institución que los representa. Los capítulos II y V, tienen por objetivo cubrir los aspectos concernientes a la relación teórica/conceptual. La visualización de estas relaciones, y de los contenidos de los capítulos correspondientes a cada una de ellas, permitirá al lector una comprensión y un análisis del porqué y cómo se dan los hechos que se narran. La etnografía, así, tiene no sólo un sentido narrativo, sino que adquiere una dimensión analítica y expresiva de lo que pareciera meramente una descripción de caso. Las formas en que los médicos se relacionan entre sí —por ejemplo—, contrastan con la forma en que tratan a sus pacientes: relación mediada por el conocimiento científico sobre la vida, sobre la fisiología, y matizada por la concepción simbólica de pureza y contaminación que comentamos al final del capítulo tres. El inicio (lenguaje común) y la evolución (lenguaje científico) de los síntomas se confrontan en el marco de una práctica institucionalizada; el hospital funciona como condicionante y determinante del tipo de relaciones entre los individuos que ahí se dan lugar. Esto hace referencia a las ideas plasmadas en el capítulo IV. Muy probablemente el lector encuentre aún más relaciones que las bosquejadas en el esquema anterior. La intención explícita es, en esta última parte, ofrecer un esquema que permita seguir la narración del caso y los conceptos teóricos ofrecidos en los capítulos anteriores. Dejo al lector esta última parte, no como complementaria o integradora de los capítulos anteriores, sino como un elemento más de análisis y comprensión.

Don Roberto González, ejido El Chico, municipio de Casimiro Castillo, Jalisco*

El siguiente caso, uno de los cinco o seis que seguí durante el trabajo de campo de manera más directa, es el de un hombre de 54 años de edad, don Roberto González, casado, con cinco hijos, dos de ellos casados, originario de la zona sur del estado de Jalisco. Campesino dedicado al

* Los nombres de los involucrados y de los lugares geográficos en esta narración han sido cambiados por motivos de anonimato y confidencialidad, los hechos se describen en su fecha tal y como sucedieron.

cultivo de la sandía y el melón, y vecino de una pequeña comunidad de 200 a 250 habitantes, enclavada en una zona semi montañosa, a poco menos de una hora de la costa sur del estado.

10-12 de septiembre de 1999

Por la tarde, luego de regresar caminando de su parcela, Roberto se sintió un poco más cansado de lo normal; había estado trabajando todo el día en compañía de su yerno y de su hijo menor. Al llegar a su casa, localizada como a hora y media de su parcela, le comentó a su esposa, Elena, que se había sentido muy fatigado durante la mañana y que le apenaba haberles dejado casi todo el trabajo a su hijo y a su yerno. Sin embargo, al día siguiente, después de levantarse un poco más tarde que de costumbre, desayunó un par de huevos con frijoles de la olla y se dio prisa para alcanzar a sus parientes. Iba en camino cuando sintió en el pecho algo que le molestaba y los brazos pesados, por lo que decidió regresar a su casa.

Elena comentó con su vecina las dolencias de su marido, y ella le sugirió le hiciera una fricción de aguacate* a Roberto y que éste descansara unos días del trabajo. Al llegar su yerno y su hijo, también le sugirieron que reposará unos días, que no se preocupara por el trabajo.

20-22 de septiembre

Diez días después reaparecieron las molestias con mayor intensidad, a pesar de que Roberto había seguido los consejos de los vecinos: la fricción de aguacate por la mañana y por las noches, y tés de ciertas plantas que le recomendara una hermana de su madre, quien le aseguraba que ella misma se había mejorado de dolencias similares con esas plantas. Pero a Roberto, como después me lo contó Elena, no le gustaba estarse sin hacer nada, se sentía inútil al estar en su casa mientras en el campo el trabajo se acumulaba, y se quería ir a trabajar. “Ya descansaré cuando me muera”, le dijo a Elena, tomó sus herramientas y se fue para su parcela.

23 de septiembre

Ese día trabajó casi como siempre. Tal vez un poco cansado de los brazos y con un “ligero” dolor en el pecho, pero procuraba tomarse breves descansos. Al día siguiente, en su parcela, el dolor del pecho le “arreció tanto” que no tuvo más remedio que pedirle a su yerno que lo llevara de regreso a su casa. Por el camino se puso pálido: “se le había quebrado el color”, dijo el yerno; de modo que su hijo se adelantó para avisar a la madre de que su padre se había desmayado. Cuando su yerno llegó con él, casi cargándolo, de inmediato uno de sus compadres, que también se había dado cuenta de su estado, sugirió que lo llevaran al Centro de Salud Comunitario del ejido.⁸ Elena le untó alcohol en el pecho y le dio a oler otro poco “para que le regresara el color”,

en tanto su compadre conseguía una camioneta, pues el centro de salud estaba a 12 o 14 km de distancia. Elena debió salir a conseguir prestado el dinero necesario para pagar el traslado en la camioneta (300 pesos) y lo que se necesitara de medicinas; mientras, la familia preparó la parte trasera de la camioneta con algunos tapetes (tejidos con zacate) y un par de cobijas para recostar a Roberto cómodamente, custodiado por su mujer y su hijo; adelante iban el compadre, el chofer de la camioneta y la hermana de Elena.

Durante el trayecto por el camino de terracería, el polvo y los saltos los acompañaron. Dos veces el chofer tuvo que detenerse ante la insistencia de Elena, para permitir que Roberto bebiera unos sorbos de agua y se sentara un poco para poder sentirse mejor. Fuera de eso, procuraron ir lo más rápidamente posible hasta llegar al centro de salud. Una vez ahí, el compadre bajó casi corriendo de la camioneta, abrió la puerta de malla ciclónica que rodeaba a todo el centro de salud y recorrió los escasos diez metros que hay hasta la puerta principal del centro, donde le explicó a la enfermera que llevaban a un enfermo que necesitaba ver al doctor. La enfermera preguntó de qué se trataba, si se trataba de algún parto o una picadura de alacrán. El compadre le dijo que traían un “enfermo del pecho”, que si lo bajaban para que lo viera el doctor. La enfermera se acercó a la parte trasera de la camioneta y miró a Roberto recostado sobre las piernas de Elena: “No lo bajen, el pasante está ocupado en una consulta, pero ahorita le hablo”.⁹ Entonces entró a uno de los consultorios y casi inmediatamente salieron juntos a ver al paciente. El pasante se subió a la parte trasera de la camioneta y preguntó a Elena qué había pasado: “Yo le dije que tenía unos días con dolor de pecho y cansado, pero que ahora en la mañana se puso pálido y se desmayó del dolor en el pecho”.

Después de lo que le dijera Elena, de examinar a Roberto, tomarle la presión arterial* y escuchar los ruidos de su corazón, el médico pasante les dijo que él no podía hacer nada porque no tenía “los aparatos ni las medicinas” necesarios, que Roberto estaba mal del corazón y lo mejor sería que lo llevaran hasta Guadalajara; que no tenía caso que lo bajaran de la camioneta. Él sólo pudo ayudarles entregándoles, con la mayor rapidez posible, una hoja de referencia para algún hospital de Guadalajara,¹⁰ en la que explicaba que “dadas las condiciones del paciente, se le había derivado a esa unidad para su atención”. Pero este otro trasladado no había sido pactado con el chofer, quien aseguró que su vehículo “no estaba bueno para salir a carretera”, por lo que deberían conseguir otro “raite” pues que él no se arriesgaba a dejarlos “tirados” por el camino. La enfermera les informó que su esposo con gusto los llevaría por 500 pesos hasta la puerta del hospital. Elena sólo contaba con 500 pesos y aún no le pagaba al chofer que los llevó desde el rancho; pero éste les dijo que no se preocuparan que “hay me pagan cuando puedan”. Llegaron a un acuerdo con el esposo de la enfermera: harían el viaje por 350 pesos; él rápidamente trajo su camioneta en la que trasladaron a Roberto en una camilla que les prestó el centro de salud. El trayecto se hacía en hora y media, entre terracería y carretera pavimentada.

El ingreso al hospital: 23 de septiembre

El hospital al que llegó Roberto, unidad de tercer nivel de atención, ocupa un área de tres hectáreas aproximadamente, con una torre de especialidades de más de 10 pisos y un módulo anexo que se interconecta con los dos primeros pisos de la torre. Las especialidades que ahí hay son: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Anestesiología, Urología, Cardiología, Otorrinolaringología, Neurología, Inmunología y otra serie más de ramas especializadas en alguna parte o función específica del cuerpo humano.

Hora: 12:00 a.m.

La camioneta subió la rampa de acceso al hospital y se estacionó de reversa para facilitar el acceso a la puerta de ingreso de pacientes que vienen en camilla. Se bajó el chofer de la camioneta junto con el compadre de Roberto que lo acompañaba y de inmediato se dirigieron a la ventanilla de admisión con la hoja de referencia que les habían dado en el centro de salud. La trabajadora social (TS) que los atendió les solicitó el nombre y el estado del paciente que llevaban, mientras Elena y su hijo bajaban a Roberto en la camilla y lo acercaron a la puerta de ingreso. La TS dio aviso a los médicos de turno, internos de pregrado,¹¹ que les indicaron que lo pasaran de inmediato, pero que sólo podía pasar uno de los familiares y los demás tendrían que esperar fuera de la sala de urgencias. El compadre decidió pasar en tanto Elena se quedó completando los datos con la trabajadora social.

A Roberto lo pasaron recostado sobre la camilla en que venía, a uno de los pequeños cubículos de 3 x 2 m que están a los costados del pasillo de ingreso de la sala de urgencias,* que cuentan con un escritorio, un par de sillas y una cama para revisar a los enfermos, además de un lavamanos.

Hora: 12:15 a.m.

Una vez dentro del cubículo, un médico interno de pregrado** se apresuró a leer la hoja de referencia que le entregara momentos antes la TS, mientras, otro de sus compañeros (MIP-2) procedió a tomarle los signos vitales. En el mismo momento el MIP-1 le comentó al MIP-2 que se trataba de “un probable IAM”,¹² en tanto Roberto sólo acertaba a quejarse de dolor y de que le faltaba el aire para respirar. El MIP-2 preguntó:

* Véase el esquema 2, “Sala de Terapia Intensiva”.

** MIP-1, de hoy en adelante. El número 1 o el 2, caracterizan el tiempo de estancia en el hospital; si están dentro del primer semestre son MIP-1, y MIP-2 si cursan su segundo semestre.

MIP-2: Don Roberto, ¿cuántos años tiene?

Roberto: Cuarenta y cinco, voy pa'cuarenta y seis –contestó con una voz entrecortada y gimiente.

MIP-2: ¿Dónde le duele, don Roberto?

Roberto: Aquí... mi pecho –señalaba con su mano derecha el sitio del dolor, en la región precordial* del tórax.

MIP-1: ¿Desde cuándo empezó a sentirse mal?, ¿por qué no se vino antes?, ¿le duele el brazo izquierdo? –agregó el MIP-1 desde atrás de su escritorio, en un tono fuerte y de velado reclamo.¹³

Roberto sólo miraba al médico sin saber qué pregunta contestar.

Roberto: No sé... hace como... un mes me dolió... pero poquito.

Una vez completada la toma de constantes vitales, el MIP-2 se las comunicó al MIP-1:

MIP-2: Fernando, trae 90/50, 138 de frecuencia y 35 respiraciones, el corazón se oye arritmico, ¿le hablo al residente?, ¿le tomamos un “electro”?¹⁴

MIP-1: Háblale, mientras yo le tomo el “electro”, coméntale que tenemos un probable infarto, que por ahora está estable.

Mientras el MIP-1 empezó a colocar una serie de ventosas sobre el pecho de Roberto y algunos brazaletes con placas de metal en sus muñecas y tobillos, el MIP-2 salió rápidamente del cubículo y regresó después de diez minutos en compañía de un residente de primer año de cirugía (R1-CG),¹⁵ un médico joven, de aproximadamente 24 años, alto, robusto, de tez clara, que, a diferencia de los MIP, usaba corbata, bata con los bolsillos llenos de plumas de varios colores, libretas de anotaciones para fórmulas y medicamentos más comunes, un pequeño manual en inglés en el bolsillo izquierdo inferior de la bata y con el estetoscopio* colgado en el cuello.

Hora: 12:40 a.m.

R1-CG: ¿Qué tenemos médico? –le dijo al MIP-1.

MIP-1: Doctor, tenemos a un paciente masculino de 45 años de edad, derivado de un Centro de Salud, por un probable IAM. Refiere el paciente que hace como un mes apareció el dolor en la región precordial, que le imposibilitó para el trabajo pero que cedía con el reposo –este último dato el MIP-1 lo obtuvo de la hoja de referencia.

R1-CG: ¿Cómo están sus signos, doctor? –dirigiendo la pregunta con la mirada al MIP-2.

MIP-2: Trae 90/50, 138 de frecuencia y 35 respiraciones, el corazón como que se oye arritmico.

R1-CG: ¿Cómo que se oye? o ¿se oye? –agregó en un tono imperativo y burlón el R1-CG, en tanto el MIP-2 prefirió no contestar. No, no, no, médico, o está o no está arritmico.

El residente de cirugía se ajustó a los oídos las olivas del estetoscopio que colgaba de su cuello, e inclinándose sobre el paciente colocó el otro extremo, la campana, sobre la región del

pecho. Permaneció unos 30 segundos así y levantando la mirada, sin moverse de esa posición, le dijo al MIP-2:

R1-CG: A ver, escúchalo, aquí donde tengo el estetoscopio.

El MIP-2 obedeció y se colocó su propio estetoscopio que guardaba en uno de los bolsillos de su bata, para inclinarse, también, sobre el paciente.

R1-CG: ¿Lo escuchas?

MIP-2: Sí, doctor.

Se irguió el R1-CG y dirigiéndose al MIP-1 dijo:

R1-CG: Que lo vayan canalizando¹⁶ con una hartmann y vele haciendo solicitudes para BH, EGO, enzimas cardiacas y tómale un electro.

MIP-1: Ya se lo tomamos, doctor... aquí está.

El MIP-1 le entregó un paquete de cinco a siete centímetros de ancho, de color blanco por el anverso y anaranjado por el frente, que el R1-CG tomó y lo extendió entre sus manos; la tira de papel medía aproximadamente un metro. La miró apresuradamente, era una serie de trazos lineales, como espigas, que se continuaban de formas irregulares.

En tanto los internos se apresuraban a cumplir todas las órdenes del R1-CG, éste salió del cubículo y se dirigió a la sala de urgencias que estaba al final del pasillo, a buscar al médico de base (MB), de jerarquía mayor, para comentarle el caso. El MIP-2 salió también en busca de la enfermera para solicitarle que canalizaran al paciente. Momentos después entró una enfermera, como de aproximadamente 28 años que vestía pantalón y blusa blancos, de tez morena, pelo recogido con cofia también blanca. Llevaba en sus manos un frasco de un litro de solución hartmann, un equipo de venoclisis* y una liga gruesa, amarilla, para aplicar el torniquete.

Enfermera: ¿A él lo vamos a canalizar doctor?

MIP-1: Sí, señorita, por favor.

Enfermera: A mí me dijeron que con hartmann, ¿está bien? –preguntó en un tono casi de reclamo, como diciendo: “sí no, ni modo”.

MIP-1: Sí, está bien.

El MIP-1 continuó llenando las formas de admisión y las solicitudes de exámenes. Durante todo ese tiempo el compadre permaneció en silencio, recargado en un rincón del cubículo, con su chamarra entre las manos. Fue hasta este momento cuando el MIP-1 se dirigió hacia él, para preguntarle si podía contestar algunas preguntas sobre la enfermedad de Roberto: “No, pos que mejor se meta mi comadre y ella le explique, yo casi no sé”, contestó el compadre. “Háblele a la esposa de don Roberto, entonces”, le ordenó el MIP-1. Salió el compadre y regresó con Elena,

ambos se pasaron al cubículo y ella apresuradamente se acercó a su esposo y le preguntó: “¿te sigue doliendo?”, pero él no alcanzó a contestar, pues la enfermera dijo: “Espérese un ratito m’ija orita lo ve, voy a canalizarlo; háganse a un lado, no pueden estar los dos aquí dentro ¿eh?, sálgase uno”. El compadre sin decir una palabra y dirigiéndole una mirada a Elena le hizo una seña con la mano y se salió.

Enfermera: Un piquetito en su mano, no se mueva, no le va doler –le decía a Roberto, quien se quejaba en voz baja–. Ya está, doctor, ¿no va a tomar muestras?, de una vez porque luego yo ya no voy a picarlo.¹⁷

El MIP-1 se acercó con tres tubos pequeños, diseñados especialmente para estas muestras de sangre, y se los pasó a la enfermera, quien los llenó con algunos centímetros cúbicos de sangre (de 2-3) y se los regresó al MIP-1 para que los rotulara y los envolviera con las solicitudes, que previamente había llenado. La enfermera terminó de colocar sobre la muñeca de Roberto todo el equipo de venoclisis y lo fijó con cinta adhesiva blanca de tela.

Enfermera: ¿A cuánto los líquidos, doctor?

MIP-1: Déjelos para vena permeable.

La enfermera hizo unos movimientos al mecanismo de ajuste de flujo, le comentó al MIP-1 que se llevaría el “electro” (el aparato) porque lo necesitaban en otro lugar y salió del consultorio.

MIP-1: Siéntese, señora, ¿usted es su esposa?

Elena: Sí, doctor.

MIP-1: Bueno, le voy hacer unas preguntas ¿eh? A ver ¿desde cuándo empezó con sus síntomas?

Elena: ¿Con qué, doctor?

MIP-1: Con su dolor en el pecho o en el brazo.

Elena: Pues ahora que empezamos a levantar la cosecha... ya ve que se van muy temprano... él empezó a quejarse de que se cansaba y que le dolía y...

MIP-1: Sí señor, pero ¿eso cuándo fue?, ¿hace un mes, hace dos meses?, ¡cuándo, señor!

Elena: Hace como un mes, casi dos, y...

MIP-1: Bueno, hace dos meses, y apareció así de súbito o qué estaba haciendo.

Elena: Estaba trabajando en el campo.

