

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA

**“LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO ¿CIENTÍFICA Y
RITUAL?”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA

Presenta
Gilberto Hernández Zinzún

Director de Tesis
Dr. Rafael Pérez-Taylor
Cotutores
Dr. Luis Alberto Vargas
Dr. Roberto Campos Navarro

AGOSTO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A Rebeca,
a Rodrigo,
y a César.**

Que quiero tanto

Agradecimientos

En primer término y en diferentes planos a Rafael Pérez-Taylor, investigador del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyo apoyo decidido posibilitó mi ingreso como estudiante a este posgrado en antropología.

Al *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana*, fundado y dirigido también por Rafael en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, que me acogió en su ambiente académico donde florece la diversidad intelectual; un espacio de lectura, discusión y reflexión de los problemas transdisciplinarios que tensan la comprensión de la complejidad humana contemporánea. Gracias también a los compañeros del *Seminario*.

A mis tutores de investigación, el doctor Luis Alberto Vargas, porque su estímulo constante y apasionado iluminó los laberintos por donde transitó esta investigación; al doctor Roberto Campos, por compartirme su visión crítica y holística de la atención médica en México y su convicción de que trabajos como este deben ser realizados; y de nueva cuenta a Rafael Pérez-Taylor por la dirección de tesis, donde imperó su generosidad intelectual y su larga trayectoria como antropólogo y como pensador del fenómeno humano en todas sus aristas.

A Fernando Martín Juez por su apoyo moral, su calidez intelectual, y su afilada interlocución. Gracias Fernando.

Al Dr. Fernando Ortiz Monasterio por concederme una entrevista y una mañana junto a él.

Al doctor Rubén Burgos Vargas, director de Investigación del Hospital General de México durante el periodo en que inició esta investigación, quien mostró en los hechos que la ciencia es una empresa por definición inacabada; abierta a interrogantes tanto endógenas como exógenas y por lo mismo libre de dogmas. Gracias a su apoyo, y sobre todo a la congruencia entre su

pensamiento y sus actos, el trabajo de campo de esta investigación se realizó en el Hospital General de México.

Al Dr. Carlos del Vecchy, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, por su apoyo y comprensión. Por las facilidades para mi ingreso al mundo de la cirugía plástica.

A los doctores Antonio Ugalde y Raymundo Priego, médicos adscritos del Servicio, por su amable trato; por la paciencia con la que respondían mis dudas y por el diálogo que nunca me negaron. También agradezco al Dr. Carlos Merino su buen trato y cortesía.

A los médicos residentes, que son la fuerza y el alma del Servicio, especialmente al Dr. Alfredo Nieto que permitió mi cercanía durante muchos días compartiéndome su tiempo y hasta su comida. Al Dr. Caracheo, por su amabilidad, su apoyo, sus charlas y su comprensión. Dr. Carlos Marengo, por todo su valioso apoyo. Al Dr. Treviño, a quien el agobio del trabajo nunca impidió responder amablemente mis inquietudes. Al Dr. Tamez, por permitirme observar su trabajo; al Dr. Miguel Rodríguez por su apoyo.

También agradezco a Alejandra Rosas Servín, Trabajadora Social del Servicio, por sus explicaciones, por responder mis preguntas, por permitirme observar su trabajo.

A la señora Guadalupe Castellanos Moreno, Jefa de Enfermeras del Servicio. Lupita, muchas gracias por su apoyo.

También doy las gracias a Sonia, Soni; y a Irene, ambas secretarias del Servicio, por su buen trato.

Agradezco también a las pacientes Rosa Peña, y muy especialmente a Margarita García por permitirme acompañarla en su estancia dentro del Servicio.

Por otro lado, agradezco también a los compañeros profesores del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Laura Carrillo Moreno, Carlos Vanegas Venegas, Alfredo Acosta Favela, Gabriel Medrano Donlucas, Beatriz Alvarado Robles, Armando Barraza

Cuellar y Miguel Paz Barahona, por la interlocución, las críticas y las observaciones que brindaron a numerosos pasajes de este trabajo. A los estudiantes de medicina Juan Manuel Ventura y Ángel Gómez por compartirme sus inquietudes y comentarios.

Gracias a Rebeca Cruz Santacruz, compañera y esposa, por tu apoyo firme y sostenido durante todo este tiempo; por escuchar la interminable cantidad de versiones del trabajo; por discutir las conmigo y por corregir las versiones escritas.

Índice

Agradecimientos	9
Marco teórico metodológico	13
Nota ético-metodológica	22
Introducción	
Medicina, ciencia, hospitales y ritos	23
Capítulo primero	
Una antropología de la mirada médica	57
Introducción al campo de trabajo	57
Primera inscripción. La clasificación socioeconómica	58
Clasificar seres humanos (Primera disertación)	60
El trasfondo social y económico	61
El trabajo social	70
La clasificación médica. La historia clínica	72
El interrogatorio	74
Trini, niña de 7 años	78
El llenado de los formatos de la historia clínica	80
Segunda inscripción. Primera mirada médica	81
La historia clínica de Rosa Peña	82
Separar y agrupar (Segunda disertación)	85
La visión escala la cima de los sentidos	87
Mirada y escritura	90
La cosmo- <i>visión</i>	95
El orden abstracto de la naturaleza en el foco de la mirada: el nacimiento del <i>logos</i>	98
La clasificación del clasificador	101
Alfabeto y logos	103

El logos como orden abstracto	105
La racionalidad científica en la medicina	109
La medicina se encuadra en el positivismo	111
¿Y dónde quedó Hipócrates?	114
La medicina se volvió ciencia	114
La clínica también se vio favorecida	117
La im-posibilidad del ojo hecha lógica	119
La filosofía positiva, base de la medicina científica	120
La epistemología de las ciencias experimentales es imaginaria	121
Conocimiento científico y diferencia	123
Retorno a la consulta de Rosa	125
Capítulo segundo	
El Hospital entre el bien y el mal	129
Tercera inscripción. Segunda mirada médica.	
Rosa Peña en la sala de consulta	129
Croquis de la sala de consulta	130
Ilustración: Cirujanos plásticos del mundo	135
Ilustración: Cirujanos plásticos del mundo. Referencias	136
Orden social y orden hospitalario (Tercera disertación)	137
La construcción del orden social en la edificación de hospitales	138
Hospitales para indios y hospitales para españoles	139
Hospitales y territorio	142
Hospitales para mineros del siglo XVI	142
Las divisiones internas de la Iglesia	143
Hospitales de ingenios azucareros	144
Hospitales de haciendas	145
Hospitales de artesanos	145
Hospital y utopía	146
La separación radical	150
El orden interno del hospital	152

Medicina indígena para indios en hospitales de españoles	154
Los hospitales en la transición al México independiente	154
El hospital general de México, una mirada a sus orígenes	167
El hospital general de México, hoy	173
Segundo retorno a la consulta de Rosa	175
El cuerpo del estado	180
Capítulo tercero	
La práctica médica y el orden social	183
Margarita García	183
La intervención quirúrgica de Margarita García	187
La cama de Margarita estaba vacía	189
Por fin localizaron la vena	193
Lo “mal hecho” ¿Existió o no?	194
Una intervención quirúrgica en “el privado”	197
Separación/unión (Cuarta disertación)	200
La exclusión de Margarita García	200
Semejanzas y diferencias	200
La separación/unión en el origen	203
Los hemisferios cerebrales	205
La separación simbólica como separación real	207
La separación de los pobres	208
Los pobres como modelos vivos para la práctica	209
Los mexicanos pobres	211
Primera visita a Margarita García	213
¿Por qué están excluidos de la información de su propio cuerpo?	214
La presentación de Margarita en el pase de visita	216
Margarita fue reducida a un injerto de vena	216
El pase de visita	216
El pase de visita es una ceremonia	223

Mito y rito, ciencia y tecnología (Quinta y última disertación)	224
Del mito	230
Del rito	244
Del mundo de la vida	247
Retorno al pase de visita	254
Margarita García es dada de alta	255
El cuestionario de Trabajo Social	255
La charla con Margarita	257
Se fue caminando al quirófano	257
La voluntad es límite	258
Exoducción	260
Bibliografía	265

Introducción

Práctica médica, ciencia, hospitales y ritos

La práctica médica cotidiana del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México consiste en un conjunto de procedimientos, actitudes y valores regidos por normas escritas y no escritas. Se trata de una actividad individual y grupal enmarcada en la denominada “biomedicina” y acotada, entre otras instancias, por las tendencias nacionales e internacionales de la atención médica y de la administración de los servicios de salud pública. Es una práctica influida también por el devenir del Hospital General, cuyas raíces se hunden en lo más profundo de la historia de México; y por una tradición propia instaurada por el fundador del Servicio, el doctor Fernando Ortiz Monasterio¹.

El mayor peso y volumen de esa práctica recae sobre los médicos residentes. El concepto “residentes” significa que se encuentran en proceso de formación como especialistas en cirugía plástica y reconstructiva². Los médicos residentes, por su parte, están organizados jerárquicamente en tres niveles que corresponden a los tres años de su formación. A cada nivel corresponden distintas actividades y también diferentes responsabilidades. Cada año se designa un jefe entre los residentes de tercer año, que rige sobre todos los demás médicos en formación.

El doctor Fernando Ortiz Monasterio, cirujano plástico mexicano de prestigio mundial, se formó como especialista en Galveston, una ciudad de Texas, en Estados Unidos de América³. En este país, la práctica de la medicina científica, nacida en Francia, fue sometida a un proceso de intensa tecnificación que con el paso del tiempo se tradujo en altos niveles de eficacia

¹ Y más todavía; esta práctica médica consiste y existe en una muy apretada trama de acontecimientos cuyas interacciones se remontan miles de años atrás. Esta investigación evidentemente es un recorte, una pequeña selección de hechos, elaboración de algunos observables, trabajo de campo, y dialógica entre ellos.

² Para ser residentes de cirugía plástica, los médicos primero deben haber realizado la especialidad en cirugía general. En cirujano plástico es, por tanto, un doble especialista.

³ Ubicada al noroeste del Golfo de México, que debe su nombre a su fundador, Bernardo de Gálvez y Madrid, gobernador español de la Luisiana.

práctica, sostenidos en la utilización de tecnología de punta. A lo largo de la primera mitad del siglo XX ese país fomentó y difundió por todo el mundo su modo de concebir y practicar la medicina⁴.

Influido en buena medida por su formación en Estados Unidos, el doctor Fernando Ortiz Monasterio también fundó en México las especialidades médicas *académicas* (con aval universitario) donde la experiencia clínica y el trabajo quirúrgico deben estar sustentados en el conocimiento biomédico. La investigación científica, por su parte, también ha sido desarrollada enérgicamente por el doctor Ortiz Monasterio desde el enfoque cuantitativo⁵.

Para que la medicina estadounidense ocupara el lugar hegemónico en el plano internacional tuvo que desplazar primero a la medicina francesa; una medicina que habiendo alcanzado la supremacía mundial durante el último tercio del siglo XIX y la científicidad de la clínica antes que ninguna otra; conservó sin embargo la figura del médico y su prestigio personal en el vértice de la atención médica. Con ello la marcha histórica de la medicina francesa adentró el pie derecho en el terreno de la modernidad de la ciencia, mientras conservó el izquierdo en la tradición.

Por su parte, la modernización gradual de la medicina estadounidense es una tendencia de larga duración que ha consistido en desplazar la persona y con ella el antiguo prestigio del médico a un lugar secundario para colocar en primer plano al conocimiento de la enfermedad y a la tecnología para su intervención.

Este desplazamiento del *saber* y del *saber hacer* del médico es en realidad, parte de otra tendencia más amplia y de más larga duración originada en la

⁴ La práctica médica norteamericana formalizó el uso de las ciencias biomédicas como su fundamento y la experimentación en laboratorios como principal fuente de experiencia para los médicos. Lo anterior fue parte del paquete de recomendaciones que Abraham Flexner sugirió en 1910 para la modernización y reglamentación de la educación médica. En la parte final de este trabajo se incluyen como anexos una serie de entrevistas, en su mayoría de cirujanos plásticos. Una de las preguntas iniciales se refiere, precisamente, a la experiencia de ellos con el aprendizaje de las ciencias básicas en pregrado y postgrado y su relación con el trabajo clínico y quirúrgico.

⁵ HERNÁNDEZ Zinzún Gilberto, *Entrevista con el doctor Fernando Ortiz Monasterio*, México D. F., 15 de marzo de 2005.

confluencia de dos magnos acontecimientos de Occidente: la revolución científica de Galileo y la Revolución Industrial inglesa.

Con su *ciencia nueva* Galileo hizo realidad la matematización del conocimiento de la naturaleza⁶, expresándolo a través de relaciones cuantitativas; con ello se abrió la puerta a la posterior utilización de la ciencia en calidad de técnica que manipula objetos y procesos a través del control de variables cuantitativas inscritas en códigos. La expresión más contundente de ese control cobró forma posteriormente dentro de las nociones de “normalidad” y “anormalidad” emanadas del pensamiento estadístico; este tema se expondrá en otro contexto, más adelante.

La Revolución Industrial, por su parte, inauguró el crecimiento exponencial de la economía a través de la producción en serie. Para ello fragmentó los procesos productivos en un conjunto de operaciones simplificadas asignando a distintos obreros la repetición constante de una misma operación ajustada a un conjunto de normas. A través de este procedimiento los procesos industriales se realizaron en tiempos cada vez más breves y al mismo tiempo los antiguos maestros artesanos que elaboraban sus artículos de principio a fin, basados en su conocimiento y experiencia, adquiridos a lo largo de muchos años, empezaron a perder importancia o a desaparecer de la escena económica⁷.

Este modo de proceder permitió a los industriales la apropiación y el monopolio del conocimiento global de los distintos procesos productivos, mientras que los trabajadores se convirtieron en repetidores monótonos de una operación cada vez más simple.

⁶ Antigua aspiración de muchos presocráticos como Pitágoras quien planteaba al número como la razón del universo; Anaxímenes quien postulaba que todo está compuesto de aire en distintas proporciones o cantidades, entre muchos otros.

⁷ Actualmente han resurgido, por ejemplo en Francia, algunos productos artesanales elaborados a mano y desde las tradiciones artesanales que, en apariencia, habían desaparecido hace mucho tiempo de la escena comercial. El atractivo de esos productos es su carácter único o singular que sólo emerge de la mano humana; a diferencia del producto industrial con sus procesos mecanizados de reproducción y con poca o nula participación en su diseño por parte del obrero industrial.

Pero la revolución productiva todavía tenía mucho camino por delante. De nueva cuenta lo que se originó en Europa, culminó en Estados Unidos de América.

Un acontecimiento paradigmático, en este sentido, lo representan las posturas de dos personajes, constructores de la era contemporánea: frente a la experiencia empírica del productor de automóviles Henry Ford, Frederick Winslow Taylor planteó la administración científica, *scientific management*, de la organización del sector industrial. Taylor propuso la descomposición y cuantificación de los procesos administrativos e industriales en tiempos y movimientos de tal modo que se hiciera posible el estudio, el cálculo y el diseño de las operaciones más productivas, y el correspondiente desecho de las menos productivas. Esta inscripción de la producción industrial en la administración taylorista dio forma científica y consistencia práctica al código del capital; es decir, reducir a su mínima expresión los procesos de trabajo y, simultáneamente, obtener el máximo posible de rentabilidad.

Con el advenimiento de las sociedades de masas, la atención médica para grandes poblaciones también se ha industrializado. Julio Frenk y Luis Durán-Arenas lo refieren de la siguiente manera:

“In the course of its development, the social institution of medicine has experienced a series of changes —some slow and silent, others visible and rapid, all pervasive and far reaching. The scope of medical activities has expanded to growing numbers of people and spheres of human life. As the problem-solving capacity of medicine has increased, most societies have constructed an order of discourse that regards health as a basic human need and medical care as a social right. But at the same time there has been a widespread adoption of rationalizing rules and procedures, which may constrain the direct relationship between client and provider. A conspicuous change has been the concentration of the production of both knowledge and services in increasingly complex organizations, with an elaborate division of labor and a diversification in the forms of economic

interaction among the key actors. There is today an expansive and expensive health care industry operating on a global scale”.⁸

Desde hace muchos años, el proceso de atención médica no cesa de fragmentarse. Veamos cómo se manifiesta el *scientific management* en este campo:

“The development of work organization in industrial society has been described by Braverman (1974) as ‘deskilling’, a process in which the conceptualization of work and its execution are separated. Deskilling is the separation of work and the knowledge required to produce that work, locating each aspect of production with different groups of people, so that production can be standardized and can be controlled by managers rather than by expert craftspeople. The expertise of management takes precedence over the technical competence necessary to produce goods or services and so managers dominate the workforce, which, because tasks are standardized and easily learned, is readily replaceable. Braverman argues that this description applies to approximately 70 per cent of the working population (1974, p. 35) Although Braverman does not deal at any length with caring professions, they are clearly within his formulation....⁹

⁸ FRENK, Julio y DURÁN L., “The medical profession and the State”, en Hafferty F. y McKinlay J. *The changing medical profession*, New York, Oxford University Press, 1993, p. 25. Mi traducción es la siguiente: En el curso de su desarrollo, la institución social de la medicina ha experimentado una serie de cambios —algunos lentos y silenciosos, otros visibles y rápidos, todos de amplia difusión y de largo alcance. El radio de las actividades médicas se ha expandido hacia numerosos y crecientes grupos de personas y esferas de la vida humana. En la medida en que la capacidad de la medicina para solucionar problemas de salud se ha incrementado, la mayoría de las sociedades han construido un orden discursivo que concibe la salud como necesidad humana básica, y la atención médica como un derecho social. Pero al mismo tiempo, se ha generalizado la adopción de una racionalización de reglas y procedimientos que pueden constreñir la relación directa entre clientes y proveedores. Un cambio conspicuo ha sido la concentración de la producción de conocimientos y de servicios en organizaciones cada vez más complejas, con una detallada división del trabajo y una diversificación en las formas de interacción económica entre los principales actores. Existe hoy en día una industria de la atención de la salud en constante crecimiento, tanto en tamaño como en sus costos.

⁹ HYMAN, R., *Power in caring professions*, London MacMillan, 1991, p. 57. La traducción, también propia, es: El desarrollo de la organización del trabajo en la sociedad industrial ha sido descrito por Braverman (1974) como ‘deshabilitación’, un proceso en el cual la

Es necesario indicar que la práctica médica no solo está sometida al “gerencialismo” mencionado en la cita anterior; esa sería una visión muy simplista y lineal. El mismo texto señala que los médicos desarrollan estrategias de “resistencia” al control externo. La práctica real está conformada por una gama infinita de acciones y reacciones. Este trabajo, necesariamente, es una aproximación, entre muchas posibles, a unos cuantos de sus aspectos.

La tendencia fragmentadora y controladora hace tiempo empezó a infiltrar el campo de los actos médicos. Este tipo de estudios calcula el peso de sus variables y establece las correlaciones más significativas de modo tal que el trabajo médico pueda realizarse de acuerdo con un conjunto de datos inscritos en determinados códigos de seguridad, confiabilidad y validez científica. Actualmente estos códigos tienden a gobernar el ejercicio de la profesión médica reduciéndola a una actividad cada vez más simple y técnica.

En su artículo “Tendencias de la educación médica” Alberto Lifshitz explora y documenta las fuerzas sociales que hoy en día ejercen su acción sobre la formación de los médicos; una de ellas es la *medicina basada en evidencias*¹⁰. El autor nos informa que en ese tipo de medicina se trata de

conceptualización del trabajo y su ejecución se han separado. La deshabilitación es la separación entre el trabajo y el conocimiento necesario para realizarlo, distribuyendo cada aspecto de la producción en diferentes grupos de personas; en consecuencia esa producción puede ser estandarizada y por lo mismo controlada por “managers”; ese control puede ser ejercido incluso de mejor manera que los expertos en la realización del trabajo. El ‘expertise’ del “management” adquiere incluso mayor relevancia que la competencia técnica necesaria para producir bienes o servicios; los managers por tanto dominan la fuerza de trabajo porque las tareas están estandarizadas y son fácilmente aprendidas y quienes las ejecutan son sustituibles. Braverman argumenta que esta descripción aplica al 70 por ciento de la población trabajadora (1974, p. 35).

Aunque Braverman no se ocupa de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud, éstas se encuentran claramente ubicadas dentro de su formulación...

¹⁰Por “evidencias” debe entenderse “pruebas”, medicina “basada en pruebas” ya que “lo evidente” no requiere demostración. Comunicación personal del Dr. Luis Alberto Vargas.

“...no confiar más en la intuición, en los factores subjetivos, en la experiencia clínica no sistematizada ni en las predicciones basadas en el conocimiento de la fisiopatología, sino en la información firmemente sustentada en estudios científicamente válidos. Este enfoque llamado ‘medicina basada en evidencias’ forma parte de una propuesta más global de modernización de la clínica que abarca la validación de los signos clínicos tradicionales mediante el cálculo de su sensibilidad, especificidad y valores de predicción; la ‘clinimetría’ que intenta darle un valor cuantitativo a los síntomas y signos; la simplificación posttecnológica que propone utilizar la tecnología moderna para aprender a prescindir de ella”¹¹.

El siguiente cuadro, denominado *Algunas diferencias entre la medicina basada en evidencias y la medicina basada en opiniones* también es de Alberto Lifshitz.

Cuadro 1

	MEDICINA BASADA EN OPINIONES	MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS
Sustento principal	Experiencia	Método
CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA		
Velocidad	Rápida	Lenta
Variabilidad	Amplia (personas, escuelas, hospitales)	Mínima
Actualizada	No necesariamente	Por definición
A todos los problemas	Sí	No
Dificultad	Mínima (con experiencia)	Grande
Características del proceso cognitivo	No sistemático No transferible	Sistemático Accesible

¹¹ LIFSHITZ, Alberto, “Tendencias de la educación médica” en *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No. 1, pp. 25-33.

En la excelente “fotografía” de la medicina basada en evidencias que Lifshitz nos muestra, se aprecia el proceso de desplazamiento del médico y su experiencia, junto al encumbramiento del conocimiento científico y la tecnología. El planteamiento global de la medicina basada en evidencias parece consistir en la inscripción de la práctica médica en la tendencia histórica de Occidente que sustituye gradualmente las prácticas sociales (ligadas a la subjetividad de sus realizadores) por actividades efectuadas de manera técnica, donde el operario se desliga gradualmente de las razones “de sus actos”.

En el comparativo, la experiencia del médico aparece ligada a la opinión y la subjetividad, aspectos desechables en esta tendencia de la atención médica que pretende prescindir significativamente del razonamiento clínico, para existir simplemente como repetición monótona de un conjunto de operaciones estandarizadas y validadas metodológicamente.

Lifshitz muestra cómo en esta *tendencia*, la “experiencia” de la medicina basada en opiniones aparece opuesta al “método” de la ciencia que sustenta la medicina basada en evidencias. Esa oposición merece ser examinada, pero antes debemos remarcar el carácter tendencial del cuadro; es decir que la realidad cotidiana de la atención médica global no está tajantemente dividida en dos; donde una parte contendría a los médicos que fundan su práctica exclusivamente en la experiencia y la otra parte donde se ubicarían los médicos que únicamente se basan en evidencias.

La realidad es mucho más heterogénea y hasta el médico más modesto recurre a las evidencias de, por ejemplo, una química sanguínea para corroborar alguna de sus hipótesis diagnósticas. Por otro lado los médicos más tecnificados y tecnologizados también se valen de su experiencia y de sus opiniones. ¿Por qué? Por una razón muy sencilla y al mismo tiempo muy poderosa: la práctica de la medicina altamente tecnologizada también constituye una *experiencia* para quien la realiza y esa experiencia forma parte de la atención médica que el médico brinda a sus pacientes.

No obstante lo anterior, para efectos de análisis supongamos que las prácticas médicas se han polarizado de manera absoluta. Ahora preguntemos ¿cuál es el sustento del método científico que a su vez fundamenta la *medicina basada*

en evidencias? Y de nueva cuenta encontraríamos que se trata de la *experiencia*, pero en su modalidad de experimentación.

Efectivamente, el carácter metódico de la investigación científica consiste en el control riguroso de las experiencias diseñadas por los investigadores¹². De lo anterior se desprende que la tendencia de la *medicina basada en evidencias* no se opone a la “experiencia” a secas, lo cual es absurdo en muchos sentidos, sino a la falta de control total.

La *experimentación* científica consiste en el aislamiento mental o abstracto de ciertas relaciones entre variables de los hechos investigados, con el propósito de hacer observaciones de su comportamiento en condiciones previamente diseñadas y estrictamente *controladas*.

Para muchos la experimentación científica aparece, exclusiva y absolutamente, como una actividad de manipulación y observación de hechos naturales pero, observando con más detenimiento, podemos apreciar que simultáneamente se manipulan y observan los comportamientos de las hipótesis del investigador. Dicho en otros términos, el observador está incluido en la observación que realiza. En este proceso, las hipótesis que no son corroboradas por la *experiencia controlada* son desechadas. Pero esto no significa que las hipótesis probadas no provengan también de la mente, de la ideación, de la experiencia indagadora, de la “subjetividad” del investigador.

Las *experiencias controladas* se realizan con animales de laboratorio, con células cultivadas artificialmente, con reacciones químicas y procesos físicos en condiciones ideales; es decir, con objetos, con sujetos y con procesos aislados de sus contextos. Lo anterior significa que la validez de esos experimentos sigue siendo una noción abstracta; es decir, que sus resultados sólo operan plenamente en las condiciones ideales diseñadas en las mentes de los científicos y puestas en práctica dentro de los ambientes controlados de sus laboratorios.

Por otra parte, es necesario y pertinente preguntar ¿Quién o quiénes *pueden* realizar observaciones en condiciones controladas? ¿Quiénes pueden

¹² GADAMER, Hans-Georg, *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona, Primera reimpresión, 2001, pp. 13-44.

observar de ese modo el comportamiento de los cuerpos celestes o de las partículas sub-atómicas; de la transmisión de información entre genes, del proceso de clonación de un ser vivo? La mayoría de las veces, sólo las corporaciones transnacionales y los gobiernos de los países más poderosos.

Los conocimientos y la tecnología producidos a través de estas *experiencias controladas* se traducen en mayor competitividad para sus productores, mayor poder económico, mayor capacidad militar; etcétera. Con lo anterior se cierra un círculo que empieza con el *poder* (el poder hacer investigación) y se cierra con *mayor poder* (científico y tecnológico) que se vuelve a emplear para hacer nueva investigación y de ese modo reiniciar indefinidamente el ciclo.

Pero este *poder* que es condición y efecto de la producción de conocimientos científicos pasa frecuentemente desapercibido, incluso en muchos ambientes académicos embebidos en la concepción de la ciencia exclusivamente como aparato conceptual que fundamenta y gobierna las prácticas. Gadamer explica que la ciencia ya no es sólo eso:

“Cuando la mente aísla las diferentes relaciones y, de esa manera, las mide y las sopesa, está abriendo la posibilidad de introducir, a voluntad, factores de tipo causal. Por eso, no carece de sentido afirmar que las ciencias naturales modernas —al margen de los intereses puramente teóricos que las animan— no implican una cuestión de saber como de poder-hacer. En una palabra, ellas son una práctica. Así lo señala B. Croce en *Lógica* y en *Práctica*. No obstante yo consideraría más acertado sostener que la ciencia posibilita un conocimiento orientado hacia el poder-hacer, un dominio de la naturaleza fundado en su conocimiento, es decir: una técnica. Y ésta no es, exactamente, una práctica porque no constituye un conocimiento que se obtenga por medio de una suma de experiencias surgidas de la acción ejercida sobre una situación de vida y de las circunstancias en que se cumpla esa acción. Se trata de un conocimiento que guarda una relación específica y nueva con la práctica —la de la aplicación constructiva— y que sólo se hace posible gracias a ella. Su método exige, en todos los terrenos, una abstracción que aisle las diferentes relaciones causales. Y esto obliga a tomar en cuenta la ineludible particularidad de su competencia. Pero lo que nació así fue ‘la ciencia’, que trajo aparejado con ella un nuevo

concepto tanto de la teoría como de la práctica. Esto constituyó un verdadero acontecimiento en la historia de la humanidad, que confirió a la ciencia un nuevo acento social y político. Por eso no es vano que la época actual reciba el nombre de era de las ciencias. Hay dos motivos, sobre todo, que justifican esta denominación. Por un lado, el dominio de la naturaleza por medio de la ciencia y de la técnica ha asumido, sólo ahora, las dimensiones que permiten distinguir cualitativamente nuestro siglo de los siglos anteriores. Y no se trata sólo de que la ciencia se haya convertido hoy en el primer factor productivo de la economía humana. Ocurre también que su aplicación práctica ha generado una situación fundamentalmente nueva: ya no se limita — como ocurrió siempre, según el concepto de *techne*— a completar las posibilidades que la naturaleza dejaba abiertas (Aristóteles), sino que hoy ha sido promovida al plano de una contrarrealidad artificial.”¹³

Efectivamente, la ciencia de nuestros días ya no sólo es el fundamento de las prácticas; también es un instrumento que permite el control del medio y sus hechos; y más todavía: se ha convertido en una “fábrica” para producir e introducir hechos inéditos en la realidad (es productora de realidad artificial)¹⁴, nuevos seres en el ambiente (transgénicos); nuevas prácticas sociales que no han emergido de las relaciones entre los seres humanos con sus objetos de trabajo; se trata en suma, de hechos, de seres, y de prácticas, ideados y diseñados desde el cálculo racional, en laboratorios o en sus equivalentes.

Ahora bien, para que el conocimiento producido en condiciones artificiales opere en la realidad es necesario ajustar esa realidad convirtiendo parte de ella en “artificio”. De este modo emergen los llamados “ambientes controlados”, sean domésticos, industriales, agrícolas, o empresariales, donde cotidianamente crecen las acciones, las actitudes, las palabras y las operaciones codificadas; es decir, exclusivamente significativas en los diseños de productividad, de seguridad, de estabilidad, etcétera; al tiempo que disminuyen los actos espontáneos de quienes interactúan en y con esos ambientes.

¹³ GADAMER, *Op. Cit.*, pp. 18-19.

¹⁴ O “contra-natura” como la denomina Edgar Morin.

Al respecto, Agnes Heller, en el capítulo “Sobre la dinámica histórica del mundo burgués del sentimiento en general” de su *Teoría de los sentimientos*¹⁵, describe detalladamente cómo en la era burguesa, que ha construido un mundo a la medida de sus deseos y necesidades productivas e ilimitadamente expansivas, el sujeto debe renunciar a la expresión espontánea de sus sentimientos para adoptar los sentimientos de “papel” — en el sentido actoral del término— que le exige el acoplamiento al entorno productivo. El sujeto que se adapta es considerado un triunfador, y el triunfo se paga con estrés y ansiedad.

En esta perspectiva de la relación entre el sujeto y el entorno, plantea Baudrillard:

“...el diseño y las disciplinas del medio pueden ser considerados como una de las ramas de la *comunicación colectiva*, una ramificación gigantesca del *human and social engineering*. Y nuestro verdadero entorno es ya el universo de la comunicación. En esto es en lo que se distingue radicalmente de los conceptos de “naturaleza” o de “medio” del siglo XIX. Mientras que éstos se referían a leyes físicas, biológicas (determinismo de la sustancia, de la herencia y de la especie) o socioculturales (el “medio”), el entorno pasa a ser de golpe red de mensajes y de signos, y sus leyes son los de la comunicación. El entorno es la autonomización del universo entero de las prácticas y de las formas, de lo cotidiano a lo arquitectónico, de lo discursivo a lo gestual y a lo político, como sector operacional y de cálculo, como emisión/recepción de mensajes, como *espacio/tiempo de la comunicación*. A este concepto teórico de “entorno” corresponde el concepto práctico de “diseño”, que se analiza en última instancia como producción de la comunicación (del hombre a los signos, de los signos entre ellos, de los hombres entre ellos)”¹⁶.