Roberto hizo una seña con la mano que no tenía canalizada y murmuró unas palabras que Elena tradujo como:

Elena: No, dice que venía del trabajo.

MIP-1: Y qué pasó, ¿le dolía, le punzaba, le ardía, se mareó, perdió el conocimiento...?

En ese momento, el interrogatorio se vio interrumpido por la entrada del R1-CG y del MB,¹⁸ quien también era el jefe del servicio de urgencias. Tenía como 40 años, bajo de estatura, delgado, piel morena, con bigote y pelo negro, vestía pantalón negro, camisa azul, con corbata y llevaba puesta una bata tipo filipina de color azul claro con el escudo del hospital y su nombre bordado en el bies de la bolsa superior izquierda.

MB: ¿Este es, galeno?

R1-CG: Sí, doctor.

MB: Señito –mirando a Elena–, espérenos afuera un momento, 'orita se pasa. A ver, galeno –dirigiéndose al R1-CG–, ¿por qué dices que es un IAM, ya tienes las enzimas, qué te dice el electro?

R1-CG: El electro aquí está, doctor –le extendió con su mano el paquete de papel desenrollado.

MB: Sí, pero qué dice el electro, galeno –hablaba en tono alto y desafiante–, o qué, ¿no eres médico, no sabes leer un infarto? A ver, tómenle otro electro.

El MB: miró durante unos momentos el registro electrocardiográfico (electro) y de reojo veía a Roberto. El MIP-2 salió rápidamente a buscar el electrocardiógrafo que momentos antes se llevara la enfermera, en tanto el R1-CG permanecía de pie y callado. El MB se colocó su estetoscopio y lo situó en el pecho de Roberto.

MB: Dime, galeno, te escucho – se dirigió al R1-CG, solicitándole iniciar con la descripción del electrocardiograma.

R1-CG: Pues aquí en Avf, podemos ver una Q pequeña y supra desnivel del segmento ST, que corresponde a un infarto en la cara anterior.

MB: Si fuera en la cara posterior, ¿cómo se vería, doctor? –dirigió su pregunta al MIP-1.

MIP-1: Tendríamos una Q invertida en v8 o v9, doctor.

MB: ¿Estás de acuerdo, galeno? –dirigiéndose al R1-CG.

R1-CG: No pos... yo creo que se vería en Avf, no en v8, y...

MB: Mira, médico, los infartos no son de creer o no, son de saber. Cuando tú tienes un corazón infartado debes saber el tiempo de evolución del infarto para saber dónde agarrarlo. Tienes que saber la evolución electrocardiográfica y enzimática. No es lo mismo tomarle un electro al minuto, a los cinco y dos horas después. No, médico, andamos mal –concluyó.

En ese momento la discusión se vio interrumpida por la llegada del MIP-2 con el electrocardiógrafo.

MIP-2: Aquí está, doctor, ¿se lo pongo? –se dirigió al R1-CG, quien asintió con la cabeza.

MB: Pónganse a leer, médicos –ordenó.

El MB abandonó entonces el cubículo y se dirigió a la sala de terapia intensiva para hablar con los médicos de ese departamento sobre la posibilidad de ingresar a Roberto a esa sala. Durante todo este tiempo yo había permanecido sentado a un lado del escritorio, sobre un banco de metal. El médico de base más tarde me comentaría que mi apariencia era la de un residente de otro hospital que estaba ahí para aprender o la de un interno de algún otro departamento que visitaba a los internos de ese departamento, como lo supuso el residente de cirugía. Con ese estatus quedaba más o menos liberado de cualquier responsabilidad u obligación estrictamente hablando.

Cuando el MB se dirigió a la sala de terapia intensiva, yo salí tras él. La doctora adscrita, Dora, y un residente de tercer año de medicina interna, Carlos, corregían dosis de medicamentos para algunos pacientes. Éste fue el primer servicio en el que realicé observaciones. Ya días antes me había presentado con el jefe, que me introdujo con el resto del personal del departamento y autorizó mi ingreso. Cuando llegué a la sala, el MB de urgencias ya estaba iniciando una discusión con la doctora Dora. Lo que alcancé a escuchar de su conversación con respecto a Roberto, fue lo siguiente:

MB: es un infarto, doctora, y se debe ingresar a terapia –casi gritando y ordenando.

Dora: Sí doctor, pero primero necesito revisarlo y evaluar si de veras se debe ingresar a la...

MB: No, doctora, el infarto está mal, tiene signos de que se puede extender, y ésa es una indicación para ingresarlo a la terapia.

Dora: Sí, doctor, pero le digo que debo verlo primero para evaluarlo. No voy a meter a todos los infartos...

MB: O sea que tú escoges cuáles sí y cuáles no.

Dora: No, doctor, lo que digo es que necesito ver primero si necesita de la terapia y si aquí le podemos ayudar...

MB: Claro que la necesita, doctora, si no, no vendría a decirles que lo metieran, es más ¿dónde está el jefe de la terapia?

Dora: El jefe no está y la que decide en este momento si se ingresa, soy yo. Y permítame, doctor, vamos a ver al paciente para...

MB: No, pos si quieres, el infarto está en el cubículo... ahí ve y lo metes... ¡sí quieres!

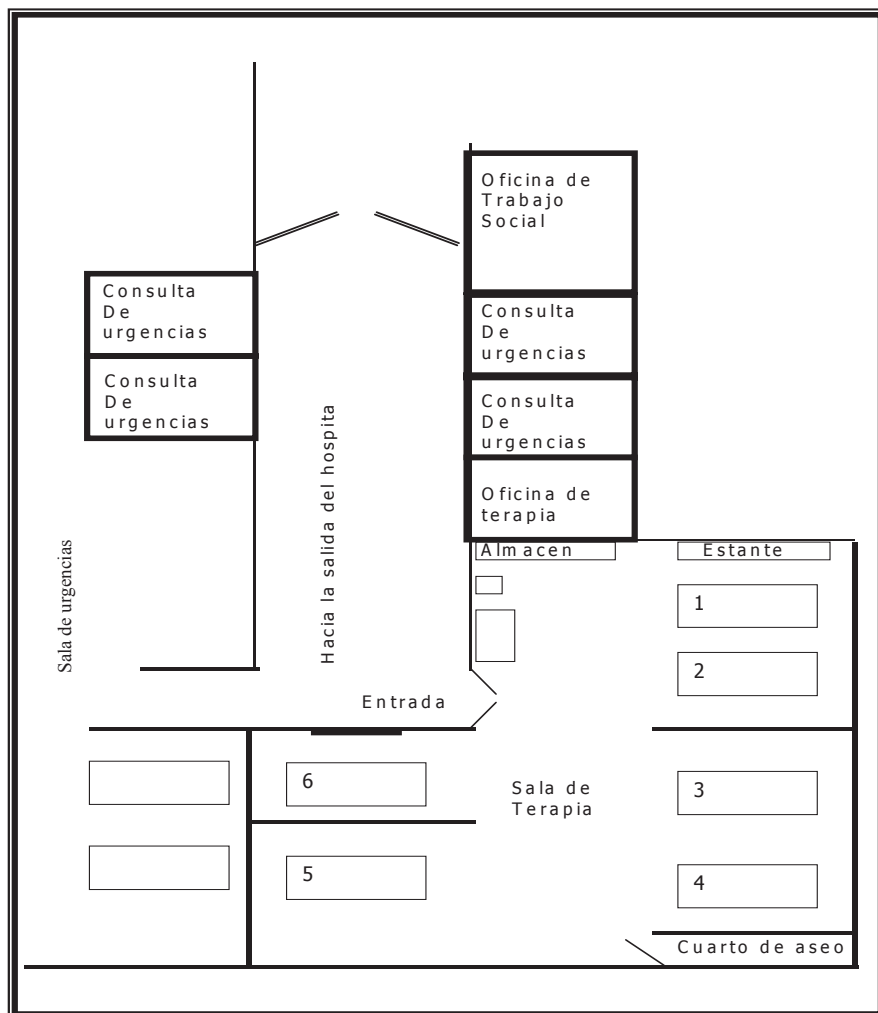
El MB se dio la vuelta y salió notablemente molesto. La doctora Dora, también molesta, le habló al residente Carlos, que permaneció a unos metros escuchando toda la discusión, y le indicó que fuera a ver al paciente del infarto para asegurarse de que era necesario que lo ingresaran a la terapia. La doctora salió de la sala de terapia y se dirigió por el pasillo hacia el exterior del hospital a tomar un poco de aire y a tranquilizarse un poco. Yo decidí permanecer en la sala de terapia intensiva.

En este mismo día, como a las cinco o seis de la mañana, había ingresado otra paciente, una mujer de 56 años, con ella y con el posterior ingreso de Roberto, ya eran seis los pacientes en la sala de terapia intensiva, la capacidad total en ese momento.

La sala tiene unas dimensiones aproximadas de 20 x 8 m y tres metros de alto; techo blanco, muros amarillos, lámparas blancas fluorescentes. Estas características, el color y la ubicación de

esta sala, hacen casi imposible que quienes están dentro vean qué pasa afuera. Es decir, no saben si es de día o de noche, si llueve o si hace sol, su único contacto con el exterior es la constante del tiempo, verificable por la serie de relojes que cuelgan de las paredes. Los sonidos de fondo son una mezcla del zumbido agudo de una bomba de infusión* que ha fallado o que se le está cambiando la solución, o la alarma insistente de un monitor* cardiaco, o de un respirador artificial* que detecta alteraciones en la frecuencia respiratoria, o todos juntos, o varios de los aparatos antes mencionados, sin contar las voces de las enfermeras, de los médicos, el murmullo del aire acondicionado, del ventilador que refuerza el flujo de aire, el ruido del respirador, el de la entrada y salida del aire, o el zumbido rítmico de un monitor cardiaco, o el burbujear de las tomas de vacío conectadas al sello de agua de algún paciente, el ruido de alguna sirena de ambulancia que atraviesa las puertas. No es un lugar silencioso (Esquema 2).

Esquema 2
Sala de terapia intensiva



Hora: 1:05 p.m.

Los médicos, ante el “estado del infarto”, decidieron ingresar a Roberto a la sala de terapia intensiva. Mientras el residente de medicina interna, Carlos, pedía una interconsulta al departamento de cardiología, las enfermeras preparaban todo para asignarle una cama. Una vez dentro, el jefe de enfermeros lo asigna a una de las enfermeras del turno: “es un ingreso, te toca preparar todo”. Ella rápidamente preparó todo conforme a las indicaciones del residente: los medicamentos y las rutinas comunes a todos los pacientes con infarto. En eso estaba cuando llegó el médico cardiólogo (no pude saber su nombre) a ver a Roberto; inmediatamente se acercaron dos médicos internos de pregrado, mujeres, que rotaban en ese departamento,¹⁹ y lo primero que les indicó fue que le tomaran un electrocardiograma.

Las MIP de inmediato consiguieron el aparato y se lo colocaron a Roberto. Hasta ese momento ninguno de los médicos que habían llegado —el jefe del servicio, el R1-CG, el R3-MI y las dos MIP— lo había saludado o preguntado su nombre. El cardiólogo se refirió a Roberto en ese momento como “el infartado”. Las internas iniciaron la maniobra de colocación del electrocardiograma, pero tenían tan poca experiencia, que debieron ser reemplazadas por las enfermeras que tenían más práctica. Aun considerando que las ellas pudieran saber teóricamente más dónde, por qué, cuándo y cómo se colocan estos aparatos, e incluso probablemente tuvieran alguna pericia en la interpretación de los resultados, en este momento interesaba la rapidez en la colocación de este aparato. El diálogo operativo instrumental se dio entre el cardiólogo y las enfermeras; las internas se limitaban a contestar una que otra pregunta, pero como la mayor parte se referían a los signos vitales del paciente, entonces respondía el personal de enfermería, encargado de verificarlos y anotarlos periódicamente; cuando la pregunta se relacionaba con los antecedentes del paciente, él directamente contestaba. Es decir, la falta de experiencia, de conocimiento sobre las constantes vitales, de conocimiento práctico en el manejo de aparatos provocó cierta invisibilidad o cierto desplazamiento de estas internas ante las enfermeras, pues aunque el rango de éstas fuera más bajo en la escala de jerarquías, en la práctica y en ciertas actividades instrumentales se desempeñan mejor. Con todo, los médicos internos permanecieron alrededor de la cama de Roberto.

Una vez colocado el electrocardiograma y tomadas las primeras derivaciones, se inició un proceso de discusión/enseñanza/aprendizaje entre los médicos de mayor y menor jerarquías. El jefe del servicio, un internista, y el cardiólogo, quien también tuvo que estudiar medicina interna, enseñaban al residente de medicina interna (R3-MI) pero ignoraban al residente de cirugía general (R1-CG),²⁰ quien permanecía entre atento y callado a todo lo que pasaba. La discusión versaba sobre el lado del corazón en que era el infarto, y la patología del paciente, Roberto, en este momento era utilizada en el proceso de enseñanza del residente a cargo de un adscrito, que era jefe de un servicio perteneciente al departamento de medicina interna del hospital. Por ello, éste enseña

a un residente de medicina interna, pero ignora al de cirugía. En este momento, podría ayudar separar las cuestiones personales de las académicas o interdisciplinarias entre los miembros de este equipo de médicos, para entender por qué esta aparente mutua indiferencia.

Como ya mencioné, durante el proceso de atención a Roberto, se le enseñó al residente a leer un electrocardiograma, e incluso se tomaron otros más sólo con la intención de que “viera” un infarto en múltiples derivaciones. La enfermedad fue motivo de aprendizaje. Algo que me llamó mucho la atención fue que cuando en determinado momento, y una vez conectadas todas las derivaciones del electrocardiógrafo al tórax y extremidades del paciente, la relación del cardiólogo y de los internistas con el paciente fue meramente instrumental tecnológica, toda vez que el vínculo con el paciente era este aparato. Así, “el infartado” pasó a ser “el infarto”: al médico le interesaba definir cierto tipo de variables, decir qué derivaciones quería, cuáles no quería, cuáles estaban bien y hacía un ejercicio mental de abstracción, de análisis, de imaginación, según me pareció. En otras palabras; conceptuaba a Roberto como un corazón con funciones, con latidos con impulsos eléctricos que eran derivados de ese aparato, pero ya no pensaba en Roberto sino que iba enunciando diagnósticos y refiriendo posibilidades terapéuticas y dictaba probables fallas; qué parte del corazón estaban “viendo” con ese aparato, cuáles estaban mal y cuáles podrían empeorar. Todo esto era el motivo de la discusión que servía de enseñanza/aprendizaje. Tuve la impresión de que, en determinado momento, no se trataba del corazón de Roberto sino sólo de un corazón al que se tenía acceso instrumentalmente, tecnológicamente; era esta tecnología y el conocimiento sobre la fisiología cardíaca, lo que posibilitaba un acercamiento al paciente.

En esta discusión se mencionaban algunas posibilidades terapéuticas por ellos conocidas, tales como un cateterismo cardíaco,* considerada la opción ideal si se tuvieran los instrumentos necesarios para hacerlo. Había la conciencia de que se sabía qué hacer, si bien no se “podía” porque no había los recursos, ni administrativos ni tecnológicos para ello. De tal modo, Carlos, el residente, sugirió: “vamos hablando con los familiares para que vean si venden el puerquito, la vaquita o rompen la alcancía y que lo paguen por fuera” (que pagaran el procedimiento de cateterismo en algún hospital privado donde sí tuvieran esa tecnología disponible). Con este comentario y con las indicaciones a partir del diagnóstico del infarto, terminaron la discusión y se retiraron el cardiólogo y el jefe del servicio; el médico residente Carlos, el R1-CG y las internas permanecieron para poner una subclavia,* necesaria para la administración de los medicamentos y como medio de monitoreo de un parámetro que llaman Presión Venosa Central (PVC).*

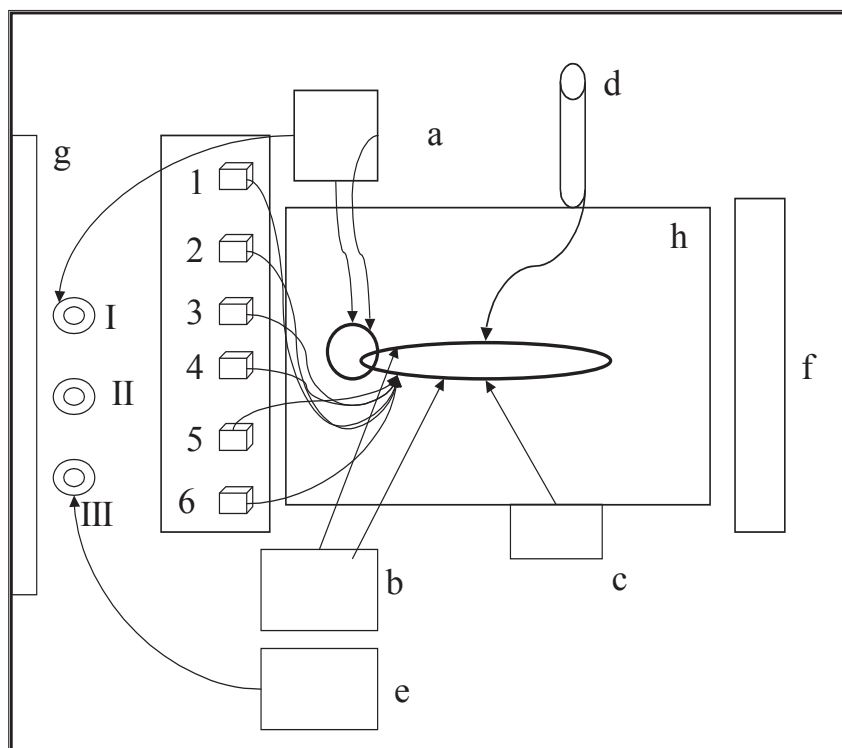
Las enfermeras que asistían a los médicos durante la atención de Roberto, se apresuraron a conseguir todo lo que se necesitaba para el procedimiento. Además de la colocación del catéter venoso central, mejor conocido como subclavia por ser éste el sitio de inserción, se le pondrían al paciente una sonda nasogástrica* y una vesical,* se le sedaría para intubarlo* y se dejaría colocado un monitor cardíaco para verificar constantemente la función de su corazón. Todas estas maniobras las realizaron en colaboración los médicos residentes, las internas y las enfermeras.