Baudrillard muestra cómo las prácticas humanas, que durante miles de años se consideraron expresión de creatividad, de realización consciente, y de espacio para el sello personal de sus realizadores, se vuelven autónomas (se

¹⁵ HELLER, Agnes, *Teoría de los sentimientos*, Ediciones Coyoacán, México, 1999, pp. 235-313.

¹⁶ BAUDRILLARD, Jean, *Crítica de la economía política del signo*, Siglo XXI, México, 1999, 12ª edición, p. 246. Las cursivas son del original.

independizan de sus realizadores) para ser gobernadas por sus entornos transformados en redes de signos.

La vieja distinción entre las prácticas humanas y las actividades de otras especies sociales, por ejemplo las hormigas o las abejas, que ufanamente colocaba a *Homo sapiens* en una posición privilegiada con el argumento de que esos insectos accionan e interaccionan en calidad de autómatas, a través de un repertorio limitado de conductas, codificado genéticamente, se encuentra en proceso de desaparición.

Hace ya muchos años también surgieron los “estados controlados” como el de ciertas enfermedades crónicas y degenerativas que exigen de las personas enfermas un conjunto de acciones y otras tantas omisiones que forman parte del código del control de la enfermedad prescrito por la racionalización que gobierna la medicina de nuestro tiempo, una racionalización donde las concepciones de *normalidad* y *anormalidad* juegan el papel preponderante.

La ciencia contemporánea, en suma, es un proceso que empieza su ciclo como el conjunto de *experiencias controladas* de unos cuantos investigadores para luego retornar a la sociedad como fuerza económica y política que tiende al *control de las experiencias* de las masas de seres humanos que llevan a cabo las distintas prácticas sociales. Lo anterior se expresa, por ejemplo, en la estandarización de los procedimientos de todo tipo instituciones y, sobre todo, en su adopción como condición para obtener financiamientos¹⁷. Su uso es obligado para el empresario, el industrial o el agricultor que desea mantener o incrementar la productividad, la seguridad o la confiabilidad de sus actividades, etcétera. Emergen también los listados de actitudes generadoras de ambientes favorables para diversos fines; y su acatamiento es obligado para los empleados de un número creciente de empresas e instituciones.

¹⁷ Una enfermera de larga trayectoria y experiencia en el Servicio de Cirugía Plástica me comentó: “los manuales de procedimientos llegan uno tras otro y se van apilando por ahí en algún lugar. Yo me enfrento a la disyuntiva de ponerme a trabajar o a leer esos manuales. Me pongo a trabajar”.

Regresemos ahora a la tendencia que Lifshitz nos presenta:

Es bastante notorio que en el cuadro comparativo no se encuentra el concepto “práctica” Lo anterior llama bastante la atención pues la expresión “práctica médica” es un concepto milenario donde todavía resuenan las voces de Hipócrates, de Xavier Bichat o de Eduardo Liceaga, entre muchas otras. Tal vez podría pensarse que la época actual compara la *práctica* de la medicina basada en opiniones con la *práctica* de la medicina basada en evidencias, pero observando detenidamente notamos que esa comparación lleva al absurdo de cotejar “la práctica de la medicina basada en la *práctica*” (denominada “experiencia” en el cuadro); frente a “la práctica de la medicina basada en el *conocimiento*”.

Ya vimos con Gadamer cómo y por qué la noción de “práctica basada en el conocimiento” es una expresión inoperante en amplios sectores de la realidad actual y, además, que la “experiencia” no sólo está ligada a la subjetividad y a la opinión del médico, sino también a la producción del conocimiento científico (como experiencia controlada).

El cuadro de Lifshitz parece mostrar que en nuestra época, y en relación con el ejercicio de la medicina, se elude llamar a la “técnica” por su nombre, al tiempo que se oculta el concepto “práctica” y las consecuencias de su adelgazamiento en las actividades sociales contemporáneas.

La pérdida de terreno de la práctica médica ante iniciativas como la “clímetría”, sin desconocer obviamente las ventajas que aporta, no deja de ser un atentado a la dimensión humana de esta actividad ancestral. Ciertamente es que el “factor humano” introduce el error en determinados aspectos o momentos de la práctica de algunas personas; pero la técnica no está exenta de errores y cuando esto sucede, una técnica deficiente puede “sembrar” el error en todas y cada una de las actividades realizadas a partir de ella. Ello se debe a que, una vez estandarizada, se realiza mecánicamente.

En el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México “la práctica” es la dimensión más valiosa y más compleja, tanto para los médicos residentes en formación, como para los pacientes de escasos recursos, imposibilitados para cubrir los gastos de una cirugía en las instituciones privadas.

Comenta el Dr. Alfonso Reyes: “En el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México, no es porque yo lo diga, hay muchos parámetros confiables, es uno de los mejores, si no el mejor a nivel latinoamericano, y a nivel mundial. Yo he tenido la oportunidad de estar en el extranjero y comparar la preparación de cualquier cirujano plástico: Estados Unidos [de América], Brasil, Francia, todo lo que es Latinoamérica, y no tienen la preparación que nosotros tenemos. No tienen la oportunidad de tratar la variedad de pacientes que tratamos nosotros, la cantidad de pacientes; nosotros vamos ahorita retrasados en cirugía seis meses, eso quiere decir que los próximos seis meses tengo garantizado entrar a quirófano...”¹⁸

¿Qué hay detrás de este desvanecimiento de la práctica? Volvamos con Gadamer:

“Pero ¿a qué llamamos aquí práctica? ¿La aplicación de la ciencia es ya práctica de por sí? ¿Toda práctica es una aplicación de la ciencia? Aunque toda práctica implique la aplicación de la ciencia, ambas cosas no son idénticas. Porque práctica no significa sólo hacer todo lo que se puede hacer. La práctica es siempre, también, elección y decisión entre posibilidades. Siempre guarda una relación con el “ser” del hombre... Desde este punto de vista, existe una inconciliable oposición entre ciencia y práctica. La ciencia tiene, por su esencia misma, un carácter inconcluso o inacabado; la práctica, en cambio exige decisiones en el instante. Y esta condición de inconclusión propia de toda ciencia experimental no sólo significa una exigencia legítima de universalidad, sino también que, además, esa pretensión de universalidad no podrá ser jamás alcanzada. La práctica reclama conocimientos; pero esto significa que se ve obligada a tratar el conocimiento disponible en cada caso como algo concluido y cierto. Y el saber de la ciencia no es un saber de *esa* naturaleza. Justamente en este aspecto difieren

¹⁸ HERNÁNDEZ Zinzún, Gilberto, *Entrevista con el Dr. Alfonso Reyes*, México, D. F., 9 de marzo de 2004. En la entrevista con el Dr. Fernando Ortiz Monasterio (su nombre no ha sido cambiado por ser un personaje histórico para la cirugía plástica en México), el fundador del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México también destaca la enorme cantidad y variedad de pacientes como la principal fortaleza en la preparación de los cirujanos plásticos.

esencialmente entre sí la ciencia moderna y ese saber general más antiguo que —antes del comienzo de la “Edad Moderna”— resumía bajo el nombre de ‘filosofía’ todo el saber de la humanidad. El conocimiento de la ciencia no es un conocimiento cerrado y, por eso, no puede llamárselo “doctrina”. Sólo consiste en un estado momentáneo de la investigación”¹⁹.

Vemos entonces que nuestra época tiende a “borrar” la práctica porque ella implica capacidad de elección y de decisión entre posibilidades; porque ella conserva una relación con el “ser” de quien practica; y porque el ser no es ajeno a la subjetividad. Vemos que la episteme de nuestro tiempo también consiste en una guerra sin cuartel contra la subjetividad, tal vez porque se la considera como única fuente de error, lo cual es un *error* que, además, se vuelve paradójica; o tal vez porque está ligada a las pasiones humanas y ellas imponen su sentido particular a todo lo que hace el ser humano; o quizá simplemente porque la subjetividad todavía no es suficientemente controlable.

El cuadro elaborado por Lifshitz retrata nuestro tiempo mostrando la presión sobre las prácticas médicas públicas, privadas y liberales, que tiende a reducir las a la aplicación de técnicas diversas. Técnicas para la selección y obtención de evidencias científicas, técnicas para su interpretación, técnicas para su utilización. En otras palabras, se trata de un mayor control del proceso de atención médica.

Tal parece que la medicina basada en evidencias intenta imponer un esquema lógico para producir algo semejante a una base científica para cada caso, evitando así que el médico haga inferencias y deducciones desde su conocimiento general y desde su experiencia profesional en el proceso de formulación de sus hipótesis diagnósticas y en la prescripción de tratamientos.

Tal vez por ello la respuesta de la medicina basada en evidencias que Lifshitz muestra en su cuadro es *lenta*, su variabilidad es *mínima* (utilización en diversos ámbitos), y su dificultad es *grande*. Si fuera el caso contrario, quizá la práctica de la medicina ya se encontraría reducida a técnica en todo el

¹⁹ GADAMER, *Op.Cit.*, p. 16.

mundo. Pero la tendencia es clara y franca y las revoluciones tecnológicas hacen posible lo imposible de la noche a la mañana.

La realización técnica de una actividad convierte a su ejecutor en un simple operario, esto significa que la práctica de la medicina científica como la hemos conocido, con su tremendo peso histórico y su prestigio social, incluso investida de cierto poder político en varias épocas, tiende a desaparecer²⁰.

Pero ¿cómo se entiende el “conocimiento científico” que, como ya vimos, puede aparecer como fundamento de la práctica del médico o como fundamento de las técnicas de la medicina basada en evidencias?

Veamos cómo lo plantea Byron Good:

“The language of clinical medicine is a highly technical language of the bio-sciences, grounded in a natural science view of the relation between language, biology, and experience (B. Good and M. Good 1981). As George Engel (1977) and a host of medical reformers have shown, the medical model typically employed in clinical practice and research assumes that diseases are universal biological or psychophysiological entities, resulting from somatic lesions or dysfunctions. These produce ‘signs’ or physiological abnormalities that can be measured by clinical and laboratory procedures, as well as ‘symptoms’ or expressions of the experience of distress, communicated as an ordered set of complaints. The primary tasks of clinical medicine are thus diagnosis —that is, the interpretation of the patient’s symptoms by relating them to their functional and structural sources in the body and to underlying disease entities— and rational treatment aimed at intervention in the diseases mechanisms. All subspecialties of clinical medicine thus share a distinctive medical ‘hermeneutic’ an implicit understanding of medical interpretation. While patient’s symptoms may be coded in cultural language, the primary interpretative task of the clinician is to decode patient’s symbolic expressions in terms of their underlying somatic referents. Disordered experience, communicated in the language of culture, is

²⁰ Este tema es abundantemente tratado por una gran cantidad de autores: médicos, antropólogos, sociólogos, filósofos.

interpreted in light of disordered physiology and yields medical diagnoses. Medical knowledge, in this paradigm, is constituted through its depiction of empirical biological reality”²¹.

La descripción antropológica del conocimiento médico que hace Good muestra que su fundamento implícito es la asunción de que el conocimiento es reflejo o “fotografía” del mundo natural²². En consecuencia con ese supuesto, las enfermedades son exclusivamente trastornos o desórdenes naturales, denominados “entidades nosológicas”, residentes en el cuerpo (el cuerpo es un hecho natural irrefutable, visible y material).

²¹ GOOD, Byron J. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, N.Y., 1994, p. 9. Al momento de redactar este capítulo desconocía la existencia del texto en español, por lo que incluyo aquí una traducción libre: “El lenguaje de la medicina clínica es un lenguaje de las ciencias biológicas altamente tecnificado, basado en una visión naturalista de las relaciones entre el lenguaje, la biología y la experiencia. Como George Engel y un gran número de reformadores de la medicina han mostrado, el modelo médico típicamente empleado en la práctica clínica y en la investigación parte del supuesto de que las enfermedades son entidades biológicas o psicofisiológicas universales, resultantes de lesiones o disfunciones somáticas. Estas entidades producen “signos” o anormalidades fisiológicas que pueden ser medidas a través de procedimientos clínicos o de laboratorio, del mismo modo que los “síntomas” propios de la experiencia de la tensión o ansiedad, comunicados como un conjunto ordenado de expresiones de sufrimiento. La principal tarea de la medicina clínica es, por tanto, el diagnóstico —es decir, la interpretación del los síntomas del paciente a través de su puesta en relación con las correspondientes fuentes estructurales y funcionales en el cuerpo y su inscripción en entidades nosológicas— y el tratamiento racional dirigido a la intervención a los mecanismos de la enfermedad. Todas las sub-especialidades de la medicina clínica comparten, entonces, una hermenéutica propia, una comprensión implícita de la interpretación médica. Mientras los síntomas de los pacientes pueden ser codificados en lenguaje cultural, la tarea interpretativa primordial del clínico es decodificar las expresiones simbólicas de los pacientes en términos de sus correspondientes referentes somáticos. La experiencia del desorden, comunicada en términos culturales, es así interpretada a la luz de desórdenes fisiológicos produciéndose así el diagnóstico médico.

El conocimiento médico, en este paradigma, se instituye como una fotografía, representación o reflejo de la realidad empírico-biológica.

²² Los contenidos escolares elaborados a partir de este conocimiento “naturalista”, de ese “espejo” o “fotografía” del mundo real, como son entendidos por los médicos en la descripción crítica que Good realiza, se ubican en los dos primeros años de la educación médica, colocados ahí en calidad de “fundamento” para la práctica posterior de los estudiantes de medicina. Reiteramos que, en los anexos colocados al final de este trabajo, se ubican varias entrevistas a médicos residentes y adscritos, en las cuales se les pregunta por su experiencia y puntos de vista en relación con esos conocimientos.

Pero las enfermedades y sus manifestaciones son apalabradas y vivenciadas por las personas desde su adscripción cultural. Por tal razón, la primordial tarea del médico científico consiste en decodificar el discurso del paciente y “re-elaborar” sus expresiones “simbólicas” en términos de sus correlatos somáticos.

La pregunta obligada apunta entonces a saber si todas las “enfermedades” pueden expresarse en el lenguaje “natural” de la biología y convertirse en problemas somáticos. Y si no es así cómo deben entenderse las que no cumplen con esa propiedad de “traducibilidad”. Esas preguntas en los hechos ya han producido muchas respuestas y varias líneas de investigación antropológica.

Efectivamente, las enfermedades no reductibles a desórdenes fisiológicos desde hace muchos años se denominan erróneamente²³ “síndromes de filiación cultural”, es decir, desde algunas corrientes antropológicas no se les niega la existencia; pero al mismo tiempo no son reconocidas como “verdaderas enfermedades” por la bio-medicina; precisamente porque no pueden re-codificarse dentro de su marco interpretativo. En otros casos, se ha optado por distinguir la enfermedad (somáticamente fundada), del “padecimiento”, es decir, de las percepciones subjetivas del enfermo en relación con “su” enfermedad. “Enfermedad” y “padecimiento” son, en realidad, nociones complementarias. Otras posturas han consistido en hacer inteligibles las interpretaciones culturales de la enfermedad a través de la racionalización de las creencias aparentemente absurdas e impregnadas del imaginario popular de los enfermos.

Buena parte de la antropología médica, sobre todo la impulsada desde Estados Unidos de América durante la mayor parte del siglo XX, se ha dedicado al estudio de los sistemas médicos tradicionales de distintas

²³ La designación es errónea por: a) El síndrome es un conjunto síntomas y signos que se presentan en conjunto, pero que pueden tener causas diferentes; es decir, son modos de respuestas del cuerpo humano, b) Se ha usado ‘síndrome’ como si fuera una categoría despectiva de enfermedad, c) En realidad son enfermedades, pero producto de sistematizaciones distintas a las de las de la cultura occidental, d) Por otra parte, las enfermedades de la biomedicina también son producto de la cultura, las enfermedades son creaciones de la mente. Comunicación personal del Dr. Luis Alberto Vargas.

culturas y de las creencias de sus miembros en torno a la enfermedad, con la finalidad de sustituirlos por los sistemas de atención de la biomedicina²⁴ y por un conocimiento apegado a las “verdaderas” causas de las enfermedades.

Entre las distintas posturas suelen presentarse reproches recíprocos e intentos esporádicos de diálogo; no obstante la vieja distinción entre ciencias naturales y ciencias del espíritu parece oponer irreconciliablemente a los adheridos a la biomedicina y su punto de vista naturalista frente a los adeptos de la hermenéutica y la interpretación simbólica. En ambas interpretaciones, sin embargo, el puesto del observador mira desde la medicina hacia los enfermos y las enfermedades; y lo que parece estar como telón de fondo es una discusión sobre la validez, la legitimidad y la justificación de los puntos de vista en juego.

Ahora bien, si la práctica de la medicina científica se ocupa exclusivamente de los desordenes corporales de los pacientes ¿qué ocurre con el resto del cuerpo, lo que no está en desorden? ¿Cómo se expresa en el cotidiano hospitalario el desconocimiento (en el doble sentido de “no conocer” algo y de “ignorarlo” sabiendo o intuyendo que está ahí) de la biomedicina hacia la cultura y la subjetividad de los pacientes? ¿Cómo se relaciona la práctica de la medicina con el cuerpo de conocimientos denominado “biomedicina”? La negación de la cultura y la subjetividad de los pacientes ¿implican también la negación de la cultura y la subjetividad de los médicos?

Pero si nos encontramos con una negación generalizada de los símbolos, las creencias y las subjetividades tanto de médicos como de pacientes, e incluso de los administradores de los hospitales ¿qué otras instancias gobiernan las actividades dentro de una institución como el Hospital General de México? Estas son algunas interrogantes que estuvieron presentes en la problematización del proceso de esta investigación.

²⁴ Para el caso de México ver CAMPOS Thomas, T. H. *Op. Cit.*

Los hospitales

El Hospital General de México fue fundado en 1905 por el Dr. Eduardo Liceaga y es el sucesor del Hospital de San Andrés, establecido en la segunda mitad del siglo XVIII. La denominación “General” significa que esa institución atiende hombres y mujeres de todas las edades, afectados por todo tipo de enfermedades, a diferencia de otro tipo de establecimientos dedicados exclusivamente a las mujeres, a los niños, o a la atención de ciertas enfermedades enmarcadas en especialidades médicas específicas.

El nombre del Hospital de San Andrés se inscribe, por su parte, en el marco de la primera tradición hospitalaria mexicana, iniciada desde el siglo XVI, bajo el predominio casi absoluto de la Iglesia Católica. No obstante, el Hospital de San Andrés fue el primer hospital general en Nueva España y por esa razón su devenir desembocó en el Hospital General de México.

Las semejanzas y diferencias entre los dos hospitales van, sin embargo, más allá de las meras denominaciones; mientras la orientación del San Andrés era religiosa, la del General de México nació laica. Lo anterior, por su parte, no sólo es indicativo de dos momentos de la historia de México, sino una invitación para indagar cuáles podrían ser las relaciones entre la institución hospitalaria y la sociedad donde aquélla se inscribe, y de qué modo esas relaciones influyen la práctica médica.

La primera institución española fundada en el Valle de México fue precisamente un hospital; el *Hospital de la Limpia y Pura Concepción de Nuestra Señora y Jesús Nazareno*, inmediatamente después de la conclusión de la etapa militar de la conquista de Tenochtitlán. Posteriormente, las distintas órdenes religiosas que llegaron de la Península Ibérica participaron en la territorialización de Nueva España precisamente a través de la fundación de pequeñas iglesias junto a las cuales también se erigía un hospital, que no sólo se dedicaba a la atención de enfermos sino también a la evangelización de indios; de hecho la atención médica ocupaba, en muchas ocasiones, un lugar secundario en el conjunto de las prácticas hospitalarias.

La evangelización o *conversión* a la fe cristiana, consistió en un proceso de inculcación ideológica que era condición necesaria para la *incorporación* de las poblaciones autóctonas a la *Santa Madre Iglesia*. Esta inculcación consistió, fundamentalmente, en la imposición de las concepciones y ritos católicos asociados a la vida y la muerte, a las relaciones entre los seres humanos, y de los seres humanos consigo mismos. En otras palabras “el orden religioso” también se impuso como orden civil de tal manera que “evangelizar” era sinónimo de “incorporar” a la vida social, económica y política. La atención médica ligada a la “atención de las almas” era entonces una acción constructiva y constructora del orden global. Lo anterior no sólo muestra la complejidad de la institución hospitalaria, sino también la de las prácticas y concepciones que la constituyen.

En Nueva España se fundaron hospitales para indios y hospitales para españoles; esta división no sólo separaba fácticamente a los dos principales grupos humanos presentes en aquella sociedad sino que re-editaba, en el cotidiano hospitalario, la separación/unión indio/español que era la relación estructural más importante de la sociedad *novohispana*.

La ubicación de los hospitales católicos en la geografía local se realizó en afinidad con las prioridades de la economía; se establecieron en las regiones mineras y azucareras, y demás lugares que albergaban las actividades más lucrativas para los españoles.

Otro aspecto destacable de la fundación de hospitales se relaciona con la división social del trabajo: de manera temprana empezaron a surgir esas instituciones ligadas a trabajadores de los diversos oficios que producían los bienes y servicios propios de la organización social de la época.

Por otro lado, los hospitales también reflejaban las diferencias ideológicas entre las diversas órdenes religiosas que los fundaban. Las instituciones franciscanas, por ejemplo, se orientaban más a la caridad; mientras que los agustinos se ocupaban más de los sujetos receptores de la atención.

La mayor especificidad de la atención hospitalaria tal vez podría estar representada por el Departamento de Partos Ocultos de la Ciudad de México, una sección del *Hospicio de Pobres* o de *Casa de Misericordia* donde eran atendidas españolas y criollas que habían concebido un hijo fuera del

matrimonio. En el Departamento “se daba amparo a madres solteras abandonadas con la finalidad de cuidar el honor de muchos matrimonios, el decoro de las familias, la paz y la tranquilidad de la sociedad y también para evitar chantajes”²⁵.

La denominación “partos ocultos” denotaba toda la organización del Departamento, su edificio era unidad reservada, cuyo interior nadie podía ver, incluso las habitaciones de las pacientes estaban dispuestas de tal manera que éstas tampoco podían verse ni comunicarse entre sí. Por otro lado, todo el personal que ahí laboraba prestaba juramento de secreto.

El ingreso de las “enfermas” se hacía unos días antes de dar a luz y sólo mediante un pase especial. No permitían la entrada de ningún pariente; y si la paciente lo deseaba podía tener el rostro cubierto todo el tiempo. Sólo debía descubrirse ante el cirujano, a quien también tenía que dar su nombre; después podía volverse a cubrir.

En caso de muerte se avisaba a la Junta del Hospicio de Pobres, se sacaba el cadáver de noche y con el rostro cubierto se le enterraba, finalmente se anotaba su nombre en un libro secreto. En caso de parto la mujer se quedaba allí hasta su restablecimiento, para su salida se tenían diversas puertas y se hacía en una hora favorable para poder mantener el secreto. Si así lo deseaba, podía llevarse al niño; en caso contrario pasaba a la Casa Real de Expósitos.

Actualmente la concepción y las prácticas del Departamento de Partos ocultos podría parecer una exageración, sin embargo no debemos olvidar que la sociedad novo hispana se sostenía, se aglutinaba y se relacionaba a través de la moral cristiana, de ahí que cualquier atentando contra aquélla constituía una amenaza de grandes dimensiones para el orden social.

Los hospitales, en suma, no son unidades homogéneas, conforman una constelación heterogénea que, por un lado, se constituye desde diversos aspectos centrales de la organización social; y por el otro, recursivamente también participa en su construcción y mantenimiento.

²⁵ MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*. 2da. Ed. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana, 1990, p. 198.

En el cuerpo de este texto sólo se ha introducido una pequeña muestra que recoge algunas características significativas de los hospitales de Nueva España y con base en ella se intenta mostrar la dialógica entre la construcción de hospitales y la construcción del orden social, para dilucidar algunas de las fuerzas que modelan las prácticas médicas.

La independencia de España marcó el fin de la construcción de hospitales; no sólo por la bancarrota económica que produjo la guerra, sino por la estrecha y centenaria asociación entre el orden hospitalario y el orden religioso que ya no encajaba en la nación independiente y que, por otro lado, sólo podía eliminarse a lo largo de muchos decenios.

Las estadísticas

Los cimientos del nuevo orden debieron construirse arrebatando gradualmente a la Iglesia lo que ésta había monopolizado a lo largo de tres siglos de dominación: la significación y el control de los hechos que sostienen todas las culturas y todas las sociedades; es decir, parafraseando al Foucault de *Las palabras y las cosas*: la vida (incluidas sus dimensiones psíquica y social), el trabajo, y el lenguaje.

De este modo los nacimientos, las uniones y las muertes, poco a poco fueron laicizándose a través de su inscripción en el Registro Civil. Lo anterior no significa que la sacralización de aquéllos hechos; es decir, los bautizos, los matrimonios, etcétera, hubieran desaparecido. En los hechos más bien se bifurcaron conservándose su versión sacra junto a la emergente versión laica. Posteriormente otras instituciones hicieron lo propio en los terrenos de la educación y la atención de los enfermos. Finalmente surgieron instituciones específicamente dedicadas a la producción de las estadísticas nacionales, donde a la contabilidad de nacimientos, muertes y enfermos se sumó la cuantificación sistemática de las actividades económicas.

La evangelización trajo aparejada una acción ritualizada mostrando claramente la inscripción del sujeto en el orden teológico, pero no hay que perder de vista que se trata de un proceso; ahora bien, ¿cómo podría entenderse la incorporación del sujeto en el orden laico del registro civil a

través del simple acto de elaborarle un acta de su nacimiento y luego sumarlo a las estadísticas nacionales? En realidad este proceso no sólo se realiza a través de “una acta” sino en el entrecruzamiento de la acción de distintas instituciones donde destacan la escuela y el hospital, pero veamos un poco acerca de las implicaciones del registro.

El concepto ‘acta’ significa “cosas hechas”²⁶. Está relacionado con ‘acto’, es decir lo ‘hecho’, que en español antiguo se denominaba ‘fecho’. El acto, por su parte, se realiza siempre en un determinado lapso del tiempo, por tal razón antiguamente muchas obras humanas llevaban una leyenda donde se anotaba el día de su realización, por ejemplo, “fecha el día 23 de octubre de 1424...” de tal modo que el viejo atributo de ser cosa ‘fecha’, es decir realización humana, con el tiempo se transformó en el actual concepto “fecha” que sólo denota una marca en el tiempo y que ya no remite a un acto humano.

Con base en el párrafo anterior podría criticarse que el “acta” de nacimiento “no hace al nacimiento”, pues éste es un hecho natural; y eso es correcto en nuestra época pero antes de poner en entre dicho el poder del Registro Civil para “hacer nacimientos” recordemos que “naturaleza” significa “nacimiento”, lo mismo que “nación” y que la nación también nace en un acta que denominamos Constitución. ¿Qué significado podemos conferir entonces al acto del Registro Civil plasmado en un acta? Simplemente que la ley civil vuelve a fundar la vida en un acta de nacimiento que incorpora al nacido a la Nación y su orden laico, de un modo análogo a la “fe de bautismo” que incorpora al nacido al cuerpo de la Iglesia y su orden teológico.

Ahora bien, “nación” viene de “natura” y la naturaleza es una organización compleja que se comporta de acuerdo con sus propias leyes. Laicizar el parto humano no significa entonces “hacerlo” sino inscribirlo por ley (ley civil) en las leyes de la naturaleza. Esta es una de las maneras en que se realiza la transición del orden religioso al orden laico.

El registro de los hechos vitales, entre otros, y su cuantificación producen las estadísticas nacionales, es decir del Estado. Ahora bien, tanto el “estado”

²⁶ COROMINAS, Juan y J. A. Pascual, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, Gredos, Madrid, 1991, Primera Edición, 3ª reimpresión, Vol. 1., p. 43.

como la “estadística” son derivados de la palabra “estar”, lo mismo que “estatua” y “estatuir” (de donde devienen “estatuto”, “instituir” e “institución”), entre decenas de vocablos que aluden a una condición de fijeza, es decir de inmovilidad. Da la impresión que la inmutabilidad del orden divino, vigente durante la hegemonía de la Iglesia, era sustituido por una especie de “inmutabilidad natural” lo cual es un contrasentido porque toda la naturaleza es movimiento, pero las ideologías no necesariamente se conforman de enunciados o proposiciones coherentes.

Provenientes de Europa, las estadísticas se introdujeron en México cuando llegaba el ocaso del siglo XIX, pero se volvieron francamente útiles para el gobierno ya avanzado el siglo XX. El pensamiento estadístico tuvo un largo periodo de incubación que va desde finales del siglo XVIII, hasta su violenta eclosión durante el diecinueve.

El sismo conceptual provocado por el pensamiento estadístico provino del cuestionamiento que aquél introdujo en el determinismo. Su concepción probabilística de las regularidades estadísticas observadas en las poblaciones humanas golpeaba de frente el planteamiento de la episteme clásica que suponía la determinación causal de absolutamente todos los fenómenos. La conceptualización de regularidades en las poblaciones europeas, sobre todo en Francia e Inglaterra; por ejemplo el número de suicidios, de asesinatos, de “locos”, de prostitutas, en determinados lapsos de tiempo, en distintas épocas del año, etcétera, y su tratamiento estadístico llevaron, por otro lado, al establecimiento de la noción de *normalidad*. Noción que, repelida ferozmente al principio, poco a poco terminó por imponerse debido a su solidez y contundencia.

Se volvió habitual percibir como *normal* (estadísticamente hablando) que en tal región de algún país, o que en tal segmento de población, etcétera, ocurrieran equis muertes al año, o que se presentaran tantos casos de determinada enfermedad por cada diez mil habitantes, entre cientos y luego millares de regularidades estadísticas.

El rechazo al pensamiento probabilístico provenía, entre otras cosas, al horror que provocaba la idea de que el azar (presente en imaginario popular como cuestión de “suerte”) ocupara un lugar en la dinámica de un mundo

concebido hasta ese entonces de una manera exclusivamente causal. Sin embargo:

“No se trataba de que se hubiera producido una especie de decadencia del conocimiento o de su manejo. La erosión del determinismo no significaba la producción de desorden e ignorancia; todo lo contrario. En 1889 Francis Galton, fundador de la escuela biométrica de investigación estadística, para no mencionar la investigación de la eugenesia, declaró que la ley principal de las probabilidades ‘reina con serenidad y completamente inadvertida en medio de las más profunda confusión’. Al terminar el siglo el azar había alcanzado la respetabilidad de un mayordomo victoriano dispuesto a servir lealmente a las ciencias naturales, biológicas y sociales. Hay aquí una aparente paradoja. Cuanto más se impone el indeterminismo, tanto más control. Esto es evidente en las ciencias físicas. La física cuántica da por descontado que la naturaleza es en el fondo irreductiblemente estocástica²⁷. Precisamente ese descubrimiento ha aumentado de manera inconmensurable nuestra capacidad de interferir en el curso de la naturaleza y de alterarlo. Un momento de reflexión basta para mostrar que una afirmación semejante puede intentarse en relación con la gente. El paralelo fue advertido en época bastante temprana. Wilhelm Wundt, uno de los padres fundadores de la psicología cuantitativa, escribió en época tan temprana como 1862: ‘Es la estadística lo que primero demostró que el amor sigue leyes psicológicas’²⁸.