Después de estas instrumentaciones, y cuando Roberto ya estaba sedado e inconsciente debido a los medicamentos que se le habían aplicado, decidí salir de la sala de terapia intensiva para regresar hasta el día siguiente.

24 de Septiembre

Llegué a la sala de terapia intensiva alrededor de las once de la mañana con la intención de presenciar el momento en que pasaran los familiares a visitar a sus pacientes. Entré a la sala y me senté en uno de los bancos de metal que utilizan los residentes cuando escriben sus notas médicas pues desde ahí tenía una perspectiva general de la sala. Cuando revisé nuevamente mis notas, encontré que había escrito lo siguiente (La situación física de Roberto y sus implementos se presenta en la esquema 3):

Esquema 3
Roberto en la cama de terapia



Claves del cuadro:

- Respirador artificial, marca Puritan Benet, serie 7200.
- Monitor de la actividad cardíaca, respiratoria, temperatura, tensión arterial y oximetría de pulso.
- Bolsa recolectora de orina, sonda conectada directamente a la vejiga del paciente.
- Medición de la presión venosa central.

- e) Mesa con líquidos para la limpieza de cánulas del paciente.
- f) Mesa de usos varios: colocación de expedientes, radiografías, alimentos de los pacientes que así lo requieran, etcétera.
- g) Lámpara de pared. Sobre la cama, un par de lámparas fluorescentes de 40 wats cada una.
- h) La cama tiene un avanzado mecanismo eléctrico que permite posicionarla de acuerdo con las necesidades y las características del paciente.
 - 1) Anticoagulantes
 - 2) Sedación
 - 3) Dopamina
 - 4) Dobutamina
 - 5) Sol. Base
 - 6) Antibióticos
 - I) Salidas de oxígeno.
 - II) Toma de vacío de aire.
 - III) Toma de vacío de aire, para la limpieza de las cánulas.

Del paciente Roberto, del IAM:

- f.c. 133 según el monitor.
- f.r. 14 según el respirador.
- Cinco bombas de infusión.
- Subclavia izquierda, inicialmente estaba a la derecha, pero ésta se salió de su lugar en una de las maniobras de enfermería, durante la toma de una placa de rayos x en el turno de la noche.
- Medición de la presión venosa central.
- Sonda nasogástrica.
- Cánula endotraqueal.
- Sonda vesical.
- Cánula orofaríngea.²¹

La cara de Roberto muestra rastros de pegamento de cinta adhesiva que cruzan su cara transversalmente (de aplicaciones anteriores), en su tórax es posible ver huellas de heridas hechos por el rastrillo, durante la colocación de los fijadores del ECG. En el dedo anular de la mano derecha se ve una zona más clara que correspondía al lugar que ocupaba el anillo de matrimonio que le fuera retirado en el momento de su ingreso. El primer dedo del pie derecho tiene un tinte azul violeta (tintura de genciana) que él mismo se aplicara en una herida que se hiciera durante su trabajo en la parcela. Campesino, originario de la costa sur de Jalisco, 1.60 m de estatura, obeso, robusto, piel blanca y de barba tupida. Esta mañana fue rasurado por las enfermeras. Sus manos, empuñadas, descansan sobre su cintura, ligeramente flexionados los codos. Pareciera tener sueño REM.²²

No pude evitar ver cuando entró Elena a visitar a Roberto. Esta mañana la mirada de Roberto es triste, no logra contestar a la pregunta que le hace su esposa de “cómo estás”, sólo emite un sonido estertóreo y balbuceante debido a los tubos que pasan por su garganta (cánula, sonda nasogástrica, sonda endotraqueal del respirador);²³ mira de lado a su esposa, entre los espacios que deja la barandilla que cubre los flancos de la cama, con profunda tristeza (al menos eso creo) y resignación. Cuando llegó, su mirada era de angustia y ánimo, con actitudes de pudor y vergüenza al verse despojado de todas sus prendas, incluso de su anillo de matrimonio, del que sólo queda la marca en su dedo. Ahora se somete a las miradas ajenas sobre su cuerpo casi desnudo;

a las manos ajenas que lo bañan y secan, limpian sus evacuaciones y le cambian el pañal, es casi imposible quejarse y protestar. “Cómo estás”, le vuelve a repetir su esposa, mientras con un paño le seca un par de lágrimas que se escurren por su sien izquierda. Él sólo le contesta asintiendo con un ligero movimiento de cabeza.

Elena: ¿No tienes ganas de irte?

Roberto mueve la cabeza de modo afirmativo

Elena: Ya pronto te van a dar de alta.

Él dice no, con su cabeza.

Elena: ¿No?, sí, sí te vas aliviar pronto.

Vuelve a decir que no.

Elena: ¿Ya no quieres que venga a verte?

Roberto dice: “No”, dice con un ligero movimiento de cabeza.

A Elena le brotan las lágrimas en silencio, se voltea un poco para evitar que su esposo la vea llorar. Permanece en silencio acariciando sus manos, estirándole los dedos, en tanto, repentinamente suena una de las alarmas del monitor: Roberto tiene taquicardia, su frecuencia se ha elevado a 180, ella suelta su mano y voltea a buscar a alguien que le explique qué es y por qué ese zumbido. La frecuencia vuelve a disminuir y el monitor apaga su alarma. Entra el médico residente, Carlos, de medicina interna y Elena le pregunta: “doctor, ¿cómo está mi enfermo?”, sin voltear a verla y sin detenerse, Carlos contesta: “está delicadito, su corazoncito está malito”, y sigue caminado hacia el otro extremo de la sala para corroborar unos datos de un expediente clínico de otro paciente.

Elena vuelve a sentarse y pregunta a una enfermera que se acerca a la cama a cambiar un frasco de solución a Roberto: “oiga enfermera, perdone, el aparato ese que está ahí, ¿está bien que prenda ese foquito rojo y que suene?” (Elena se refiere a una de las bombas de infusión que están colocadas en la cabecera de Roberto).

Enfermera: Sí, mi’jita, así hacen todas, pero no te preocupes, no pasa nada.

Elena continúa acariciando las manos de su esposo. Yo no me di cuenta pero la media hora de visita ha pasado con demasiada rapidez, apenas la he sentido. La esposa de Roberto sale de la sala cuando ve que otro de los familiares del cubículo de al lado se retira. Alcanzo a escuchar que le preguntan:

Vecina: ¿Y cómo está su esposo?

Elena: Dicen que su corazón está malito... yo ya no sé qué hacer.

Las dos mujeres se van caminando, Elena secándose las lágrimas, lentamente, y mirando hacia atrás por el pasillo hasta cruzar la puerta y dirigirse a la salida del hospital.

No pude ocultar cierto sentimiento de tristeza al observar el pesar de Elena y de Roberto. En ese momento también decidí salir de la sala de terapia intensiva y dirigirme hacia la entrada de urgencias, donde esperaba ver a alguien para platicar sobre cualquier otra cosa, distraerme un poco. En eso estaba cuando me topé con el doctor Maximiliano, un adscrito del servicio de terapia intensiva que también necesitaba tomar aire fresco: “vente –me dijo– te invitó un café o una Coca”, “mejor una Coca” contesté, y salimos juntos a la rampa de entrada donde estaba un dispensador de refrescos, de esos que funcionan con monedas y que había en algunos pasillos y entradas del hospital. Depositó unas monedas y la máquina dejó caer dos refrescos de cola; los tomé y le entregué uno a él. Como no podía alejarse mucho del servicio porque constantemente lo llaman, me invitó a pasar a la oficina de la secretaria del departamento, donde se reúnen algunos de los adscritos para tomar café y comentar algún caso clínico o noticia del día anterior o del noticiario de la mañana.

El día de hoy platicamos, Maximiliano, la doctora Dora –que estaba en la oficina– y yo sobre las tomas de decisión ante el paciente grave. Propuse el tema de manera indirecta, al sugerir que “a mí no me gustaría morir en estas condiciones” (haciendo referencia a los pacientes de la sala de terapia intensiva), a lo que el doctor Maximiliano comentó que ni a él tampoco, que ni siquiera le gustaría que lo visitaran sus familiares, que no le gustaría que lo vieran en esas condiciones. Con este último comentario se inició la conversación:

Maximiliano: Yo preferiría morirme en mi casa o en piso.²⁴

Dora: Eso dices tú, pero no te van pedir permiso... lo más seguro es que te mueras en una terapia, no creo que tu familia te deje morir así.

Maximiliano: No, pero mira, uno como médico ya sabe que es bien gacho que te tengan lleno de tubos y de mangueras, que no puedes ni moverte ni hablar y si uno quiere pues le dices a un compañero que te ayude, que te saque de ahí y que te lleve a morir a tu casa.

Dora: Y qué ¿tú lo harías?

El doctor Maximiliano contesto con otra pregunta.

Maximiliano: Bueno, si el caso fuera de último momento o un familiar muy cercano, ¿acaso tú no lo harías?

Tanto Dora como yo callamos y Maximiliano agregó:

Maximiliano: Bueno, pero de lo que se trata es de que cuando menos ni a mí, ni a algún médico que yo conozca le gustaría morir en una terapia, es una de las muertes más tristes. Porque mira, aquí no te dejan morir, lo que te haga falta te lo ponen, que si te falla el riñón: te dializan,²⁵ el corazón, te ponen bombas; que si te cortan un

pedazo de tripa y no puedes comer, ahí está la NPT.* Nomás no te mueres a gusto, luego a tu familia la ves o te ven una o dos veces al día y nomás un ratito.

Rafael: Oye, médico, pero eso es sí se trata de tu decisión, pero ¿tú harías lo mismo con un familiar, tú lo sacarías del hospital para llevártelo a morir a tu casa?

Maximiliano: Bueno, Rafa, eso ya es otra cosa. Eso creo yo sería casi eutanasia. Y eso está prohibido aquí en México. Y te aseguro que si tú les preguntas en el auditorio a todos los médicos que quién está a favor de la eutanasia o quién la ha practicado, te aseguro que nadie levanta la mano. Pero te aseguro que en casos como éstos, con tu mamá o tu hermano o un hijo tuyo, a lo mejor no lo matabas, pero sí intentarías que no se muriera aquí en el hospital.

Dora: O como te decía el otro día —en alusión a una plática anterior con el doctor Maximiliano—, tú aquí haces lo que quieres porque no están los familiares viéndote, pero yo te aseguro que si los familiares vieran que no los dejas morir, a lo mejor sería la cosa diferente.

Rafael: O que no los dejas vivir, porque me he dado cuenta de que algunas cosas no se hacen y no porque no sepan qué hacer y no haya quién la haga, sino porque no se quiere hacer. Por ejemplo, ¿qué pasa cuando deciden que se va de alta por “máxima mejoría?”²⁶ ¿es máxima para quién, para este hospital, para ese médico, o para este paciente?, ¿qué pasaría con el pronóstico de este paciente en otro hospital, digamos norteamericano o europeo?

Maximiliano: No bueno, Rafa, ahí la cosa es diferente... allá tienes todo para trabajar, te pagan todo, pero aquí casi operas con las uñas; hay veces que no hay antibióticos o las camas están llenas, y para qué las tienes ocupadas con alguien que se va a morir.

Rafael: Sí, Maximiliano, pero todos nos vamos a morir.

Maximiliano: No, no, no, yo me refiero a que ¡sabes que se va a morir! Que si le quitas el tubo o los medicamentos, pues se le para el corazón y ya, se acabó. Y eso lo estás viendo a diario...

En este momento la plática se vio interrumpida por intempestiva entrada de una enfermera que notificaba que una paciente se había agravado: “doctor Maximiliano, la paciente del infarto está mal”. Sin decir palabra, los dos médicos salieron corriendo a la sala de terapia intensiva. Yo salí tras de ellos para ver qué sucedía. Puede observar que ya se adelantaba al grupo Carlos, uno de los médicos residentes. Decidí quedarme a un par de metros del cubículo al que todos entraban, mientras veía cómo se desarrollaba la acción, no estorbaba y lograba observar lo que estaba pasando.

La llamada se debía a que una paciente, Graciela Sánchez, de 42 años, se estaba agravando. Ella, procedente de una población de Michoacán, ingresó a la sala de terapia intensiva durante la madrugada porque había presentado un infarto agudo al miocardio* extenso; cuando yo llegué por la mañana, la paciente todavía estaba consciente e incluso platicaba, si bien se quejaba de dolor en el pecho; solamente tenía colocada una venoclisis en el brazo derecho (ocupaba la cama número seis que se puede ver en la figura 1). Graciela estaba en terapia intensiva desde hacia más de seis horas, en tratamiento con algunos medicamentos para infarto. Cuando inició este evento todavía estaba consciente, el dolor había aumentado en intensidad, se puso pálida y por momentos perdía el conocimiento; de modo que la enfermera decidió avisar a los médicos.

* Nutrición Parenteral Total.

Cuando llegó el grupo de médicos, ya estaba ahí el R3-MI (Carlos) y solicitaba una actualización de los signos vitales y la toma de un “electro”. La enfermera que les había notificado lucía sumamente nerviosa, era su primer día en ese servicio de terapia intensiva y no disimuló un suspiro ante la intervención de Carlos. Cuando los demás médicos estuvieron frente a la paciente,²⁷ formularon algunas peticiones y preguntas:

M’ija, pásame unos guantes.

¿Qué le pusieron?, ¿le pasaron algún medicamento?

Traigan el electro.

Rápido, m’ija, los guantes.

Doctor, me llamo Viki, no m’ija.

A ver, tú, conéctale el electro.

¿Qué signos vitales tenía?, ¿le pasaron algún medicamento?

Sólo ranitidina, doctor.

Carlos, ¿con qué la tienes?

Esquema de infarto, doctor.²⁸

Traigan el carro rojo.*

La enfermera parecía no saber qué hacer, probablemente por la tensión de tener que atender todas las peticiones de quienes le solicitaban cosas, o tal vez por el estado de la paciente. Sus compañeras enfermeras rápidamente se acercaron para ayudar en la recolección del material y en la atención de la paciente. En cuestión de minutos toda la sala se convirtió en un ir y venir de enfermeras y de médicos. El doctor Carlos se ubicó al lado derecho de la paciente, cercano a su cabecera, puso su estetoscopio en el pecho de Graciela para escuchar su corazón; entre tanto, las otras enfermeras comenzaban a moverse de un lado a otro preparando algunos medicamentos que ellas sabían que se necesitarían. Al ver que el estado de salud de Graciela era delicado, Carlos ordenó todo lo necesario para instalar una subclavia, ya que se requería una vía de acceso más amplia y rápida para introducir los medicamentos al cuerpo.

Carlos: Enfermera, quiero guantes del ocho, isodine, gasas, jeringas, lidocaína al dos por ciento.

Enfermera: ¿De qué número los guantes, doctor?

Carlos: Del ocho. Pásame un equipo de cirugía.

Enfermera: ¿Menor?, ¿o el que viene con el catéter?

Carlos: Si ya viene, pásame ése y un cubrebocas, por favor... y vayan preparando una hartmann de quinientos.

Llama la atención que si bien los comentarios de Carlos y sus peticiones de algún material iban acompañados de un “por favor”, nunca daba las gracias; se limitaba a preguntar y a pedir;

preguntaba qué medicamentos le estaban pasando, “solamente ranitidina”, contestó la enfermera; “y qué más le pasaron” agregaba él, la enfermera decía “nada, doctor”. Conforme pasaba el tiempo todas las enfermeras se movilizaban cada vez más. Junto con el residente llegó una interna, Cristina, a quien él inmediatamente dijo: “tómele un electro a la paciente y háblele a su compañera”. La interna se limitó a tomar el electro, colocó el aparato e hizo todas las maniobras que se requerían; el residente, por su parte, solicitó que le prepararan más medicamentos, algunas otras soluciones, que le pasaran gasas, guantes... todo lo que se requería para una maniobra como ésta.

Conforme pasaban los minutos la actividad se intensificaba; todas las enfermeras de terapia intensiva, un promedio de cinco, ahí estaban: unas preparaban una solución, otras pasaban los guantes, alguna buscaba las sondas, todas se movían rápidamente. Llegaron más médicos, pues terapia intensiva había solicitado una interconsulta al departamento de cardiología para valorar el tratamiento de Roberto; así, se presentaron dos médicos del servicio de cardiología, uno de ellos un poco mayor y que aparentemente era el jefe, y otro que debía de ser un residente de cuarto o quinto año, acataba las decisiones de aquél. De inmediato ellos empezaron a ver qué pasaba, en ese momento el residente Carlos realizaba habilidosamente y con suma rapidez realizaba las maniobras para la colocación del catéter de subclavia, al terminar sugirió que “éste es el momento ideal para hacer un cateterismo”.²⁹ Levantó la mirada para ver a los cardiólogos y les dijo: “este infarto se comportó como todos los infartos agudos extensos”.

Enseguida el doctor Maximiliano dijo: “qué onda, ¿la intubamos?”³⁰ los cardiólogos sólo miraban uno de los resultados del electro y asintieron con la cabeza. Se le aumentó a la paciente la cantidad de oxígeno que le llegaba a través de unas puntas de plástico que tenía colocadas en la nariz y que en su otro extremo se insertaban en una salida de oxígeno de la pared. Nuevamente se solicitó a las enfermeras todo lo que se requería para intubar:

Carlos: Preparen el respirador.

Maximiliano: Un “laringo” con una hoja recta del tres.

Carlos: Una cánula del siete.

Maximiliano: M’ija, pásame unos guantes del siete y medio.

Enfermera: No hay medios, doctor, ¿siete u ocho?

Maximiliano: Ocho, m’ija, pero córrele.

Enfermera: No me llamo m’ija, me llamo Bertha.

Carlos: ¿Ya está el respirador?

Maximiliano: Ándale, m’ija, pásame los guantes, luego intimamos.

Carlos: ¿Dónde está el equipo de intubación?

Viki: Ya voy, doctor, espéreme.

Se preparó el respirador, que no estaba listo; se buscaron las cánulas, que no estaban listas; se buscó un laringoscopio, que no tenía pilas, todo se resolvía en esos momentos. Aun en esta maniobra, que es un procedimiento delicado como todos en medicina, y que requiere rapidez por el estado de la paciente, el doctor Maximiliano le pidió a una de las internas realizar la intubación, como proceso de enseñanza; le preguntó si quería hacerlo y ella aceptó. Las internas rara vez se niegan a aprender a hacer algo.

En este ajeteo llegó a haber once personas alrededor de Graciela, la paciente. Como su estado iba empeorando, hubo la necesidad de sedarla con tiopental para poder intubarla; a partir de ese momento la paciente perdió el conocimiento.

La enfermera encargada de atenderla suspiraba constantemente, parecía preocupada por lo que estaba pasando, se secaba el sudor, se ponía muy nerviosa, no sabía qué hacer, todo ello aunado a que no sabía muy bien dónde estaban las cosas pues era su primer día en ese departamento. El resto de las enfermeras no mostraba tanta preocupación como ella, se movían con celeridad para tratar de ayudar, aunque no sé con certeza si a ella, al médico o a Graciela. Muchas maniobras, evidentemente, las hacían mejor las enfermeras que los médicos, por ejemplo, instalar el electrocardiógrafo, fijar una cánula, pues ellas tienen más práctica.

Las internas no parecían particularmente nerviosas, ni ansiosas ni angustiadas. Tengo la impresión de que no sabían con exactitud lo que estaba pasando. Teóricamente lo sabían, pero no se acongojaban por ello, como tampoco los otros médicos; por ejemplo, incluso cuando el doctor Carlos estaba insertando el catéter por la subclavia, por momentos bromeaba y hasta llegó a bailar sobre un pequeño banco en el que estaba parado. Daba la impresión de que estaba tranquilo y seguro. Teníamos frente a nosotros a una paciente grave y que quizá muriera, pero Carlos definitivamente no daba señales de sentirse muy angustiado. Hubo un momento, cuando llegaron los cardiólogos, en que percibí cierta sensación de alivio de su parte, al tomar conciencia de que las decisiones ya nos las tomaría solo. Los cardiólogos tampoco se veían ansiosos ni mostraban signos visibles de algún sentimiento de tristeza o angustia. El doctor Maximiliano estaba tranquilo; quizás en ese momento la más angustiada era la enfermera Viki. Una de las internas, en medio del evento, volteó a verme y dijo: “¿verdad que sí estamos estresados? Hay que ver cómo analizas tú esto”.

Conforme pasaban los minutos, se instauraban nuevos procedimientos. Por sugerencia de una de las enfermeras se le colocó una sonda vesical, así como una cánula orofaríngea,* y se conectó el respirador que ya habían terminado de preparar. Le instalaron en el cuerpo las terminales de un monitor que registraba su frecuencia cardiaca, la respiratoria y la presión arterial y le

* Ésta es de material muy duro, capaz de soportar la presión de los dientes al cerrar, de esta forma impide que en algún momento las otras cánulas (la gastroesofágica y la endotraqueal) que pasan por la boca del paciente puedan ser mordidas, obstruidas o seccionadas.

pusieron más medicamentos a través del catéter que le habían introducido por la vena subclavia. A partir de ese momento, el acercamiento a las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), se daba por medio de los aparatos, del monitor y del electrocardiógrafo. Gracias a éstos se sabía cuál era el estado de Graciela, de su corazón. En tres ocasiones se le pusieron todas las terminales del electrocardiógrafo sobre el cuerpo para tomar un electrocardiograma y posteriormente se le quitaron porque pensaron que ya no se necesitarían, pero debieron repetir esta operación hasta en cuatro ocasiones; finalmente decidieron no hacerlo más porque “ya no tenía caso”. Esto era importante porque la mediación entre el corazón de Graciela y los médicos se hizo con estos aparatos; sólo preocupaba el estado del corazón.

En determinado momento nadie sabía cuál era la tensión arterial porque se le había quitado el monitor. Durante algunos minutos la frecuencia cardíaca estaba muy débil para escucharse con un estetoscopio, por lo que, cuando se aplicaban los medicamentos, todos –y esto era muy notorio– volteaban a ver la pantalla del monitor; miraban cómo después de aplicar la atropina o la adrenalina los números subían de 60 a 135 –correspondiente a la frecuencia con que el corazón latía–, para luego bajar a 130, a 124, 121, 110 y, de pronto, a 100, enseguida a 80 a 50 y alguien decía: “rápido, apliquen otra dosis”; mientras alguien lo hacía, todos desviaban la mirada hacia la mano que tenía la jeringa, pero una vez terminada la aplicación, no más de 10 a 20 segundos, todos volteaban nuevamente al monitor y esperaban que los números subieran. Subían un poco, volteaban a ver a la paciente, trataban de escuchar su corazón con el estetoscopio y alguien decía: “¡está bajando, está cayendo!”; otra vez estaba en 40. Esto se repitió tres o cuatro veces.

Era una sincronía entre: mirar a la paciente-aplicar medicamentos–mirar el monitor-elevación de la frecuencia cardíaca–disminución del efecto de los medicamentos–disminución de la frecuencia cardíaca–desviar la mirada del monitor para volver a ver a la paciente o, mejor dicho, la mano que aplicaba los medicamentos. Hubo un momento en que la frecuencia cardíaca bajó mucho de intensidad y empezó a disminuir la presión arterial, por lo que decidieron darle masaje cardíaco, maniobra que consiste en hacer presión con ambas manos sobre el pecho de la paciente, con cierta periodicidad que imita los latidos del corazón. Para ello, Carlos debió pararse sobre un “banco de altura”, y maniobrar por diez minutos, como máximo. Durante este evento, y en todos estos periodos, la alarma del monitor y la del respirador sonaban insistentemente, una, luego la otra; era como la alarma aguda de un reloj electrónico; la apagaban porque los desesperaba, formaba un zumbido angustiante que seguía el ritmo de las cifras que aparecían en la pantalla, si el número era de 130, con esa misma rapidez se repetían los zumbidos, si bajaba hasta cuarenta, el zumbido también disminuía.

El lugar donde todo esto acontecía era un pequeño cubículo de 3 x 3 m aproximadamente, con una puerta amplia de 3 x 3 m. El calor era espantoso, los médicos sudaban literalmente a chorros, les goteaba el sudor por la frente y debían secarse constantemente con gasas; las enfermeras hacían lo mismo. Mejoró la frecuencia cardíaca de la paciente después del masaje que

se le aplicó pero, al parecer, no sucedió lo mismo con la presión, por lo que en ese momento se inició una secuencia causal entre masaje cardiaco-aplicación de medicamentos-aumento y disminución de la presión arterial-disminución y aumento de la frecuencia cardiaca-masaje cardiaco. Hubo momentos en que bajaba la frecuencia cardiaca y al aplicar atropina ésta subía, pero al terminar el efecto del medicamento, volvía a bajar. Se le aplicaron dosis máximas, incluso una tercera dosis exagerada de atropina y adrenalina, mas la paciente no mejoraba, no se mantenía estable su frecuencia cardiaca, que ya no subía a más de 30 por minuto y la presión arterial era ya indetectable.

El diagnóstico que los cardiólogos dieron en ese momento fue que el infarto se había extendido aún más y se produjo un Fallo de Bomba,* es decir, el corazón ya no funcionaba como debería, se movía pero ya no podía bombear la sangre al cuerpo. La frecuencia cardiaca fue disminuyendo y se le aplicaba un medicamento, se le aplicaba otro y cada vez era más difícil mantener o lograr que esta frecuencia llegara a ritmos normales. La frecuencia empezó a bajar tanto que el residente dijo, “bueno, ¿qué onda?, ¿le sigo, le paramos o qué le hacemos?”. Nadie contestaba, nadie decidía, el residente insistió: “pues si a mí me preguntan, yo digo que ya”. Entonces volteó a ver a los cardiólogos, que eran los que en determinado momento llevaban la dirección y la coordinación de los tratamientos, pero ellos sólo se miraban entre sí, evadían la mirada de Carlos, analizaban el último electrocardiograma, pero no contestaban; el doctor Maximiliano también evadió la mirada de Carlos, la dirigió hacia la paciente y calló; la interna sólo miraba a Graciela. Finalmente, la doctora Dora debió decidir que ya se detuviera cualquier acción con relación a la paciente; hasta ese momento ella había permanecido al margen de la toma de decisiones por respeto, por que consideraba que “ya alguien estaba dirigiendo al grupo”.³¹ Así pues, cuando el residente volteó a verla, hizo un ademán y un ligero movimiento de cabeza dirigido al residente, para indicarle que “ya”, que detuviera cualquier maniobra.

A partir de ese momento el monitor empezó a presentar números 30, pero nunca estuvo en ceros. Se hizo pasar a los familiares para comunicarles del estado de la paciente. “Díganles que ya se está muriendo”, ordenó el doctor Maximiliano. En eso uno de los cardiólogos sugirió que “sería bueno darle un piquetito –al corazón– para descartar una ruptura cardiaca”. Sabiendo que la paciente ya estaba en proceso agónico, ya estaba muriendo y ya no había más que hacerle, el cardiólogo residente insistió en una maniobra diagnóstica para saber qué había pasado, para corroborar algún dato sobre la etiopatogenia. El otro cardiólogo, el jefe, le contestó: “no, déjala, yo me inclino más en pensar que fue un fallo de bomba y un infarto extendido, ni modo, déjala”. Carlos fue el encargado de dar la noticia a los parientes. Todavía en ese momento, cuando decidieron suspender cualquier maniobra y comentaron que se hiciera pasar a los parientes, el residente Carlos hizo una sugerencia: “le paso poquita adrenalina para que aunque sea vean el monitor, que vean cómo se mueve”. Es decir, él tenía la idea de administrar una sustancia para prolongar un poco más la frecuencia cardiaca, para obligar al corazón a que se moviera y que

cuando entraran los familiares ellos tuvieran la percepción de que la paciente estaba viva. Para él, ella ya había muerto, aunque probablemente escuchara pues tenía los ojos abiertos, probablemente viera y tuviera conciencia de todo lo que le estaba pasando ya que no le habían dado un anestésico disociativo sino un sedante para poder intubarla, y tal vez también sintiera dolor. Pero él, en ese momento, podía jugar con las constantes vitales, las mismas que dijo que eran sinónimo de vida,³² para que los familiares vieran ese monitor y vieran a Graciela viva. En respuesta al comentario de Carlos, la interna lanzó una exclamación como diciendo “ya por favor, no”; a él le dio risa y simple y sencillamente se quitó los guantes y se fue. Junto con él salían todos los médicos cuando alguien del grupo preguntó: “¿a qué hora declaramos el suceso?”. Habían pasado algo así como 45 minutos desde que le hablaban a los médicos en la oficina hasta ese momento.

Las enfermeras presurosamente comenzaron a reunir todo el instrumental que se había utilizado, para lavarlo y esterilizarlo, guardarlo o desecharlo. Una vez hecho eso, permitieron que entraran tres de los familiares: dos de sus hijos y una hermana. Algunas enfermeras continuaban quitando los tubos y retirando los aparatos e instrumentos. Las enfermeras los vieron de reojo y continuaron con su labor. Para ese momento ya se habían retirado todos los médicos de la sala y sólo quedábamos, cerca de Graciela, un par de enfermeras y yo. Los familiares se sentían muy mal, no sabían qué hacer, tocaban a Graciela y sentían que su cuerpo aún estaba tibio. Yo veía cómo la tocaban y decían: “está tibia, está viva, qué pasa”. No podían entender qué era lo que estaba pasando y por qué las enfermeras le quitaban todos los aparatos a su madre. En realidad nunca supe qué fue lo que se les informó antes de pasar a la sala: que Graciela estaba muy grave o que ya la habían declarado muerta. Habían transcurrido unos minutos, cuando la doctora Dora regresó a la sala y les dijo a las enfermeras que se retiraran, que dejaran todo tal y como estaba y que permitieran a los familiares de la paciente acercarse, que les dieran un momento de soledad; Graciela aún estaba tibia, hacía escasos cuatro o cinco minutos que se le había suspendido cualquier intervención médica.

Las enfermeras dejaron lo que estaban haciendo y se alejaron unos metros; la doctora Dora observó por unos instantes a Graciela y se retiró. Entonces yo también decidí irme.

25 de Septiembre

Una de las primeras rutinas de grupo durante el día, entre los médicos de terapia intensiva, es el Pase de Visita matutino. Estos pases de visita, o rondas de trabajo, tienen un formato regular en la mayoría de los departamentos, son semejantes tanto en la forma de hacerlos como en sus objetivos. La dinámica es pasar a ver a cada paciente a su cama para ahí discutir lo referente su enfermedad.³³ Cada visita dura entre cinco y quince minutos, a veces más, según sea el caso.

Por lo regular las rondas inician entre las 8:00 y las 10:00 de la mañana y participan los internos, residentes, adscritos y, en algunas ocasiones, personal de enfermería y algún representante

del departamento de trabajo social que se integra con la finalidad de obtener información sobre el estado actual y el pronóstico de los pacientes, para posteriormente comunicarlo a los familiares. Se discute lo que ha sucedido con los pacientes durante la noche anterior y se presentan al adscrito los nuevos enfermos que ingresaran antes de esa hora. Esta presentación se realiza en el mismo orden que tiene la historia clínica escrita. También se evalúa el progreso del tratamiento, las pruebas de laboratorio o radiológicas que se ordenarán y se examina de nuevo a los pacientes; se describen ante el adscrito los nuevos hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio significativos, si bien se limitan a mencionar los datos que consideran pertinentes, positivos o negativos.

Durante los días anteriores, incluido el día de hoy, se me ha invitado a participar en estos pases de visita, por lo que he tenido la oportunidad de asistir a casi todos desde que inicié este periodo de observación. En especial este día (25 de septiembre) me interesaba acompañarlos y enterarme del estado de salud de Roberto. Por ahora hay tres pacientes además de él: Aurora, Manuel y Jovita; uno más fue trasladado al departamento de cirugía —a piso— debido a la notable mejoría de su estado de salud. Estos enfermos ocupan las camas marcadas con los números 2, 3, 4 y 5 respectivamente (Esquema 2). El grupo de médicos para el pase de visita de hoy está conformado por Pedro (jefe del servicio), la doctora. Dora y el doctor Maximiliano (médicos adscritos), Carlos R3-MI y Armando R1-CG (residentes) y tres médicos internos de pregrado (dos mujeres y un hombre). También acompañan las enfermeras responsables de cada paciente.

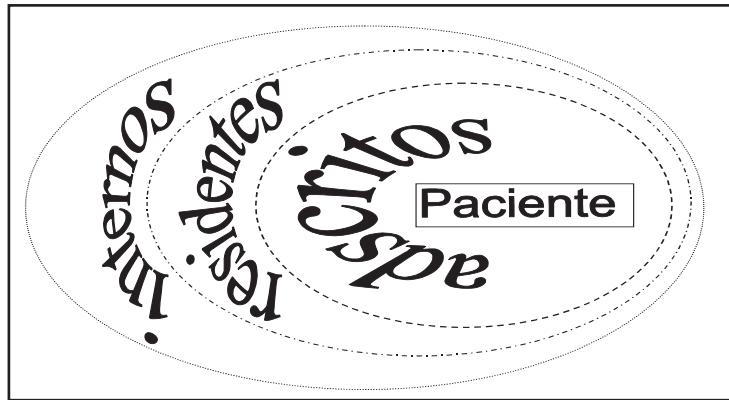
En las rondas, el grupo completo de médicos se ubica frente a cada cama; desde ahí, el residente encargado del cuidado del paciente presenta los datos generales y procede a actualizar la información de la condición de su salud y de su proceso de evolución hasta esa hora del día, en el caso de que hubiese ingresado con dos o más días de anterioridad. Para los pacientes que ingresaron el día anterior, después de la hora de visita o durante la noche, la presentación se extiende para abarcar lo que llaman ficha clínica completa, se hace una descripción detallada de los hallazgos de la exploración física y del motivo de su ingreso al departamento de terapia intensiva. Enseguida, el jefe del servicio o uno de los adscritos hace algunas preguntas y comentarios que complementan la información sobre el estado de enfermo y se establece una discusión con el residente encargado sobre la conducta terapéutica que se deberá seguir. En este momento se pueden generar algunas diferencias con respecto a los criterios de tratamiento, pues el médico residente algunas veces lo inicia sin consultar al jefe o a alguno de los adscritos y debe ser modificado total o parcialmente, pero también en algunas ocasiones, ratificado. Las disyuntivas y discusiones sobre el tratamiento idóneo se dan entre los adscritos y el jefe del servicio, y rara vez entre los residentes y los adscritos, y aún menos entre los residentes y el jefe del servicio. Esta dinámica de presentación, discusión y toma de decisiones terapéuticas se repite de manera casi idéntica con cada uno de los pacientes.

La distribución espacial de los médicos en derredor del paciente es de forma concéntrica y de mayor a menor jerarquía y de dentro hacia fuera. Así en el centro o lo más cerca del paciente

están los adscritos y el jefe del servicio; le siguen en segundo plano hacia fuera y más lejos del paciente, los residentes; en tercer nivel están los internos, que se “mimetizan” con el ambiente, rara vez comentan o proponen alguna opción diagnóstica o terapéutica. Son los últimos en acercarse al paciente y los últimos en alejarse. Esta situación espacial de los miembros del equipo, según su categoría, se presenta en el esquema 4.

Esquema 4

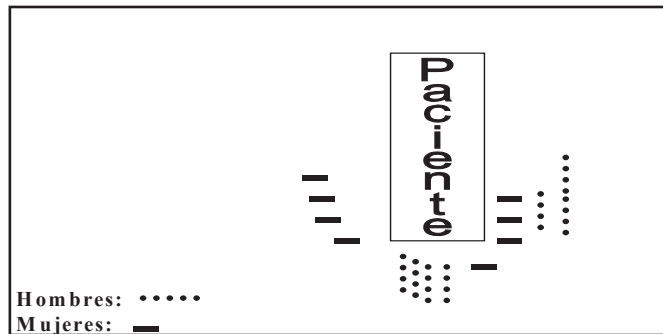
Distribución espacial por categoría



Su distribución por género se muestra en el esquema 5.