El resultado paradójico que Ian Hacking describe en las expectativas de los europeos decimonónicos; es decir, el arribo de un control de los fenómenos hasta entonces inimaginable en lugar de la llegada del caos y el desorden es,

²⁷ *Estocástico/a*, (del griego *stocazein*, disparar una flecha a un blanco; vale decir, dispersar los sucesos de una manera parcialmente aleatoria, de modo que algunos logren un resultado buscado): Se dice que una secuencia de sucesos es *estocástica* si combina un componente aleatorio con un proceso selectivo, de manera tal que sólo le sea dable perdurar a ciertos resultados de un componente aleatorio. Tomado del Glosario de *Espíritu y naturaleza*, de Gregory Bateson, Amorrortu, Buenos Aires, 1990, p. 201.

²⁸ HACKING, Ian, *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Gedisa, Barcelona, 1991, p.18.

en realidad, el tema nodal de nuestra época en general y de la práctica médica en particular. Sigamos con Hacking.

“Esas leyes sociales y personales iban a llegar a ser una cuestión de probabilidades, de azares. Siendo estadísticas por su naturaleza, estas leyes eran sin embargo inexorables; hasta podían ser autorreguladoras. Las personas son normales si se sujetan a la tendencia central de tales leyes, en tanto que aquellas que se apartan de ellas son patológicas. Pocos de nosotros nos figuramos que podemos ser patológicos, de manera que en nuestra mayor parte tratamos de hacernos normales, lo cual a su vez afecta lo que es normal. Los átomos no tienen semejantes inclinaciones. Las ciencias humanas exhiben un efecto de *feedback* que no se encuentra en la física. Las transformaciones que he de describir guardan estrecha relación con un hecho tan general que rara vez lo advertimos: un alud de números impresos. Los Estados naciones volvieron a clasificar, a contar y tabular a sus súbditos. Las enumeraciones y recuentos de alguna forma siempre estuvieron presentes en las sociedades, aunque sólo fuera para alcanzar fines principales de los gobiernos: la fijación de impuestos y el reclutamiento militar. Antes de la era napoleónica, la mayor parte de las cuentas oficiales permanecía en la esfera secreta y en manos de los administradores. Después de esa era, grandes cantidades de esas cuentas se imprimieron y se publicaron [...] La impresión de cifras fue un efecto superficial. Detrás de este fenómeno estaban *las nuevas técnicas de clasificar y de enumerar* y estaban las nuevas burocracias con la autoridad y la continuidad necesarias para instrumentar la tecnología. En cierto sentido muchos de los hechos contemplados por las burocracias ni siquiera existían en el tiempo futuro. *Hubo que inventar categorías para que la gente entrara convenientemente en ellas y pudiera ser contada y clasificada.* La recolección sistemática de datos sobre las personas afectó no sólo las maneras en que concebimos una sociedad, sino también las maneras en que describimos a nuestros semejantes. Esta circunstancia afectó profundamente lo que decidimos hacer, quiénes tratamos de ser y qué pensamos de nosotros mismos. Marx interpretaba los mínimos detalles de las estadísticas oficiales, de los inspectores de fábricas, etc., Puede uno preguntarse: ¿Quién tuvo mayor efecto sobre la conciencia de clase, Marx o los autores de los informes oficiales que crearon las clasificaciones en las que las

personas llegaban a reconocerse a sí mismas? Estos son ejemplos de preguntas de lo que yo llamo *integrar personas*”²⁹

Si páginas atrás parecía un planteamiento débil que a fines del siglo XIX cuantificar los nacimientos y convertirlos en actas, entre otros, era un mecanismo de inscripción de sujetos en el orden social, bajo la mirada de Ian Hacking puede apreciarse que finalmente la cuantificación y el tratamiento estadístico no sólo inscriben sujetos en categorías biológicas, psicológicas y sociológicas, sino también que pronto formaron parte de la identidad personal (normal), de la concepción de “los otros” y de las relaciones entre los sujetos.

Hacking también describe cómo el concepto de “naturaleza humana”, dominante desde el Renacimiento, fue sustituido por el de “persona normal”. Ser persona normal significa, desde entonces, comportarse como lo hace la mayoría dentro de un grupo, sector, o segmento poblacional.

“Ahora es corriente hablar de *información* y *control* como términos *neutros* que comprenden la teoría de las decisiones, las investigaciones de operaciones, el análisis de los riesgos, y los dominios más amplios pero menos especificados de la inferencia estadística. Habremos de comprender que las raíces de la idea están en el concepto de que se puede mejorar —controlar— una subpoblación atípica y desviada mediante el recuento y la clasificación”.³⁰

El encuentro del pensamiento estadístico con sus enumeraciones y clasificaciones e inscripción de personas en categorías se realizaría abiertamente en México hasta la consolidación de un Estado corporativo, como el surgido después de la Revolución Mexicana, con un partido de Estado, primero bajo el nombre de Partido Nacional Revolucionario y luego con la denominación de Partido Revolucionario Institucional, PRI.

El PRI institucionalizó el trabajo de los mexicanos a través de la incorporación masiva de los obreros y los campesinos a los sindicatos del partido; además transformó la atención médica y la educación en instituciones nacionales en

²⁹ HACKING, Ian, *Op. Cit.*, pp.19-20. Las cursivas son mías.

³⁰ *Op. Cit.*, p. 21, las cursivas son mías.

las que no sólo definió los servicios médicos y educativos en sus propios términos sino que, además, controló férreamente a los médicos y a los mentores. Bajo estas condiciones, la construcción masiva de hospitales, antigua estrategia española para construir su orden social, era por primera vez utilizable y utilizada por la nueva clase dominante autóctona. Los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, empezaron a erigirse en los polos industriales del país desde 1943, y los dedicados a la atención de los empleados gubernamentales, ISSSTE, a partir de 1959. En este contexto también se institucionalizaron los servicios médicos para las fuerzas armadas y para los trabajadores de la industria petrolera, entre otros sectores estratégicos para el gobierno.

Las escuelas laicas, el nuevo instrumento de inculcación de la identidad nacional, empezaron a establecerse por todo el territorio nacional desde el sexenio del general Lázaro Cárdenas, 1936-1940, quien fue el creador del sistema de incorporación masiva al Estado.

El alud de números, como gusta denominarlos Hacking, había llegado al país, directamente a engrosar el cuerpo del Estado Mexicano. A las estadísticas nacionales se sumaron el número de afiliados a los distintos sindicatos del gobierno, de inscritos en las escuelas, de graduados de los distintos niveles educativos y de acciones médicas realizadas en las instituciones públicas, entre una infinita lista de cuantificaciones que mostraban la presencia, la solvencia, y consistencia del Estado Mexicano.

Dentro de este marco, vigente en muchos sentidos hasta la fecha, una acción médica es simultáneamente una acción de Estado o, parafraseando a Jacques Attali: “todo acto médico sostiene el orden dónde éste se inscribe”. De este modo, a partir de los años cuarenta del siglo XX mexicano, registrar al solicitante de atención médica significaba incorporarlo a la capacidad del Estado para brindarle atención; atenderlo era inscribirlo en el perímetro de su capacidad operativa; y egresarlo satisfactoriamente ratificaba su eficacia y con ello se legitimaba su existencia. La atención médica finalmente se convertía en un medio para articular al sujeto al cuerpo del Estado.

Pero la práctica médica también conjura el mal y produce constantemente el orden en que ella se inscribe...

Ciencia y rito

Actualmente la ciencia y el rito aparecen como dos territorios excluyentes, contradictorios e incommunicados, de tal modo que colocar la ciencia junto al rito parece un absurdo y también un anacronismo debido a que el rito se identifica como un recurso arcaico, primitivo y falaz. En el imaginario social el rito está asociado a lo sobrenatural y se le percibe casi exclusivamente como una práctica a través de la cual un mago, un chamán o un hechicero pretenden producir, controlar o contrarrestar algún fenómeno, principalmente sobrenatural; por ejemplo producido por un sujeto a quien se le atribuyen poderes también sobrenaturales.

La ciencia, ya mencionada largamente, aparece como noción o información correcta de los fenómenos naturales, capaz de controlar, a través de la tecnología, los hechos que explica conceptualmente en sus teorías.

El ritual es un conjunto articulado de contenidos verbales y actitudinales, de movimientos corporales, de utilización de objetos, que adquieren carácter sagrado por su incorporación al acto ritualizado.

Pero los elementos del rito y sus relaciones no son arbitrarios; de diferentes maneras son prescritos desde la cosmovisión de la comunidad practicante del ritual. Esta cosmovisión está conformada con la explicación del origen del mundo y de su destrucción, del bien y del mal, de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, entre muchos otros aspectos que expresan, por un lado el orden y por el otro el desorden, constituyentes del mundo.

Un acontecimiento considerado irregular³¹ dentro de una determinada comunidad; como alguna enfermedad o la muerte de algún miembro, o como alguna catástrofe natural, puede ser considerado como una amenaza al orden global. Por tal motivo debe ser identificado, delimitado, y eliminado o

³¹ CAZENEUVE, Jean, *Sociología del rito*, Amorrortu, Buenos Aires, 1971.

neutralizado³². Para estos efectos, el ritual ha destacado históricamente como instrumento del mantenimiento del orden cósmico.

Es muy fácil imaginar un chamán con una máscara, un bastón y algún atuendo llamativo oficiando algún rito, utilizando alguna palabra, una frase, la sangre de algún animal. Pero resulta hasta chocante pensar que la bata blanca de un médico pueda ser parte del atuendo para un ritual, que las palabras y los instrumentos utilizados por él puedan tener algún sentido adicional o distinto a la mera intención de curar un paciente.

Pero si consideramos que la acción del médico se dirige a eliminar “el mal”: un mal digestivo o degenerativo, una mal-formación genética, un tumor maligno... para restablecer el orden o la normalidad corporal de una persona, entonces lo insólito de pensar al médico como partícipe de algún tipo de ritual empieza a disminuir; ello ocurre simplemente porque la acción médica restaura un orden alterado y en eso se asemeja a la acción de un ritual.

Efectivamente, la acción del médico no sólo restaura el equilibrio orgánico de algún paciente sino que, simultáneamente, valida y legitima el orden racional que explica la enfermedad o alteración y que prescribe las formas de su intervención.

Este orden también es una visión del mundo o cosmovisión y empezó a construirse en el seno de la cultura griega antigua; primero como ‘filosofía’, es decir un saber general acerca del universo y de la naturaleza y luego como las ‘ciencias particulares’ que conocemos hasta la actualidad.

Y así como en el rito el oficiante sólo pronuncia las palabras prescritas por el ritual, y sólo ejecuta los movimientos corporales que corresponden con la ceremonia; del mismo modo la racionalidad científica, expresada como racionalidades biológica, médica, y hospitalaria, prescribe al médico un lenguaje válido y un conjunto de actitudes correctas hacia los enfermos, hacia sus colegas y hacia la institución donde labora.

La corrección en la ejecución de estas prescripciones es celosamente protegida a través de la eliminación de las desviaciones que puedan presentarse,

³² ATTALI, Jacques, *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*, Planeta, Barcelona, 1981.

utilizando para ello, entre otros recursos, la ritualización de algunas actividades. Lo anterior significa que buena parte del pensar y del actuar cotidiano de los médicos contribuye a reeditar la validez y la legitimidad de la ciencia y la visión del mundo que ella difunde. Este es el sentido del concepto “ritual” que desarrolla en la parte final del trabajo.

Capítulo primero

Una antropología de la mirada médica.

Introducción al campo de trabajo

Un hombre de aproximadamente 35 años cubre el centro de su rostro con una gasa rectangular. La malla de algodón desciende desde los párpados inferiores hasta el borde superior de la boca. Mi vista es atraída primero por la notoriedad de la gasa, pero el contacto visual se vuelve sobresalto al momento de percibir la ausencia de nariz bajo la tela. Confundido desvío la mirada; pero antes de apartar la vista percibo bajo el borde de la gasa una grieta de fondo oscuro que parte en dos el labio superior junto con la encía. Una mezcla de repulsión y vergüenza me atraviesa. No pretendía mirar al hombre ni tampoco apartar la vista de forma brusca; menos aun ser mirado, mirándolo. Pasaba por ahí, iba al encuentro de la mirada médica y la mía propia salió al paso.

Era la primera asistencia en horas de trabajo al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México¹. El hombre “sin nariz” se encontraba en una fila, de aproximadamente 50 personas, extendida a lo largo del pasillo principal del Servicio, donde se ubica la puerta de acceso a la sala de consulta. Los martes y jueves nace allí la hilera humana, prolongada hasta el exterior del edificio. Los pacientes en la segunda mitad de la fila hacen su espera sentados en dos bancas de cemento que flanquean ambos lados de la puerta principal; la fila sale por ella y caracolea para ocuparlas.

Las demás personas de la fila parecían “normales”, pero esa percepción se modificaría después de las primeras visitas al Servicio. Sin percatarme aprendí a distinguir discretamente pequeñas diferencias en manos, dedos, orejas, labios, narices. Entre la fila es frecuente la notoriedad de cuando menos una o dos personas; algún niño pequeño, comúnmente de familia pobre, con el rostro quemado (que buscando comida en casa vació en su

¹ Después de una serie de trámites difíciles ante la Comisión de Bioética e Investigación del Hospital, para realizar el trabajo de campo de mi tesis doctoral en antropología social.

cabeza el agua hirviente del recipiente colocado al fuego en la estufa) con la cabeza totalmente enfundada en una venda elástica de forma esférica con agujeros para los ojos, nariz y boca. Alguna persona con una pequeña masa de piel de apariencia arrugada o retorcida en lugar de oreja.

Era día de consulta. Las personas allí formadas previamente habían sido entrevistadas en “Trabajo social”, se les “había hecho su carné”, o “carnet” como todo mundo lo nombra, se había elaborado su historia clínica, y en ese momento estaban esperando su pase a consulta con el grupo de médicos adscritos (empleados del Hospital) y los médicos residentes. En la consulta los médicos diseñan el plan quirúrgico y se asigna fecha para la operación, que puede ocurrir de inmediato si es un caso urgente, o puede efectuarse después de varios meses, incluso más de un año, cuando se trata de algún procedimiento con fines de embellecimiento.

Primera inscripción

La clasificación socioeconómica

La entrevista con la trabajadora social del Servicio funciona como filtro que separa los solicitantes clasificándolos en categorías o niveles socio-económicos. El instrumento consiste en un interrogatorio² orientado a determinar la adscripción económica y social de los demandantes de atención y asignarles una categoría numérica (un nivel entre el uno y el seis que indica cuotas crecientes de pago). Los aspirantes a pacientes, salen de “trabajo social” con un carné cuyo contenido son los datos personales del solicitante y un número, mucho más grande que el resto de la tipografía, indicador de su categoría socio-económica y el nivel de la cuota correspondiente.

² En el Hospital General el contacto visual del personal hacia los solicitantes de atención médica puede o no presentarse. Un empleado administrativo puede optar por atender una persona exclusivamente con el habla, la escucha y la escritura (llenar formatos) sin mirar al “atendido”. Este procedimiento no sólo es más frecuente con determinados pacientes (como los más pobres) también puede presentarse con los médicos residentes, los de rango más bajo dentro del Hospital. A los médicos adscritos y a los funcionarios, las secretarias por ejemplo, no les niegan la mirada cuando tratan asuntos administrativos.

¿Por qué los solicitantes de atención son previamente clasificados en categorías socio-económicas? ¿Cómo se relacionan la economía y la sociedad con el servicio médico? ¿Sería más congruente agrupar solicitantes con criterios médicos?

Una vez aceptados en el Servicio, los pacientes sí son agrupados con criterios médico-quirúrgicos, ello obedece a otro momento de la atención que se encuentra segmentada en: elaboración de historia clínica, consulta, intervención quirúrgica, recuperación y egreso. En su tránsito por el Servicio, los pacientes son ubicados rigurosamente en cada una de estas fases.

En relación con la consulta, los jueves son atendidos pacientes “de estética”, mientras que los martes se dedican a las personas cuya atención implica la cirugía reconstructiva en mayor medida. La clasificación socio-económica es, entonces, condición para la clasificación médica.

“Quien más tiene *debe* aportar una cuota mayor por el servicio” ese parece ser el sentido del filtro socioeconómico que, por otro lado, a todos resulta lógico y natural. Pero esta obviedad sólo indica que se considera una inmoralidad un pago incongruentemente menor con la condición económica y social del solicitante³. El enigma de la clasificación socioeconómica se transforma, sin desvelarse, en imperativo moral: el paciente *debe* pagar lo que corresponda.

¿Qué relaciones existen entre la clasificación, la moral y la economía? Intentemos una respuesta a través de un recorrido histórico que permita la construcción de algunos observables y el establecimiento de un diálogo entre el trabajo de gabinete y el trabajo de campo.

³ “El Hospital no investiga los datos socio-económicos de los entrevistados” su veracidad es cuestión moral de los solicitantes, me comentó en entrevista la trabajadora social del Servicio.

Clasificar seres humanos

(Primera disertación)

El griego al egipcio:

“No podría aliarme contigo, porque no concuerdan nuestras costumbres ni nuestras leyes, que —por el contrario— son muy diferentes. Tú te arrodillas ante el buey, yo lo sacrifico a los dioses, tú ves en la anguila un gran demonio, nosotros un estupendo manjar; no comes cerdos, yo los disfruto más que cualquier otra cosa; adoras al perro, yo lo apaleo cuando lo descubro robando.

Es ley entre nosotros que los sacerdotes sean hombres completos, entre vosotros tales hombres están castrados. Si ves a tu gato enfermo, lloras; yo, tan tranquilo, lo mato y después lo despellejo; entre vosotros el ratón es poderoso, entre nosotros no es seguro que lo sea”.

ANAXANDRINES, *Poleis*, fr. 39 (Edmonds)⁴

Históricamente los seres humanos se han autclasificado y clasificado por oposición (comparación) entre distintos grupos culturales; por división interna de los grupos para formar sub-grupos, y por disección del cuerpo humano para clasificar la humanidad en función de las formas de sus partes⁵. La constante en cualquier forma de clasificación, sin embargo, es que los individuos se agrupan por similitud separando, sojuzgando, o destruyendo la diferencia.

Pero con la segregación como común denominador, los excluidos se vuelven similares entre sí, de tal modo que pueden agruparse y oponer su similitud a otras diferencias. Similitud y diferencia son entonces atributos relativos, transitorios, imaginarios, convencionales, etcétera, que los grupos humanos hacen pasar por hechos divinos, naturales, o reales para apuntalar la cohesión interna y enfrentar la externa para una variada gama de finalidades.

⁴ VEGETTI, Mario, *Los orígenes de la racionalidad científica, El escalpelo y la pluma*, Península, Barcelona, 1981, p. 125.

⁵ Lo anterior es sólo una abstracción con fines comprensivos pues la realidad histórica y social de la especie humana muestra una enorme gama de combinaciones y variaciones de lo enunciado.

Para Homero el hombre es un ser mortal que come pan. En el enunciado homeriano, la transitoriedad de la condición humana se despliega en una banda intermedia cuya frontera superior comunica con el mundo de los dioses (inmortales por definición), y por debajo con la fiereza de los animales. Los hombres pueden traspasar ambas fronteras: por genealogía o heroísmo, la más alta; y por fiereza y mimetismo la de abajo⁶.

El pan es un ingrediente fundamental de similitud/diferencia, no sólo porque da pie a la oposición crudo/cocido, barbarie/civilización, sino porque entre iguales se comparte el pan. De ahí viene el antiguo latinismo *campana* como transformación del latín vulgar *compania* contemporáneo del latín merovingio COMPANIO, compañero⁷. Homero también afirma que el hombre es un constructor de naves y con ello pone sobre la mesa el ingenio como atributo de lo humano.

La delimitación cultural de lo humano aparece por doquier en la historia, pero no se trata sólo de un ejercicio conceptual, sino de una frontera que divide a los “verdaderos” de los “falsos” hombres, independientemente de su apariencia antropomorfa.

El trasfondo social y económico

Cuando mencionamos la sociedad *griega* antigua, errónea o momentáneamente podríamos considerar que se componía exclusivamente de griegos. En realidad se trató de una organización androcéntrica y esclavista que sólo consideraba humanos a los varones libres, dedicados a los deberes ciudadanos de la *polis*; mientras que las mujeres, los niños, los esclavos y los extranjeros eran pensados y tratados como bestias (animales) con figura humana.

⁶ VEGETTI, Mario, *Op. Cit.* p. 127

⁷ COROMINAS, Juan y J:A: Pascual, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico, Op. Cit.* Tomo II, p. 161

Pero los bienes y servicios que sostenían la vida de los “verdaderos hombres” sumergidos en los asuntos democráticos, religiosos y militares, eran producidos por las mujeres y los esclavos. De este modo, la línea divisoria que separaba los hombres de aquellos que sólo parecían serlo, no era exclusivamente una cuestión cultural, un efecto práctico de su cosmovisión; también se trataba del meollo de su economía. Era una división interna, pensada y asumida por todos los habitantes de las ciudades, como una frontera dada e incuestionable.

En este contexto material, no es casual que el genio de Aristóteles se haya detenido un paso antes de dilucidar la esencia del intercambio económico, pues ello implicaba pensar de un modo distinto el orden social del que formaba parte; es decir, era necesario asumir la igualdad abstracta del trabajo humano y con ello la de sus productores, sin importar que fueran esclavos.⁸

El nacimiento y expansión de Roma trajo a la escena social y cultural de Europa nuevas formas de separación. Fundada por las “gentes” devenidas posteriormente “patricios”, Roma empezó a expandirse. En el siglo VI a.C. aparecieron los plebeyos, personas desarraigadas de sus lugares de origen,

⁸ “El propio Aristóteles nos dice, pues, en qué tropieza al llevar adelante su análisis: tropieza en la carencia de *un concepto de valor*. ¿Dónde está *lo igual*, la sustancia común que representa la casa respecto a los lechos, en la expresión de valor de éstos? Semejante sustancia “*no puede existir en rigor*”, dice Aristóteles. ¿Por qué? La casa representa respecto a los lechos un algo igual en la medida en que *representa* aquello que hay realmente de igual en ambos objetos, a saber: *trabajo humano*.

Aristóteles no podía *descifrar* por sí mismo, analizando la forma del valor, el hecho de que en la forma de los valores de las mercancías todos los trabajos se expresan como *trabajo humano igual*, y por tanto *como equivalentes*, porque la sociedad griega estaba basada en el trabajo de los esclavos y tenía, por tanto, *como base natural la desigualdad entre los hombres y sus fuerzas de trabajo*. El secreto de la expresión de valor, la igualdad y equiparación de valor de todos los trabajos, en cuanto son y por el hecho de ser todos ellos trabajo humano en general, sólo podía ser descubierto a partir del momento en que la *idea de igualdad humana* poseyese ya la firmeza de un prejuicio popular. Y para esto era necesario llegar a una sociedad como la actual, en que la *forma-mercancía* es la forma general que revisten los productos del trabajo, en que, por tanto, la relación social preponderante es la relación de unos hombres con otros como *poseedores de mercancías*. Lo que acredita precisamente el genio de Aristóteles es el haber *descubierto en la expresión de valor* de las mercancías una relación de igualdad. Fue la limitación histórica de la sociedad de su tiempo la que le impidió desentrañar en qué consistía “en rigor”, *esta relación de igualdad*”. MARX, Karl, *El capital, Crítica de la economía política*, F.C.E., México, 1978, Decimotercera reimpresión, Tomo I, p. 26. Las cursivas son del original. Las negritas son nuestras.

muchos de ellos a causa de la conquista de sus ciudades, o también esclavos liberados. En general se trata de individuos libres en lo personal, pero carentes de derechos políticos, religiosos y sociales.

Varios siglos después, con el surgimiento, consolidación y oficialización del cristianismo como religión del Imperio Romano, surgieron dos nuevos tipos de separación: en la organización social la línea divisoria apartó creyentes de infieles, mientras que en el individuo se distinguió el alma del cuerpo. El concepto de alma inmortal, retomado por los teólogos del cristianismo de la filosofía platónica, sería el núcleo de la nueva religión. En realidad se trata de la misma distinción pero en territorios diferentes: entre el cielo y la tierra para las relaciones sociales; y entre la carne y el espíritu al interior de cada individuo.

El cristianismo se originó en Judea como una religión de pobres. La pobreza, entre otras, era la condición social y espiritual que aseguraba un lugar en el cielo después de la muerte. Las expectativas generadas por la religión cristiana incluso estimularon posteriormente los movimientos de pobreza voluntaria en Europa. La posesión de bienes materiales era entendida como ligadura a lo terrenal y como impedimento para el tránsito a la vida eterna.

La relación negativa contra la propiedad entablada por la ideología cristiana favoreció la acumulación de riqueza entre la nobleza, al tiempo de difundió, justificó y legitimó la depauperización de las mayorías.

La nobleza europea, no sólo cristianizada sino “convertida en genealógicamente descendiente de Jesucristo”⁹, se desarrolló sobre la propiedad de la tierra, principal bien en la Edad Media; y la guerra, principal medio para obtenerla. En lo político, nobleza e Iglesia Católica establecieron un sólido vínculo que perduró a lo largo de muchos siglos.

La filiación divina de la nobleza enlazó vigorosamente con la sujeción natural del siervo al cultivo de la tierra. La ambición y la avaricia del señor acoplaron muy bien con el desapego del pobre, con su temor al pecaminoso deseo de bienes terrenales, incluso con el extrañamiento de las “necesidades” de su

⁹ PEREZ-TAYLOR, Rafael, *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

propio cuerpo, auto desdeñado por material y transitorio, por ser fuente de pulsiones prohibidas.

La división natural que separaba lo humano de lo no humano en la Grecia Antigua y la separación divina entre pobres y ricos, tienen en común que son discursos apartados de la reflexión económica, al tiempo que en los hechos legitiman las relaciones económicas y sociales.

Dentro del aparato conceptual del cristianismo todos los seres humanos son iguales ante los ojos de Dios; las diferencias, por su parte, son producto de las acciones del hombre que decide apartarse del mal o vivir en él. En todo caso, diferencia natural o igualdad divina históricamente funcionaron de manera semejante¹⁰.

La religión de pobres surgió en Judea, el mismo lugar de origen de los hombres históricamente ligados al dinero, dueños del medio de cambio que primero movió el comercio europeo y luego del capital financiero que hoy anima la economía del mundo y le impone su racionalización.

El carácter universal y único del dios cristiano también sirvió para legitimar la guerra contra los infieles dentro y fuera de Europa; y también empalmó con el proceso histórico de extraterritorialización del comercio. Las Cruzadas pasaron a la historia no tanto por la “recuperación” de las tierras santas ni por el incremento de convertidos a la fe cristiana, sino por haber funcionado como uno de los más importantes detonadores de la explosión del comercio entre Oriente y Occidente.

La caída de Constantinopla en 1453, no sólo marcó el fin del Imperio Romano de Oriente, o el fin de la Edad Media, o el inicio del Renacimiento, sino también el de la diversificación del mercado occidental precipitada por el bloqueo de las rutas comerciales a Oriente. Este contexto fue el siguiente paso

¹⁰ El paso de la producción artesanal a la industrial implicará en el futuro una nueva adecuación de la condición humana. La igualdad divina será convertida en igualdad jurídica durante el proceso de industrialización de Inglaterra, mientras que en la explicación de las diferencias volverán a escucharse los ecos aristotélicos en un renovado enfoque naturalista muy afín a la noción de selección natural; un liberalismo económico que diserta sobre sujetos más o menos aptos para la sobrevivencia y la prosperidad económicas.

de la mundialización de la economía pues en pocas décadas Europa incorporó al continente americano en su horizonte comercial.

Inscrito en este proceso, el llamado “descubrimiento” de América es sólo la punta del hilo de una formidable madeja de intereses económicos, comerciales, geopolíticos, militares y religiosos, enmarañada a lo largo de muchos siglos. La conquista del antiguo México y el establecimiento de la Nueva España introdujeron esta trabazón de intereses y confrontaciones en las nuevas relaciones sociales; desde ella la Iglesia y encomenderos discutieron durante siglos la condición humana de los habitantes autóctonos:

“Mientras los conquistadores encomenderos despreciaban a los indios, los frailes insistían en la ‘felicidad de sus ingenios’. Aquéllos los querían siervos; éstos, libres. Ambos lucharon entre sí para imponer sus propias aspiraciones y puntos de vista. A esta contienda acudió fray Julián Garcés, obispo de Tlaxcala desde 1527, con una célebre epístola al pontífice Paulo III, de la que reproducimos algunos fragmentos según la versión de fray Agustín Dávila Padilla, retocada por Gabriel Méndez Plancarte. ‘A nadie, pues, por amor de Dios, aparte de esta obra la falsa doctrina de los que, instigados por sugerencias del demonio, afirman que estos indios son incapaces de nuestra religión. Esta voz realmente, que es de Satanás, afligido que su culto y honra se destruye, y es voz que sale de las avarientas gargantas de los cristianos, cuya codicia es tanta, que, por poder hartar su sed, quieren porfiar que las criaturas racionales hechas a imagen de Dios, son bestias y jumentos, no a otro fin de que los que las tienen a su cargo, no tengan cuidado de librarlos de las rabiosas manos de su codicia, sino que se las dejan usar en su servicio, conforme a su antojo... Y de aquí nace que algunos españoles que van a destruirlos con sus guerras, confiados en el parecer de tales consejeros, suelen tener por opinión que no es pecado despreciarlos, destruirlos o matarlos.”¹¹

¹¹ LEÓN PORTILLA, M. *et. al.* *Historia documental de México* UNAM, México, 1974. Instituto de Investigaciones Históricas, Tomo I, pp. 147-149.

La polémica, en un contexto claramente económico, discute si los indios se encontraban dentro del perímetro de lo humano o fuera de él. Dependiendo de la respuesta se justificaba o no su explotación en calidad de bestias de trabajo; dependiendo de si tenían alma o no, también podía adjudicárseles o negárseles la capacidad para abrazar la fe católica. Es casi claro que las posiciones no podían ser más que antagónicas: los encomenderos necesitaban negarles toda calidad humana para justificar su explotación; los frailes requerían considerarlos humanos para anexarlos a las filas de creyentes y así ensanchar el cuerpo a la Iglesia Católica.

Durante la Colonia, la demarcación entre grupos humanos no abarcaba solamente la disyuntiva español o indígena. Es bien conocida la diferencia entre criollos y peninsulares, asunto siempre problemático en términos económicos y políticos que culminó en la guerra por la independencia de la Nueva España encabezada por los criollos.

Después de la guerra de Independencia y abolida la esclavitud en México, la línea divisoria entre indios y españoles fue sustituida por la distinción entre pobres y ricos¹²; siendo los criollos y los indígenas, principalmente, quienes ocuparon los espacios sociales recién engendrados en la nación independiente.

A diferencia de los pobres europeos quienes durante los primeros siglos del cristianismo disfrutaron de su condición de "herederos de los cielos"¹³ la mayoría de los nuevos mexicanos nacieron pobres habiendo sido previamente esclavos¹⁴; todavía en el año de 1900, el uno por ciento de la población era dueña del 99 % del territorio nacional.

¹² GONZÁLEZ Navarro, Moisés, *La pobreza en México*, El Colegio de México, México, 1985, p. 40.