Esquema 5

Distribución espacial por género



El trato entre residentes y entre adscritos y jefe de residentes es de confianza, se tutean; pero los residentes le hablan de usted a los adscritos y al jefe del servicio. Por su parte, si un interno se dirige al residente, al adscrito o al jefe del servicio, el trato es “de usted”. Los residentes, adscritos o el jefe del servicio tutean a los internos. La formación de diálogos es de estructura vertical descendente, de una jerarquía superior hacia una inferior. Si se inicia alguna discusión sobre diferencias en las decisiones terapéuticas o diagnósticas, el jefe del servicio permite que los demás expongan sus criterios, pero es él quien decide cuándo y cómo ha de terminar la discusión, y se

los hace saber interrumpiendo la discusión con alguna aseveración categórica de lo que ha de hacerse y dirigiéndose hacia la cama de otro paciente y preguntando “¿qué hay con este otro?” o “bueno, continuemos”.

Durante el pase de visita el jefe del servicio recomienda la lectura de algunos artículos e interroga por otros recomendados en días anteriores, consistentes en la revisión bibliográfica de alguna patología en específico que se haya asignado a un residente en particular.

Hora: 9:25 a.m.

Este día la visita se inició con Jovita, la paciente de la cama 5, porque presentaba el estado de salud más deteriorado y, además, para dar tiempo a que se integrara al grupo un médico interconsultante del departamento de infectología, para que ayudara a normar la conducta que se debería seguir en el tratamiento del paciente Manuel, de la cama 3.

Jovita tiene 63 años, es viuda, con cuatro hijos y algunos nietos. Su hermana y dos de sus hijos la visitan frecuentemente. Ha estado sedada durante su estancia en la sala de terapia, por lo que no ha vuelto a recobrar la conciencia desde que la sometieran a cirugía, hace doce días. Carlos R3-MI, procedió a presentar a Jovita ante los miembros del equipo:

R3-MI: Paciente ampliamente conocida por el servicio, por ser éste su doceavo día de estancia intrahospitalaria. Actualmente con diagnóstico de trombosis mesentérica por obstrucción de cava mesentérica superior, los cirujanos realizaron una ileostomía con resección total del intestino delgado; más pancreatitis, más falla orgánica múltiple. Ella es una buena paciente que, sin embargo, ha respondido mal al tratamiento, actualmente la tenemos destetada de aminas y... –decía apresuradamente todo esto cuando fue interrumpido–.

Pedro, jefe de TI: Carlos, ¿qué pasó con el neumotórax?, ¿cómo vamos? Yo veo la saturación un poco baja, ¿cómo está la “gas”?

Maximiliano: Oye, Peter, como que trae los pechos así como de Lorena Herrera ¿no?, ¿no será que ya hizo un enfisema subcutáneo? Mira, el lado derecho lo tiene distendido –en tanto hablaba y los demás se reían de su comentario, hacía presión con sus dedos en el pecho de Jovita, sus huellas quedaban dibujadas en la piel cuando los retiraba–. ¿Ya viste?, ya hizo un enfisema subcutáneo.

Dora: Pásame la placa de hoy –se dirigió a una de las internas, que apresuradamente la buscó y sacó de abajo del colchón de la cama–. Ésta no es la de hoy, ¿que no le pidieron una?, es más, ésta es la misma de hace dos días.

Pedro: Carlos, ¿qué pasó con la placa? –Carlos comentó algo en voz baja con una de las internas y cruzó una mirada con Armando, otro residente, que le murmura algo–. Hiciste otra subclavia porque según tú tenía neumotórax y no le has tomado una placa de control, ¿por qué hiciste este procedimiento, si esto sólo lo debes hacer cuando tienes una radiografía?

Carlos: No vinieron a tomarla ayer, doctor –con una voz que delataba nerviosismo y pedía disculpas–, yo me fui y no supe después si los familiares la pagaron o no, o si entregaron el recibo. Pero ayer la paciente estaba bien, de hecho la subclavia se la tuvimos que cambiar porque hizo un neumotórax, bueno, clínicamente para mí era un neumotórax derecho, pero cuando le pusimos la subclavia izquierda se oía bien el pulmón.

* “Gas”, contracción de gasometría*

En tanto Dora observaba la placa junto con Pedro, Maximiliano agregó:

Maximiliano: No, eso está bien, Carlos, lo que tiene es que el sello de agua está mal puesto, tiene fugas. Mira, está muy flojo –manipulaba un tubo que salía del costado derecho de Jovita y que se extendía hasta un sistema de vacío de aire llamado Pleuro-vac–, se está fugando aire y se está yendo por la piel; esto hay que corregirlo.

Pedro: A ver, pásenme el expediente –el interno que cargaba los cuatro expedientes buscó rápidamente el de Jovita y se lo dio. Él lo tomó sin voltear a ver al interno y, mirando a Carlos de reojo, continuó: Pero ¿cómo vamos con la paciente?, ¿cómo está neurológicamente?, ¿ya despertó?, ¿qué *glasgow* tiene?, ¿cómo están sus curvas?

Una de las enfermeras que se encontraba a unos pasos se apresuró a entregarle a Dora una hoja de enfermería, que es donde se registran estos parámetros, signos vitales, a los que Pedro se refiere como curvas.

Maximiliano: Si está sedada no vamos a poder valorarla, necesitamos quitarle la sedación, ¿ya lo intentaste, Carlos?

Carlos: Sí, doctor, pero empezó a luchar con el respirador y la tuvimos que volver a sedar.

Dora: Aquí aparece que ha tenido fiebres, ¿cómo andan sus “léucos”?¹⁷¹

R1-CG: Andan un poco altos y sus plaquetas están bajas, como de cien mil.

Dora: No están muy bajas... tú que eres de cirugía ¿sabes si tus cirujanos le hicieron lo que dicen?, porque en la nota pusieron que resecaron todo el intestino delgado, pero no pusieron cómo estaba el páncreas, o el colon; si había zonas de isquemia en otra zona. Tampoco pusieron nada hace dos días cuando la metieron a hacerle aseo quirúrgico. Dígale a sus compañeros que pongan una notita aunque sea. Qué tal si no le hicieron nada y uno todo creído que sí.

Armando sólo escuchaba tratando de evitar la mirada de Dora... desviaba la vista hacia algún otro compañero, que también evadían la mirada.

Pedro: A ver, tenemos que tiene doce días, no ha despertado, ¿de cuánto es el *glasgow*?

Carlos: De dos a tres.

Pedro: Está haciendo curvas –con tono casi conclusivo siguió hablando–, la herida está infectada, *glasgow* de dos... ¿con cuántos antibióticos la tenemos?

Carlos: Con tres, los cirujanos le dejaron dos y agregué uno más... por si las contaminaciones –esto último lo dijo con tono irónico, Armando que es residente de cirugía, sólo miró de reojo a Carlos.

Pedro: *Glasgow* de dos, esquema amplio de antibióticos; tiene falla orgánica múltiple, pancreatitis, sepsis, ¿no ha sangrado?

Armando: Anoche presentó algunas petequias*, a lo mejor está en CID.¹⁷²

Pedro: Llevamos doce días, yo creo que ya le dimos una oportunidad a la paciente y no responde bien, así como está yo diría que la pasaran a piso.

171. “Léucos”: leucocitos*.

172. Coagulación Intravascular Diseminada.

Después de que Pedro terminó de hablar se hizo un silencio de algunos segundos en el que los internos se miraron entre sí; Dora miró a la paciente, Pedro cruzó la vista con Maximiliano, Carlos agachó la cabeza con cierto sentimiento de tristeza, de pesar.

Carlos: Entonces –con la voz entrecortada–, ¿la damos de alta por máxima mejoría?

Pedro: Sí, ¿no?, o ¿qué más le vamos a hacer? Estoy viendo el reporte de la tomografía del lunes y dice que hay zonas hemorrágicas, está toda infectada, sin un pulmón, ¿qué más? Mándala a piso, Carlos. Allá que esté con sus familiares –se quedó callado unos segundos en tanto miraba el expediente y firmaba las indicaciones del día, levantó la mirada, la dirigió hacia Carlos y dijo–: Bueno, si no hay más que decir, el siguiente [paciente,] que también necesito ir a la dirección para ver el problema de las bombas de infusión.³⁴

Pedro se dirigió hacia la otra cama, a la número cuatro, todo el grupo se reacomodó e inició Armando con la presentación de Aurora. Ella tiene 45 años, está en esta sala por presentar un Evento Vascular Cerebral (EVC), al igual que Roberto y Jovita, está intubada y conectada a un respirador artificial. La presentación fue rápida:

Armando: Paciente que debuta para diabetes con un EVC, ingresó ayer en la tarde, durante la guardia. Fue un traslado de la Cruz Roja, cuando llegó la paciente estaba normotensa, con glucosa de 240, sus familiares no refieren que se conociera diabética. Cuando llegó el adscrito de la tarde, indicó una tomografía y salió que traía un derrame extenso, malo para la vida y la función, pero de todos modos la dejamos intubada hasta no ver cómo evolucionaba.

Pedro: ¿Cómo está su estado neurológico?

Armando se quedó callado durante unos instantes, Carlos tomó la palabra:

Carlos: Básicamente tiene un *glasgow* de dos, no está sedada, la tenemos heparinizada y con esquema antiedema, aunque no creo que haya mucho que esperar, pero lo que...

Maximiliano: Vamos dejándola, vamos dándole una oportunidad a la paciente, yo he visto casos peores y han salido.

Pedro: ¿Cómo andamos del corazón?

Carlos: Le tomamos un electro por la mañana y salió básicamente normal, con ligera hipertrofia, pero no suficiente como para dar insuficiencia.

Pedro: ¿Qué dicen los familiares?

Armando: Ellos están al pie del cañón, ayer en cuanto les pedimos que si podían pagar la tomografía, luego luego consiguieron dinero, en la mañana se necesitaban unos fijadores para el monitor porque se habían terminado y ellos los compraron... dicen que “lo que se ocupe”.

Dora: Pues ni modo, que se resignen, que lo vayan aceptando.

Pedro: A ver –dirigiéndose a Carlos– pásame la tomografía.

Carlos tomó un sobre blanco más grande que el tamaño oficio, de donde sacó un par de láminas negras con una serie de figuras de cortes sagitales y coronales de la cabeza de Aurora, y se las dio a Pedro, quien las tomó y las observó durante unos instantes en silencio.

Pedro: ¿Tiene alguna otra patología agregada?

Carlos: Hoy por la mañana hizo un pico febril de 38.7 °C, le apliqué un doble esquema e indicamos que se la bajarán por medios físicos.

Dora: Aquí en la hoja dice que la fiebre la tiene desde el turno de la noche –decía esto mientras miraba la hoja de registro de enfermería, que momentos antes le pasara una de las enfermeras.

Pedro: ¿Cuánto tiempo pasó desde que la paciente perdió el conocimiento hasta que la trajeron?

Carlos: En realidad no saben, la paciente vive sola y como a medio día, cuando fueron a visitarla, una vecina la halló tirada y fue cuando habló a la Cruz Roja; no sabemos bien cuánto tiempo, pero desde que llegó, como a eso de la cinco de la tarde hasta ahora, no ha recobrado el conocimiento.

Pedro se acercó al lado de Aurora y le hizo algunas punciones con sus dedos en el hombro, en la región del esternón y las axilas, con tal fuerza que cualquiera se retorcería del dolor o haría algún movimiento para apartar la mano, pero Aurora no lo hizo. Entonces Pedro miró a uno de los internos y le dijo:

Pedro: A ver, médico, pellízcale la pierna. Carlos, consígueme un oftalmoscopio.

El interno obedeció. Carlos, por su parte, sacó de uno de sus bolsillos un aparato pequeño, como una lámpara de mano, que sirve para observar el fondo del ojo, la circulación en la retina. Pedro se acercó a la cara de Aurora y puso el oftalmoscopio en uno de sus ojos y lo examinó por unos momentos, hizo lo mismo con el otro ojo. Se incorporó y con un gesto serio le dijo al interno:

Pedro: ¡Fuerte médico!, parece que la estás acariciando.

Entonces el interno volvió a pellizcar pero ahora con más fuerza. Aurora seguía sin responder al dolor. Pedro permanecía callado al igual que todo el grupo que observaba al interno hacer esta maniobra. El silencio se prolongaba mientras el jefe miraba alternadamente la tomografía y a Aurora, le pasó la tomografía a Dora, y con una espiración y en un tono de cierto pesar y sinsabor miró a Aurora dijo:

Pedro: Ni modo, no-recuperable, tal vez pasó muchas horas antes de que se dieran cuenta, creo que no podemos hacer ya mucho.

Todos permanecieron callados. Maximiliano volteó a verme y me dijo:

Maximiliano: ¿Cómo ves, Rafa? Así es esto, hay veces que por más que quisieras hacer algo nomás no, no tiene caso. A ella no podemos ofrecerle nada aquí, en la terapia, es más, aquí le va a ir peor, ya ves, ya se infectó por la noche.

Poco a poco todos los del grupo nos fuimos retirando de la cama de Aurora. Yo no respondí, no sabía qué decir, o si tenía que contestar algo... en ese momento pasaban muchas ideas por mi cabeza. Preferí no contestar. Ya cerca de la cama de Manuel, Pedro, alzando un poco la voz, comentó:

Pedro: ¡Oigan, no sean gachas! —dirigiéndose a las enfermeras que estaban a unos pasos cambiando las sábanas a la cama de Jovita—, aunque sea pónganles un papelito con el nombre de cada paciente, nomás no le pongan el diagnóstico, aunque sea el nombre. Oye, Maximiliano, ¿ya sabes cómo le dicen a Labastida?

Maximiliano: ¿Cómo?

Pedro: “Pancha la vestida”, ayer salió en una caricatura del periódico.

Este comentario rompió un poco la tensión del momento. Aunque aparentemente estas bromas parecieran inoportunas, como lo comentó Pedro posteriormente conmigo en una plática, sirven para calmar un poco el estrés del equipo, “no es fácil tomar estas decisiones y luego irte con tus hijos y tu esposa, tienes que hacer algo” —me dijo.

La visita continuó con el paciente Manuel, de la cama tres. Para entonces ya había llegado el médico infectólogo, al que habían estado esperando para discutir este caso, así que pasaron a verlo a su cama. El responsable de presentarlo fue Carlos, con un aire magistral enumeró cada uno de los síntomas y paraclínicos relevantes para el equipo; lo hizo con tanta rapidez y con tal cantidad de tecnicismos que fue muy poco lo que en realidad pude anotar.³⁵ Más tarde pude recurrir al expediente y obtener alguna información; así supe que se trataba de un paciente de 28 años, con diagnóstico de Fiebre de Origen Desconocido, que fue encontrado deambulando en el desierto de Sonora, desde donde se le trasladó a este hospital. Tenía ya más de quince días en la terapia, no estaba intubado, pero sí consciente y desorientado en tiempo y espacio, “su recuperación ha sido casi excelente”, dijo Carlos. Manuel sólo acertaba a decir su nombre y su edad, difícilmente comprensibles debido a la balbuceante voz que emitía cuando así se le solicitaba. Tenía las manos sujetas a la barandilla de la cama con vendas elásticas y algodón, para que no se quitara los implementos que tenía colocados en el brazo —venoclisis— y una salida de oxígeno dirigida a la nariz.

El problema con Manuel era que, a pesar de haber estado mejorando en la sala de terapia intensiva, su fiebre no disminuía. Los médicos de la terapia desde su ingreso habían estado intentando algunos esquemas con antibióticos, pero la fiebre no cedía, por lo que en un esfuerzo por solucionar ese problema decidieron pedir una interconsulta con un infectólogo para conocer otra opinión. Así pues, en la presentación estaba el mismo equipo, más el infectólogo. Cuando Carlos terminó se inició una dinámica de discusión entre él, Pedro, jefe del servicio, y el infectólogo, que además era el responsable de las políticas internas del hospital sobre manejo de antibióticos.³⁶ Carlos, como residente de tercer año era también responsable del manejo de estos anti-

bióticos en el caso de Manuel. La postura de cada quien en esta discusión acerca de cuál o cuáles antibióticos se deberían usar en este caso, devenía del conocimiento que cada uno tenía acerca de la patología de Manuel, que había sido homologado con la presentación, de tal modo que se partía de una base común de datos. En ese momento, se supone, todos sabrían lo necesario para poder tomar una decisión, y se esperaba que este criterio para decidir fuera semejante en todos los miembros del equipo. Pero no fue así. Durante los treinta minutos que duró la discusión, se presentaron tres posturas diferentes, que son las de los tres médicos que mencionamos más arriba. Los otros dos adscritos, Maximiliano y Dora, no tomaron partido por ninguna postura y se mantuvieron al margen de la discusión. El residente de cirugía y los internos sólo escuchaban. El desacuerdo era como sigue:

- “Sin tratamiento”: el infectólogo.
- “Un solo antibiótico”: Pedro, jefe del servicio.
- “Dos antibióticos”: Carlos, el residente.

Este trilema, que cada cual sustentaba en datos obtenidos de la presentación, servía además, decía el infectólogo, para enseñar a los “cachorros” cómo se debe abordar el caso de un paciente como Manuel. Los argumentos esgrimidos devenían del conocimiento de los datos:

- “La clínica nos dice que el paciente está infectado, por algo tiene fiebre...”.
- “El laboratorio dice que sus ‘léucos’ están altos, que probablemente se deban a la infección de...”.
- “Los libros dicen que cuando tienes unos ‘léucos’ elevados y fiebre persistente, tienes que...”.

Los argumentos de los tres surgían de la experiencia obtenida a partir del contacto clínico con el paciente, de la teoría que se sustenta en los datos corroborables por el laboratorio y de la observación directa. Con todo, los tres defendían un argumento diferente. El infectólogo basaba más sus juicios en su experiencia y proclamaba la falta de ésta de parte del “cachorro” Carlos, ironizando su manera de pensar: “No, Carlos, si oyes relinchar y ruidos de cascos, seguro tú piensas en cebras, ¡no!, piensa en caballos normales, ahora que si estás en un zoológico pues entonces sí, piensa en cebras”.

Después de este comentario, y de la risa de todo el equipo, Carlos intentaba defender su punto de vista haciendo evidentes los marcos teóricos que sustentan su decisión de aplicar dos medicamentos, ya que su poca experiencia no le permitía citar muchos casos semejantes. Pero subsanaba esta carencia con un conocimiento actualizado, por revistas y libros, de los criterios de decisión que emitían otros hospitales. En cambio, la orientación de los argumentos de Pedro

revelaban su posición en la jerarquía institucional: jefe del servicio y responsable del costo de operación de la terapia. Él, al igual que el infectólogo, intentaba convencer a Carlos de no usar dos antibióticos y, al infectólogo, de usar uno al menos. Pedro impugnaba la forma teórica en que Carlos analizaba el caso, su forma de hacérselo saber era mediante metáforas: “A ver, Carlos, camina como pato y hace como pato, ¿qué es?, pues pato, no le des tantas vueltas, ‘que si esto, que si lo otro’, no, Carlos...”.

El grupo reía y se relajaba un tanto el nivel de discusión, pero Carlos no desistía de su postura y la defendía con firmeza. Al infectólogo le exponía los pocos casos semejantes, que él había tratado antes, y argumentaba que como internista consideraba teóricamente inadmisibles tener a un enfermo en terapia sin antibióticos cuando los riesgos situacionales de reinfección eran muy altos. El final de la controversia llegó cuando el jefe del servicio decidió, unilateralmente, que se utilizara un solo medicamento.

A mí no me quedó claro si ganó su posición por la científicidad y lógica de sus argumentos o por su lugar en la estructura jerárquica del grupo. Al residente de cirugía le pareció que la decisión fue la más sensata, no así a Carlos, quien la aceptó a regañadientes, pues él dejó bien claro al final que aunque no estaba de acuerdo indicaría un solo medicamento. Al infectólogo no le preocupó mucho la decisión final, él tenía claro que el jefe del servicio era el responsable y que su papel de interconsultante no le confería la responsabilidad del paciente, sino que sólo se le pedía sugerir alternativas de tratamiento.

Hora: 10:30 a.m.

A esta hora le tocó el turno a Roberto, el infectólogo se ha retirado y Carlos continuó con la presentación. Es una buena noticia para el equipo y para Roberto el hecho de que su infarto no se hubiera extendido y, según el electrocardiograma que tomaron esta mañana y que Carlos tiene en sus manos, el área de afectación es relativamente pequeña, el ritmo cardíaco y la presión arterial de Roberto son ahora estables.

Maximiliano: Es fuerte, gente de campo, lo aguantó muy bien.

Pedro: Por como ha evolucionado su infarto, yo creo que ya podemos irlo destetando del respirador, o ¿cómo lo ves, Carlos?³⁷

Carlos: Yo creo que sí, de hecho, por la noche le fueron bajando las aminos, ahora nada más hay que esperar que nos tomen la placa para ver el tamaño de la atelectasia* basal izquierda, yo se la escuché hoy por la mañana y ya pedimos una placa, pero creo que los familiares todavía no la pagan.

Pedro: ¿Para qué quieres la placa? Así valóralo y dale fisioterapia, y si ya lo vemos mejor en dos días, lo mandamos a piso, no vaya a ser que se nos infecte aquí.

Carlos: Pues yo creo que ya se nos infectó, le escuché algunos estertores y su biometría se ve un poco fea.

Roberto estaba despierto, escuchaba todo lo que se decía y miraba a los ojos de quienes hablaban, aunque muy probablemente poco entendiera de ese lenguaje. La atelectasia a la que se refiere Carlos es una secuela producida por el uso del sistema de respiración artificial. Éste, en su función sustitutiva de la ventilación, ha dejado algunas áreas del pulmón sin aire, lo que ha producido un colapso reversible de esa parte.

Pedro: Pues si ya está infectado déjale lo mismo que a Manuel, yo creo que es la terapia la que está infectada. Hay que ver si lo sacamos de aquí cuanto antes para evitar que se empeore. Encárgate de indicarle el antibiótico y pregunta en Medicina Interna si lo pueden recibir.

Carlos: ¿No sería bueno tenerlo otro par de días, para ver qué pasa?, ¿qué tal si se agrava? Ya ve que un alto porcentaje de infartos de pronto se agudiza.

Pedro: Velo, Carlos, ¿cómo lo ves? —decía mientras señalaba con su mano extendida a Roberto—. ¿Se ve mal?, está mejor, acuérdate cómo llegó, acuérdate de ayer, de la mujer que se le extendió el infarto, fue en un ratito. Está bien, va a estar bien, y cuanto antes lo saquemos de la sala es mejor, acuérdate que los infartos necesitan un ambiente tranquilo, con su familia, musiquita, y aquí les estresa mucho.

Carlos modificó las indicaciones y agregó el antibiótico para Roberto; asentía con la cabeza. Se decidió entonces que Roberto sería trasladado, si todo seguía bien, al departamento de Medicina Interna para el día siguiente.

Pedro: Roberto —con voz fuerte pero tranquila le dijo—, mañana te vamos a mandar a otro piso, allá vas a poder ver a tu familia todo el día, te vamos a quitar el tubo que tienes en tu boca.

Carlos: ¿No te da gusto? Ya te vas aliviar, te vas a poder ir a tu casa.

La cara de Roberto mostraba una alegría y una emoción difícilmente descriptibles, sus ojos se llenaron de lágrimas e intentaba levantar su mano izquierda para contestar la despedida que Maximiliano le hacía. “Hombre, así da gusto venir a trabajar”, terminó diciendo Pedro con una sonrisa, a la vez que se alejaba de la cama y se dirigía a la puerta: “voy a la dirección, si algo se ofrece, allá estoy”.

Este mismo día, por la tarde, le fue retirado completamente el apoyo ventilatorio a Roberto. Además de la atelectasia basal izquierda, el paso del tubo por la garganta le lastimó las cuerdas vocales, lo que aunado a la inflamación dificulta que pueda hablar. Esta última es una lesión muy común, reversible, que se cura en pocos días. Se le indicó a Roberto que tratara de mover un poco piernas y brazos, que durante los días anteriores permanecieron inmóviles. Al día siguiente, muy temprano, fue trasladado al piso de Medicina Interna. Ahora su cama la ocupa Raquel, una mujer de 23 años, que fue enviada de un pequeño hospital cercano a El Teul, como a una hora y media de camino. Su diagnóstico es hemorragia posparto; no pudo ser tratada antes por la falta de los medicamentos adecuados y la inexistencia de banco de sangre en esa zona. Al llegar al hospital

ella estaba inconsciente, presentaba signos de afectación neurológica profunda debida, quizás, al daño cerebral resultado de la falta de sangre en esa zona. Su pronóstico es “reservado”.

Notas

1. El “oficio” es una de las formas de comunicación más común y formal dentro del hospital, fue por medio de éste como pude “moverme oficialmente” durante mi estancia en este centro hospitalario.
2. Fue esta “mimetización” con la vestimenta lo que posibilitó mi inclusión en diversas actividades y escenas, puesto que además incluía el uso de botas de tela, gorro y cubreboca, por lo que pasaba inadvertido y se me podía confundir con cualquier médico o con el personal de enfermería.
3. Este formalismo en los procedimientos de ingreso al hospital y a sus áreas más específicas también tiene una función unificadora y de homologación de las conductas y apariencias de los médicos, en este caso, el proceso de pérdida de la individualidad que sufren los pacientes al ingresar y ser despojados de su vestimenta, de un nombre y una historia personal, ser apartados de sus familiares y asignárseles un registro y un diagnóstico, tiene su equivalente al que “sufren los médicos”. Ellos, los médicos, también son reconocidos por los pacientes y los familiares de éstos como “pediatra, ginecólogo, cirujano, etc.”, con la consecuente pérdida de su identidad individual. Las formas burocráticas administrativas y operativas del hospital también colaboran en este proceso al homologar sus servicios hacia sus operarios, sin distinción de rango. Esto se evidencia en los servicios que presta la institución como son el comedor –el mismo para todos los empleados–, servicio médico de empleados, puerta de ingreso general, única caja de pagos, estacionamiento general, entre otros. De esta forma, en la homologación administrativa y de servicios, además de la formativa y profesional, el médico también se insertaría en esa clasificación que hiciera Goffman de las Instituciones Totales, sólo que en este caso, aunque su aceptabilidad puede ser cuestionada y la temporalidad sea más breve que la de otros, es el “homologador” el que se convierte en “homologado”, el que, pareciera, se despoja a sí mismo de su identidad de civil y se asume, no sé qué tan voluntariamente, junto con la anuencia de los pacientes y del demás personal, como médico.
4. Sin embargo, en algunos momentos me preguntaba si representaba bien mi papel. Algunas de las respuestas venían de los mismos médicos, quienes me llamaban “doctor Vega”, o de algunos pacientes que encontraba en los pasillos o en las salas de enfermos y me “reconocían” como tal. Esto tuvo en algunas ocasiones ciertas desventajas, como la de alguna vez en que un paciente se agravó por una hemorragia extensa que había sufrido algunos momentos antes de ingresar a la sala de terapia intensiva y, al ser yo el “único médico” presente en esa sala, la enfermera acudió a mí para notificarme del estado delicado de la paciente. Sólo acerté a decir “pues hay que hablarle a un doctor” y salí corriendo a buscar uno a la oficina.
5. La gran demanda de dichos lugares era, entre otras cosas, porque ahí se podía dormir una breve siesta lejos de la mirada de los jefes, quienes de forma sistemática ocupaban las primeras filas. Esta distribución espacial, por jerarquías, se repite en otros momentos como en el pase de visita o en cualquier acto académico o institucional que implique la reunión de médicos de diversos rangos.
6. Los expedientes clínicos son documentos escritos de registro médico del paciente, que pueden clasificarse según su propósito en “médicos” y “legales”, por lo que su consulta está restringida únicamente a los médicos involucrados directamente con el paciente, ningún otro médico tiene acceso a ellos. Este registro médico contiene: *a)* la historia clínica; *b)* los datos del examen físico; *c)* los informes de las pruebas de laboratorio y los datos obtenidos de exámenes especiales; *d)* los datos y diagnósticos de los consultantes; *e)* los diagnósticos del médico a cargo del paciente; *f)* notas para el tratamiento, incluyendo la medicación, intervenciones quirúrgicas, radiaciones y tratamientos físicos, y *g)* notas de la evolución del paciente referidas por médicos, enfermeras y otros consultantes. Todo ello con la intención de ayudar al médico en el momento de efectuar diagnósticos, así como de apoyo para enfermeras e interconsultantes para llevar un seguimiento de la atención y el tratamiento del paciente. Pero en el aspecto legal sirven como fundamentación en caso de reclamaciones del seguro del paciente y como prueba legal en casos de errores en la atención, quejas por lesiones o compensación. De aquí que todo registro médico se acompañe de la firma y el nombre del médico tratante, así como de la fecha y hora en que éste se realizó.
7. Discute Geertz (1988:93) que no es la abundancia de datos lo que confiere verosimilitud o calidad a una etnografía. Si fuese así, comenta, “un Frazer o un Oscar Lewis serían los reyes de la etnografía”. En esta tarea

también influye la habilidad del autor para presentar sus escritos como una consecuencia del hecho “de que verdaderamente han estado allí”. Y es en esta habilidad de escribir en la que el lector “ve” inmediatamente lo que se afirma, sin dejar espacio para la discrepancia, es decir: “sí tú hubieras estado allí, seguro que hubieras visto lo mismo que yo”. En esto reside parte de la cualidad fotográfica de la expresión etnográfica de algunos autores, en el carácter visual/estático de su estilo, en las representaciones visuales de los fenómenos culturales.

8. Estas unidades o centros de Salud son consideradas por el Sector Salud como de primer nivel de atención. En estos centros labora personal de salud que intenta resolver los problemas médicos más frecuentes y sencillos, sin requerir para su prevención, su diagnóstico y su tratamiento, instalaciones especiales o con tecnología compleja y costosa. Este primer nivel de atención es atendido por enfermeras y médicos generales, pasantes o titulados.
9. “Pasante” es el nominativo con el que usualmente se refieren al médico en servicio social. Éste durante un año prestará servicios como médico a una comunidad seleccionada sobre la base de su promedio general de calificaciones durante su carrera. Recibe a cambio, de parte de la federación, una beca que actualmente oscila entre los mil y mil quinientos pesos al mes. Debe permanecer ahí toda la semana, con dos días de descanso cada quincena, o alguna otra variación dependiendo de los acuerdos a los que llegue con sus jefes superiores jurisdiccionales.
10. Esta Hoja de Referencia es un documento de comunicación entre los distintos niveles de atención y unidades de diferente lugar. En ésta se inscriben de manera sucinta los datos de identificación y un resumen clínico de la enfermedad del paciente. Es indispensable, para ser atendido y apresurar la atención en un hospital de segundo o tercer nivel del sector salud, presentar este documento ya que indica que el padecimiento del portador ya fue evaluado y referido por una unidad de menor nivel por causas que se explican en el mismo. Dentro del Sistema Nacional de Salud hay una división funcional que se caracteriza por la estratificación de las enfermedades y su atención en niveles de complejidad. Así, un primer nivel de atención, como es el caso del centro de salud, cumple funciones principalmente de carácter preventivo y atiende a enfermos con patologías que no requieren amplio apoyo instrumental. Un segundo nivel de atención está conformado por hospitales de medianas dimensiones, en los que laboran médicos de las especialidades llamadas “troncales”, como son el internista, el pediatra, el ginecólogo y el cirujano (el anesthesiólogo), y cuentan con instalaciones y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. En los de tercer nivel, o de alta especialidad, se incluyen actividades de rehabilitación e investigación, y laboran especialistas y subespecialistas que requieren para su trabajo numerosos y costosos equipos e instalaciones especiales.
11. En este hospital, como en tantos otros, la consulta de urgencias es proporcionada por médicos internos de pregrado (MIP) –que cursan su último año de la carrera de medicina– asesorados y supervisados por residentes* de alguna especialidad y/o algún adscrito*. Estos internos se encargan de clasificar los padecimientos y de solicitar la atención especializada del médico que consideran el indicado. La forma de comunicación en este primer momento, entre médicos, es verbal e informal. Los MIP notifican a su jerarquía mayor inmediata, algún residente o adscrito, cualquier duda o decisión de mayor complejidad resolutive.
12. Infarto Agudo al Miocardio. Esta patología, que describiremos de manera sucinta como la lesión resultante de un descenso importante en el aporte de sangre al corazón, derivado regularmente de una obstrucción en el flujo de ésta o, menos común, por una elevación de sus requerimientos por el músculo cardíaco. Esta enfermedad estaba en el año de 1997 en el segundo lugar como causa de muerte en México, con 42 516 casos registrados. Fuente: INEGI.
13. En el tono de estas preguntas podemos encontrar las características nominativas y expresivas que comenté en otro apartado. En expresiones como éstas, y en las que se utilizan para comunicarse entre médicos de diferentes jerarquías, es frecuente escuchar y percibir ese tono dictatorial y despectivo.
14. Los diálogos entre médicos están en su mayoría matizados por tecnicismos, abreviaturas y contracciones que hacen ellos mismos de algunos términos. En esta ocasión se contrajo la palabra Electrocardiograma.*
15. La formación de especialistas de alguna área (cirugía, pediatría, medicina interna, etc.) requiere tres, cuatro o más años de estancia hospitalaria. Durante esos años, los médicos son llamados residentes, y éstos agregan a sus firmas de registros médicos y solicitudes, las iniciales y el año de residencia. Así, un estudiante de cirugía general de primer año firma sus notas clínicas como: “González R1-CG”. El uso de estas abreviaturas es muy común en sus comunicaciones escritas.
16. “Canalizar”, es un término que se usa para describir la maniobra de colocar una vía de acceso de líquidos intravenosa a los pacientes –venoclisis–, como sinónimo de “canal” o “vía” donde fluye algún líquido.
17. La mayor parte de las veces se aprovecha esta primera punción para múltiples usos: la toma de muestras de sangre para biometría hemática (BH), química sanguínea (QS), enzimas cardíacas, entre otros y para propor-