¹³ Muchos ricos europeos acogieron pobres en sus propias casas con la expectativa de ganarse, por contigüidad, un lugar en el cielo. O crearon, junto con la de la Iglesia, instituciones para su atención, alimentación, y a muchos de ellos se les dispensó diversos tipos de ayuda. Durante mucho tiempo y en diversas coyunturas históricas fue más fácil para muchos "vivir de la pobreza" que del trabajo.

¹⁴ Lo anterior no excluye que en Nueva España y en el México independiente, personas ricas hubieran dedicado su fortuna o buena parte de ella a la ayuda de los pobres y también se hayan fundado instituciones de este tipo, pero el fenómeno fue mucho más esporádico comparado con Europa.

Pero con el Renacimiento y más tarde con la Revolución Industrial, los beneficios de ser pobre en muchos lugares de Europa también llegaron a su fin, especial y más rápidamente en Inglaterra, considerada por Marx cuna de la organización capitalista del trabajo. El núcleo de la economía capitalista es el mercado donde se intercambian las mercancías en calidad de propiedad de los productores privados independientes. En otras palabras, la condición del intercambio es la propiedad. De hecho, lo que se intercambia en una relación mercantil, es el derecho de uso y abuso del bien o servicio, motivo de intercambio.

Y como no puede existir capitalismo sin mercado, la relación con lo terrenal, es decir de propiedad, satanizada durante siglos por la Iglesia Católica, pero reivindicada por la Reforma Protestante, tuvo que generalizarse y garantizarse constitucionalmente para que todos tuvieran capacidad de intercambio y con ello generar mercado.

Planteado en otros términos, la existencia del mercado capitalista exige, como condición estructural, la igualdad jurídica de todos los ciudadanos. Un marco de desigualdad social y jurídica se presta para que los poderosos se apropien arbitraria, tradicional, o religiosamente del producto del trabajo de los más débiles, lo que impide la existencia del mercado¹⁵.

Un impedimento del mercado capitalista es la economía de autosuficiencia donde el intercambio es esporádico, como la que existió en Inglaterra antes de la Revolución Industrial y en prácticamente todo el mundo. *Grosso modo*, los campesinos cultivaban la tierra para producir sus alimentos, criaban sus ovejas, recolectaban la lana, la hilaban en sus telares, y tejían su ropa. Visto de otro lado, esa población no tenía motivos importantes para comprar mercancías ni dinero para hacerlo ¿Cómo iba a generarse el mercado entonces?

En el capítulo xxiv del tomo I de *El Capital*, “La acumulación originaria del capital”, Marx responde la pregunta en perspectiva histórica: los campesinos ingleses por la fuerza fueron despojados de los medios para producir sus

¹⁵ Una de las causas de la Revolución Mexicana fue la oposición y lucha de los empresarios norteños contra la autosuficiencia de la hacienda que favorecía el enriquecimiento de los hacendados del centro y sur del país que, vinculados al consumo suntuario del mercado exterior, impedía el crecimiento del mercado interno.

bienes de subsistencia; de tal modo que su única posibilidad de vida fue vender su fuerza de trabajo en las fábricas. El gasto del salario recibido a cambio genera el mercado interno.

Al inicio de la industrialización Inglaterra casi no tenía competidores, debido a ello la isla era prácticamente el único proveedor mundial de las nuevas mercancías producidas en serie; las fábricas laboraban día y noche durante todo el año. Las jornadas de trabajo eran extenuantes, hasta de 18 horas diarias en muchos casos. En el capítulo VIII del primer tomo de *El Capital*, “La jornada de trabajo”, Marx documentó cómo en algunas fábricas los obreros eran alimentados en la boca por niños pequeños para impedir que la producción fuera detenida. En otro apartado del mismo capítulo, narra la muerte de obreras de la costura en sus puestos de trabajo, a manos de la debilidad y el agotamiento. Los salarios, por su parte, eran ínfimos. Vender la fuerza de trabajo no era garantía de sobrevivencia, tal vez por ello muchos de los campesinos recién despojados de sus medios de producción preferían vivir de la mendicidad.

Y para quienes decidieron vagabundear y limosnear por las ciudades en lugar de alquilar su capacidad de trabajo se dictaron ordenanzas reales de todo tipo: marcarlos con hierros candentes en la frente, cortarles la nariz, una o dos orejas, entre otras leyes contra el vagabundaje y la mendicidad.

Establecida la igualdad jurídica de todos los ciudadanos del orden capitalista, careció de sentido elucidar quién era humano y quién no; el entramado conceptual de la nueva legalidad exigía a los individuos vivir del salario, por ello la principal diferenciación social se estableció entre quienes vendían su fuerza de trabajo y los que no estaban dispuestos o no tenían la capacidad física de hacerlo¹⁶. La humanidad de los ciudadanos había quedado en las páginas de la historia en calidad de discusión estéril, *al nuevo orden abstracto sólo interesaba la fuerza de trabajo en las cantidades necesarias para producir sus diversas mercancías.*

La igualdad jurídica no funcionó para extender el carácter humano, en sentido griego, hacia todos los miembros de la sociedad, sino por el contrario

¹⁶ Otro tipo de individuos exteriores al orden social eran los ladrones (un peligro para la propiedad privada) quienes también eran marcados corporalmente de modo similar a los vagabundos.

para eliminarlo a través de una reducción semiológica¹⁷; es decir, *en el nuevo orden el individuo sólo significará algo para la sociedad y para sí mismo en tanto fuerza de trabajo en determinada cantidad.*

En México, durante el último tercio del siglo XIX, Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo Superior de Salubridad, ya pugnaba por introducir el punto de vista cuantitativo en relación con la vida, la muerte y la atención a la salud de la población trabajadora del país. En 1888 comentó que si cuando menos se lograra reducir la mortalidad en 3.7 por 1000, de las 13, 221 defunciones de ese año se ahorrarían 1, 295 vidas. Además refirió: "...decíamos hace un rato que por cada caso de defunción hay cerca de 10 casos de enfermedad, sin tener en cuenta los gastos que origina, determina por término medio 30 días de pérdida de trabajo, las 1, 295 defunciones corresponden pues, por los casos de enfermedad a una pérdida de 388, 500 días de trabajo, y como por otra parte esas mismas defunciones a razón de 300 jornadas al año forman otras 388, 500 jornadas, representa por consiguiente una pérdida de 777, 000 jornadas que podrían convertirse anualmente en beneficio de la agricultura, del comercio."¹⁸

La línea de pensamiento introducida por Liceaga durante el porfiriato aún perduraba en 1930, año en que el Departamento de Salubridad Pública emitió un editorial intitulado "La higiene, base de la economía nacional":

"Desde el punto de vista económico se considera actualmente al hombre como un valor social, por tanto, debe considerarse la vida humana un capital... la riqueza de nuestro país, la riqueza de nuestros estados, su progreso, imposible sin ella, están, forzosamente, en relación directa de sus fuentes productivas. Ahora bien, ninguna existe que produzca tanto como el hombre. Si es una obligación de los gobiernos trabajar intensamente por el progreso de su país, aumentar y mejorar la calidad de sus fuentes de producción, deberá ser, por tanto, su obligación máxima cuidar a sus individuos... el cuidado de los individuos es pues, un asunto de economía nacional, y por lo mismo un asunto de obligación gubernamental. El dinero gastado en

¹⁷ Me refiero a la reducción semiológica planteada y desarrollada por Baudrillard en su *Crítica de la economía política del signo.*

¹⁸ ALVAREZ Amézquita, J. y otros *Historia de la salubridad y la asistencia en México.* SSA, México, 1960. Vol. I. p. 328.

él, no es como hasta hace poco se había pensado, y como todavía, por desgracia, muchos piensan, un despilfarro, sino un negocio, el mejor negocio que puede hacer un país”¹⁹.

Para los “pobres” ingleses incapacitados para trabajar se fundaron instituciones de ayuda; con ello se inició en la isla una larga tradición de instituciones de beneficencia encaminadas a ese fin. El modelo conceptual y operativo de esas instituciones posteriormente fue adoptado en Estados Unidos de América.

El funcionamiento de las casas de ayuda para pobres fue diseñado para que los beneficiados trabajaran en ellas y ganaran el pan que les daba. Las jornadas de trabajo, por otro lado, debían ser tan extenuantes como para que los allí hospedados optaran por salir a “encontrar trabajo” y normalizar su vida. En las casas de ayuda se trabajaba tan duro que se convirtieron en un excelente negocio para quienes las administraban, lo que generó inconformidad de los industriales que operaban por la vía normal.

El trabajo social

Una variante de las casas de ayuda fue introducida en Estados Unidos de América por las trabajadoras sociales, originalmente mujeres de alto nivel social deseosas de realizar una actividad significativa para sus vidas²⁰. El trabajo social se extendió por todo el mundo compitiendo por el espacio que durante siglos monopolizó la Iglesia Católica en relación con la ayuda a los pobres. Pero los pobres conceptuados desde el trabajo social (impedidos físicamente para ingresar al orden abstracto del trabajo o involuntariamente desempleados temporales) no eran los mismos pobres de la Iglesia (herederos del cielo).

¹⁹ ALVAREZ Amézquita, *Op. cit.* Vol. II. pp. 331

²⁰ Una excelente historia del *Trabajo social* en Estados Unidos de América y en España viene incluida en el trabajo de Antonio Morell, *La legitimación social de la pobreza*, Anthropos, Barcelona, 2002.

La ayuda social, a diferencia de la ayuda religiosa, estaba tejida conceptualmente alrededor de la capacidad para el trabajo, único medio legítimo de adscripción del individuo a la sociedad y de adquisición de los bienes materiales para la sobrevivencia terrenal. La nueva línea divisoria separaba los individuos capaces de los incapaces. A partir de entonces se desarrollará el culto social, que perdura hasta nuestros días, a la capacidad laboral del individuo en todos los niveles de la producción.

Una acción central del trabajo social consistió en determinar quién reunía las condiciones para recibir ayuda y quién no. Si los solicitantes eran discapacitados debía comprobarse la discapacidad; si se encontraban desempleados era indispensable que el desempleo fuera involuntario y combinado con el deseo manifiesto de trabajar. Recibir ayuda al margen de esas condiciones no era un delito, pero sí una inmoralidad.

Pero los productores capitalistas están obligados a incrementar la productividad del trabajo ininterrumpidamente para estar en condiciones de competir por el mercado. Una de las principales vías para lograrlo es la utilización de medios capaces de producir cada vez más artículos en menos tiempo, pero ello implica cada vez menos fuerza de trabajo viva. El desempleo es entonces una constante estructural de la organización capitalista del trabajo.

Con su aparato conceptual la Iglesia Católica fue capaz de compaginar las prácticas de enriquecimiento de los nobles con la prohibición de bienes terrenales para los pobres; la ayuda del trabajo social por su parte, surgida en el centro del fenómeno del desempleo, se otorga a cambio de promover el deseo manifiesto de los individuos para obtener un puesto de trabajo. Los pobres católicos soportaron sus penurias apoyados en la expectativa de un lugar en el cielo después de la muerte, mientras que los hijos pobres del capitalismo están moralmente obligados a tolerarlas sostenidos en su deseo de una plaza en la fábrica o en la empresa, antes de morir.

El trabajo social opera en el centro de la moral capitalista, es decir en la autoexigencia del individuo de vivir del alquiler de su fuerza de trabajo incluso cuando no existen condiciones para su venta. Por ello es inmoral que alguien solicite ayuda cuando se encuentra en condiciones de pagar un servicio, sobre todo servicio médico, ya sea por todo su valor, o por una

determinada fracción que puede calcularse en una escala y asignarle un número que indica la cantidad de ayuda que al solicitante corresponde recibir²¹.

Contamos ahora con un marco conceptual donde se han construido algunas relaciones entre la clasificación, la moral y la economía; desde las cuales observaremos diversos aspectos de la práctica médica.

La clasificación médica. La historia clínica

Después de realizada la breve historia social del solicitante y definida su adscripción, el paciente tramita consulta médica. Pero antes que su nombre sea incluido en el programa de consultas debe atravesar un nuevo tamiz, la historia clínica, realizada a través de un interrogatorio, por un médico residente de primer año. La elaboración de historias clínicas es una actividad realizada por las tardes en días preestablecidos, después de la hora de la comida.

²¹ FORRESTER, Viviane, en *Una extraña dictadura*, Fondo de Cultura Económica, México, 2004, Segunda reimpresión, pp. 53-54 expone que "...ha aparecido un fenómeno que ni siquiera deja margen para la libertad de elección, primero en los Estados Unidos y luego en Canadá, Gran Bretaña y Nueva Zelanda. Es el *workfare*, uno de los hechos más graves de nuestro tiempo y que pasa casi inadvertido. El sistema no se limita a imponer implícitamente cualquier trabajo: obliga a aceptarlo. ¿Qué es el *workfare*? Iniciado tímidamente por el presidente republicano Ronald Reagan con la *Family Support Act*, asume su verdadero carácter con la *Responsability and Work Opportunity Act*, sancionada el 31 de julio de 1996 por el presidente demócrata Bill Clinton. Como se ve, la ideología reinante y su lógica no dejan el menor margen a los dirigentes políticos, cualquiera sea su bando. Lo que hasta ahora se llamaba *welfare*, el 'precio del bienestar', es decir, la ayuda social, ha sido remplazado por el *workfare*, la 'tarifa del trabajo', pero un trabajo forzado. Quien no trabaja, al cabo de cierto tiempo es castigado, privada de ayuda social. Esto va dirigido a los desempleados, a los que se considera responsables de su situación... En los Estados Unidos un tiene derecho a cinco años de prestaciones sociales durante toda la vida, pero tamaña 'generosidad no se otorga sin restricciones: después de dos años de desempleo, el otorgamiento de cualquier prestación, el desembolso de cualquier indemnización, dependerá del beneficiario', quien para 'merecerla' deberá realizar la tarea que le proponga —¡en semejante contexto, que le imponga!— tanto un Estado o una municipalidad como el sector privado, cualesquiera que sean el contenido, los horarios, el lugar de trabajo e incluso la remuneración, si es que la hay, porque se trata de una contraprestación para que no sea suprimida una magra prestación".

Es lunes a las 14:00, saludo en el vestíbulo del Servicio al Dr. Taibo, y a mis espaldas pasa el Dr. Gabriel García, DG, que me dio un trato amable desde que empecé el trabajo de campo en el Servicio de Cirugía Plástica²². Dentro de la sala de consulta se encuentra el Dr. Ignacio Altamirano, otro médico residente, haciendo curaciones a un paciente. Entré con el DG a la sala, nos sentamos e intentamos platicar un poco del trabajo, pero la fatiga crónica en la que viven los médicos residentes debida a las extenuantes jornadas de trabajo y a las actividades académicas que realizan, calendarizadas rigurosamente, le impedía mantener los ojos abiertos. Optó por levantarse y retirarse, mientras otro médico residente, el Dr. Octavio Paz, de carácter alegre y bromista, pareció retomar la plática. Luego “Paz”²³ se levantó diciendo que iba al quirófano. Pregunté si habría elaboración de historias clínicas y “Rosales” respondió que empezaban a las 3 de la tarde. Ellos se alistaban para retirarse a comer²⁴, menos los que tenían la guardia a cargo, y yo hice lo mismo con la intención de regresar a las 15:00.

Apuré la comida en el Sanborn’s ubicado en la esquina que hace el Hospital con Avenida Cuauhtémoc para regresar a tiempo. Quería observar el proceso desde el momento en que el paciente fuera llamado. Llegué unos segundos tarde... El paciente se encontraba ya sentado en la silla del lado izquierdo del escritorio que se encuentra al frente de la sala de consulta. El doctor García había hecho ya la primera pregunta. Tenía pensado pedirle su consentimiento para estar presente en su trabajo pero ya no puede hacerlo. Tenía dos opciones, salirme y pedir el consentimiento entre la salida del primer paciente y la entrada del segundo o quedarme. Me quedé.

²² La relación con los médicos residentes se establece poco a poco. Empieza con una presentación formal por parte del jefe del Servicio y se desarrolla, o no, en el trato cotidiano. Siempre es muy variada, algunos médicos son distantes, otros son precavidos o reservados, y pocos suelen ser ásperos en el trato.

²³ Entre médicos residentes suelen nombrarse por sus apellidos y en menor medida por sus apodos. Son muy jóvenes y el jugueteo en las relaciones interpersonales parece aligerarles la carga de trabajo y la tensión propia del Servicio.

²⁴ Desde que me percaté del horario de la comida, tengo la inquietud de acompañarlos en alguna ocasión, pero me daba cuenta que todavía no era posible. Al parecer ese espacio es algo privado. Es un espacio-tiempo que utilizan para hablar relajadamente, es decir, sin las restricciones del Servicio donde tienen que cuidar lo que dicen, dónde lo dicen y con quién lo dicen, pues se trata de un ambiente tenso y difícil principalmente por los altos niveles de reglamentación que rigen en él.

El interrogatorio

Era una mujer de unos 23 años que respondía las preguntas de la historia clínica. La voz suave, amable, y casi infantil del doctor García, se vuelve firme, segura y contundente. Parece un interrogatorio judicial. Las preguntas dan la impresión de estar planteadas de modo que el respondiente diga “sí”, “no”, una palabra, o una frase breve; en ese momento supuse que preguntaban así para ahorrar tiempo²⁵. Es más fácil preguntar y el paciente contesta más rápido si se interroga “¿dónde naciste?”, con cierta firmeza que decirle ¿lugar de nacimiento? Esto es una hipótesis, habría que corroborarla.

Veamos algunos ejemplos de interrogatorio:

- ¿Dónde naciste?
- ¿Teléfono? Algún teléfono donde nos podamos comunicar contigo.
- ¡Fumas!²⁶

²⁵ Pero al transcribir las notas de la libreta de campo recordé que Foucault en *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona, 2ª Edición, 1991, expone detalladamente el nacimiento del método de investigación judicial que desarrolló el Santo Oficio de la Iglesia Católica para indagar anomalías en las parroquias, donde el interrogatorio es una parte esencial y consiste en dar por cierto el enunciado que coincide entre dos experiencias de distintas personas, entre dos instancias, dos momentos, o dos espacios, entre otros. Las preguntas son dirigidas a cuestiones clave y muy específicas para evitar la ambigüedad en las respuestas. Este método, señala Foucault, fue retomado posteriormente y adaptado para la investigación científica. Después de algún tiempo de trabajar en el servicio me enteré también que la historia clínica es un documento legal.

²⁶ Esta pregunta, con frecuencia se enuncia con tono de afirmación, produce un impacto psicológico en el paciente que lo empuja a negar o afirmar rápida y más verazmente. Posteriormente me enteré que la presencia del hábito de fumar es una cuestión determinante para la buena evolución de la cirugía plástica. Si el paciente fuma, sus tejidos están deficientemente irrigados sobre todo la piel, lo que entorpece o impide, sobre todo, la incorporación de injertos de piel.

- ¡Alcohol!, ¿tomas?
- ¿Drogas?
- ¡Vacunas! ¿Las tienes todas?

También preguntó por la presencia de enfermedades en sus familiares.

Luego dijo:

- ¡Tú!
- ¿Azúcar en la sangre?
- ¿Presión alta?
- ¿A qué edad empezaste a reglar?
- ¿A qué edad empezaste a tener relaciones sexuales?

La joven mujer no pudo responder la edad que tenía cuando empezó sus relaciones sexuales. Aparentemente iba a llorar. Supuse había algo traumático.

El DG mantiene fija la mirada en los formatos que llena sobre el escritorio, en el espacio que deja libre la máquina de escribir cuando es levantada, y como la silla del paciente se encuentra muy cerca del escritorio, la muchacha observaba, ávidamente, lo que DG escribía en los formatos de la historia clínica. Tuve la impresión de que la paciente sentía algo de ansiedad por saber lo que DG escribía en relación con lo que ella había dejado de contestar.

Luego, DG le dijo que la iba a mandar al Servicio de Psiquiatría para que le ayudaran con “eso” de lo que no había querido hablar. Por un momento el asombro se apoderó de mí. Me parecía casi imposible que en menos de un minuto el Dr. Gabriel García hubiera tomado la decisión de enviarla a psiquiatría. Intenté no mostrar mi estupefacción, por suerte ya había mucha confianza entre el DG y yo, de tal modo que no me prestaba atención.

Mi asombro disminuyó sensiblemente en cuanto le comento:

- El psiquiatra no sólo ve “locos”
- También ayuda a personas como tú
- Ni te imaginas en todo lo que te puede ayudar
- Así vas a vivir una vida más plena

Instantáneamente se formó en mi mente la pregunta ¿qué es una vida plena?

Entre el silencio de la joven y la decisión de “mandarla a psiquiatría” DG le preguntó si su esposo sabía “eso de lo que no había querido hablar”, la muchacha contestó afirmativamente con movimientos de cabeza²⁷.

- ¿Fecha de tu última regla?

²⁷ Al tranquilizarse me pareció que esa era pregunta clave, multideterminada y también multideterminante. Tuve la impresión de que en la clínica los médicos indagan preferentemente ese tipo de preguntas. Otro día tuve la ocasión de preguntarle si había hecho la pregunta porque su experiencia clínica así se lo indicaba o porque había aprendido a hacerlo a través de la experiencia de otros. Me dijo que “pasó por psiquiatría” en el Hospital Universitario de Monterrey y que allí aprendió. Supuse que allí aprendió esa pregunta específica. Le pregunté por ella me compartió lo siguiente:

“Es importante saber si el marido sabe o no, porque hay maridos que maltratan a sus mujeres haciéndolas sentir mal por lo que les ha sucedido (una violación, un abuso sexual en la infancia, etcétera) y les hacen sentir que les hacen un gran favor conservándolas como esposas. Las mujeres soportan las humillaciones o los malos tratos por temor a perder a sus parejas. En este caso era importante saber si el marido sabía porque si la mujer le ha ocultado al marido lo que le ocurrió, difícilmente podría justificar la ayuda psiquiátrica que le estaba ofreciendo.”

Luego me comentó que en una ocasión él estaba en el Hospital Universitario de Monterrey llegó un niño al servicio, que no permitía que le bajaran los pantalones, que se ponía muy mal y hasta muy agresivo. Cuando le bajaron la prenda y lo revisaron lo encontraron muy lastimado del ano y el recto con fisuras. Al interrogarlo supieron que el padrastro abusaba sexualmente de él y que el adulto no tenía siquiera la consideración de ponerle algún lubricante. DG me comentó que es una situación muy difícil que el médico siente mucha rabia e impotencia ante la situación. También me contó que llamaron al Ministerio Público y que le dieron algo de seguimiento al asunto. Que el padrastro negó todo, pero que las pruebas eran irrefutables.

(Supuse que la pregunta iba encaminada a saber si estaba o no embarazada para tomar medidas a la hora de la cirugía).

- ¿Embarazos?

- ¿Papanicolau?, ¿sabes qué es?

- ¿Cuándo te quemaste? (la paciente tenía el brazo derecho vendado).

- ¿Cuánto pesas?²⁸

Posteriormente termina la entrevista y afirma “Yo soy el doctor García”, “No se te olvide”, “Yo soy el doctor García”²⁹. Luego me percaté que también es lo primero que le dice a los pacientes: “Yo soy el Dr. García” y se los remarca. ¿Por qué? Porque en cualquier momento del tránsito del paciente por el Servicio, la expresión “El doctor equis” me dijo que hiciera tal o cual cosa, que fuera a tal o cual parte, es la entrada o salvoconducto que el paciente utiliza para transitar por el Servicio.

Por otra parte, el nombre del médico es la clave para el control médico y administrativo del paciente y del propio médico. En cualquier momento el paciente puede ser interrogado acerca de cualquier aspecto relacionado con su atención. La pregunta entonces es ¿quién le dijo que hiciera tal o cual cosa?, ¿quién le dijo que viniera, ¿quién le dijo que tomara o se aplicara tal o cual fármaco?

Al parecer la pregunta tiene cuando menos dos lados fuertes: uno permite al interrogador saber si la acción que menciona el paciente está autorizada por algún otro médico. Por otro lado, permite a los médicos de mayor jerarquía ‘supervisar’ las acciones del médico que ha dado alguna orden o instrucción a los pacientes.

²⁸ Después de presenciar la elaboración de muchas historias clínicas me di cuenta que los médicos “esperan” que los pacientes sepan su talla y peso, porque de otro modo tienen que levantarse del escritorio y conducirlos a la báscula, que se encuentra en el fondo de la sala de consulta, para tomar las medidas. Esto, evidentemente, rompe el ritmo de elaboración de la historia clínica y hace trabajar más al médico residente, de por sí extenuado.

²⁹Luego me percaté que todos los médicos residentes lo hacen por motivos que se detallan más adelante.

La insistencia para que el paciente recuerde el nombre también debe ser una obligación de autocontrol del médico. Si cuando un paciente es interrogado por otro médico, sobre todo de mayor jerarquía, y no sabe quién es el médico que lo atendió, el propio médico se hace acreedor a una severa llamada de atención y tal vez hasta a una guardia “de castigo” Ese tipo de guardias adicionales por errores u omisiones son cotidianos en el Servicio y en todos los servicios, según pude percatarme³⁰.

La elaboración de la historia clínica terminó cuando el Doctor García le dijo a la paciente:

“Con esto”, señala el documento que tiene en la mano, “te van a recibir en Psiquiatría y ahorita regresa allá afuera para que te den fecha de la consulta de aquí”.

Trini³¹

Niña de 7 años

Le falta una falange en el dedo medio y dos en el anular de la mano derecha.

Pregunta, que confirmo, es clave:

Doctor García: “¿Eres derecha?” “¿Qué haces?”

DG quiere saber si la niña asiste a la escuela, y qué tan limitada está la función de la mano derecha para la escritura y demás actividades.

Posteriormente pide las radiografías de la mano y la madre también le muestra, además una del codo. Le dijo que se la pidieron para saber si tenía “los dos huesitos” en el codo.

³⁰ Para un panorama más amplio al respecto, pueden consultarse las entrevistas del anexo. Casi todos comentan las guardias de castigo de su época de residentes.

³¹ Los nombres de los pacientes también han sido reemplazados con el fin de proteger su identidad.

DG les dice que si tuviera algo en el codo ya no sería un trabajo a realizarse en el Servicio, parece que eso “le toca” a Traumatología y Ortopedia. En el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva la mano ocupa tal vez el lugar más importante en cuanto a cirugía reconstructiva y el rostro en cuanto a cirugía estética, seguido de los senos.

Otra pregunta clave:

DG, dirigiéndose a los padres de la niña: “¿Y qué quieren que hagamos nosotros?”

Los padres: “Se le puede reconstruir...”

El DG les explica que, reconstruir en la niña implicaría “subir” un dedo del pie para injertarlo en la mano, pero que eso se hace cuando la función de la mano (principalmente la función de oposición del dedo pulgar con los demás), está perdida o muy limitada. Les dice que sí se podría pero implicaría muchísima cirugía y trabajo para obtener muy poco.

Luego le pide a la niña que escriba y lo hace muy bien. García observa que no hay pérdida de función y se lo vuelve a explicar a los padres.

Pregunta de los padres: “Doctor, si alguien dona los deditos ¿ustedes se los pueden injertar?”³²

El doctor García mencionó el rechazo inmunológico, les dijo que sería mucho más complicado que subirle un dedo del pie y que el resultado sería el mismo: poca o ninguna mejoría extra.

El doctor García pidió a la niña poner la palma de su mano sobre una hoja de papel, dibujó su perímetro con un lápiz, y lo adjuntó a la historia clínica.

³² Sentí un estremecimiento al imaginar en qué estaba pensando el padre de la niña cuando preguntó por una “donación” de dedos. A mi mente vino el robo de infantes y comercio de sus órganos.

El llenado de los formatos de la historia clínica

La información³³ son datos para la historia clínica, algunos útiles de inicio, otros potencialmente útiles a tomarse en cuenta en la futura intervención médico-quirúrgica que recibirá el paciente. La historia clínica es la versión legal de una persona que recibirá atención médica; es el requisito que establece la Ley para la atención del solicitante.

Un médico residente recibe un paciente por turno el cual, mientras tanto, espera a ser llamado por su nombre. El paciente se encuentra sentado, entre otras personas, en una banca angosta, hecha de tablas de madera, de aproximadamente dos y medio metros de largo, pegada a la pared izquierda del pasillo principal del Servicio, que también funciona como sala de espera³⁴. Cuando los pacientes desbordan la capacidad de la banca, ocupan el pasillo hasta que también se satura. Cuando esto sucede, los individuos que siguen llegando esperan en el exterior del edificio donde hay bancas de cemento en un espacio parcialmente techado que hace las veces de vestíbulo para otro edificio que desemboca en el mismo sitio y de lugar de paso hacia otra sección del Hospital.

En la banca descansan los pacientes que muy pronto serán llamados, esto sucede especialmente en los horarios de consulta. El extremo de la banca coincide con la puerta de la sala de consulta, por lo tanto, quien ocupa ese lugar está próximo a ser recibido.

La elaboración de historias clínicas, en comparación con las consultas, obedece a un orden menos rígido. Hay una separación temporal entre las consultas y la elaboración de historias, y aunque éstas también se realizan en la sala de consulta, el espacio se utiliza de manera distinta, pues

³³ Información en el sentido shannoniano del término, es decir, datos cuya calidad informativa radica en que son utilizables para tomar decisiones, en este caso decisiones médico-quirúrgicas.

³⁴ La razón de que el Servicio de Cirugía Plástica utilice un pasillo como sala de espera, y que los asientos sean tablas de madera, entre muchos otros aspectos que podrían considerarse “deficiencias” de las instalaciones y del equipo, es que su edificio propio y original fue destruido por el terremoto que afectó la ciudad de México en 1985 y a la fecha no se ha reconstruido. El servicio desarrolla sus actividades en espacios “prestados”.

simultáneamente pueden elaborarse varias historias clínicas, mientras que la consulta se realiza una persona por vez.

Para elaborar una historia clínica, un médico residente se sienta en cualquier silla de la sala y acerca otra (de plástico) para la persona de quien se requiere obtener información. Esta actividad es realizada por los médicos residentes de menor rango, es decir de primer año, denominados R-I.

Segunda inscripción

Primera mirada médica

El médico residente lee rápidamente cada uno de los ítems de la historia clínica: nombre, edad, sexo, domicilio, etcétera; el paciente responde entre los pequeños silencios que el médico hace después de leer cada ítem. Cuando el paciente no responde inmediatamente después de la pregunta es frecuente que el médico “empuje” la respuesta con gesticulaciones y movimientos de sus brazos y manos.

El médico residente elabora la historia clínica con la mirada pegada al formato y un bolígrafo en la mano, listo para escribir la información que emite el paciente. En ocasiones cuando dice “sexo”, levanta la vista y mira al paciente, luego escribe en el formato, o tacha la opción correcta. En otras ocasiones el médico llena el ítem “sexo” sin pronunciar palabra, pero la corroboración visual es frecuente.

La historia clínica es entonces un instrumento que recoge información del orden de lo visible y del orden de lo invisible —los aspectos subjetivos— acerca de los pacientes. El interrogatorio es, prácticamente, la única vía para capturar los datos del orden de lo invisible. Lo visible, es una dimensión que se “captura” y se sostiene por sí misma. Lo visible es “verdadero”, por definición.

Aunque con estatutos epistemológicos distintos, entre lo visible y lo invisible hay una continua dialógica y una tendencia. Lo visible sirve muchas veces para corroborar y para validar la verosimilitud de lo invisible, siempre en

duda, por ser capturado únicamente a través del interrogatorio. La tendencia es traducir, cuanto sea posible, datos de lo invisible en aspectos observables a la mirada médica.

La parte culminante de la historia clínica llega en el momento donde el “padecimiento actual” o “motivo de consulta” son referidos. El paciente expresa en ese momento, como puede, a qué se debe su demanda de atención médica.

Una vez expuesto el motivo de su consulta, sigue una pregunta del médico residente, poco usual en otros servicios, pero fundamental en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva: “¿Y qué espera o qué quiere que nosotros le hagamos, (señora, señor, señorita)?” La pregunta es central debido a que, como buena parte del trabajo del Servicio implica “lo estético” —y decir “estético” en este terreno compromete la imaginación y hasta la fantasía de los pacientes—, muchas veces las personas se forjan expectativas sin fundamento y desean cambios, por ejemplo, en su aspecto, que no son posibles de realizar, o que la edad u otras variables, impiden que su deseo sea realizado. Si este tema no es trabajado en el momento exacto, la inconformidad posterior de los pacientes puede llegar a convertirse en problemas administrativos y legales para el Servicio.

La historia clínica de Rosa Peña

Es jueves por la tarde, el doctor Taibo, joven médico residente de primer año, ha elaborado la historia clínica de Rosa Peña, de 15 años de edad, que fue atropellada por un automóvil cuyo conductor perdió el control del vehículo al grado de manejarlo sobre la acera por donde ella caminaba. Entre las secuelas del accidente Rosa presentaba una “mala” cicatrización en la parte interna de la pierna derecha que iniciaba en el tercio inferior del muslo y desciende hasta debajo de la rodilla.

Cuando el doctor Taibo terminó de llenar la historia clínica, levantó el rostro y dirigiéndose a Rosa le dijo: “Muéstrame la zona de la cicatriz”, “descúbrete”; Rosa llevaba puesto un pantalón holgado de tela suave. Sentada en la silla subió la pernera con ambas manos. Una cicatriz de aspecto fibroso e irregular apareció tras el deslizamiento de la prenda.

La visión del doctor Taibo descendió desde el rostro de Rosa hasta posarse en la zona de piel afectada. Una expresión distinta apareció en el rostro del médico. Su mirada parecía enfocar otras cosas, más allá, o más acá, de la superficie lastimada, invisibles para mí, a pesar de que yo miraba el mismo cuadro. Lo visible y evidente para él no lo era para mí. *La relación visible/invisible no es atributo real e intrínseco de las cosas, sino de cada mirada.* Posteriormente palpó y presionó distintos puntos de la lesión, preguntando a Rosa, a momentos, si alguna de las maniobras que hacía le producía dolor o molestia.

El doctor Taibo preguntó a la joven si podía caminar bien. Ella respondió que necesitaba el apoyo de unas muletas. Guardó silencio por unos segundos y dijo: “Mira, sí necesitas operación, pero no sólo porque se te vea fea la cicatriz, sino porque la piel está cicatrizando mal y eso va a obstaculizar el movimiento normal de tu pierna”, “Pero antes de que te operemos nosotros, necesitas ir a ‘Rehabilitación’ para que empieces a recuperar el movimiento de la pierna”.³⁵

El doctor Taibo regresó a la escritura; en un espacio en blanco, al final del formato, describió brevemente la lesión en términos anatómicos. La

³⁵ El doctor Taibo acompañó a la joven paciente al Servicio de Rehabilitación del Hospital. Pregunté si él acompañaba a todos los pacientes. Dijo “no”; a ella “tenía” que acompañarla y solicitar él mismo la atención inmediata porque de otro modo sería programada para “cuando hubiera lugar” (eso podría tomar meses). La mala cicatrización podría avanzar hasta impedir la flexión de la pierna. El doctor Taibo habló con una secretaria de Rehabilitación a quien notificó que venía recomendado de Cirugía Plástica (mencionó el nombre del médico que lo enviaba y el del médico de Rehabilitación a quien iba dirigida la solicitud de apoyo (se trata de apoyos recíprocos y personales). Del mismo modo que ahora Rehabilitación atendía un paciente de Cirugía Plástica, fuera de programa, Cirugía Plástica estará abierta a recibir un paciente de Rehabilitación, fuera de programa y recomendado por un médico en particular. La secretaria, del mismo modo que él elaboró la historia clínica de Rosa, no levantó una sola vez el rostro para mirarlo mientras hablaba con él. Pregunté al Dr. Taibo si ese trato era igual para todos los médicos. Me dijo que a los médicos de mayor jerarquía los atienden amablemente y los miran al rostro cuando los están atendiendo. Buena parte de los “éxitos” quirúrgicos del Servicio se deben al trabajo “extra” de los médicos residentes, pues la maquinaria administrativa del Hospital es ciega y sólo reconoce “turnos” y “secuencias” “oficiales”. Si la atención médica se realizara exclusivamente como lo marcan los manuales de procedimientos, Rosa hubiera perdido el movimiento de su pierna.

elaboración de la historia clínica estaba concluida. Rosa y su lesión habían sido inscritas en la racionalización médica. Los datos recogidos por el médico de la imagen de la zona afectada y de su palpación completaron el proceso.

Una vez concluida la historia clínica, el doctor Taibo programó una consulta para que Rosa fuera *re-visada* por el conjunto de médicos adscritos y residentes. La consulta se realizaría en esa misma sala, otro día por la mañana. Pero decir que “Rosa” será revisada es sólo una manera de expresarlo. *Los médicos no tratarán directamente con Rosa sino con la versión textual de ella, su historia clínica, y con el responsable de su elaboración, el médico residente Garza, aval profesional de los datos clínicos allí asentados.*

Rosa había sido “separada” en dos, y a la consulta sólo ingresarían “sus datos” objetivos; es decir, su historia clínica. El cuerpo de la joven, pero sobre todo la visibilidad y la materialidad de su lesión es lo que será vuelto a observar, será “re-visado”, y servirá, además, para que los médicos consultantes corroboren la corrección o la precisión de la descripción que hizo el doctor Taibo o, en caso necesario, hacer modificaciones. La subjetividad de Rosa servirá ocasionalmente —y sólo por estar necesariamente ligada al cuerpo en observación—, para que responda por algún dato del orden de lo invisible, tal vez omitido en la elaboración de la historia clínica o que se volvió relevante en el momento de la consulta.

Entre la primera inspección ocular que Rosa recibió de la trabajadora social y la segunda que hizo el doctor Taibo, hay semejanzas y muy grandes diferencias. La mirada de la trabajadora social es opcional (puede clasificar exclusivamente con un interrogatorio). La mirada del doctor Taibo es obligada. La primera separa a los solicitantes en categorías socio-económicas (entidades abstractas); la segunda aparta la subjetividad/invisibilidad de la objetividad/visibilidad. La objetividad expresada, básicamente, a través de un conjunto de datos.

¿Por qué el doctor Taibo escribía antes de mirar? ¿Por qué después de mirar regresaba a la escritura? ¿Por qué la trabajadora social separa a Rosa de otros solicitantes, y la incluye en una categoría abstracta? ¿Por qué el doctor Taibo separa a Rosa, dividiéndola, en un parte invisible y otra parte visible? ¿Por qué se practican las separaciones? ¿Hay algo en la escritura que produce esas

separaciones? ¿Qué relación existe entre la mirada y la escritura en la práctica médica?

Hagamos un segundo recorrido por la historia, la filosofía y la epistemología para elaborar una respuesta.

Separar y agrupar

(Segunda disertación)

Separar y agrupar es un procedimiento milenario, aunque a través de los siglos lo separable y lo agrupable han cambiado muchas veces de forma y contenido. La separación-clasificación que realiza la trabajadora social con Rosa parece muy alejada de la separación de la objetividad/subjetividad que realiza el doctor Taibo, pero en el origen de la institución hospitalaria no hay tanta distancia entre ellas.

Durante los primeros años del surgimiento del Hospital General en Francia, cuyo modelo se adoptó posteriormente en México, el espacio hospitalario era destinado a contener los enfermos que eran separados de los sanos, por la policía. En un momento de su historia, el hospital también fue destinado a la reclusión de los pobres, separados del resto de la población, también por la policía, para que no mendigaran en las calles. Los pobres también eran apartados porque las enfermedades se presentaban con mucha mayor frecuencia entre ellos y, por lo mismo, constituían un riesgo para el resto de la población. No eran delincuentes, sólo eran “el cuerpo del delito”, en palabras de Jacques Attali³⁶.

Siglos después, cuando el conocimiento de las enfermedades permitió su control, ya no fue necesario separar radicalmente los cuerpos de los pobres del resto social sino, simplemente, separar la enfermedad de la corporeidad popular. Esto ocurrió, sobre todo, con las enfermedades infecto-contagiosas.

La separación de la objetividad/subjetividad parece ser un procedimiento más moderno, sin embargo es mucho más antiguo. Fue parte del proceso de

³⁶ ATTALI, Jacques, *El oden caníbal, Vida y muerte de la medicina*, Planeta, Barcelona, 1981.

formalización del pensamiento lógico-racional. Aunque todavía no se habían acuñado los conceptos 'objetividad' y 'subjetividad', Aristóteles separó el discurso racional, *logos*, del resto de discursos, denominados y agrupados por él bajo el concepto *semántica*³⁷.

El *logos*, en el sentido moderno del término, nació como un discurso basado en la materialidad evidente de la sustancia, un discurso basado en evidencias para decirlo en términos contemporáneos. Semántica es cualquier otro discurso que no se sostiene en la materia, su visibilidad y su objetividad. *Logos*, entonces, es el discurso médico acerca de la materialidad visible de la lesión de la paciente; lo que Rosa pueda pensar y decir, incluso de su "propia" lesión, es *semántica*.

Pero la separación aristotélica tampoco es tan originaria ni tan original. Para que Aristóteles pudiera trazar su división fue necesario que ya existiera el procedimiento de la "separabilidad" y que tanto el *logos* como los discursos que él englobó en la semántica ya existieran en el sistema de ideas de la época. El *logos* venía gestándose desde siglos atrás en las ideas de los llamados filósofos presocráticos³⁸. La separación, por su parte, es un procedimiento pre-lógico de la mente humana, que inclusive está presente en los procedimientos cognitivos de otras especies³⁹.

Por otro lado, para que el *logos* emergiera como discurso racional fue necesario que primero surgiera la escritura alfabética y que entonces el producto de la visión, lo mirado, se volviera palabra escrita.

Pero todavía mucho antes fue imperioso que la visión, uno de los cinco sentidos humanos, despuntara entre los demás, y que lo visto se transformara en habla. Es decir, el *logos* presupone el puente entre visión y habla, el nexo entre habla y escritura alfabética y, transitivamente, la relación visión-escritura.

³⁷Esta separación es un aspecto central del nacimiento de la racionalidad científica desarrollado por VEGETTI, Mario, *op. Cit.*, a lo largo de la obra.

³⁸ MOREY, Miguel, *Los presocráticos. Del mito al logos*, Ed. Montesinos, Barcelona. 4ª, Edición, 1988

³⁹ MORIN, Edgar, *El método. El conocimiento del conocimiento*, Ed. Cátedra, Madrid, 4ª Edición, 2002

La visión escala la cima de los sentidos.

Los homínidos antepasados de *Homo sapiens* ocuparon por miles de años las ramas de los árboles en busca de refugio contra sus depredadores. En este hábitat arbóreo:

“Su sentido olfativo, esencial para un animal terrestre, se atrofió. Lo que había sido un gran hocico se convirtió en unos raquícos orificios nasales. Pero, al igual que en las aves, lo que los primates perdieron con la disminución de su sentido del olfato, lo ganaron desarrollando unos ojos verdaderamente extraordinarios. La vista se convirtió en su sentido más importante”.⁴⁰

Con la emergencia del bipedismo y la postura erecta, los ojos de nuestros antepasados alcanzaron un puesto de observación natural que, con un simple movimiento de cabeza, podían desplazar la mirada desde los objetos ubicados junto a sus pies hasta un punto cualquiera en el horizonte. La visión, entonces, se asoció a la percepción de las distancias.

Cuando a la capacidad para lanzar objetos, esporádica y tosca en los primeros homínidos, se asoció la visión en lo alto de la cabeza y su habilidad para percibir distancias, se reunieron las condiciones para el nacimiento de nuestro ancestro el cazador y para la primera gran división sexual del trabajo: hombres cazadores y mujeres recolectoras.

Esta bifurcación con el tiempo se volvió fundamental pues engendró las dos grandes vertientes sobre las cuáles se levantaron las sociedades históricas humanas: la cacería de los hombres desarrolló los instrumentos y las habilidades que posteriormente se utilizaron en la guerra; y la recolección de las mujeres aportó los ingredientes para el descubrimiento y desarrollo de la agricultura, del sedentarismo, y de la posterior emergencia de las ciudades, lugares de intercambio comercial, concentración de riqueza, y motivo de las guerras.

⁴⁰ SHLAIN, Leonard, *El Alfabeto contra la diosa. El conflicto entre palabra e imagen, el poder masculino y el poder femenino* Ed. Debate, Barcelona, 2000, Pág. 25.

Pero la separación del trabajo masculino y femenino aportó mucho más. La visión desarrollada que llevó a los hombres a la cacería, a lo largo de tres millones de años, recursivamente desarrolló las características cerebrales que desembocaron en la creación de la escritura alfabética.

En contraste, el sentido de la vista de las mujeres, dedicadas a la recolección y al cuidado de los hijos, desarrolló una visión de campo global, esto debido a la exigencia de poner atención simultáneamente a muchos aspectos, sobre todo cuando se combinan las labores de la vivienda con las del cuidado del los hijos. La visión de campo de las mujeres es más apta para distinguir patrones en lugar de objetos específicos. La visión de campo capta el sentido de un patrón de manera simultánea, es gestáltica⁴¹. Los ojos de los hombres cuentan con un mayor número de “conos”, estructuras celulares especializadas en enfocar objetos específicos en un campo visual. El impacto de estas diferencias se extiende, por otro lado, hasta el campo cognoscitivo: la capacidad femenina para captar simultáneamente el sentido o significado en un patrón disperso en todo su campo visual, se asocia a la síntesis y la intuición. Mientras que el discernimiento lineal del sentido en una cadena de objetos del campo visual, se asocia con el análisis, la reflexión y producción de significados. De lo anterior se desprende que las diferencias entre las visiones masculina y femenina no pueden circunscribirse a los órganos de la visión.

Las exigencias de la caza demandaron que la visión de los hombres fuera capaz de enfocar con precisión puntos específicos de su campo visual. Para encontrar los signos de la presencia de la presa, o la presa misma, el ojo aprendió a desplazarse, linealmente, de un rastro al otro, pues en el extremo de la cadena de signos, el cazador podía imaginar la presa.

Este procedimiento es también el paradigma de la escritura alfabética: cuando el cerebro procesa el último elemento de la sucesión lineal de signos enviado por el ojo, la mente aporta, recursivamente, el significado de la cadena enunciativa.

⁴¹ Un buen panorama de la teoría psicológica de la *Gestalt* puede ser consultado en CAPRA, Frijof, *El punto crucial*, Editorial Integral, Barcelona, 1985. Por otro lado, la teoría del aprendizaje de la *Gestalt* puede consultarse en BIGGE, Morris, L., *Teorías del aprendizaje para maestros*, Trillas, México, 1996, decimocuarta reimpresión.

Román Gubern plantea:

“En el ser humano, el hemisferio derecho del cerebro, especializado en el procesamiento de la información sensorial y espacial, parecería ser el interesado en el significante, en la *res extensa* de las formas visuales, mientras que el hemisferio izquierdo, especializado en lo verbal, lo conceptual y lo analítico, sería principalmente responsable de los significados de dichas formas”⁴²

Los signos aislados carecen de sentido, igual que las letras fuera de las palabras, o las palabras fuera de su contexto. Lo mismo ocurre al cazador: sólo hasta alcanzar el último rastro sabe si la cadena que siguió conducía o no a la presa, que constituye el significado de su actividad. Pero en cualquiera de los dos casos, al final hay un premio: el cazador se hace del animal que persigue o del conocimiento para, entre otras cosas, discriminar pistas. Esta experiencia lo re-encaminará posteriormente, y cada vez con mayores posibilidades de éxito, hacia su objetivo que ahora se ha trifurcado: más animales cazados o más conocimiento de la cacería, o ambas cosas. *El ojo educa al cerebro que educa al ojo*, es la relación recursiva más poderosa que haya emergido en la evolución de *Homo sapiens* y que sigue presente hasta la actualidad. Veamos ahora el proceso de la percepción desde la perspectiva de Gubern:

“Comencemos por establecer que la percepción visual es un fenómeno cognitivo y emocional a la vez, activado por un potentísimo procesador fisiológico de información luminosa. Percibir es una operación neurofisiológica, psicológica y semántica de desciframiento cognitivo, de investidura de sentido del objeto percibido, que transportado volátilmente por su luz reflejada hacia el aparato ocular, para su perceptor pasa de ser una mera forma a constituirse en conocimiento, de modo que la información sensorial se estructura como adquisición cognitiva con la identificación del objeto y de sus partes. El sinónimo de identificar es reconocer, re-conocer (volver a

⁴² GUBERN, Román, *Del bisonte a la realidad virtual. La escena y el laberinto*, Anagrama, Barcelona, Tercera Edición, 2003, p.14.

conocer) presupone un capital gnóstico acumulado por el pasado del sujeto, con el que se confronta cada nuevo percepto. En este sentido la visión, de los tres tipos de memoria catalogados —la episódica (para recordar episodios específicos), la implícita (para habilidades de ejecución automática) y la semántica (para el reconocimiento)—, activa específicamente el último de ellos. Y tanto más eficazmente lo activa cuanto mayor es la implicación emocional del estímulo para el sujeto, lo que obedece a la lógica adaptativa de la evolución, pues recordar peligros o amenazas ayuda a la supervivencia”⁴³.

Pero ver, reconocer y semantizar no son operaciones ajenas al lenguaje. En el cauce de este conjunto de interacciones entre el ser humano y el medio, entre los demás seres humanos y consigo mismo, se afinó el habla y de ella posteriormente emergió la escritura fonética portando los rasgos fundamentales del proceso milenario que le dio origen. La escritura basada en el alfabeto fonético potenció al pensamiento abstracto y éste a su vez magnificó los poderes de la visión convirtiéndola en una mirada que, al pasar por la escritura, en el caso particular de la Grecia antigua, se volvió *logos* o razón.

Mirada y escritura

En esta apretada síntesis he tratado de exponer la lógica de la visión incrustada en la escritura y adelantado algunas ideas sugerentes de la escritura incrustada en la visión, convirtiéndola en mirada⁴⁴.

En la mirada del doctor Taibo encontramos la visión selectiva, separadora, enfocada en un punto, comandada por el hemisferio izquierdo⁴⁵, pero no queda claro por qué escribe antes de mirar la lesión de Rosa. ¿Primero escribe

⁴³ *Ibidem*, pp.14-15.

⁴⁴ La visión es el sentido de la vista, la mirada es la visión adiestrada por la experiencia. Los productos de la primera son las imágenes reales de los objetos, los de la segunda son imágenes híbridas formadas a partir de la recombinación de las primeras con imágenes guardadas en la memoria del sujeto.

⁴⁵ Lo que no significa que el hemisferio derecho no participe globalmente en el proceso.

y luego inscribe lo que ve en lo previamente escrito? Tendremos que indagar primero qué hay en la dialógica entre mirada y escritura.

Volvamos a nuestro cazador originario que sigue pistas. Éstas se van enlazando unas con otras en su mente. La pisada del animal es un signo complejo; le “dice” si las patas de la presa tienen pezuñas o dedos. La humedad del suelo combinada con el hundimiento de la pisada le dan una idea del peso y del tamaño del animal, etcétera.

“Basta seguir a africanos entre la maleza o a lo largo de un sendero. No vemos nada, algunas marcas difusas en la arena, nada más. Pero ellos te explican por qué allí ha pasado una gacela hace hora y media, que pesaba tantos kilos, que cojeaba de la pata izquierda... ¡Y no se equivocan! Nuestros antepasados cazadores-recolectores también debieron contar con esa capacidad de observación”⁴⁶

Lo anterior significa que, antes de que la vista alcance su objetivo, la mente del cazador ha forjado una imagen. Esta “fotografía” es una emergencia que brota de la combinación de los signos hecha por la experiencia del cazador. Finalmente, el perseguidor puede o no cazar su presa. En el caso de lograrlo, su mirada compara la imagen forjada previamente con la imagen real; lo que incrementa la experiencia del cazador. Si al final hay un fracaso, en la mente del cazador queda una imagen simbólica, la imagen de un animal que tal vez nunca mirará realmente. Un producto mental abstracto.

Lo anterior significa que no sólo las percepciones directas de los ojos producen imágenes mentales, éstas también emergen de la interacción entre signos. Claro que, en la experiencia vivida del cazador, esos signos se encuentran asociados a imágenes reales y debido a esto, la imagen simbólica es una re-combinación de imágenes de la memoria. En otras palabras, la imagen simbólica es un producto de la historia vital del cazador; historia que ya es, de diferentes modos, escritura, escritura pictográfica en los orígenes.

Pregunta Dominique Simonnet a André Langaney en *La historia más bella del hombre*:

⁴⁶ LANGANEY, André, Jean Clottes, Jean Guilaine y Dominique Simonnet, *La historia más bella del hombre. Cómo la tierra se hizo humana*, Anagrama, Barcelona, 1999, p. 76.

“Nuestros antepasados se metieron a las cavernas para entregarse a su arte misterioso. Los seguiremos un momento. Pero esas primeras obras exigen bastante. A veces hay que recorrer un kilómetro completo de galerías, atravesar laberintos, como cuando se accede al llamado ‘salón’ de la gruta de Niaux, en Ariège, antes de animar, con el haz de luz de la linterna, bisontes y caballos del pasado. ¿Los hombres de la prehistoria se situaron primero al abrigo de las rocas antes de atreverse poco a poco hasta esos abismos subterráneos?

No, no hubo una progresión lenta hacia las profundidades, sino coexistencia del arte de la luz y el arte de las tinieblas. En los periodos antiguos, entre -33,000 y -18,000 años, los sitios adornados se reparten de modo bastante equivalente entre ambas tendencias. En periodos más recientes domina el arte de las tinieblas. El arte de las rocas es, ciertamente, universal, pero, como destaca el gran prehistoriador André Leroi-Gourhan, el de las grutas profundas es un suceso excepcional en la historia de la humanidad...

Entremos pues, siguiendo sus huellas, en el secreto de las grutas, a lo más distante, a lo más profundo, a lo más oscuro, hasta donde dejaron sus pinturas y grabados. La lámpara se enciende y de súbito se animan bajo esa luz tenue: inmensos aurocs, vacas y toros, caballos de crin negra, ciervos delicados, pesados bisontes... Son bestiarios fabulosos que hemos contemplado en Lascaux y en todas las demás cavernas.

Son, en efecto, imágenes de animales, la mayoría herbívoros de gran tamaño, que nos marcan la memoria. También se encuentran en las grutas algunos esbozos de seres humanos. Pero primero hay que señalar lo que no se encuentra en estos frescos subterráneos.

¿Es decir?

Los artistas nunca representan el sol, la luna, las nubes, las estrellas. También ignoran la flora: no hay árboles ni plantas. Tampoco paisajes. Nunca chozas ni casas. Tampoco hay escenas que representen grupos de personas bailando, cantando, preparando alimentos. Lo cotidiano está ausente. Cuando se sumergían en las tinieblas, al parecer nuestros

antepasados no pretendían describir su entorno familiar habitual. En cualquier caso, no lo muestran en las cavernas. Es evidente que este arte no procede a la descripción.

Sin embargo reproducen los animales de su región.

Ciertamente, cambian los temas, por lo menos parcialmente, de un lugar a otro, a veces inspirados en el entorno: algunas representaciones de la fauna marina en Cosquer, por ejemplo. Pero también hay, en Chauvet, una mayoría de animales escasos y peligrosos: rinocerontes, felinos, mamuts y osos... No se trata, pues, de un panorama de la fauna existente, sino más bien de un bestiario, de una selección de animales. El zorro y el lobo, los conejos y las liebres, de los cuales hay restos en los estratos arqueológicos, están representados muy pocas veces. Es el mismo caso de los pájaros, los peces, las serpientes, las nutrias, los glotones, las comadreja, las garduñas. Ni un solo insecto tampoco. Abundan en cambio los caballos, los bisontes, las cabras. Esto corresponde a elecciones muy precisas⁴⁷.

Las palabras de Langaney indican que las representaciones del arte prehistórico no eran un intento de trasladar mecánicamente las visiones cotidianas de nuestros antepasados a las paredes de las grutas; para decirlo en términos de Gubern: las pinturas de las cavernas parecen decir algo más de lo que muestran. Hay pues simbolismo en ellas.

“El símbolo es, pues, una representación que hace *aparecer* un sentido secreto; es la epifanía de un misterio. La parte visible del símbolo, el ‘significante’, siempre estará cargada del máximo de concretez, y como bien dijo Paul Ricoeur, todo símbolo auténtico posee tres dimensiones concretas: es al mismo tiempo ‘cósmico’ (es decir, extrae de lleno su representación del mundo bien visible que nos rodea), ‘onírico’ (es decir, se arraiga en los recuerdos, los gestos, que aparecen en nuestros sueños y que constituyen, como demostró Freud, la materia muy concreta de nuestra biografía más íntima) y por último ‘poético’, o sea que también *recurre* al lenguaje, y al lenguaje más íntimo, por lo tanto el más concreto. Pero la otra parte del símbolo, esa parte de lo invisible

⁴⁷ LANGANEY, André, Jean Clottes, Jean Guilaine y Dominique Simonnet, *Op. Cit.* pp. 74-78.

e inefable que construye un mundo con representaciones indirectas de signos alegóricos siempre inadecuados, constituye igualmente una especie lógica muy particular.”⁴⁸

Efectivamente, aunque las pinturas de las grutas no representan la vida cotidiana, los animales plasmados en ellas:

“No representan estereotipos de caballos, de bisontes o de mamuts, sino individuos precisos de los cuales a menudo es posible reconocer la edad, el sexo y la actitud. Si se observan los detalles, se puede decir, por ejemplo, si se trata de un bisonte macho, de determinada edad, que patea el suelo por que está molesto”⁴⁹

Sin duda el tema del simbolismo es apasionante, tanto como los otros temas implicados en este rodeo, sin embargo es necesario regresar al objeto directo de nuestro interés: la actividad del doctor Taibo.

El doctor Taibo no describe la lesión de Rosa exclusivamente a partir de las imágenes que recoge de la observación directa. También están en juego las diversas imágenes recogidas por su memoria profesional en situaciones similares, en fotografías, etcétera. ¿Significa lo anterior que en la escritura del doctor Taibo están implicadas imágenes de su experiencia vivida que luego compara con la imagen directa que recoge su mirada? Efectivamente, y también podría plantearse que en su mirada está implicada su escritura y la de muchos otros que han descrito lesiones similares.

Hay pues una dialógica fundamental entre mirada y escritura que notablemente las potencia.

⁴⁸ DURAND, Gilbert, *La imaginación simbólica*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000, Primera reimpresión, pp. 15-16.

⁴⁹ LANGANEY, André, *Op. Cit.* p. 78

La cosmo-visión⁵⁰

Ahora bien, si la visión produce abstracciones y la combinación de abstracciones produce nuevos tipos de visiones, hay una de estas últimas que despunta entre todas las demás. La visión del mundo o del universo. También denominada “cosmovisión”.

Las cosmovisiones también surgen de la mirada. De la observación cotidiana de las regularidades de los fenómenos naturales, de las sucesiones del día y la noche y de las estaciones del año, de los nacimientos y de las muertes... La palabra ‘regularidad’ proviene de *regula*, ‘regla’, que significa ‘norma’; y está emparentada también con el verbo ‘regir’ es decir ‘que gobierna’ de donde se desprende la palabra rey, ‘el que gobierna’ (el que se coloca en el lugar de las regularidades naturales). La palabra *kosmos* es de origen griego y no sólo significa universo, sino orden.

El orden de la visión y la visión ordenada no son otra cosa que la mirada.

A la capacidad de la percepción visual humana se liga ahora la percepción de algo más allá de las imágenes: la regularidad, la regla, el orden, la Ley. En el acontecer hay un orden, una sucesión dentro de la cual las cosas suceden. El orden, aunque invisible, es percibido indirectamente por la visión de las cosas y los fenómenos que aquél ordena. El orden por definición es un poder, es el gobierno de las cosas y los acontecimientos⁵¹.

Ya comenté, por otro lado, que las representaciones mentales, por muy abstractas que sean, consisten en re combinaciones de imágenes tomadas de la experiencia directa de los seres humanos. No es de extrañar, entonces, que las

⁵⁰ Como la “visión” nos remite a la capacidad biológica de la percepción inmediata, el término entonces podría ser “cosmo-mirada” en el sentido en que recoge la experiencia de ver repetidamente las regularidades de la naturaleza y abstraer de ellas la noción de orden.

⁵¹ Los griegos antiguos no sólo intuyeron, también abstrajeron el orden de las cosas y los acontecimientos, que llamaron *arjé*, pero no se ocuparon de buscar la manera de apoderarse de él. Fue hasta el Renacimiento, con la emergencia del humanismo, que los iluminados difundieron y apoyaron enérgicamente la idea de la dignidad humana en la tierra (en contraposición a la felicidad eterna después de la muerte), además de reclamar el planeta como propiedad y objeto de dominio para los hombres. Fue entonces cuando el antiguo *arjé* se volvió instrumento de poder para algunos seres humanos.

primeras versiones del orden del mundo tuvieran que elaborarse con la re-combinación de las imágenes que poblaban la experiencia vivida de los ancestros humanos. Tramas antropomórficas y zoomórficas y recombinaciones de ellas, inscritas en ciclos eternos, fueron el material con el que se elaboraron los primeros mitos para explicar el orden del mundo, su origen y su destino.; y en ello el propio lugar, origen y destino de los constructores de mitos.

Pero la explicación del orden no es inocua. De hecho es lo más trascendental que pueden elaborar los seres humanos. La explicación del orden se convierte, recursivamente, en el orden de las explicaciones. Adquiere vida propia y empieza a gobernar, inclusive a sus creadores⁵².

Los mitos recogen las características fundamentales de la época que los engendra. El mito judeo-cristiano, por ejemplo, inicia con el Verbo, Dios, que *separa* la luz de las tinieblas. En todos los mitos hay una gran separación entre el bien y el mal. Entre dioses y mortales, entre amigos y enemigos, entre el cielo y la tierra. Esta separación fundamental es lo que da sentido al orden, que queda de un lado y al desorden que queda del otro. En el mito judeo-cristiano sólo los elegidos alcanzan la salvación eterna, que son separados del resto por la voluntad divina. En el mito judío, que sirvió de base para el cristianismo, no se trata de sujetos sino de un pueblo elegido, separado de los demás.

Claro que, como ya se ha mencionado en el primer apartado, la división es arbitraria y lo que en un momento de la historia es desorden, puede no serlo en otro. Leonard Shlain, en su *Alfabeto contra la diosa*⁵³, recoge una gran cantidad de mitos babilónicos, egipcios y griegos. Muestra las transformaciones que sufrieron a lo largo de miles de años y evidencia que las modificaciones fueron realizadas por las castas de gobernantes a la medida de sus necesidades de manipulación y control sociales.

La historia de la humanidad muestra que las líneas divisorias que separan los distintos órdenes de sus respectivos desórdenes, se han trazado siempre con el lápiz del poder político.

⁵² MORIN, Edgar, *El método. Las ideas*, Ed. Cátedra, Madrid, 1998.