- cionar una vía de acceso parenteral* para futuras aplicaciones de medicamentos o de líquidos que requerirá el paciente. De no ser aprovechado este momento para la toma de las muestras necesarias de sangre, se tendría que puncionar nuevamente al paciente en otro brazo para la toma exclusiva de sangre, lo que implicaría más trabajo para la enfermera y más molestias para el paciente.
18. En el hospital se entretajan tres tipos de jerarquías: la institucional, la académica y la que podríamos llamar experiencial. Esta última hace referencia a la edad y a la habilidad adquirida por la práctica médica. La institucional regula las relaciones en función del lugar que se ocupa en la estructura administrativa. La jerarquía académica, que no siempre coincide con las otras dos, está condicionada por el grado y el tipo de estudios que posea el médico. Así, el estatus de un médico con especialidad en Medicina interna, pero que además tiene una subespecialidad en infectología, tiene más autoridad en la resolución de un dilema médico que la que tiene un neurocirujano o un gineco-obstetra (este último tiene un estatus bajo). Pero la cuestión se complica un poco cuando en la cotidianidad se mezclan estas jerarquías.
 19. Durante un mes o dos algunos residentes de primer año y médicos internos de pregrado, tienen rotaciones por diversos departamentos o servicios, uno de ellos es el de Terapia Intensiva. Durante este mes había en rotación dos internos de pregrado (MIP), un residente de primer año de cirugía general (R1-CG) y un residente de tercer año de medicina interna (R3-MI). Todos ellos se acercaron en ese momento para asistir a la toma del electrocardiograma y de las primeras maniobras diagnósticas y de tratamiento de Roberto.
 20. Existe dentro de las relaciones médicas interdisciplinarias una tradición de crítica entre internistas y cirujanos, que se perpetúa en sus procesos de enseñanza. Así, un cirujano considera que un internista tiene ciertos problemas con su personalidad, que se complica demasiado las cosas; en tanto un internista considera que el cirujano, junto con el ginecólogo, tienen el estatus más bajo en la escala de los médicos especialistas.
 21. Para que el paciente no se muerda la lengua o alguna parte de su cavidad bucal y no obstruya la cánula endotraqueal del respirador.
 22. Este sueño se caracteriza por movimientos oculares rápidos (REM, por su nombre en inglés) que se pueden observar debajo de sus párpados. En este caso se debía, en parte, a que Roberto estaba con el efecto de algunos relajantes musculares y con sedación moderada, pero conservaba el estado de conciencia: podía escuchar y ver cuando despertaba, pero tenía poco control sobre la movilidad de su cuerpo.
 23. Los tubos (2) del respirador se mueven al mismo ritmo que el pecho de Roberto y de los ruidos de entrada y salida de aire del respirador. Es difícil saber qué mueve a qué o quién mueve a quién. La continuidad entre uno y otro es sutil, en términos instrumentales, pero simbiótica en términos conceptuales o técnicos.
 24. “Piso” en este contexto significa cualquier servicio de medicina con excepción de los departamentos de Urgencias, Terapia Intensiva y Quirófanos. Por lo regular se trata de alguna área de recuperación de enfermedades no consideradas como muy graves, y en donde es permitida la presencia de la familia. En terapia o en urgencias esta presencia es restringida a media hora dos veces al día, en quirófanos la restricción al paso de los familiares es total. Ningún familiar puede acompañar a los pacientes durante el periodo quirúrgico.
 25. Procedimiento terapéutico de mantenimiento para aquellas personas cuyos riñones funcional mal o no funcionan en absoluto; la diálisis suple algunas de sus funciones. Es muy común en diabéticos en fases avanzadas y en niños con secuelas de nefropatías.
 26. “Máxima mejoría” significa que al paciente no se le puede hacer más en la terapia intensiva, por lo que éste deberá abandonar la sala para ser trasladado hacia algún otro departamento a esperar ahí su defunción. Otro término utilizado para esto es “alta no programada” o “no recuperable”.
 27. Vestimenta de los actores: La doctora. Dora con blusa de botones, en algunas ocasiones con un saco tipo blazer que se quitaba para colocarse la bata y zapatos negros de tacón; los adscritos varones, con camisa de manga larga y corbata, con o sin bata; los residentes de primer año de blanco con corbata y bata; el de tercer año con pantalón azul de mezclilla, camisa blanca y bata. Las internas todas de blanco, con bata.
 28. En medicina existen ciertos esquemas de tratamiento específicos y clasificados según el tipo de infarto. El conocimiento y la aplicación de éstos, lo más actualizados posibles tienen relación directa, dentro de las interacciones médicas, con un reconocimiento a la calidad profesional del individuo que los aplica. La mayor parte de estos esquemas de tratamiento son resultado de investigaciones realizadas en otros países desarrollados, como Estados Unidos o Europa. Las asociaciones nacionales de cardiología de los diversos países certifican y emiten esos protocolos de tratamiento. La homologación terapéutica y de actuación, entre los médicos de este hospital y uno de Estados Unidos, por ejemplo, se intenta por medio del conocimiento y de la aplicación de estas normas de manejo, pero lo que hace falta son recursos financieros y tecnológicos para su puesta en operación.
 29. Éste es el mismo procedimiento que se sugirió hacerle a Roberto, y se comentó que como no se podía hacer en el hospital de forma gratuita, los familiares consiguieran los recursos necesarios.

30. “Intubar” o “pescar” es utilizado metafóricamente para describir la maniobra de pasar “un tubo” (cánula) por la boca de Graciela, conducirla a través de su garganta y colocar uno de los extremos en la tráquea. El otro extremo se conecta a un sistema de respiración artificial, como el que tenía también Roberto. Más información sobre este procedimiento, en el anexo de definiciones (Intubación endotraqueal).
31. Ésta es de material muy duro, capaz de soportar la presión de los dientes al cerrar, de tal forma se evita que en algún momento las otras cánulas (la gastroesofágica y la endotraqueal) que pasan por la boca del paciente puedan ser mordidas, obstruidas o seccionadas.
32. En la decisión de la aplicación de algún medicamento o alguna maniobra intervenían los dos cardiólogos, el residente Carlos, el doctor Maximiliano y, en menor grado, la doctora Dora, que decidió permanecer fuera del grupo al considerar que ya alguien estaba al mando. La interna nunca tomó una decisión, sólo se limitaba a realizar los procedimientos que se le indicaban.
33. Este caso lo comenté posteriormente, en una entrevista informal, con Carlos. En dicha entrevista pude corroborar muchos datos y averiguar sobre la perspectiva que él tenía en ese momento de crisis. Para él estaba claro que a la paciente no se le podía ofrecer más, cuando menos en este hospital y en esta terapia.
34. Diagnóstico, Etiología, Tratamiento y Pronóstico.
35. Este mismo día, durante el tiempo de visita de los familiares, pude platicar con su hermana. Ella, al verme cerca de Jovita, me preguntó: “¿oiga, es el monitor el que está mal o es mi hermana?” –en la pantalla del monitor era posible ver trazos irregulares de su actividad cardíaca–. Yo me acerqué un poco más y le respondí que probablemente era Jovita. “La verdad –agregó su hermana–, ella no se merece esto, siempre fue una buena mujer, no merece estar en esta situación, si Dios quiere que se la lleve, pero que sea pronto, toda la familia está destrozada, sus hijos no saben qué hacer”. Me pareció que los médicos aún no habían comunicado su decisión de trasladarla a otro piso. Si lo habían hecho no supe qué fue lo que realmente se les dijo que pasaría. En esta ocasión hice un seguimiento de lo que pasaba con Jovita. Por la tarde se le trasladó al piso de Cirugía, allá pude platicar con los médicos que se harían cargo de ella. Comentaron que ellos sólo continuarían con los tratamientos que tuviera instaurados así como con el soporte respiratorio, pero no agregarían más medicamentos ni realizarían maniobras de reanimación en caso de que se detuviera el corazón. Cuando se trasladó a Jovita se hizo un cambio de respirador por uno menos avanzado y preciso, en términos tecnológicos; en el piso de Cirugía ya no tendría la atención de una enfermera exclusivamente para ella, sino que ahí estaría atendida por una enfermera que, además de Jovita, sería responsable de otros seis u ocho pacientes. Los médicos que la atenderían serían, principalmente, residentes e internos; es raro encontrar adscritos por la tarde y en piso. Jovita falleció a las ocho de la noche de ese día, cuando esto ocurrió estaban con ella sus hijos y su hermana.
36. Esto a pesar de que ellos ya se habían acostumbrado a que mi rutina era sacar mi libreta y anotar todo lo que escuchaba y veía; en algunas ocasiones hablaban de manera pausada o repetían algún término que yo preguntaba por no haberlo entendido. Era tal mi postura de anotador que en ocasiones, cuando sacaba mi libreta, decían en tono bromista “el doctor Maximiliano trae chueco el nudo de la corbata” o “ahora todos andan encabronados”, entonces todos se reían y agregaban algún dato por el estilo. Sin embargo, algo en lo que siempre insistieron tanto el jefe como todos los miembros del equipo, era en saber qué resultados obtendría yo de esas observaciones. Incluso, después de la primera semana me prepararon una sesión de departamento, en la que se reunieron todos en la oficina para que yo les presentara algo de lo que había estado investigando. Lo hice con gusto, pero también con temor de que algún comentario mío fuera a provocar actitudes de rechazo a mi presencia o la negación y el ocultamiento de información. No fue así, para sorpresa mía resultó que después de esta plática algunos se sintieron con más confianza para contarme cosas que habían pasado y otras que nunca se decían en los pases de visita. Fue también después de esta sesión cuando pude sostener largas conversaciones con los residentes y los adscritos.
37. En la mayor parte de los hospitales de tercer nivel es común encontrar un “comité” de evaluación y control en el uso de antibióticos, esto con el fin de normar los usos de este tipo de medicamentos en función de su efecto terapéutico y la relación costo/beneficio.
38. Términos como *cachorro*, *novato*, *niños*, entre otros, son utilizados por los médicos de más experiencia y jerarquía para referirse a los residentes e internos. Aunque a estos últimos no les gustan estos apelativos, se ven imposibilitados, debido al tipo de jerarquías, para evitar ser llamados así.
39. Este término como metáfora para designar la dependencia que existe entre el paciente y algún medicamento o aparato. En este caso, el destete se refiere al respirador artificial. El sistema respiratorio de Roberto necesita volver a funcionar de manera autónoma, proceso que se induce de forma gradual, disminuyendo poco a poco la función del respirador y permitiendo que sea el sistema respiratorio el que retome esas funciones.

ANEXO DE DEFINICIONES

Atelectasia. Expansión incompleta del pulmón o de una de sus partes, que ocurre de manera congénita o secundaria, como en el caso de Roberto.

Bata de cirugía. Indumentaria específica e indispensable para acceder al área de restricción nominada como Zona Blanca.

Bomba de infusión. Aparato electromecánico para dosificar el volumen y la velocidad de líquidos de los líquidos introducidos al cuerpo a través de una vena, central como una subclavia, o periférica, como las de un brazo. De forma cuboide, rectangulares, de 20 cm de alto, 20 cm de profundidad, por 10 cm de ancho. Con pantalla de cuarzo con iluminación propia al frente y en la parte superior, teclado numérico con otras siete u ocho más para funciones de programación. Las mangueras que provienen de los frascos atraviesan su interior para de esa forma llevar un control exacto de los líquidos. Las hay sumamente especializadas, como las de pediatría, capaces de dosificar hasta 1-2 ml de líquidos en 10 o 20 minutos.

Carro rojo. O charola de paro, es el nombre que se da a una mesa en la que siempre se encuentra preparada cierta cantidad de medicamentos que se requieren en una urgencia cardiorrespiratoria. Estos medicamentos se cambian dos o tres veces al día, aunque no se usen, debido a que se están preparados en jeringas para una aplicación más rápida.

Catéter. Instrumento tubular hueco de diversos materiales, calibres y longitudes que se introduce por vías enterales o parenterales. Sus fines son diagnósticos o terapéuticos. Los hay para subclavia, cardíacos, uretrales, etcétera.

Cateterismo cardíaco. Procedimiento terapéutico y diagnóstico para diversas alteraciones del corazón.

Cirugía. El arte de trabajar con el cuerpo humano mediante operaciones manuales necesarias, utilizando los medicamentos convenientes (*Manual Práctico*, del laboratorio de cirugía experimental de la Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina s.a.).

EGO. Examen general de orina, en la que se busca una serie de componentes y sedimentos que ayudan a la evaluación diagnóstica.

Electrocardiógrafo. Este aparato registra, con sensores colocados en la piel del paciente, en sus extremidades y en el tórax, la actividad eléctrica del corazón, convirtiéndola posteriormente en gráficas lineales y continuas.

Electrocardiograma. Es el trazo que representa gráficamente las diversas fases de la actividad del corazón.

Enzimas cardiacas. Proteínas altamente especializadas y diferenciadas, detectables en sangre, que intervienen en calidad de catalizadores de las reacciones químicas del metabolismo de las células del corazón.

Estetoscopio. Instrumento médico en forma de tubo que sirve para la auscultación de los ruidos cardiacos, respiratorios y gastrointestinales. En uno de sus extremos tiene un par de auriculares adecuados para los oídos y, por el otro, una campana recolectora del sonido.

Intubación endotraqueal. Procedimiento manual consistente en introducir, con la ayuda de un laringoscopio, un tubo para conducción de aire hacia la tráquea, cuyo extremo será conectado a un respirador.

Fallo de bomba. Patología consistente en pérdida de la función primaria del corazón: éste no puede expulsar la sangre que se está en sus cavidades, por lo que aun cuando se mueva, su esfuerzo es inútil.

Fricción de aguacate. Esta fricción es considerada por mucha gente como ideal para el tratamiento de los dolores musculares y reumáticos. Se prepara con $\frac{1}{4}$ de huesos secos de aguacate en $\frac{3}{4}$ de alcohol. En el caso de don Roberto, la etiología de su padecimiento era atribuida al desgaste físico por el trabajo y a las condiciones de humedad que coadyuvan en algunos padecimientos de origen reumático.

Gasometría. Paraclínico de laboratorio que cuantifica la cantidad de oxígeno y de CO_2 , entre otros gases, en la sangre del paciente.

Hartmann. Marca comercial de un tipo de líquidos electrolíticos que se suministran a los pacientes, por ejemplo, a través de una venoclisis.

Infarto agudo al miocardio. Un infarto es un área de necrosis por coagulación en un tejido, debido a la isquemia producida por una obstrucción circulatoria (isquemia) a esa zona debida a un émbolo o un trombo. Se nombra según el área en donde afecta: al miocardio, cerebral, mesentérico, etc. Las enfermedades del corazón, en las que se incluye la isquemia, eran hasta 1998 la primera causa de muerte en México, con 68 040 defunciones al año y con una tasa de 71.8/cien mil habitantes (INEGI).

Leucocitos. Glóbulos blancos de la sangre.

Monitor cardiaco. Sistema de transducción de la actividad eléctrica del corazón a una pantalla en donde se grafican la intensidad y periodicidad de dicha actividad.

Nutrición parenteral total. Suplemento químico artificial que se introduce al organismo por una vena de gran calibre, que suple los nutrientes que deberían ingerir los pacientes, pero que por alguna enfermedad se ven imposibilitados de hacerlo.

Parenteral. Cualquier vía de introducción de un fármaco que no sea la oral (a esta última se le llama enteral).

Precordial. Región localizada en la parte anterior del corazón y en la parte baja del tórax.

Presión arterial. Es la presión que ejerce la sangre contra las paredes internas de las arterias.

Presión venosa central. Presión de la sangre sobre una vena, en este caso se mide en el nivel de la aurícula derecha por medio de un catéter que se introduce por una vena mediana hacia la vena cava superior.

Química sanguínea. Prueba de laboratorio que mide algunos componentes como el calcio, el sodio, el potasio, el cloro, entre otros, en sangre venosa.

Quirófano. Área específica del hospital donde se realizan procedimientos quirúrgicos con los máximos cuidados de asepsia.

Respirador artificial. Sistema de soporte y sustitución de la función ventilatoria del pulmón, que controla la cantidad y la periodicidad de la entrada de aire, así como la humedad y la temperatura del mismo.

Signos vitales. Parámetros clínicos que consisten en presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca.

Sonda nasogástrica. Tubo de conducción de líquidos y gases que se introduce por la nariz, pasando por la garganta, y el esófago para situarse en el estómago.

Sonda vesical. Tubo plástico flexible, de pequeño calibre, que se introduce por la uretra hasta llegar a la vejiga urinaria.

Subclavia. Que está situado por debajo de la clavícula, como la vena subclavia. Se utiliza, también como sinónimo del procedimiento de inserción de un catéter por esta arteria para hacerlo llegar al corazón.

Venoclisis. Inyección intravenosa de una sustancia, habitualmente líquidos electrolíticos. Procedimiento de infusión parenteral de líquidos, que consiste en una aguja que se coloca en el extremo del paciente, una manguera de aproximadamente 1.5 m, un mecanismo de regulación de flujo y un conector transparente para el extremo del recipiente con líquidos.

Zona blanca. De máxima asepsia. Zona estéril que viene siendo propiamente la sala de operaciones (por costumbre se le conoce como quirófano). En esta área se encuentra la mesa de operaciones, la mesa auxiliar, de riñón o de Pasteur, mesa de Mayo, trípode, bancos de reposo, bancos de altura, equipos de anestesia, cubeta de patada, negatoscopio, monitores, etcétera.

Zona gris. Zona limpia. Se caracteriza por tener áreas de circulación amplias por donde se traslada todo el material que se utilizará en la sala de operaciones y para eliminar el que ya se utilizó. En esta área se localiza la central de equipos y esterilización (CEYE), central de anestesia, sala de inducción anestésica, laboratorio, rayos x portátil, sala de recuperación y un pasillo interno donde están los lavabos.

Zona negra. Es la primera área de restricción, sitio de acceso en donde se revisan las condiciones y la presentación del paciente. Se hace todo el trabajo administrativo y el cambio de ropa del personal. En esta área se encuentran, también, los baños sanitarios y vestidores. Se divide y separa de la zona gris por una banca o una puerta.

BIBLIOGRAFÍA

- Adorno, Theodore W. (1986). “Acerca de la relación entre sociología y psicología”, en *Teoría crítica del sujeto*, T.W. Adorno y colaboradores (comps.), México: Siglo XXI, pp.: 36-76.
- Agazzi, Evandro (1996). *El bien, el mal, y la ciencia. Las dimensiones éticas de la empresa científico-tecnológica*, Madrid: Tecnos.
- Álvarez del Río, Asunción (1998). *Muerte y Subjetividad. Una experiencia de investigación*. Tesis de Maestría en psicología clínica UNAM-Fac. de Psicología- Div. de Estudios de Posgrado.
- Bakam, David (1979). *Enfermedad, dolor y sacrificio*. México: FCE.
- Barajas Ochoa, Rosa y Yolanda Massieu Trigo (1997). “El proyecto Genoma Humano. Un reto para la ciencia, pero un dilema para la humanidad”, en *Sociológica*, Sep.-Dic. 1997, año 12 núm. 35, México: UAM-Azcapotzalco, pp.: 119-154.
- Basaglia, Franco (1979). “¿Psiquiatría o ideología de la locura?”, en Franco Basaglia y otros, *Razón, locura y sociedad*, México: Siglo XXI, pp.: 35-49.
- Bates, Barbara (1992). *Propedéutica Médica* (4ª ed.), México.
- Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo*, España: Paidós.
- Bell, Daniel (1976). *Las contradicciones culturales del capitalismo*, México: Alianza.
- Bena, Djangrang (marzo de 1998). “África: los soplos del universo”, en *El Correo de la UNESCO*, Francia, marzo de 1998: 6-10.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann (1986). *La construcción social de la realidad*, Argentina: Amorrortu.
- Blacklow, Robert S. (1989). *Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpretación clínica*, México: Interamericana.
- Borges, Jorge Luis, *Siete noches*, México: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre (1996). “La dominación masculina”, en *La ventana*, 3, Universidad de Guadalajara.
- (1990). *Sociología y cultura*, México: Grijalbo.
- Braunwald, Wilson, Harrison (1991). *Principios de medicina interna*. (12ª ed.) México: Interamericana.
- Carranza, Javier (1994). “La protesidad o el mito tecnológico”, en *Casa del tiempo*, vol. XIII, núm. 31, México, junio, pp.: 54-55.
- Carrithers Michael (1995). *¿Por qué los humanos tenemos cultura?*, Madrid: Alianza.
- Cela, Camilo José (1985). *De dioses, genes y tiranos*, México: Alianza.
- Cleason Björn *et al.* (1996). “Scientific Literacy, what it is, why it’s important, and why Scientist think we don’t have it: the case of immunology and the immune system”, en Laura Nader (ed.), *Naked Science*, Nueva York: Routledge.