⁵³ SHLAIN, Leonard, *El alfabeto contra la diosa. Op. Cit.*

Lo importante a destacar aquí es el hecho de que la mirada asociada a las regularidades de la naturaleza hace emerger en la mente humana la idea de orden y que ese orden, por definición, es de carácter abstracto. De hecho, los personajes que pueblan los mitos y las tramas que los articulan, son ya una re-presentación, una escenificación asimilable por cualquiera, de ese orden que se convierte en narración y que, durante miles de años, se transmite por tradición oral en los pueblos todavía organizados fuertemente por los mitos y en los creyentes de las distintas religiones.

El tiempo del mito, engendrado en la observación de las regularidades, es naturalmente cíclico. Es la relojería del cosmos⁵⁴ incrustada en un tiempo circular ahora narrativo, con un principio y un final que se renuevan eternamente.

El carácter abstracto del orden/desorden, su esencia invisible, su asociación intrínseca a todas las cosas y todos los fenómenos, lo convirtieron en el telón de fondo de cualquier escena, de todo acontecimiento en la vida humana. Que un suceso pueda, por otro lado, ser pensado como un fenómeno del bien o del mal permite que sea separado y eliminado, permite conservar el orden y la tranquilidad al interior de la comunidad, de la sociedad⁵⁵. Posteriormente, por medio de la ciencia y la tecnología, también al interior del órgano, de la célula, de la molécula, pero para que esto último suceda el orden abstracto-imaginario del mito, habría de transformarse en un orden abstracto-cuantitativo al interior del pensamiento racional o *logos*.

⁵⁴ MORIN, Edgar, *El método. La naturaleza de la naturaleza, op. Cit.*, primera parte. Aunque Edgar Morin, "incrusta" este tiempo relojero en la biología de los vivientes, también podemos hacerlo en el mito.

⁵⁵ Una noción de orden parecida a la anterior, donde el desorden es ruptura de las regularidades, es la que CAZENEUVE, Jean, desarrolla en su obra *Sociología del rito, Op. Cit.*

El orden abstracto de la naturaleza en el foco de la mirada

El nacimiento del *logos*

El pensamiento abstracto no agotó sus posibilidades en la construcción de los mitos, todavía faltaba su conversión en objetivo de una práctica singular en la historia de la humanidad: producir conocimientos abstractos.

Los pensamientos abstractos, productos aparentemente residuales, que la actividad humana utilitaria venía arrojando desde hacía miles de años, se convirtieron en el objeto de atención de diversos grupos sociales que contaban con el tiempo suficiente para dedicarse a pensar en ellos, con ellos y desde ellos: en este terreno destacaron sin duda los antiguos griegos. Su organización social esclavista liberó del trabajo para la subsistencia a muchos hombres que dedicaron su tiempo a re-pensar los pensamientos heredados por la humanidad sobre todo los legados de Egipto y Mesopotamia.

La primera casta de pensadores griegos tabicó el pensamiento abstracto o puro, propio de los sacerdotes y filósofos; separándolo del pensamiento ligado a la práctica, a la manipulación de las cosas, propio de los *technitai*. El orden de la sociedad prohibía a los pensadores manipular cosas, pues su materialidad contaminaba el pensamiento. A los *technitai*, por tener las ideas ligadas a las cosas, les estaba prohibido escribir sus pensamientos. Claro que, desde la perspectiva que venimos trabajando, la separación entre los dos tipos de pensamiento era absolutamente arbitraria, pero durante el siglo V antes de Cristo nació un nuevo tipo de práctica que no estaba guiada por sólo por intenciones prácticas.

El *logos* apareció en la historia como emergencia de una práctica nueva y revolucionaria; una actividad que desafió las ordenanzas de la sociedad griega pues invirtió el sentido de las prácticas sociales dominantes: mientras el cazador *conoce para matar*, Anaxágoras propuso *matar para conocer*⁵⁶. La

⁵⁶ VEGETTI, Mario, *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma. Op. Cit.*

finalidad del cazador se convirtió en el punto de partida del nuevo tipo de investigador.

Había sin embargo una gran diferencia, el conocimiento que requiere el cazador para matar viene de la práctica y está organizado por su fin utilitario, se trata de una práctica que pasa por las ideas para retornar a la práctica. El conocimiento que estaba en la mente de Anaxágoras era un sistema de abstracciones que pasaba por la práctica para desembocar en nuevas abstracciones. No se trataba, entonces, de una actividad que desembocaba en la cosa misma, sino en una imagen mental de ella. Claro que no había que preguntarse para qué servía ese conocimiento, esa pregunta utilitaria era propia de las clases bajas de la Grecia antigua y además no eran ellos, los *technitai*, quienes estaban inaugurando la nueva actividad.

El acontecimiento, tal vez legendario, que dio inicio a la nueva actividad fue la intervención de Anaxágoras, en el 423 antes de Cristo, en una discusión sobre las causas de la presencia de un solo cuerno en la cabeza de una cabra. Tucídides, el historiador, argumentaba que dos fuerzas caídas sobre Atenas habían comprimido la cabeza de la cabra de tal modo que sólo quedó un cuerno. Lampon, un mago-sacerdote hablaba de designios divinos. Anaxágoras propuso poner fin a la interminable discusión con un hecho insólito: matar la cabra y abrir el cráneo para *ver* qué había provocado el fenómeno. El salto se había dado. La visión se había usado para mirar la respuesta a una pregunta previamente formulada en la mente. La pregunta, formulada en palabras, podía tener una respuesta en imágenes. La imagen podía volverse texto y el texto podía convertirse en imágenes. Era el inicio del circuito del pensamiento racional.

El llamado de Anaxágoras: *matar para conocer* fue ganando adeptos y empezaron a realizarse las primeras disecciones de animales con la finalidad abstracta de conocer. En el principio conocer era ver, ver la interioridad del animal negada a vista simple. Pero no se mataba al modo del cazador. No podía serlo. El cazador persigue con su arte al animal, mientras que los primeros investigadores tenían frente a ellos el animal que sería estudiado.

Pero, ¿había algún procedimiento correcto para matar y estudiar a los animales? Aquí las abstracciones empezaron a rendir sus frutos: se podía matar al animal y diseccionarlo, simplemente para ver cómo estaba ordenado

su cuerpo por dentro. Eso constituía ya un conocimiento del animal. El procedimiento manual, entonces, estaba guiado por una pregunta ¿cómo es por dentro el animal? La respuesta, constituida por las imágenes del animal disecado ¡ya era conocimiento! En el sentido moderno del término.

Posteriormente las preguntas se volvieron más específicas ¿De dónde nacen las venas? Con lo anterior fue cobrando forma el método racional. Para conocer la respuesta no se tomaba cualquier animal en cualquier estado. Un animal muerto y en descomposición no servía para el objetivo. Se escogía uno que presentara visiblemente buenas venas y, además, se le hacía adelgazar durante muchos días para que se retirara la grasa que envuelve tales órganos. La disección, entonces, podía realizarse con mucha mayor facilidad y el objetivo abstracto “ver el origen de la venas” se alcanzaba con mayor seguridad.

La pregunta en la mente del investigador guiaba la mano que cortaba la piel y los músculos, y se internaba en el volumen del cuerpo *separando* las venas de otras estructuras; procedimiento hecho con el máximo cuidado para no dañar el objeto de indagación. El ojo, comandado por la mente, guiaba el corte de la mano, que dejaba al descubierto lo que la mente quería saber y que era recogido, en el circuito de retorno al cerebro, por el ojo.

No se trataba en absoluto del corte grosero del carnicero. Éste, aunque usa el ojo, la experiencia, y el corte, al final tiene como producto de su actividad un trozo de carne. *El producto final del investigador es un conocimiento y el cuerpo del animal un desecho.* Ciertamente es que la historia registra algunos descubrimientos espontáneos de los carniceros como el funcionamiento renal, pero se trata de un producto colateral, marginal, que no estaba presente como intención que guiaba la actividad carniceril. En todo caso, ese acontecimiento revela que los carniceros de aquella época eran investigadores en potencia. Y no tenía por qué ser de otra manera, pues la recursividad entre ojo y cerebro, entre mirada y conocimiento, no era exclusiva de los investigadores, aunque éstos, por los prejuicios de su tiempo no eran capaces de comprenderlo.

Otra diferencia fundamental se hizo manifiesta entre cazadores e investigadores. Para darles caza, los cazadores observan al animal vivo: sus hábitos, sus guaridas, sus temporadas de reproducción, entre mil cosas. Los primeros investigadores-filósofos, observaron al animal matado. La mirada

del cazador separa los animales en clases ligadas con la observación del animal vivo: los que migran y los que no lo hacen, los gregarios y los solitarios, los feroces y los mansos...

Cuando la mirada racional se internó en el cuerpo de los animales encontró órganos con ciertas formas, volúmenes, densidades, texturas y colores; órganos únicos, órganos dobles. Cuando posteriormente *se compararon* los interiores de distintos animales *se encontraron semejanzas y diferencias*. Estas comparaciones engendraron la moderna clasificación de los animales, una taxonomía basada en la forma de los órganos internos. Animales aparentemente inconexos como los delfines y los caballos, resultaron ser mamíferos ambos (se había pensado hasta ese entonces que el delfín era un pez). La clasificación morfológica tenía no sólo el poder de separar sino de juntar lo que milenariamente se había pensado por separado.

La clasificación del clasificador

La obsesión indagadora no se detuvo... ¡Faltaba clasificar al clasificador! El humano evidentemente también era un ser vivo y la pregunta estaba en el aire ¿A qué clase pertenece? ¿Por qué se comporta aparentemente tan distinto de los demás seres vivos? Empezaron las disecciones de hombres ejecutados por cuestiones judiciales. Pero el ansia de saber llegaba todavía más lejos. ¿Cómo es por dentro un ser humano vivo?

La escuela griega instalada en Alejandría empezó a viviseccionar prisioneros de las cárceles. La clasificación fue realizada atendiendo una u otra parte del cuerpo. Desde entonces inició una tradición taxonómica que a lo largo de muchos siglos configuró el actual panorama clasificatorio donde se inscribe el ser humano: igual que un águila, un perro o una cabra, pertenece al gran **grupo** de los vertebrados, cuyas características son el *tener* un esqueleto y espina dorsal dividida en segmentos. Su **clase**, compartida con animales como la vaca y el perro, es la de los mamíferos, cuyas características son dar a luz vivos a sus hijos y amamentarlos. El **orden** del cual forma parte es el de los primates que incluye a los lemúridos y a los monos, que se caracterizan por tener, como los seres humanos, cinco dedos en cada extremidad, un sistema nervioso complicado y un cerebro eficiente. **Especie** *Homo sapiens*, la

que incluye a las subespecies de hombres de frente baja, ya extintos y la **subespecie** *sapiens sapiens*, de frente alta.

Pero hablar de frente alta o baja no resuelve el problema de clasificar anatómicamente la capacidad racional humana. Aristóteles terminó por enunciar su famosa frase: el ser humano es un animal racional. Este enunciado que parece incluir al hombre en la razón y a la razón en el hombre en realidad, explica Gadamer, no fue expresada exactamente así por el filósofo griego:

Ya desde mi juventud me ha sorprendido que, a pesar de Humboldt y del gran desarrollo de las ciencias del lenguaje, el tema del lenguaje apenas ha penetrado en la conciencia filosófica. Cuando, gracias a Heidegger, aprendí a leer a Aristóteles, vi para estupor mío que la clásica definición del hombre no es 'animal racional' (*animale rationale*), sino 'ser que tiene lenguaje'⁵⁷

Pasarían miles de años para poder explicar biológicamente la razón; y todavía algunos siglos más para que el pensamiento complejo nos permitiera comprender la "razón de la biología"⁵⁸.

Inscrito en estas coordenadas, el hombre como animal mamífero, se podía ver, desde la mirada científica. Pero, ¿qué pasa con la razón y con el pensamiento en general, si no se pueden ver? *Lo que no se podía ver, se redujo a lo que sí podía ser observado. El procedimiento de la reducción fue el segundo paso importante que dio la razón occidental:*

"En Aristóteles la característica más visible e inquietante del hombre vivo, el hecho de ser un *animal político*, se suaviza pronto mediante la asimilación a un amplio grupo de animales gregarios: el hombre es político al igual que lo son las abejas, las avispas, las grullas, las

⁵⁷ GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, Paidós, Barcelona, 1997, p. 73.

⁵⁸ A esta cuestión se dedica, casi en su totalidad, el texto de MORIN, Edgar, *El método III. El conocimiento del conocimiento*, Cátedra, Madrid, 4ª Edición, 2002. En esta obra, Morin expone la biología del conocimiento, la animalidad del conocimiento y la propia racionalidad del conocimiento. En un segundo tiempo, el autor expone y enlaza a lo primeramente expuesto, el conocimiento de la racionalidad, el conocimiento de la animalidad y de la biología. Estos enlaces son el contenido de la expresión "la biología de la razón y la razón de la biología".

hormigas. Si posee un lenguaje y lo puede enseñar, el hombre comparte esta peculiaridad con ciertas aves, como los ruiseñores (*H A*, IV, 9)⁵⁹. Divino, es decir inteligente (*PA*, 656, a, 8)⁶⁰ lo es el hombre a la par que lo son, aunque en menor medida, las abejas (*GA*, 761, a, 5)⁶¹: estos insectos, tan distantes morfológicamente y entre otras cosas asexuados, tienden pues a constituir el paradigma interpretativo de la especificidad humana. Su ‘divinidad’ consiste en un ordenado colectivismo que comporta la estabilidad de los papeles en la división social del trabajo y se presta a la sumisión a un jefe. Constituye sin duda una fuerte tentación el hecho de que una *polis* bien ordenada debiera ser reducible a una colmena. La semejanza de la organización humana con la colmena fue trasladada posteriormente al rebaño de ovejas.”⁶²

Sin embargo, para una clasificación rigurosa, basada en la anatomía, la comparación de los hombres con las abejas y las ovejas, deja bastante que desear. Galeno, heredero de la tradición aristotélica, acepta en el *Quod animi* que el alma es la diferencia específica entre hombres y animales. Según Galeno el alma no es otra cosa que la suma de las funciones orgánicas o una expresión sintética para expresar la *krasis* material, la organización corpórea de cerebro, hígado y corazón. Galeno volvía por otro camino a la “solución” de la reducción.

Alfabeto y logos

No cabe duda que el perfeccionamiento del alfabeto hecho por los griegos se convirtió en un constituyente fundamental de la nueva forma de pensar el mundo. Introdujeron vocales con lo cual lograron un alfabeto fonético que permitía escribir tal como se habla y con ello se potenció infinitamente la dialógica entre pensamiento y habla; además de introducir también el artículo neutro. La escritura alfabética introdujo en el *logos* la posibilidad de

⁵⁹ ARISTÓTELES, *Historia animalium*. Citado por Vegetti, *Op.Cit.*

⁶⁰ ARISTÓTELES, *De partibus animalium*, Citado por Vegetti, *Op. Cit.*

⁶¹ ARISTÓTELES, *De generatione animalium*. Citado por Vegetti. *Op. Cit.*

⁶² VEGETTI, *Op. Cit.* p. 63.

reflexionar infinitamente sobre lo escrito, inaugurándose así una dialógica donde la reflexión se convierte en escritura y la escritura en reflexión.

El alfabeto fue la base sobre la que se irguió la mirada racional del mundo. En la introducción al análisis de la estructura del cuerpo del animal, escribe Aristóteles:

“Tres son los niveles de composición *synthesis*. Primero se podría establecer la composición resultante de lo que algunos llaman elementos (*stoicheia*), a saber: la tierra, el aire, el agua y el fuego; sería aún mejor hablar de la composición como producto de la cualidad (...) pues efectivamente lo fluido, lo sólido, lo caliente y lo frío son la materia de los cuerpos compuestos (...). La segunda composición (*systasis*) que resulta de los elementos primarios, constituye en los animales la naturaleza de las partes homogéneas, como el hueso, la carne y las demás de idéntico tipo. La tercer y última de la serie la forma la composición de las partes no homogéneas, como la cara, la mano y otras semejantes”.⁶³

El texto aristotélico es resultado de una larga tradición de teoría de la naturaleza que hunde sus raíces en los trabajos de Hesíodo y atraviesa la vida y obra de la mayoría de los presocráticos. *Stoicheion* significa la letra del alfabeto, su unidad o elemento fundamental, cuya composición genera sílabas, y palabras.

En este mismo sentido, en la *Poética*, Aristóteles define el lenguaje, *lexis*, de la tragedia como la composición, *synthesis*, de los versos, mientras que la *systasis* indica la estructura de la narración del texto trágico.

Las miradas escritas y reflexionadas, validadas por un paso intermedio, la corroboración visual-empírica, empezaron a producir los conceptos para el alumbramiento del universo moderno, concebido exclusivamente como ente físico, separable, clasificable, eminentemente observable.

⁶³ ARISTÓTELES. *De partibus animalium*, II, 1. Citado por Vegetti.

Para hablar mostrando, como lo exige el *logos*, se necesita que lo visible pueda traducirse en palabras. Sólo el que puede traducir lo visible y ponerlo en palabras, puede llegar a participar del mundo lógico, del mundo del *logos*.

El *logos* como orden abstracto

El *logos*, en su estadio embrionario, también era un conjunto de preguntas cuyas respuestas desembocaron a lo largo de los siglos en un discurso cuantitativo sobre la materia y sobre el espacio que la contiene. La realidad poco a poco fue cosificada y concebida como materialidad capaz de combinarse y recombinarse indefinida y cuantitativamente hasta dar forma a todos los seres conocidos y por conocer. El espacio por su parte terminaría por reducirse a coordenadas cuantificables, puntos distribuidos en tres ejes para la ubicación y localización de cuerpos físicos y figuras geométricas.

Siglos antes de la emergencia del principio aristotélico según el cual los atributos sensibles de los objetos constituyen “la verdad de las cosas mismas”⁶⁴, los presocráticos, principalmente Anaxímenes y Pitágoras, y ubicado en una época posterior, Platón, habían planteado que la verdad o esencia de las cosas era abstracta y no evidente. El peso de Aristóteles, sin embargo, influyó para que los postulados “idealistas” quedaran relegados durante muchos siglos de la epistemología dominante que se volvió totalmente observacional.

La vertiente abstracta del *logos* muy posiblemente empezó con una interrogación que la tradición atribuye a Tales de Mileto ¿Qué es el todo? Esta pregunta, sin embargo, emergió a contrapelo de la naciente racionalidad que se auto-exige responder mostrando lo que enuncia⁶⁵. La pregunta fue desechada o eludida y sustituida por otra más factible de operacionalizar ¿De qué está hecho todo lo existente? Cada presocrático elaboró y fundamentó su respuesta: “está hecho de agua planteó el mismo Tales”; “está hecho de aire

⁶⁴ VEGETTI, Mario, *Op. Cit.*, página 75.

⁶⁵ Esto significa que no puede darse una respuesta racional a la pregunta por el todo sin mostrarlo totalmente. Exigencia que resulta empíricamente imposible.

en distintas combinaciones propuso Anaxímenes”, “está hecho de átomos”, vislumbró Demócrito...

En otro momento, la discusión giró hacia la pregunta por el *arjé*: ¿Qué gobierna las cosas? ¿Qué es lo que hace que ellas sean lo que son? Una respuesta despuntó entre las demás: el ser de las cosas no sólo se debe a los elementos que las conforman sino a la proporción en que éstos se combinan. Ahora bien, una proporción es una relación o razón entre dos números, por tanto la razón (en sentido cuantitativo) es el ser de las cosas y por esa vía el Ser del universo entero. De ahí llegamos a que en la vertiente abstracta del *logos*, encapsulada durante siglos en vida latente, la esencia del universo es la cantidad y el número es su representante.

El planteamiento de las proporciones entre cantidades es de Anaxímenes, la idea de que la esencia del universo es el número es de Pitágoras, la noción de los componentes como átomos es de Demócrito, y la idea global de que lo sensible es la manifestación de un orden abstracto y anterior es de Platón. Estos conceptos durmieron muchos siglos hasta que fueron reivindicados por la ciencia nueva, matematizada, de Galileo Galilei.

En realidad la ciencia nueva de Galileo resulta de la combinación tardía de la variante aristotélica del *logos*; es decir, la descomposición de las cosas para que emerja su “verdad”, con las versiones presocráticas donde las proporciones cuantitativas en que se combinan las partes es la esencia de las cosas; además de la noción platónica de un orden abstracto que subyace a lo sensible.

Por esta vía la separación y cuantificación de las partes con el tiempo redujo los fenómenos a “datos” (números) de tal modo que el método reduccionista se consolidó como el procedimiento regio para conocer. **En este contexto emergió la explicación como versión dominante del conocimiento, mientras que la comprensión perdió valor** pues fluye en sentido contrario: es decir, **se fragmenta y reduce para conocer, pero comprender requiere asociar, relacionar, entender, imaginar.**

El marco conceptual de la ciencia galileana finalmente culminó con la demolición de las ruinas del mítico cosmos griego para sustituirlo por “...un universo en el que todas las cosas pertenecen al mismo nivel del ser, al

contrario que la concepción tradicional que distinguía los dos mundos del cielo y la tierra. Las leyes del cielo y las de la tierra estarán fundidas en lo sucesivo. La astronomía y la física se hacen interdependientes e incluso unificadas y unidas. *Esto implica que desaparecen de la perspectiva científica todas las consideraciones fundadas en el valor, la perfección, la armonía, la significación y el designio*⁶⁶.

En la perspectiva de Galileo se re-editaba la separación aristotélica entre *logos* y *semántica*. Con ello también quedó abierto el camino para la posterior separación entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias humanas. Del lado natural objetivo y verdadero quedó la física y demás ciencias particulares, mientras que del lado de las llamadas ciencias humanas, el lado de la *semántica*, aparecería la hermenéutica. Se había trazado una línea divisoria entre el “saber verdadero” de los hechos de la naturaleza y el saber aproximado, saber siempre polémico, *del significado de las palabras y las obras humanas*.

Si con Aristóteles se inició la expulsión de la subjetividad en el conocimiento, la ciencia nueva de Galileo estableció las coordenadas para una producción científica desde el *sin sentido*, sin significación, sin valores, sin perfección, sin armonía; es decir para dilucidar el mecanismo de todo lo existente descarnado de sus “ataduras simbólicas” y sometido a los intereses prácticos de sus productores. El conocimiento sobre el ser humano producido en estas coordenadas epistemológicas desembocó en el “hombre máquina”; un aparato calculable y calculador que se mueve con arreglo a fines, despojado de las trabazones de las consecuencias de sus actos.

El pensamiento de Francis Bacon es uno de los mejores retratos de la época entre los siglos XVI y XVII. El padre del empirismo inglés, arrojó por la borda la antigua epistemofilia e inyectó el utilitarismo en las arterias de la ciencia: el hombre conoce la naturaleza para dominarla, para servirse de ella, para sojuzgar sus fuerzas⁶⁷.

⁶⁶ KOYRÉ, Alexandre, *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI Editores. México. 1991. 11ª Edición, Págs. 150-179. Las cursivas son mías.

⁶⁷ Un panorama amplio de autores y posiciones sobre este tema se encuentra en CAPRA, Fritjof, *El punto crucial*, Editorial Integral, Barcelona, 1985, especialmente en el capítulo II “Los dos paradigmas”.

Maquiavelo hizo lo propio en el terreno de la política. Su histórica expresión “el fin justifica los medios” es un dibujo preciso de la era moderna donde “los fines” aparecen como único valor deseable. En este contexto la ciencia ocupará el lugar de “medio” para alcanzar cualquier tipo de fines prácticos, sean estos económicos, comerciales, políticos o militares.

Las piezas del rompecabezas de la modernidad finalmente habían acoplado en su lugar. La antigua *razón* griega se había convertido en *racionalidad* cuando se sometió a los fines prácticos de los hombres modernos. En manos de los imperios comerciales, la ciencia nueva se transformará en un conjunto de claves para manipular el orden abstracto de la naturaleza y la sociedad.

En el orden social burgués la moderna episteme someterá la producción al código de la *productividad* y el consumo se tensará por el signo de la *consumatividad*⁶⁸ (no sólo se consumen bienes y servicios para satisfacer las llamadas “necesidades elementales” como el alimento, el vestido y el alojamiento, también se consumen objetos y servicios en calidad de signos, especialmente como signos de prestigio social; con ello se ensancha el consumo para hacerlo congruente con una productividad cada vez más alta. A este fenómeno Baudrillard lo llama *consumatividad*). En este orden abstracto que gobernará las vidas de millones, cualquier concepto, enunciado o práctica que contradiga o no colabore con el código de la rentabilidad del capital será desechado porque no significa algo, porque resulta absurdo, y terminará por no ser pensado ni hablado.⁶⁹

La racionalidad, difundida en las instituciones, impondrá gerencialmente sus códigos cuantitativos. En los hospitales privados se tratará de alcanzar el número de consultas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos que rentabilicen el desembolso de los inversionistas; mientras que en los públicos el trabajo del personal se encaminará a lograr la cifra de acciones médicas que justifiquen y legitimen el orden del poder político en turno. Bajo la lógica de

⁶⁸ Retomé los conceptos *productividad* y *consumatividad* de *La economía política del signo* de Jean Baudrillard, *Op. Cit.* con el mismo sentido que el autor los emplea.

⁶⁹ Vivianne Forrester llama “una extraña dictadura” a ese orden abstracto, sin rostro, sin nacionalidad, que gobierna el mundo imponiéndole su código a gobiernos de todos colores y signos. Esa “extraña dictadura” que incluso mira con desprecio a los gobernantes locales y sus ideologías políticas porque, a fin de cuentas, terminan por acatar sus dictados. Cfr. FORRESTER, V., *Una extraña dictadura*, FCE, México, 2004.

este código cuantitativo los pacientes no son tratados como seres humanos sino como un medio para que las instituciones logren finalidades del orden político-social.

En los regímenes democráticos, donde el gobierno se basa en la mayor proporción de votos del mismo signo, la finalidad de la lucha entre los partidos y entre los hombres de la política será por el mayor número de votos; en este orden los ciudadanos ya no son el fin de la acción política, sólo engranan en el sistema en calidad de medios para que los políticos obtengan sufragios. La democracia se vuelve “democraticidad”, abusando un poco de la terminología de Baudrillard.

La racionalidad científica en general se vuelve un instrumento para controlar la naturaleza y la sociedad a través de la manipulación del orden cuantitativo en el que se expresan todos los fenómenos. En la práctica médica sólo los conceptos que forman parte del código médico en operación serán recogidos y procesados por el personal, como los datos que forman parte de la historia clínica, de la consulta médica y de las intervenciones quirúrgicas. Todo concepto ajeno al código carece de posibilidades de significar alguna cosa, destacándose entre ellos los conceptos de “persona”, “dignidad humana” y “subjetividad”.

La racionalidad científica en la medicina

Como la ciencia nueva de Galileo, el pensamiento decimonónico francés, reelaboró el pensamiento griego antiguo y con ello preparó el terreno para el ajuste de la medicina a los estándares de la racionalidad científica, ya avanzado el siglo XIX⁷⁰.

⁷⁰ Fernando Martínez Cortés refiere que en cierta ocasión, Laplace (1738-1822) -autor de la *Mécanique Céleste*- propuso a Napoleón que la Academia de Ciencias de París admitiese en su seno a los médicos. Como algunos *savants* protestasen ante tal idea, puesto que los doctores en medicina no eran considerados como científicos, ágilmente contestó Laplace: *C'est a fin qu'ils se trouvent avec des savants*. O sea que don Pedro Simón -Laplace- pedía que los médicos fuesen admitidos en la Academia de Ciencias de París para ver si al codearse con verdaderos hombres de ciencia, o *savants*, algo se les pegaba. Cfr. *La medicina científica y el siglo XIX*

Debemos recordar a Francia como cuna del Positivismo en su más acabada expresión: la filosofía positiva de Augusto Comte⁷¹. Dentro de esta vertiente de pensamiento de impacto mundial, se estableció una lucha sin tregua ni cuartel contra toda y cualquier idea que interpretara la naturaleza, incluido el hombre dentro de ella, de manera subjetiva.

Comte planteó la filosofía positiva como la doctrina general de los conocimientos humanos, es decir, de los saberes que logran las ciencias positivas, pues un saber que no se funda en los hechos **observados**, es ficción y engaño. "Añadirle a la filosofía el calificativo de *positiva* —subraya Comte— consiste en enfrentar las teorías de cualquier orden de ideas a la coordinación de los hechos observados"⁷²

Junto a la observación, la otra columna que sostiene el pensamiento positivo es la idea de **ley natural**, que no es otra cosa que las relaciones **objetivas** entre los fenómenos.

Cuando Comte expone su teoría de los tres estadios, se refiere al estado positivo de la siguiente manera: "Al fin, en estado positivo, el espíritu humano, reconociendo la imposibilidad de llegar a nociones absolutas, renuncia a buscar el origen y el destino del universo y a conocer las causas íntimas de los fenómenos, para ver únicamente de descubrir, mediante el empleo bien combinado de razonamiento y de la observación, sus leyes efectivas, es decir sus relaciones invariables de sucesión y similitud. La explicación de los hechos, reducida entonces a sus términos reales, no es ya sino la relación establecida entre los diversos fenómenos particulares y ciertos hechos generales que el progreso de las ciencias aspira cada vez más a reducir en número"⁷³.

mexicano, México, Fondo de Cultura Económica- CONACyT, Colección la Ciencia de México, No. 45, 1987.

⁷¹ COMTE, Augusto, *La filosofía positiva*, México, Ed. Porrúa, Colección Sepan Cuantos No. 340, 1979.

⁷² Cfr. LARROYO, Francisco, "Estudio introductorio" a la *Filosofía positiva* de Augusto Comte, México, Editorial Porrúa, Colección Sepan cuantos, No. 340, 1979, pp. xxiv.

⁷³ Cfr. COMTE, *Op. Cit.* p. 34.

En otras palabras, la idea de ley natural y de ciencia comtiana consiste en la **reducción** de un fenómeno a una explicación general donde pueden inscribirse las explicaciones de fenómenos similares o "esencialmente iguales".

Así tenemos que la esencia de un conjunto de fenómenos, puede ser física o físico-química, independientemente de si ocurren en el ambiente, en un animal o planta, o en los seres humanos.

La "aparente" diversidad de fenómenos es, desde este punto de vista, susceptible de reducirse a un sólo principio físico que los explica a todos y cada uno de ellos. Estamos, pues, ante una lógica que opera por similitud y generalización.

La medicina se encuadra en el positivismo

Un conocido intento, todavía fuera del positivismo, de englobar los fenómenos en categorías más amplias es la labor que realizaron durante siglos los nosografistas. Philippe Pinel fue uno de los más distinguidos y el último de la serie que incluye a Linneo, Sauvages y Cullen. Pinel encaminó sus esfuerzos a clasificar las enfermedades en géneros y especies, a la manera de los botánicos naturalistas.

Fernando Martínez Cortés explica que ese intento nosográfico fue más tarde duramente criticado por Leannec, en tanto que Pinel olvidó que las enfermedades no son seres, sino modificaciones en la estructura de los órganos, en la composición de sus líquidos o en el orden de sus funciones.

El trabajo de Pinel desembocaba en la construcción de seres abstractos, no observables, sin embargo representó un intento serio de penetrar en la naturaleza de las enfermedades a la manera como lo dictaba la filosofía positiva de las ciencias; es decir, por similitud y generalización.

Los últimos toques de la cientificidad de la medicina los realizó Xavier Bichat. El gran médico francés ató los cabos sueltos y dio continuidad a la filosofía

positiva dentro del territorio de la medicina, la cual fluyó sin contradicción por todo lo largo y lo ancho de la elaboración teórica bichateana.

Después de los rechazos que la medicina había sufrido en la Academia de Ciencias de París, Bichat encontró la manera de abrir la puerta a la observación del acontecimiento clínico: "La medicina ha sido rechazada del seno de las ciencias. Tendrá derecho a asociarse a ellas, por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación del enfermo se agregue el examen de las alteraciones que presentan sus órganos. ¿Qué es, en efecto, la observación clínica si se ignora dónde se asienta el mal?"⁷⁴.

El paso que dio Bichat fue el primero de una serie que terminaría por colgar el adjetivo "científica" a la medicina decimonónica francesa. En realidad la observación de Bichat fue muy acertada; terminaría por llevar la mirada médica hasta el interior del cuerpo humano, donde la enfermedad se hace visible: la anatomía patológica.

Con ello cobraría forma la ancestral ansia médica de mirar lo invisible del síntoma, al tiempo que, con esta acción, llegó de la mano el otro requisito exigido a las ciencias positivas, la **demostración**. El logro se había presentado en la fusión de los campos de trabajo del médico y del cirujano. Xavier Bichat realizó miles de autopsias y **demostró** la correspondencia entre diferentes entidades nosológicas y determinadas lesiones anatomopatológicas.

La dirección del pensamiento bichateano, inmediatamente empezó a producir frutos en otros campos encadenados en la misma lógica:

"Puesto que las enfermedades no son sino alteraciones de las propiedades vitales, en vista también de que cada tejido es diferente de los otros respecto a estas propiedades, es evidente que también debe diferir en sus enfermedades. En consecuencia, en todo órgano compuesto por diferentes tejidos uno puede estar enfermo y los otros intactos. Esto es lo que más frecuente sucede."⁷⁵

⁷⁴ Cfr. MARTINEZ Cortés, *op. Cit.* p. 8

⁷⁵ Cfr. MARTINEZ Cortés, *op. Cit.* p. 14

Bichat encontró en los cadáveres órganos alterados, anatomía deformada, visible, signos de la patología que había sufrido la persona en vida. A partir de ese momento nació la clínica moderna, re-fundada de nueva cuenta en la mirada que va tras el corte del bisturí. Foucault, en el prefacio a su *Nacimiento de la Clínica*, nos dice al respecto:

“Considerada en su estructura formal, la clínica aparecía para la experiencia del médico **como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable**: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal (aislamiento por ejemplo, del *tejido*, región funcional en dos dimensiones, que se opone a la masa funcionante del órgano y constituye la paradoja de una "superficie interior"), reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico, **una gramática de los signos ha sustituido una botánica de los síntomas**, definición de series lineales de acontecimientos mórbidos (por oposición a la maraña de entidades nosológicas), articulación de la enfermedad en el organismo (desaparición de las entidades mórbidas generales que agrupaban los síntomas en una **figura lógica**, en provecho de un estatuto local que sitúa al ser de la enfermedad con sus causas y sus efectos en un espacio de tres dimensiones.”⁷⁶

La mirada se ha instalado de nuevo en la medicina, para lograrlo primero tuvo que devolverle su dignidad a la percepción visual y a la manipulación de los cadáveres humanos.

Los des-cubrimientos de Bichat arrojaron por la borda las abigarradas creencias anidadas en las mentes de su época. Se había regresado al redil. Nada vale si no es visible. Ninguna idea es aceptable si no es demostrable. La subjetividad que había reinado en el campo de la interpretación de la enfermedad era ahora expulsada para dar paso a la objetividad, a la mirada positiva que enuncia lo que ve y se sostiene en la imagen real de lo que habla.

Desde Bichat, para tratar enfermedades o lesiones, es necesario percibir las, inscribirlas e intervenirlas objetivamente. Los pasos de Bichat llevaron la

⁷⁶ FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores, décima edición, México, 1985, pp.13-14

medicina hasta el terreno de la **demostración** y permitieron la **observación**, base epistemológica de las ciencias experimentales.

¿Y dónde quedó Hipócrates?

A Hipócrates se le concede la paternidad de la medicina científica, pero su obra no se inscribe en la lógica observacional formalizada por Aristóteles; de hecho Hipócrates se negó a las disecciones de seres humanos. Y aunque la epistemología hipocrática consistió en separar las creencias religiosas del entendimiento de las enfermedades; al parecer la idea de encontrar evidencias observables en los órganos internos de los enfermos no estaba en la mente del gran médico griego. Y por otro lado, las disecciones humanas realizadas en la escuela aristotélica tenían fines clasificatorios y no médicos, como se ha expuesto ya.

El enfoque científico de la medicina atribuido a Hipócrates parece provenir de su firme convicción de comprender y explicar los padecimientos humanos como fenómenos naturales, más que de un apego estricto a los lineamientos de la naciente racionalidad científica. Hipócrates afirmó que la esencia humana es la misma esencia del cosmos, de tal modo que el acontecer cósmico está ligado a los acontecimientos del organismo. La medicina hipocrática fue profundamente semiológica, y en ese sentido siempre trató de entender los síntomas y signos de las enfermedades como señales de fenómenos estrictamente naturales. Pero la semiología hipocrática tardaría más de dos mil años para empalmar con la epistemología observacional de las ciencias positivas. Ello ocurrió en las lesiones orgánicas descubiertas por Bichat cuando realizó disecciones de los cadáveres.

La medicina se volvió ciencia

Durante el siglo XIX francés la científicidad se había logrado para la medicina. La evidencia física estaba allí, inerte, para ser observada por cualquier ojo

educado que quisiera y pudiera mirarla. Sin embargo algunas consideraciones tendremos que hacer sobre estos acontecimientos:

1. El estatuto científico de la medicina no se elaboró sobre las características del propio ser humano sino sobre el cadáver, en calidad de **cosa** física⁷⁷.
2. El paciente tampoco alcanzó, ni como **ser**, ni como ser vivo, un lugar en la elaboración científica de la medicina.
3. En consecuencia con lo anterior, la científicidad tampoco reservó un lugar para la subjetividad y la vida anímica del paciente.
4. Debido a lo anterior, las posibles relaciones entre la vida social y anímica y las lesiones anatomopatológicas tampoco fueron consideradas en el nuevo descubrimiento.
5. Dentro del planteamiento de la medicina científica no había lugar para el ser humano como tal, sólo para sus órganos lesionados.
6. La dualidad cuerpo-mente no pasó el estrecho filtro de la científicidad. Sólo cruzó el cuerpo. Pero no como unidad biológica sino en fragmentos. Órganos lesionados que, en el mejor de los casos, son relacionados de manera funcional con otros órganos y sistemas.

En muchos pasajes de la obra de Michel Foucault podemos encontrar la relación hombre/ ciencia. Veamos qué nos plantea en *Las palabras y las cosas*:

“El campo epistemológico que recorren las ciencias humanas no ha sido prescrito de antemano: ninguna filosofía, ninguna opción política o moral, ninguna ciencia empírica sea la que fuere, ninguna observación del cuerpo humano, ningún análisis de la sensación, de la imaginación o de las pasiones ha encontrado jamás, en los siglos XVII Y XVIII, algo así como el hombre, **pues el hombre no existía** (como tampoco la vida, el lenguaje y el trabajo); y las ciencias humanas no

⁷⁷ En *El nacimiento de la clínica*, *Op. cit.*, Foucault desarrolla las consecuencias de la gran contradicción que significó el hecho de que la medicina se hubiera erigido como ciencia del hombre, sobre la supresión del mismo hombre, sobre el cadáver.

aparecieron hasta que, bajo el efecto de un racionalismo presionante, de algún problema científico no resuelto, de algún interés práctico, se decidió hacer pasar al hombre (a querer o no y con un éxito mayor o menor) al lado de los **objetos científicos**— en cuyo número no se ha probado aún de manera absoluta que pueda incluirse; aparecieron el día en que el hombre se constituyó en la cultura occidental a la vez como aquello que hay que pensar y aquello que hay que saber. No hay duda alguna, ciertamente, de que el surgimiento histórico de cada una de las ciencias humanas aconteció en ocasión de un problema, de una exigencia, de un obstáculo teórico o práctico; ciertamente han sido necesarias las nuevas normas que la sociedad industrial impuso a los individuos para que, lentamente, en el curso del siglo XIX, se constituyera la psicología como ciencia: también fueron necesarias sin duda las amenazas que después de la Revolución han pesado sobre los equilibrios sociales y sobre aquello mismo que había instaurado la burguesía para que apareciera una reflexión de tipo sociológico”.⁷⁸

Cuando Foucault afirma que el hombre no existía antes del siglo XIX, hay que tener en cuenta que se refiere al hombre como **objeto científico**. De otra manera el enunciado carece de sentido. Porque, desde otro punto de vista, fueron hombres quienes construyeron herramientas en el neolítico y ciudades en la antigüedad; además de los alfabetos y otras tantas cosas que hoy consideramos profundamente humanas. A lo que Foucault se refiere es que esos seres no fueron objetos de la ciencia como la entendemos desde el siglo XIX a la actualidad. Es de aceptarse entonces, que primero se configuró la ciencia y luego, de manera retroactiva, lo humano se constituyó en ella como objeto científico. Ciertamente es, también, que Foucault tiende a considerar sólo la historia del pensamiento en Francia y frecuentemente deja de lado a los griegos antiguos; omisión que no encontramos en los filósofos alemanes como Martín Heidegger y su discípulo Hans-Georg Gadamer.

Una vez que la ciencia ha creado al Hombre miramos retrospectivamente y observamos hombres construyendo la historia. Pero si pudiéramos viajar al pasado podríamos percatarnos cuán distintos serían sus habitantes en relación con nosotros. Lo más seguro es que ellos, o nosotros, o tal vez ambos,

⁷⁸ FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI Editores, México, Vigésimo primera edición en español. 1991, pp. 334-335. Las negritas son mías.

nos apresuraríamos a afirmar que los del otro tiempo no son semejantes. Esto constituiría un cuestionamiento a la noción absoluta de “El Hombre” y un argumento en favor de su historicidad y, por lo mismo, del punto de vista foucaultiano⁷⁹.

La clínica también se vio favorecida

La clínica alcanzó el rango de ciencia cuando se “liberó” de la dependencia milenaria con respecto al síntoma. La emancipación de la clínica llegó con el dominio del signo físico que permitió bordear la palabra del sujeto, eludiendo así la subjetividad del enfermo.

La temperatura corporal, milenaria expresión muda del cuerpo, se expresó en milímetros de mercurio dentro del nuevo esquema científico, y se tradujo a dígitos: la medida se suplantó con el número y, a partir de él, se elaboraron las nociones estadísticas de normalidad⁸⁰ y anormalidad.

La tecnologización de la atención médica había comenzado. La clínica ya no dependería sólo del síntoma impregnado de subjetividad. El médico ahora dialogaría, científicamente, con **sus** lecturas numéricas del cuerpo del paciente, realizadas con instrumentos cada vez más sofisticados y desde nuevos ángulos cada día. Históricamente primero perdió importancia la subjetividad, luego la palabra del paciente.

En un proceso similar al encumbramiento de la visión sobre los demás sentidos en los antepasados de *Homo sapiens*, la visión del médico fue desplazando a los demás sentidos del terreno del diagnóstico. Esto ocurrió a lo largo del siglo XIX, en medio de avances y retrocesos; de prejuicios

⁷⁹ Ciertamente es que Foucault, con frecuencia, deja de lado la obra de los antiguos pensadores griegos, desde los presocráticos hasta Aristóteles, aunque ellos dedicaron buena parte de su obra a la reflexión sobre el ser humano.

⁸⁰ La obra de CANGUILHEM, Georges *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, México, 7ª ed. 1986, expone la trama histórico-filosófica que hay detrás de la elaboración de estas nociones, mientras la obra de Ian Hacking, *La domesticación del azar*, Gedisa, Barcelona, 1991, hace lo propio en el terreno de la estadística.

fundados e infundados contra el olor, el sabor, y el sonido de ciertos estados corporales y las secreciones y emanaciones asociadas a ellos.

La imagen del interior del cuerpo, producida por los rayos equis al finalizar el siglo, y la larga fila de artefactos tecnológicos para mirar el interior del cuerpo, que le sucedieron, fue la puntilla para los demás sentidos. La imagen radiográfica de una fractura ósea volvió superfluo, de la noche a la mañana, el largo y minucioso entrenamiento de los médicos para palpar la zona de la posible fractura, para interrogar, para escuchar la variedad de sonidos que pudieran ser índices de la hendidura en un hueso. Karin Johannisson⁸¹ describe el entrenamiento de los sentidos de los médicos europeos del XIX y detalla las enormes clasificaciones de sonidos, saturadas de subclasificaciones, que los aspirantes a médicos debían aprender.

También expone los atolladeros epistemológicos inherentes a este tipo de preparación: ¿cómo poner nombre a los sonidos?, ¿cómo saber si lo que escuchaba el estudiante de medicina era el mismo sonido que escuchaba su profesor? ¿la capacidad auditiva era igual en todos los médicos?, ¿podía hablarse realmente de equivalencias sonoras entre las percepciones de los médicos?

La autora además detalla el entrenamiento de los demás sentidos, sin embargo, el hecho histórico es que la visión potenciada por la tecnología terminó por desplazar a los demás sentidos en el trabajo médico.

El siglo XIX europeo fue el escenario de la desaparición gradual de la complejidad humana, todavía con sabor hipocrático, que aún formaba parte del horizonte de la clínica y que fue recortada gradualmente en favor de los datos objetivos. A lo largo de su texto Johannisson expone el meticuloso trabajo clínico del médico decimonónico que indagaba en la vida personal del paciente, en sus relaciones sociales y laborales, en sus sueños, en sus estados anímicos, su alimentación, patrones de trabajo y descanso, entre decenas de aspectos que preguntaba y reflexionaba pacientemente a veces durante horas.

⁸¹ JOHANNISSON, Karin, *Los signos, el médico y el arte de la lectura del cuerpo*, Editorial Melusina, España, (sin lugar de edición), 2006.

Esta época todavía no gobernada cabalmente por la ciencia —ni por la disminución gradual y permanente del tiempo de trabajo que la Revolución Industrial impuso a casi todas las actividades sociales—, expresó su ocaso cuando los médicos en lugar de preguntar el ancestral “qué tiene usted”, empezaron su interrogatorio con “dónde le duele a usted”. Esta famosa expresión que recoge Karin Johannisson como signo del cambio entre las dos épocas, también es consignada por Foucault en su *Nacimiento de la Clínica* cuando explica el surgimiento de medicina científica.

Sometido por el desbordante poder de lo observable, un nuevo médico se volverá cada vez más frecuente en la escena clínica, sobre todo en la atención masiva de grandes poblaciones; un profesional de los datos indicadores de normalidad y anormalidad que oirá la voz del paciente sin escuchar sus palabras, como un ingeniero escucha una máquina en busca de la avería, y atiende sólo lo que "debe" escuchar, exclusivamente lo que "debe" aparecer cuando algo "anda mal", solo aquello que engrana con su saber. Lo demás no tiene sentido, ni significado, es ruido, pero antes era la expresión verbal de la vida del paciente.

La im-posibilidad del ojo hecha lógica

La introducción de la observación científica como base de la medicina deslizó los alcances y limitaciones del ojo humano hacia su interior: anatómica y fisiológicamente el ojo está imposibilitado para enfocar a un tiempo la totalidad del campo visual y también de cualquier escena, objeto o cosa; y por ello se ve obligado a examinar parte por parte, fragmentando así lo observado.

Validar sólo lo percibido por la vía de los sentidos y, de entre esas percepciones sólo privilegiar lo visto, es decir el conocimiento proveniente de la mirada, equivale a subordinar el conocimiento exclusivamente a la fragmentación⁸². Es decir, a un conjunto de puntos de vista. Hacer valer la

⁸² Hoy en día es mejor médico quien se ha especializado en partes cada vez más pequeñas del cuerpo humano. La medicina, sin embargo, todavía no introduce en su seno la noción de que

mirada hasta el punto de subordinar el conocimiento a sus posibilidades ha sido, desde siempre en la historia de la medicina, la fuente de todo logro, pero también de todo fracaso. Ello se debe a que el conocimiento del todo necesariamente implica una construcción abstracta donde se integran los distintos puntos de vista, puesto que *el todo no es dado a la observación directa*. El positivismo, dogmáticamente aplicado, sólo reconoce la validez de los puntos de vista mientras desconoce las abstracciones globales.

La filosofía positiva, base de la medicina científica

La medicina se hizo ciencia cuando tomó prestado el método de la física y a través de él entendió y trató al ser humano como **cosa**⁸³. Sin embargo, con ello "rompió" los espejos donde se miraban el médico y el investigador; el paciente y el cadáver; la vida y la muerte.

Al convertir la otredad en cosa, los médicos científicos negaron la subjetividad del otro y, por esa vía, la suya propia. Finalmente y tal vez sin saberlo, se alinearon con Aristóteles; se inició la relación sujeto-objeto como una relación exclusiva de conocimiento donde se declaró la independencia recíproca entre ellos.

El conocimiento como vínculo único y legítimo en la relación sujeto-objeto es trasladado a la relación médico-paciente y con ello el médico es colocado en el lugar del observador que mira exclusivamente a través de un saber fundado en observaciones demostradas experimentalmente; donde no encaja la subjetividad del que es mirado ni la del observador.

lo pequeño es infinito en su pequeñez. Es decir, que la infinitud no es cuestión que atañe solamente a lo "grande" sino también, y por igual, a lo pequeño.

⁸³ El mismo camino que siguió Durkheim en, *Las reglas del método sociológico*, Morata, Madrid, 1978, para conferir cientificidad al conocimiento proveniente del estudio del hecho social: *tratarlo como cosa*. No se debe confundir sin embargo el enunciado con la **cosa misma** ontológicamente hablando. Entendida así, la cosa es infinita, es un hecho real. En el caso de la medicina el concepto que más concuerda es **objeto**, entendido éste como construcción del pensamiento, es decir, como conocimiento. Si introducimos esta precisión se entiende que el ser humano sea tratado, a partir de la constitución de la medicina en ciencia positiva, como objeto. En otras palabras, tratar al ser humano como objeto significa, desde ese ángulo, tratarlo como conocimiento.

La epistemología de las ciencias experimentales es imaginaria

La validez de la observación científica proviene de la coincidencia entre dos o más observadores que, bajo condiciones metodológicamente controladas, “deben” realizar “la misma” observación. En otras palabras, la independencia del fenómeno observado implica lógicamente la intercambiabilidad del observador sin que la observación se altere. En ello radica buena parte del sustento de la epistemología observacional.

Bateson en su *Espíritu y naturaleza*⁸⁴ nos hace comprender varias debilidades del planteamiento de la intercambiabilidad del sujeto que mira: No se sabe cabalmente cómo el cerebro humano produce las imágenes que percibe el ojo. Lo que sí se sabe, demostrado experimentalmente por el propio Bateson⁸⁵, es que el ojo mira en función de la información disponible en el cerebro⁸⁶. La complejidad de lo anterior puede entenderse en las siguientes líneas de Gubern:

“...el ojo humano no es un receptor neutro, pasivo, automatizado e inocente, sino un instrumento condicionado y sujeto a un aprendizaje cultural y a un autoaprendizaje. En nuestra cultura, se aprende a leer imágenes casi al mismo tiempo que se aprende a hablar, gracias a la inmersión social del niño. La lectura de imágenes se aprende con la ayuda de una pedagogía *suave* por parte de los padres, que identifican verbalmente para el menor las formas impresas en las publicaciones ilustradas, mientras que el aprendizaje del lenguaje verbal se produce por la repetición de fonemas y la incitación de los mayores. Y a veces las imágenes sirven de apoyo al aprendizaje verbal, y viceversa. Mucho más laborioso y difícil resulta el aprendizaje de la producción lingüística e icónica mediante la escritura y el dibujo, que requieren

⁸⁴ Cfr. BATESON, Gregory, *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1980, pp. 28-34.

⁸⁵ Bateson realizó muchos experimentos al respecto y vienen descritos en la obra citada.

⁸⁶ En su actitud enérgicamente empirista y por tanto sensualista, la epistemología observacional no distingue entre visión y mirada.

otras habilidades neuromotrices, demostrando que la competencia icónica activa moviliza estructuras neurales más complejas que la competencia icónica pasiva. Pero, además de estar sometida a una pedagogía en el seno familiar, la visión humana tiene una historia, como ya intuyó Riegl, y sus percepciones han estado en buena parte condicionadas por las convenciones adoptadas por sus pintores, como demostró admirablemente Gombrich en *Arte e ilusión*. Las claves determinantes de la percepción visual humana, tanto como la de sus sistemas de representación figurativa, derivan de tres factores. Del factor fisiológico, programado por el capital genético, el equipamiento y el determinismo biológico y de cuya universalidad para cada especie sólo cabe excluir sus desviaciones patológicas (como los sujetos afectados de daltonismo). El factor cultural o sociocultural, determinado por las tradiciones, convenciones y hábitos compartidos y que remiten a la historia del grupo social al que pertenece el sujeto perceptor (tal es el caso del lenguaje como modelizador de la percepción, en las tesis de Sapir, Whorf y Luria). Y, por último, el factor individual, determinado por los condicionamientos personales y subjetivos, por las singularidades derivadas de la historia personal del sujeto, tanto en el plano orgánico como en el psicológico, generando determinadas escalas de valores, expectativas, preferencias, aversiones, etc”⁸⁷.

Pero desde el sensualismo empirista, escondido dentro del positivismo, se parte de que el ojo mira lo real, de que una radiografía, por ejemplo, no es una representación de una fractura ósea, sino la fractura misma trasladada a una película fotográfica. El texto de Gonzáles Ochoa muestra los argumentos en contra de la noción de una mirada objetiva pura, y en ello coincide con Gubern:

“Tendríamos, pues, que hablar de una competencia visual que se adquiere por aprendizaje; es decir, tendríamos que admitir que se aprende a ver, y que los instrumentos de este aprendizaje los proporciona la experiencia de la vida cotidiana, pero también el ejercicio de los propios sistemas de representación. La tesis de Berger

⁸⁷ GUBERN, Román, *Op.Cit.*, pp.16-18.

es que los modos de representación inventados en el Renacimiento [principalmente la imagen en perspectiva ajustada a las leyes de la geometría] han llegado hasta nuestro siglo y han condicionado nuestra propia manera de ver. Esto indica, como ya se ha dicho antes, que la visión es histórica, que la visión es un artefacto, producto de nuestro propio hacer, como señala Wartofsky, hemos transformado la percepción visual por medio de las transformaciones de nuestra praxis visual, las maneras o modos de la actividad visual, y el instrumento de esa transformación es la representación pictórica y fotográfica, es decir, la producción de imágenes. Desde las pinturas en las cavernas hasta la pintura al óleo, y de ésta a la fotografía en movimiento, los seres humanos han representado al mundo en formas históricas y culturalmente cambiantes, y estos modos de representación por sí mismos han modificado la manera en que vemos”⁸⁸

La valoración que desde la ciencia se ha hecho de la percepción que viene del exterior debe ahora replantearse. Aristóteles había dicho que la verdad de las cosas es luz que sale de ellas y el investigador es el aquel ser humano capaz de verla. En el planteamiento aristotélico la verdad de las cosas se traslada a la mente del investigador precisamente a través de la visión. El ojo de la ciencia es distinto al ojo de Dios porque no lo ve todo, pero es igual porque mira la verdad. Es hora de replantear estas creencias que han servido para legitimar un saber que pasa por verdadero y universal independientemente del tiempo, el lugar, y el observador.

Conocimiento científico y diferencia

Anotamos arriba que el conocimiento positivo, según Comte, procede por reducción. Es decir, elabora generalizaciones donde inscribe las cosas convertidas en objetos de conocimiento. Dicho en otros términos, la ciencia elabora sus objetos a partir de lo común entre las cosas. Al respecto acerquémonos a Bergson:

⁸⁸ GONZÁLEZ Ochoa, César, *Apuntes acerca de la representación*, UNAM, IIFL, 2005, pp.71-72.

"Analizar consiste pues, en expresar una cosa en función de lo que ella no es. Todo análisis es entonces, una traducción, un desarrollo por símbolos, una imagen tomada desde sucesivos puntos de vista en que se señalan otros tantos contactos entre el objeto nuevo que se estudia, y otros que se cree ya conocer. En su deseo eternamente insaciado de abrazar el objeto en torno al cual está condenado a girar, el análisis multiplica infinitamente los puntos de vista, para completar la representación siempre incompleta; varía sin cesar los símbolos para perfeccionar la traducción siempre imperfecta. Prosigue pues, hasta el infinito." ⁸⁹

Vale la pena decir que elaborando imágenes tomadas de diversos ángulos, no sólo no es posible aprehender el cuerpo, menos aún la complejidad bio-psico-sociológica y cultural humana. Con ello tampoco pretendemos afirmar que la aproximación a la complejidad humana deberá hacerse exclusivamente a través de abstracciones globales al margen de las observaciones parciales producidas por las ciencias particulares. Estos caminos aislados e incomunicados ya se han recorrido a lo largo de siglos mostrando su relativa esterilidad. Se trata entonces de construir los enlaces entre el conocimiento fragmentario de las ciencias positivas y el conocimiento globalizante de la filosofía y la hermenéutica. Un conocimiento por donde el investigador pueda transitar de lo particular observable a lo general abstracto y viceversa, con eficacia y eficiencia prácticas, con conciencia global de sus consecuencias y sin remordimientos epistemológicos.

Procediendo exclusivamente por similitud y generalización encontramos lo que las cosas tienen de común con las demás. Eso significa, parafraseando de nuevo a Henry Bergson, que de esa manera llegamos a lo que la cosa no es. *Similitud y generalización* es un par conceptual que sólo puede sostenerse lógicamente con la presencia del par *diferencia y singularización*. El Ser, explica Gadamer, se manifiesta como "lo uno" y "lo múltiple" y sólo puede ser apalabrado en términos de *identidad y diferencia*⁹⁰. De ello se intuye el gran absurdo de convertir *similitud y generalización* en absolutos, desligándolas de *diferencia y singularización*.

⁸⁹Cfr. BERGSON, Henri, *Introducción a la metafísica*, Siglo Veinte, Buenos Aires, 1979, pp. 16-17

⁹⁰ GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, Paidós, Barcelona, 1997, p. 120.

La semejanza entre los seres no basta para saber lo que ellos realmente son. Aunque la naranja, igual que el limón, es un ser vivo, es un vegetal, es un cítrico, es una fruta, etcétera, no *es* limón; pues lo que hace a la naranja *ser* lo que *es* no puede ser comprendido ni vivenciado al margen de su diferencia con el limón. El *Ser*, en suma, es identidad y es diferencia.

El efecto político de dominación y control que lleva en su seno la taxonomía, base milenaria de las ciencias positivas, al proceder privilegiando la semejanza y generalización ha producido un conjunto de conceptos y técnicas que ignoran las *diferencias* y permiten a la especie humana manipular una cosas tratándolas como si fueran otras. Tratar seres humanos como si fueran máquinas, tratar pacientes como si fueran números, tratar ciudadanos como si fueran sólo votos, etcétera.

Ahora bien, la diferencia, esa pequeña sutileza negada por las ciencias y perseguida por la política, es la cuestión central que constituye la singularidad de un ser humano. Debido a ello en la medicina científica no hay lugar para el paciente en su calidad de ser humano, sólo en tanto máquina biológica, igualable a otras máquinas biológicas, fragmentable y manipulable.

El paciente sólo es mirado por el médico en lo que éste tiene de común con cualquier paciente y no en lo que le diferencia, su ser se encuentra fuera, excluido de la relación en calidad de desecho de la Edad Moderna.

Volvamos a la consulta...

Retorno a la consulta de Rosa Peña

La separación que el doctor Taibo hace entre los aspectos objetivos, visibles, de su paciente, y los invisibles, subjetivos. ¿Es un procedimiento de la racionalidad científico-médica? ¿Significa que los aspectos subjetivos no sólo no son importantes sino que, incluso representan una especie de obstáculo para que el médico “capte” las dimensiones objetivas del problema? ¿A esa “precaución” se debe que en la consulta sólo es atendida la lesión en toda su

visibilidad y sus datos objetivos? La respuesta encontrada es afirmativa a las tres preguntas.

También es necesario decir que en la práctica médica del doctor Taibo no hay la más mínima intención de dividir a Rosa en una parte objetiva y otra subjetiva y desechable. La actividad del doctor Taibo se inscribe en una tendencia de largo plazo iniciada en el siglo XIX en Europa, en la cual los datos objetivos sustituyeron gradualmente la complejidad del encuentro entre el médico y su paciente. En esta tendencia, la primera fuente de datos duros fue el laboratorio:

“En el laboratorio, la relación entre los cuerpos del médico y del paciente se truncó por completo. El encuentro con un yo mórbido y difícil de apreciar se opuso a datos firmes. Estos valores de medición, devueltos al consultorio del médico como una suerte de testigos objetivos, signos negros sobre papel blando, tenían varias ventajas. Se trataba de ganar tiempo. Escuchar el relato del paciente y leer los signos mediante la observación y la percusión, tocar, medir y preguntar consumía mucho tiempo (a veces se hablaba de varias horas o, incluso, varios días). Se trataba de estandarizar. Las técnicas que dependían del cuerpo [del médico] eran difíciles de generalizar puesto que, a su vez, dependían de los sentidos. Un médico podía ver lo que otro no veía, o palpar lo que un colega no palpaba. Si un médico oía un ruido sibilante y otro no, o sentía un leve perfume que otro no percibía, sólo quedaba una solución: acudir a una tercera oreja o a un tercer par de fosas nasales. En no menor grado se trataba de objetividad. Los signos bajo la forma de números parecían quedar fuera del alcance de las interpretaciones subjetivas y los sentidos inciertos. Podían generalizarse y reproducirse, agregarse a las historias clínicas o a los artículos científicos sin perder su claridad. Podían ser leídos por cualquier médico (pero nunca por el paciente).”⁹¹

Johannisson también describe el proceso de profesionalización de la relación de los médicos con sus pacientes, inscrito en las tendencias objetivantes del

⁹¹ JOHANNISSON, Karin, *Los signos...Op. Cit.*, p. 272.

siglo XIX, como una serie de reglas orientadas primero a eliminar en el médico las manifestaciones de asco o repulsión hacia los pacientes —impropias en una actividad humanista—; para luego, progresivamente eliminar todas las expresiones de compasión, de asombro, de duda, de preocupación, etcétera, pues eran leídas ávidamente por los pacientes en el rostro de sus médicos. La voz del médico también fue modulada hasta alcanzar un tono neutral, congruente con su rostro, y con la neutralidad inherente a la objetividad que ganaba terreno poco a poco. El médico dejó de reflejar al paciente, lo cual no es un fenómeno menor pues las relaciones humanas son *esencialmente* especulares, como lo explica Jacques Lacan en su *Estadio del espejo*⁹². El paciente, sin reflejo en el médico, queda psíquicamente suspendido en calidad de corporalidad biológica visible que exhibe sus signos para ser leídos por la mirada científica.

Con la sistematización de la medicina en torno al número, y su inscripción en parámetros de normalidad y anormalidad, y con la subjetividad del clínico casi anulada, el médico gradualmente se fue convirtiendo en un instrumento de la racionalidad científica. Este fenómeno es tendencial, como ya se ha mencionado, eso significa que no todos los médicos se comportan como instrumentos de la racionalidad médica, ni que el grado de rutinización y mecanización del trabajo clínico sea igual en todos. En tanto que proceso vivo, la práctica médica también está poblada de grandes y pequeñas diferencias, además de las similitudes.