- Clifford, J. (1991). "Sobre la autoridad etnográfica" en *El surgimiento de la antropología posmoderna*, C. Geertz, J. Clifford y otros, México: Gedisa.
- Coe, Rodney M. (1984). *Sociología de la medicina*, Madrid: Alianza universidad/Alianza.
- Collins, Randall (1996). *Cuatro tradiciones sociológicas*, México: UAM.
- Cristal, David (1987). *The Cambridge Encyclopedia of Language*, Cambridge University Press.
- Declaration on Euthanasia (mayo 5 de 1980), Vatican Council II, Vol. 2, pp.: 510-516, en Kevin, 1989.
- Degowin y Degowin Jr. (1991). "Examen y diagnóstico clínicos", en *La prensa médica mexicana*, México.
- Derrida, Jacques (1995). "Différance" en *Márgenes de la filosofía*, Madrid: Cátedra, pp.: 37-62.
- (1994). *Sobre un tono apocalíptico adoptado recientemente en filosofía*, México: Siglo XXI.
- Diccionario Griego-Español (1997). España: Vox.
- Dorland (1989). *Diccionario Médico de Bolsillo* (23ª ed.) México: Interamericana McGraw-Hill.
- (1989). *Diccionario Médico* (23ª ed.), Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Douglas, Mary (1996). *Cómo piensan las instituciones*, Madrid: Alianza.
- (1991). *Pureza y peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* (2ª ed.), México: Siglo XXI.
- (1990). *El mundo de los bienes*, México: Grijalbo.
- y Aaron Wildavsky (1983). *Risk and Culture*, Berkeley: University of California Press.
- Drickamer Margaret, A. (enero de 1997). "Practical Issues in Physician-assisted Suicide", en *Annals of Internal Medicine*, vol. 126, núm. 2: 146-151.
- Dubos, René (1992). *El espejismo de la salud*, México: FCE.
- Elster, Jon (1997). *El cambio tecnológico*, España: Gedisa.
- (1996). *Tuercas y tornillos, Una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales*, Barcelona: Gedisa.
- (1991a). *Domar la Suerte*, España: Paidós.
- (1991b). *Juicios salomónicos*, España: Gedisa.
- (1989). *Ulises y las sirenas. Estudios sobre racionalidad e irracionalidad*. Breviarios, México: FCE.
- Engels, Federico (1959). *Dialéctica de la naturaleza*, México: Grijalbo.
- Ferrater Mora, José (1988). *El ser y la muerte*, Madrid: Alianza Universidad.
- Fitzpatrick R. (1990). *La enfermedad como experiencia*, México: FCE.
- Fleck Ludwik (1986). *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*, Madrid: Alianza.
- Foley, K. (1989). *Terapéutica del dolor*, México: Interamericana.
- Fortes, Jacqueline y Larissa Lomnitz (1991). *La formación del científico en México, adquiriendo una nueva identidad*, México: Siglo XXI.
- Foucault Michel (1997). *El nacimiento de la Clínica* (17ª ed.), México: Siglo XXI.

- (1995). “El sujeto y el poder”, en Óscar Terán (comp.), *Michel Foucault: discurso, poder, subjetividad*, Argentina: El cielo por asalto, pp.: 165-189.
- (1991). *Vigilar y castigar*, México: Siglo XXI.
- (1990). *Historia de la locura en la época clásica*, vols. I y II, México: FCE.
- Frenk, Julio (1993). *Problemas de la educación y el empleo de los médicos en México*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Fujimori, Joan H. y Michael Fortun (1996). “Constructing Knowledge across social worlds: The case of DNA sequence databases in molecular biology”, en Laura Nader (ed.), *Naked Science*, Nueva York: Routledge.
- Gadamer, Hans-Georg (1994). *Verdad Y Método II*, Salamanca: Sígueme.
- Gamboa Ojeda, Ivanhoe (1994). “Viene la eutanasia activa”, en *Salud Pública de México*, México, 30 de octubre.
- García de Alba, Javier (1993). *Apuntes historiográficos para la Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara*, Cuadernos de difusión científica 25, Universidad de Guadalajara.
- Geertz, Clifford (1994). *Conocimiento local*, Barcelona: Paidós.
- (1988). “Diapositivas antropológicas” en Tzvetan Todorov y otros, *Cruce de culturas y mestizaje cultural*, España: Juncar Universidad, pp.: 91-114.
- (1987). *La interpretación de las culturas*, España: Gedisa.
- Glover, Jonathan (1977). *Causing death and Saving Lives*, Gran Bretaña: Penguin Books.
- Goffman, Irving (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Argentina: Amorrortu.
- Goodwin Christopher (1998). “Intensive Care: An Ethnography of a Critical Care Unit”, en Paul Kutsche (ed.), *Field Ethnography. A Manual for Doing Cultural Anthropology*, Nueva Jersey: Prentice Hall, pp.: 123-142.
- Gusterson, Hugh (1996). *Nuclear Rites*, California: University of California Press.
- Guyton, Arthur C. (1992). *Tratado de fisiología médica*, México: Interamericana McGraw-Hill.
- Habermas, Jürgen (1998). “Nuestro breve siglo” en *Revista NEXOS*, México, agosto.
- (1993). *Ciencia y técnica como “ideología”*, México: Red Editorial Iberoamericana.
- Hamel Rainer, Enrique (1983). *Análisis conversacional*, México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Hartmann F. (1993). “Social medicine: why--how--what for?”, *Social medicine and anthropology*, Gesundheitswesen.
- Herrera Ibáñez, Alejandro (1997). “El médico ante la solicitud de la eutanasia”, en Margarita M. Valdés et al., *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*, México: Torres Asociados.
- Hertz, Robert (1990). *La Muerte*, México: Alianza.
- Hierro Pescador, José (1982). *Principios de filosofía del lenguaje*, Madrid: Alianza Universidad.

- Hillier, Sheila (1987). "Rationalism, Bureaucracy, and The Organization of The Health Services: Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care Systems", en G. Scrambler, *Sociological Theory and Medical Sociology*, Londres: Tavistock, pp.: 194-220.
- Ingold Tim (1991). *Evolución y vida social*, México: Conaculta/Grijalbo.
- Jacorzynski, Witold (2000). "En busca del paraíso perdido: el "otro" en la mirada desde Chiapas", en *Estudios sociológicos*, XVIII: 52, México, pp.: 85-124.
- Jean Amér. (16 de enero de 1999). *El país*, España.
- Jonas, Hans (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona: Herder.
- Kakar, Sudhir (1989). *Chamanes, místicos y doctores*, México: FCE.
- Kevin D. O'Rowker, OP y Philip Boyle, OP (1989). *Medical Ethics. Sources of catholic teachings*, St. Louis Mo.: The Catholic Health Association of the United States.
- Kevorkian, Jack (1983). *Eutanasia. La buena muerte*, Barcelona: Grijalbo.
- Klor de Alva J. Jorge (1995). "Heteroglosia en el barrio: cuando los nativos responden las voces se multiplican", en Klor de Alva, Gary H. Gossen, Miguel León Portilla, Manuel Gutiérrez Estévez (eds.), *De palabra y obra en el nuevo mundo*, vol. 4, Tramas de la identidad, Madrid: Siglo XXI, pp.: 285-307.
- Klor de Alva, J. Jorge (1993). "La disputa sobre un nuevo occidente: política cultural e identidades múltiples en el fin de siglo", Gary Gossen, Jorge Klor de Alva, M. Gutiérrez Estévez, Miguel León Portilla (eds.), *De palabra y obra en el nuevo mundo*, vol. 3. La formación del otro, España: Siglo XXI, pp.: 507-540.
- Kuhse, Helga, *Santity of Life Doctrine* (s.d.).
- Ladrière, Jean (1978). *El reto de la racionalidad*, España: Sígueme/Unesco.
- Larousse (1992). *Pequeño Larousse Ilustrado* (16ª ed.), México.
- Latour, Bruno (1995). *Pasteur. Una ciencia, un estilo, un siglo*, México: Siglo XXI.
- (1983). "Give me a laboratory and I will raise the world", en *Science Observed*. Knorr-Cetina, K.D. M. Mulkay (eds.), Londres.
- Leucona, Laura (1997). "Eutanasia: algunas distinciones", en Mark Platts (comp.), *Dilemas Éticos*, México: FCE.
- Luque Baena, Enrique (1996). *Antropología política*, Barcelona: Ariel.
- Lyons y Petrucelli (1984). *Historia de la Medicina*, España: Doyma.
- Marcus, George E. (ed.) (1995). *Tecnoscientific Imaginaries, Conversations, profiles, and memoirs*, Chicago: University of Chicago Press.
- Marks, Harry (1999). "La irrupción de la prueba estadística en medicina", en *Mundo Científico*, pp.: 60-65.
- Martín, Gloria (1994). *De los hechizos de Merlín, a la píldora anticognitiva (contribución al estudio de los campos culturales)*, Venezuela: Alfadil.

- Martínez Cortés, Fernando (1995). *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México: FCE.
- Martínez Murillo (1990). *Medicina legal* (14ª ed.), México: Méndez Oteo.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol*, México: Alianza.
- Moles Abraham, A. (1995). *Las ciencias de lo impreciso*, México: UAM-Azcapotzalco.
- Moscovici, Serge y Miles Hewstone (1986). “De la ciencia al sentido común”, en Serge Moscovici (comp.), *Psicología social*, vol. II, Barcelona: Paidós, pp.: 659-710.
- Mulkay Michael *et al.* (1983). “Why an analysis of Scientific discourse is needed”, en Knorr-Cetina.
- Müller, Max (1986). *Breve diccionario de filosofía*, Barcelona: Herder.
- Nader, Laura (ed.) (1996). *Naked Science*, Nueva York: Routledge.
- (1996). “Antropological inquiry into boundaries, power, and knowledge, en Laura Nader (ed.), *Naked Science*, Nueva York: Routledge.
- Nateras Domínguez (1994). “El uso social de drogas: una mirada desconstruccionista”, en *Iztapalapa, Revista de ciencias sociales y Humanidades*, Año 14, núm. 35, extraordinario, México: UAM-Iztapalapa, pp.: 113-130.
- Newbold, Richard (1978). *La red de la expansión humana*, México: Ediciones de la Casa Chata.
- Novey, Donald W. (1990). *Guía de exploración clínica*, México: Interamericana McGraw-Hill.
- Nuevo diccionario médico* (1984). Barcelona: Teide.
- Oberarzbacher, Peter, *Ser y Aparecer. El discurso de la razón visto desde el pensamiento*, (s/d).
- Orozco Barocio, Arturo (1990). *Las moléculas de vida*, Col. Biblioteca circular, México: Universidad de Guadalajara.
- Orozco Gómez, G. (1993). *La Investigación en Comunicación desde la Perspectiva Cualitativa*, Argentina: Ediciones de Periodismo y Comunicación.
- Pereda, Carlos (1994). *Vértigos argumentales. Una ética de la disputa*, México: UAM-Iztapalapa.
- Pérez Tamayo, Ruy (1991). *Ciencia, ética y sociedad*, México: El Colegio Nacional.
- Peset, José (1983). *Ciencia y Marginación*, Barcelona: Grijalbo.
- Petrucelli, Lyons (1984). *Historia de la Medicina*, Barcelona: Doyma.
- Plant, Aileen J. y R. Louise Rushworth (1998). “Death by Proxy: Ethics and Classification in Epidemiology”, en *Soc. Sci. Med.* vol. 47, núm. 9: pp 1147-1153, Gran Bretaña.
- Pope John Paul II (1989). “The Mystery of Life and Death”, Oct. 19-21, 1985, en Kevin.
- Pope Pío XII (1989). “The Prolongation of the Life” (Nov. 24, 1957), *The Pope Speak*, 4:4, primavera de 1985, p.397, en Kevin D. O’Rowker, OP y Philip Boyle, OP. *Medical Ethics. Sources of catholic teachings*, St. Louis Mo: The catholic Health Association of the United States.
- Pratt, Mary Louise (1997). *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- (1995). “La heterogeneidad y el Pánico de la teoría”, en *Revista crítica literaria latinoamericana*, Año XXI, Berkeley: Lima, 2º semestre, núm. 42: 21.

- Rabinow, Paul (1996). *Making PCR. A Story of Biotechnology*, The University of Chicago Press.
- Reader's Digest (1976). *Gran diccionario enciclopédico*, Tomo 3: 1413, México.
- Renato Rosaldo (1991). *Cultura y verdad*, México: Grijalbo.
- Revista del Hospital Infantil de México* (1998). Diciembre, vol. 55, pp.: 756-758.
- Revue de Médecine interne* (1994). 15(11): 770-1, France.
- Ricoeur, Paul (1989). *Ideología y Utopía*, Barcelona: Gedisa.
- Roseberry, William (1993). *Anthropologies and Histories*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Ruiz Lara, Rafael (1984). *Nuevo diccionario médico*, Barcelona: Teide.
- Russell, Bertrand (1990). *La perspectiva científica*, México: Planeta.
- Sacred Congregation for the doctrine of the Faith (1990). "Declaration on Euthanasia" (mayo 5 de 1980), en Kevin D. O'Rowker, OP y Philip Boyle, OP. *Medical Ethics. Sources of catholic teachings*, St. Louis Mo: The catholic Health Association of the United States.
- Scambler, Graham y Anthony Hopkins, "Generating a Molde of Epileptic Stigma: The Role of Qualitative Analysis", en *Social Science and Medicine*, Vol. 30, núm. 11, pp.: 1187-1194, Gran Bretaña.
- Scroeder, Steven (1992). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*, México: El Manual Moderno.
- Romero Zertuche, Rosa (ed.) (1995). *Símbolos y arquetipos en el hombre contemporáneo, De la Divina Comedia al Péndulo de Foucault*, tomo II, México: UAM.
- Skolimowski, Henryk (1993). "Las cuatro tradiciones axiológicas del hombre occidental y hacia dónde vamos", en *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, año 13, núm. 31, extraordinaria: 197-205.
- Skorupski, John (1985). *Símbolo y Teoría*, México: Premia.
- Soberón-Acevedo, G., García-Viveros M., Narro-Robles J. (1994). "Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica", *Salud Pública de México*; 36:541-551.
- Soriano Rojas, Raúl (1990). *Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica*, México: Plaza y Valdés.
- (1988). *Sociología médica*, México: Plaza y Valdés.
- Sthepen, Williams, *Euthanasia, aspectos éticos y teológicos*, Oxford: The Whitefield Institute, s.d.
- Stiegler, Bernard (junio de 1994). *La técnica y el tiempo*, Francia: Galilée (citado en Javier Carranza, "La protesidad o el mito tecnológico", *Casa del tiempo*, vol. XIII, núm. 31: 54-55.
- Surós, J. Batlló (1989). *Semiología Médica y Técnica Exploratoria* (7ª ed.), México: Salvat.
- T. Ho, Mary (1991). *Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias*, México: El Manual Moderno.
- Thomas, Jim (1993). *Doing Critical Ethnography, Qualitative Research Methods*, vol. 26, Newbury Park: Sage.
- Thomas, Louis-Vincent (1983). *Antropología de la muerte*, México: FCE.
- Todorov, Tzvetan (1993). *Las morales de la historia*, Barcelona: Paidós.
- (1991). *Nosotros y los otros*, México: Siglo XXI.
- Tomasini, Bassols A. (1997). *Pena capital y otros ensayos*, México: Interlínea.

- Tonelli, Mark (1998). "The Philosophical Limits of Evidence-based Medicine", en *Academic Medicine*, vol.73, núm.12, diciembre.
- Tramas, Subjetividad y procesos sociales (1997). *¿Sociedad de locos... o locura social?*, 11, junio, México: UAM-Xochimilco.
- Trías, Eugenio (1991). *Tratado de la pasión*, México: Conaculta.
- Vázquez León, Luis (1996). *El Leviatán Arqueológico, Antropología de una Tradición Científica en México*, Research School CNWS, The Netherlands: Leiden.
- Vevia Romero, Carlos (1994). *El hombre americano. Ensayo de antropología filosófica mexicana*, México: Universidad de Guadalajara.
- Viniegra, L. Velásquez (1990). "Perspectivas de la enseñanza de la medicina", en Dora Cardaci y Deyanira González de León (comp.), *Las profesiones en México*, núm. 3, *Medicina*, México: UAM-Xochimilco.
- Waitzkin H. B. y Waterman B. (1981). *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, México: Nueva Imagen.
- Weber, Max , *El político y el científico*. (2ª ed.), México: Coyoacán.
- Wilson, Jean D. y Col. (1991). *Principios de medicina interna*, vol. I, (12ª ed.), México: Interamericana McGraw-Hill.
- William N. Nelly (1991). *Medicina Interna*, Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Wittgenstein, Ludwig (1988). *Investigaciones Filosóficas*, Barcelona: Crítica.
- (1973). *Tractatus Logico-Philosophicus*, Madrid: Alianza.
- Wright, Pablo G. (1993-1994). "Experiencia, intersubjetividad y existencia. Hacia una teoría-práctica de la etnografía", en *RUNA, Archivo para las ciencias del hombre*, vol. XXI, Año 1993-1994, Buenos Aires.
- Zamora Jiménez, Arturo (1997). "La eutanasia y el consentimiento en el derecho penal", en *Jure, Revista Trimestral de la División de Estudios Jurídicos*, Época v, año I, núm. 5, Oct.-Dic.: 27-42.

“Eutanasia.

Ciencia, drama y responsabilidad”

se terminó de imprimir el 30 de noviembre de 2009

en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

La edición en versión digital en Disco Compacto consta de 50 ejemplares
y estuvo al cuidado de la oficina litotipográfica de la casa editora.