El doctor Taibo, en suma, se ocupa de recoger la información necesaria para la posterior intervención quirúrgica de Rosa y la separación es un efecto colateral e imperceptible para él mismo.

A través de este procedimiento el médico delimita su objeto de trabajo, y éste consiste sólo en la parte objetiva del padecimiento de una persona, de su enfermedad, o de su lesión. Incluso antes de que Rosa se presentara a la elaboración de su historia clínica, ni su persona ni su subjetividad significaban algo en el código que rige la administración de los servicios de los servicios médicos modernos.

⁹² LACAN, Jacques, “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, en *Escritos I*, Siglo XXI, México, 1990, decimosexta edición, pp. 86-95.

Capítulo segundo

El Hospital entre el Bien y el Mal

Tercera inscripción. Segunda mirada médica.

Rosa Peña en la sala de consulta

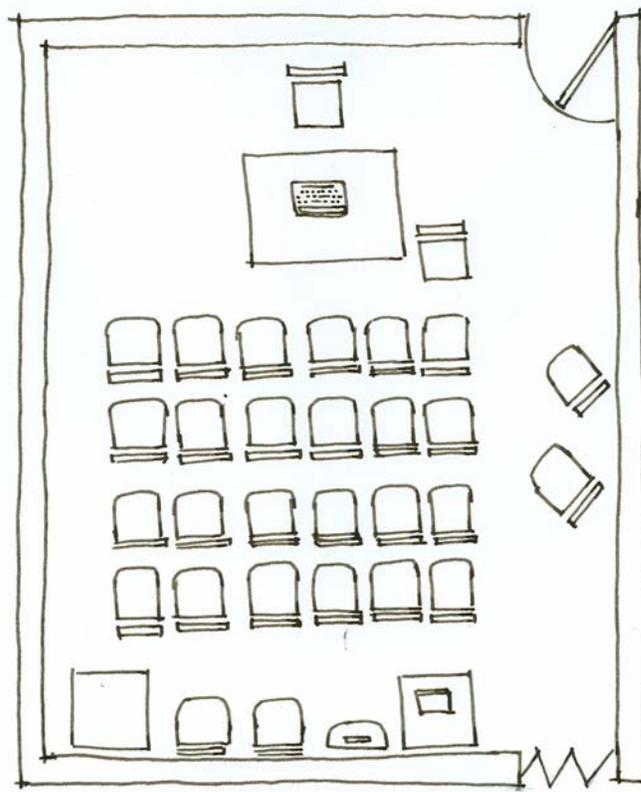
Es martes y la consulta se realiza dentro de una sala destinada a ese fin. Rosa es llamada. Se encuentra esperando entre otros pacientes próximos a ser tratados con cirugía funcional. Los jueves se programan otro tipo de pacientes, tratados con cirugía estética. Esos días por la mañana se imparte la “Clínica de Estética”, a la cual asisten médicos invitados que dialogan con los médicos adscritos; para aprendizaje y formación de los residentes obligatoriamente presentes en esas sesiones; especialmente los residentes de primer año.

Rosa pasa a la sala. Atraviesa el umbral de la puerta. Queda parada como suspendida en el tiempo... Mira en todas direcciones. Tal vez espera alguna señal indicativa de qué hacer. Mientras tanto, los médicos adscritos platican entre sí, los residentes van y vienen, se desplazan por todos lados, desde y hacia todas las direcciones, atareados como siempre. Observo atentamente. Los médicos ya están acostumbrados a mi presencia y no me ponen atención. Pero ¿por qué Rosa tampoco recibe atención alguna si ella no es alguien que les resulte familiar?

Rosa hace un barrido con su mirada, yo dirijo la mía hacia la libreta de campo. En ese momento espero que nuestras miradas no se encuentren. Siento un vacío incomprensible, nada para compartirle. Me figuro su vivencia del momento: la imagino como si estuviera en un mercado donde hay una gran multitud, pero se encuentra en un país extraño donde no entiende las costumbres, ni los movimientos corporales, ni la lengua que todos hablan a su alrededor.

Rosa se mantiene así, unos sesenta o setenta segundos que parecen eternos. De pronto un médico residente le dice: “¡Ah! ¡Siéntate aquí!”

CROQUIS DE LA SALA DE CONSULTA



La primera silla entrando a la sala, junto al escritorio, es la silla donde se sienta “el paciente”.

Junto a esa silla, a la izquierda, se encuentra el escritorio sobre el cual está colocada una máquina de escribir mecánica, utilizada por una secretaria a quien le dicta, de cerca y en voz baja, un médico residente de primer año, de pie junto a ella, durante el desarrollo de la consulta. El residente, a su vez, escucha con atención las indicaciones de los médicos, o de un médico adscrito. Estas indicaciones, regularmente, forman parte del plan quirúrgico

dictado, literalmente, por los médicos para ser escrito en el expediente del paciente.¹ Este plan es la parte culminante del proceso de consulta.

La sala cuenta con cuatro hileras de sillas, semejantes a las butacas utilizadas en los cines y teatros hace 20 o 30 años.² En las dos o tres sillas del extremo derecho de la primera fila se sientan los médicos adscritos, quienes en el momento atienden la consulta; el resto de la fila no es ocupado por los residentes o por otros médicos.

La silla de la paciente está mucho más cerca de la silla de los médicos de lo que aparece en el croquis. Se encuentra al alcance de los médicos. Cuando ellos ordenan, por ejemplo, al paciente mostrar alguna lesión de una mano, éste sólo necesita extender su brazo para permitir el examen y palpación de los médicos. Rosa ya se encuentra sentada, sólo unos treinta centímetros separan sus rodillas de las del médico sentado frente a ella. Por ese angosto canal pasan los atareados residentes realizando sus múltiples obligaciones. Parece que la joven paciente no estuviera ahí... ¡Su cuerpo parece transparente a la vista de los médicos!

El resto de las sillas ubicadas en las filas siguientes y cargadas hacia la pared de la izquierda es ocupado por residentes de primero y segundo años.

En las filas interiores, detrás de los médicos responsables de la consulta, se sientan unos odontólogos presentes en la sala cuando se programan pacientes cuyas intervenciones implican, por ejemplo, cirugía maxilofacial, y ocasionalmente médicos de otras especialidades. Cuando un odontólogo interviene aportando, por ejemplo, alguna observación, sale de entre las filas traseras y se acerca caminando y hablando en voz alta mientras avanza en dirección del paciente. Esa actitud y desplazamientos no se ven entre los cirujanos plásticos.

¹ Muchas veces me quedo con la impresión de que los médicos residentes no alcanzan a escuchar lo dicho por los médicos adscritos y pienso que luego podrían dictar de manera defectuosa o incompleta a la secretaria. Parece que no se atreven a pedir la repetición de alguna parte del plan quirúrgico. Pero sólo son impresiones que no tuve oportunidad de corroborar de alguna manera.

² En realidad todo el mobiliario del Servicio de Cirugía Plástica y del Hospital está conformado por muebles muy viejos y muy usados. El gasto del hospital, definitivamente, no se destina a comprar mobiliario nuevo. En muchos lugares, además de lo viejo del mobiliario, se aprecia descuido y falta de mantenimiento.

Las últimas filas son ocupadas por los residentes de tercer año; y las dos sillas más próximas al muro del fondo son ocupadas por el jefe de residentes y otro residente que ocupa ese lugar por un tiempo determinado.

En la mesa de proyección ubicada al fondo de la sala, detrás de las hileras de sillas, se coloca un proyector digital regularmente operado desde una computadora portátil por un médico residente de primer año. Ese equipo se utiliza en las clases impartidas por las mañanas³. De hecho, por regla general cualquier actividad manual fuera de los quirófanos, es realizada por el médico residente de más bajo nivel que se encuentre en un lugar al momento que surja la necesidad de hacerla. Si no hay por lo menos dos médicos, y si no hay una diferencia de jerarquía entre ellos, la actividad que emerja tal vez se realice hasta que sea ordenada a un médico residente de primer año, si no se trata de algo urgente.

Las dos sillas completamente apartadas del resto, junto al muro derecho, son utilizadas por uno o dos ex jefes de Servicio. Los ex jefes se encuentran allí, supongo, porque siguen siendo médicos del Servicio, pero su estatus queda alterado después de haber ocupado la jefatura. Cuando el Jefe actual se incorpora a la consulta⁴, ocupa una tercera silla, allí en el pasillo.

¿Por qué los asientos sobrantes de la primera fila donde están los médicos adscritos no se ocupan por los demás médicos? ¿Por qué el jefe de residentes se encuentra fuera de las filas donde se sientan los demás residentes? ¿Por qué los dentistas no se sientan junto a los médicos que están realizando la consulta, aun cuando tengan que intervenir parcialmente en ella?

Al parecer hay un patrón en la distribución de los lugares de la sala de consulta. Quien ordena no se ubica entre los que deben recibir sus órdenes,

³ Las clases son programadas una por una durante todo el año, y asignadas formalmente a cada residente para su preparación y presentación, antes de empezar las actividades propiamente médicas. Estas clases constituyen la formación académica de los residentes, y están organizadas de acuerdo con lo que el Servicio considera más importante. Entre los temas destacados se encuentra por ejemplo la “reconstrucción de mano” en relación con la cirugía funcional y reconstructiva, “el paladar hendido” en cuanto a males congénitos, y “la intervención estética” en rostro y mamas, en cuanto a la cirugía plástica.

⁴ No es frecuente que el médico cirujano plástico, al frente del Servicio, en calidad de jefe se incorpore a la consulta. Su estatus, aparentemente, lo exime y tal vez hasta lo obligue a mantenerse al margen.

esa parece ser la regla no escrita. En otras palabras, se manda desde cierta distancia o se ordena desde afuera. El que manda está separado de los que obedecen. Como en la institución castrense⁵.

Cuando el caso lo amerita, y se acercan varios médicos a mirar algún paciente, éstos miran desde distintas distancias o “capas”: la cercanía inmediata y el tacto es “monopolio” de los médicos de mayor jerarquía. Luego se colocan los médicos que siguen y así sucesivamente hasta los médicos residentes de primer año quienes ostentan la menor jerarquía en la organización del Servicio. Y más lejos todavía el antropólogo que hace trabajo de campo en ese lugar.

En la ilustración de la página siguiente se muestra una recreación artística de una consulta⁶. El centro de la atención lo ocupa siempre la lesión del paciente a tratar. En este caso, el artista tuvo que colocar dos lesiones, tal vez porque la jerarquía de los médicos de más alto nivel era tan pareja que la única manera de respetarlos era colocando dos lesiones en un mismo paciente. Lo común es que sea un paciente y un médico y que éste revise una lesión a la vez.

En esta recreación, el artista ha colocado en el lugar de los médicos residentes a los más famosos médicos cirujanos plásticos del mundo. El Dr. Fernando Ortiz Monasterio, de pie y brazos cruzados vestido con traje amarillo, a un lado de la mujer que sostiene el niño en consulta, se encuentra prácticamente en primera fila, eso habla de su jerarquía, pero no le corresponde tocar, sólo mira con atención. Podría significar que, al momento de la elaboración de la lámina, otros cirujanos plásticos eran más prominentes en la escala internacional.

La ocupación del espacio es un orden determinado y muestra, en primera instancia, las jerarquías de los allí reunidos. Entre más solo se encuentra el

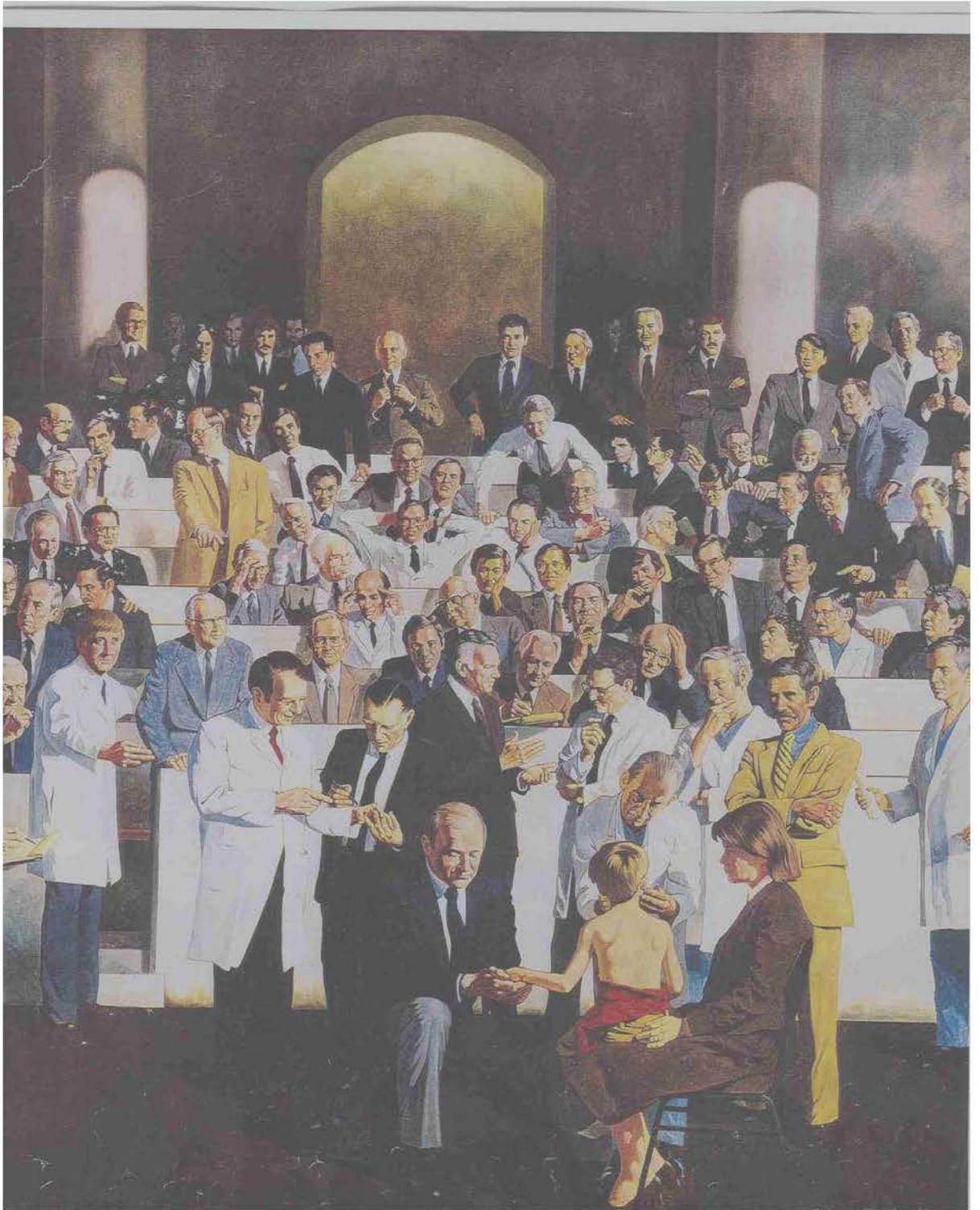
⁵ Al respecto puede consultarse HYMAN, R. *Power in caring professions, Op. Cit.* Capítulo 3, “Professions and Hierarchy”, pp. 53-81. La última etapa histórica de la organización hospitalaria se formó a imagen y semejanza de la institución militar. Especialmente en Estados Unidos de América. Vale la pena recordar que la organización hospitalaria mexicana es una copia de la estadounidense.

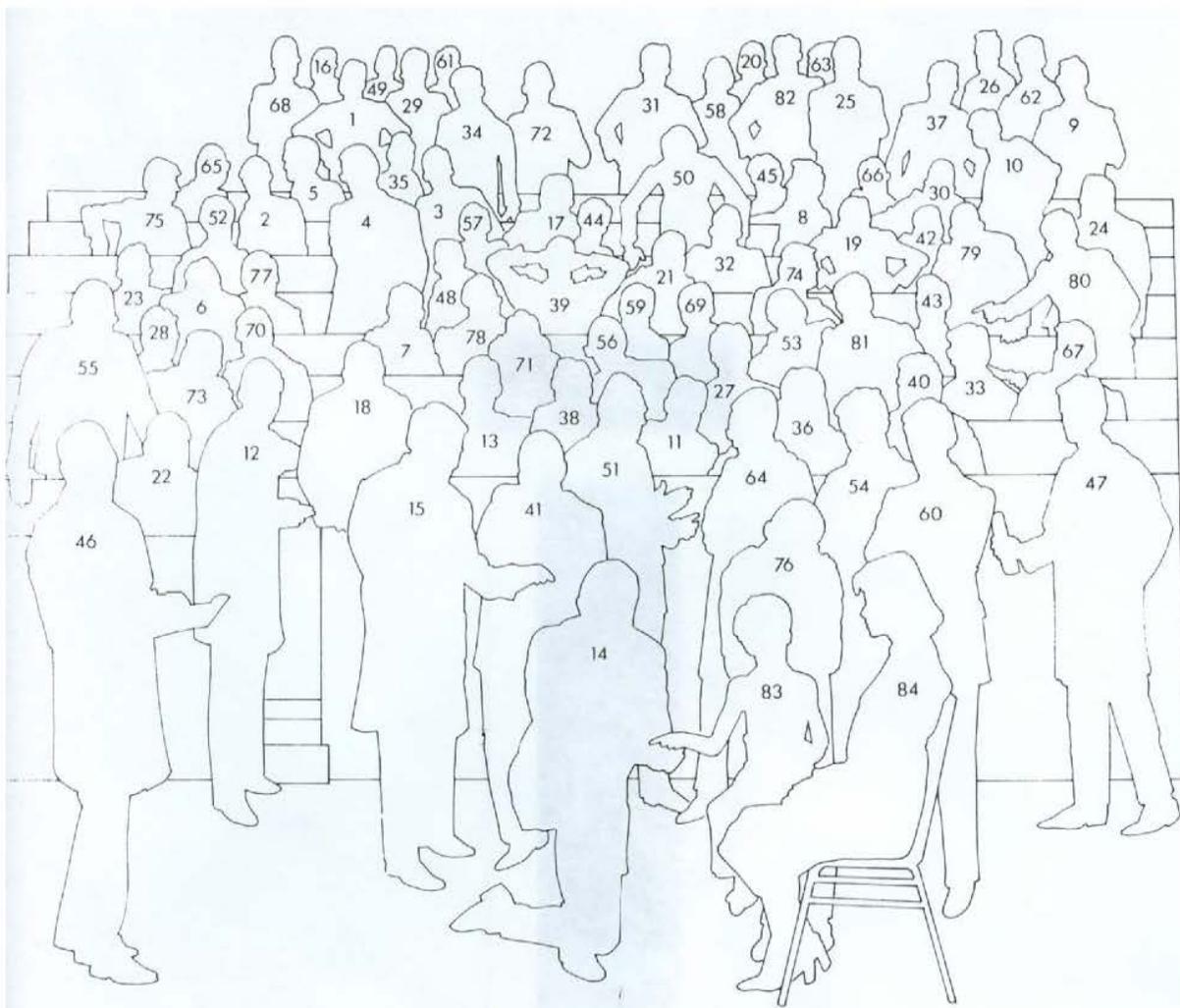
⁶ Se trata de la portada del libro *The Artistry of Reconstructive Surgery. Selected Classic Case Studies*, de Burt Brent M.D., Mosby Company, Saint Louis, Washington, Toronto 1987.

médico, más jerarquía muestra. Entre más gregario o agregado, menos poder lo inviste.

Pero el orden del Servicio ¿sólo consiste en jerarquías y en distancias entre los distintos niveles de médicos? ¿Qué otros componentes presenta? ¿Influye en otras dimensiones de la organización del Hospital? Es decir ¿el orden del Servicio ordena de algún modo o contribuye al orden global del Hospital General?

Ahora bien, el orden general del Hospital ¿Es ordenado por la sociedad? ¿Hay alguna recursividad entre el orden hospitalario y el orden de la sociedad? ¿Cómo se enlazan? Hagamos el tercer recorrido histórico para construir una respuesta.





- | | | | |
|---------------|----------------|----------------------|--------------------|
| 1. Alpert | 22. Dingman | 43. Marchac | 64. Randall |
| 2. Anderl | 23. Edgerton | 44. Mathes | 65. Rubin |
| 3. Apfelberg | 24. Feldman | 45. Maxwell | 66. Ryan |
| 4. Arnold | 25. Finseth | 46. May | 67. Salyer |
| 5. Baker | 26. Furnas | 47. McCarthy | 68. Schultz |
| 6. Barton | 27. Goldwyn | 48. McCraw | 69. Shaw |
| 7. Beard | 28. Gorney | 49. McGregor | 70. Sheen |
| 8. Birnbaum | 29. Guy | 50. McKissock | 71. Siegel |
| 9. Borges | 30. Hartrampf | 51. Millard | 72. Spira |
| 10. Bostwick | 31. Hentz | 52. Miller | 73. Tanzer |
| 11. Brauer | 32. Horton | 53. Morrison | 74. Taylor |
| 12. Brent | 33. Jackson | 54. Manro | 75. Terzis |
| 13. Broadbent | 34. Juri, C. | 55. Marray | 76. Tessier |
| 14. Buncke | 35. Juri, J. | 56. Mastardé | 77. Vasconez |
| 15. Chase | 36. Jurkiewicz | 57. Nahai | 78. Vistnes |
| 16. Converse | 37. Kawamoto | 58. O'Brien | 79. Warpeha |
| 17. Cosman | 38. Krizek | 59. Ohmori | 80. Whitaker |
| 18. Cronin | 39. Laub | 60. Ortiz-Monasterio | 81. Wolfe, S.A. |
| 19. Daniel | 40. Lesavoy | 61. Pearl | 82. Woolf, R. |
| 20. Devine | 41. Littler | 62. Psillakis | 83. Child patient |
| 21. Dibbell | 42. Manchester | 63. Radovan | 84. Child's mother |

Orden social y orden hospitalario

(Tercera disertación)

El orden de la sociedad es una emergencia de las relaciones entre los seres humanos —algunas de estas relaciones son tratadas en el capítulo precedente— ello significa que cualquier amenaza a los seres humanos por añadidura amenaza el orden de la sociedad. Durante la Edad Media, Europa y posteriormente América, sufrieron el azote de múltiples epidemias que, en ciertos casos, arrasaron poblaciones enteras, o las diezmaron significativamente.

La sociedad, en su calidad de orden abstracto, depende del orden biológico y psicológico de los seres humanos que la constituyen. El orden biológico, aunque no depende del orden social y cultural para existir como tal, sí es regulado de distintas maneras por aquél. En el capítulo anterior⁷ referimos el papel del hospital medieval europeo, apoyado por la policía, en la tarea de contener detrás de sus muros a los enfermos y evitar así el contagio de los sanos. Los enfermos, y posteriormente también los pobres, eran reclusos hasta su muerte en el hospital. Cuando Attali⁸ describe este orden, que él llama “de los cuerpos”, expone detalladamente cómo “los cuerpos del orden”, la policía, contribuía a conservar “el orden de los cuerpos”. La dialógica entre los dos órdenes implica que la desintegración del orden biológico inevitablemente se traduce en la desintegración del orden social; y viceversa, la preservación del orden biológico preserva el orden social y cultural. Estas premisas sostienen la afirmación de Attali: “todo acto médico sostiene el orden social”.

⁷ Cfr. Capítulo I, “Segunda disertación”

⁸ ATTALI, Jacques, *El orden caníbal*, *Op. cit.*

La construcción del orden colonial en la edificación de hospitales

La primera institución española (1521-1524)⁹ fundada en el Valle de México fue el *Hospital de la Pura y Limpia Concepción de Nuestra Señora y Jesús Nazareno*; y unos años después, en 1532, el *Hospital Real de San José de los Naturales* dedicado a la atención de los indios. El hospital del conquistador Hernán Cortés muestra en sí la cruz y la espada, los dos lados de la conquista; sin embargo la complejidad del orden social colonial también se revela en la orientación y distribución de los distintos hospitales fundados en la Nueva España. La cartografía hospitalaria trasluce, por su parte, muchos aspectos de las divisiones económicas, políticas, religiosas, e ideológicas constitutivas del entonces nuevo orden social.

En tierras americanas la fundación de hospitales se realizó bajo la idea europea y medieval de la caridad al prójimo como medio para alcanzar la vida eterna en el reino celestial. Cortés concibió su hospital como un tributo a Dios por la victoria sobre Moctezuma y a la vez como un medio para expiar las culpas en ella cometidas. Fue, pues, un medio para alcanzar la vida eterna¹⁰. En este sentido, el *Hospital de Jesús*, se consideró siempre como obra de particular y no del gobierno.

Cortés se ocupó de proveer los alimentos, las medicinas y la ropa para los enfermos, además de pagar los sueldos de los trabajadores. Incluso a su muerte dejó un testamento donde estipulaba los bienes y rentas para sustentar los gastos del hospital.

Este hospital fue *sanatorio* para pobres enfermos, no se trató de una hospedería, ni casa de misericordia para sustentar pobres, ni tampoco fue un

⁹ ALMARZA, N, *Antiguo Hospital de la Concepción: Hospital del Marqués, actualmente Hospital de Jesús*. México, s/e, 1946, Este texto trata el tema de la planificación del Hospital de Jesús por parte de Hernán Cortés y su fundación. De la construcción hecha por Pedro Vázquez. Contiene planos del hospital y fotos, hay un dibujo de los instrumentos de autopsias, habla del personal. Esta institución subsiste hasta la actualidad, se le conoce ahora como "Hospital de Jesús" y se encuentra ubicado en el centro histórico de la ciudad de México.

¹⁰MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana, 1990, 2ª ed., Tomo I, Págs. 163-175

orfelinato¹¹. Se recibía a personas afectadas por todo tipo de enfermedades, excepto a los atacados por la lepra, Fuego Santo o de San Antón¹², bubosos o sifilíticos y locos.¹³

En el hospital de Cortés, ejercieron la medicina los primeros médicos españoles avecindados en la Ciudad de México, Pedro López Ojeda y el cirujano Diego Pedraza, y fue allí mismo donde se realizaron las primeras intervenciones quirúrgicas. El “6 de octubre de 1643 se llevo acabo una autopsia para enseñanza de los estudiantes de medicina de la Real y Pontificia Universidad.”¹⁴

Hospitales para indios y hospitales para españoles

El *Hospital Real de San José de los Naturales* es de gran relevancia para la configuración social de la Nueva España. En su fundación se enlazan los dos principales polos del orden colonial; la oposición/complementariedad español/indígena. Del lado español su carácter “real”, noble y cristianamente caritativo; del lado de los indios, una mendicidad multiétnica, sujetos desarraigados de sus territorios y de su cultura, hambrientos, enfermos y debilitados; fuerza de trabajo gratuita “necesitada” de homogeneización por la fe católica para su aprovechamiento.

¹¹ *Ibidem.* p. 38.

¹² Enfermedad muy extendida en la Edad Media; se originaba por comer cereales afectados por el “cornezuelo”, un hongo que se desarrollaba sobre todo en el centeno, que producía una sustancia tóxica capaz de contraer los músculos y estrechar los vasos sanguíneos provocando convulsiones epilépticas y alucinaciones. En un libro sagrado hindú (400/300 antes de Cristo) encontramos: “entre las cosas malas creadas por el dios supremo, Angromaynes, figuran los pastos dañinos que hacen que las mujeres dejen caer su matriz y mueran en el parto”. Se describía una extraña epidemia cuyo síntoma característico era la gangrena de pies, piernas, manos y brazos. En los casos graves el tejido se hacía seco y negro y las extremidades momificadas caían sin pérdida de sangre. Se decía que esas extremidades estaban consumidas por el fuego sagrado y se ennegrecían como el carbón. También se mencionaban las temibles sensaciones de quemaduras en las extremidades. Se llamaba a la enfermedad “fuego santo”; “sacro” o “sagrado”, “fuego de San Antonio” o de “San Antón”, éste último en honor al santo en cuyo altar se podía obtener alivio.

¹³ MURIEL, J. *op. cit.*, p. 45.

¹⁴ *Ibidem.* p. 46.

La oposición español/indígena sería la relación más rentable económica, política y religiosamente hablando durante los tres siglos de la Colonia.

En este contexto, el *Hospital Real de San José de los Naturales*, fundado por misioneros y luego apoyado por la Corona, fue una de las primeras obras de interés nacional debido a que la política real se fundaba en la idea de concebir al indio como un hombre; de modo que sus problemas merecían ser tratados de acuerdo con la dignidad humana.

Pero el lado hispano de la relación indio/español tenía por lo menos dos dimensiones: la política real peninsular y las acciones prácticas de los encomenderos españoles cuyo interés primordial era la explotación de la fuerza de trabajo indígena, muchas veces hasta matar de agotamiento y enfermedad a los indios.

En su época de mayor esplendor, el *Hospital Real* contaba con ocho salas, enfermerías para hombres y mujeres, con separación de los contagiosos, especialmente los rabiosos, y la sala de convalecientes. Había en él oficinas para los servicios tales como cocina, despensa, habitaciones para la servidumbre, gobernadores del hospital, capellanes, cirujanos y practicantes¹⁵. Tenía iglesia, sacristía y camposanto con capilla exclusiva para los indios. Al parecer los médicos y cirujanos eran españoles, pues era requisito para ellos hablar “lenguas indígenas, preferentemente el náhuatl y el otomí.”¹⁶

Todos los indios de la Nueva España, cualquiera fuese su lugar de origen o residencia, tenían derecho a curarse en el *Hospital de San José*, sin más condición que ser indios. Según la enfermedad del paciente se le destinaba la sección de cirugía, medicina o la de contagiosos. Allí era visitado por el

¹⁵ LABASSE, Jean, *La ciudad y el hospital: geografía hospitalaria*. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1982., 379 p. Este texto aborda el papel de los hospitales dentro de las ciudades, la división entre hospitales locales y metropolitanos, su papel práctico y lo que representan “simbólicamente”, profundiza en la morfología interna del hospital, contiene una breve historia de la construcción de los hospitales, de su equipamiento y su cobertura territorial. Contiene planos y mapas de algunos hospitales de diferentes ciudades

¹⁶ MURIEL, J. *op. cit.*, p. 32.

capellán en turno, quien en su propio idioma procuraba prestarle los servicios de la religión. Si el caso era urgente, se llamaba al médico o cirujano; si no, se esperaba la visita ordinaria de los facultativos. Los cirujanos la realizaban de seis a siete, y los médicos de siete a nueve de la mañana. Eran acompañados de los correspondientes practicantes mayores y los menores de la dotación de cada sala. Iban con ellos también el enfermero y la enfermera mayor. Se llevaba el recetario en la mano y se anotaba en él el número de la cama y la medicina prescrita por el facultativo, al mismo tiempo con igual orden se anotaba la dieta ordenada. Administraban las medicinas enfermeros o enfermeras. Los alimentos eran suministrados a las 8, a las 11:30 y a las 20 horas.

En el hospital se atendía toda clase de enfermos, inclusive sifilíticos de ambos sexos, y solamente se exceptuaban los locos, los leprosos y los antoninos (fuego de San Antonio).

Pero el 21 de febrero de 1822, después de doscientos sesenta y nueve años de servicio, el *Hospital Real de San José de los Naturales* fue suprimido, destinándose sus tierras al Colegio de San Gregorio¹⁷. La consumación de la Independencia mexicana se había producido unos meses antes; con ello la Corona careció de razones y de condiciones para preservar el vínculo con los indios a través del *Hospital*.

Por otro lado la oposición español/indígena no tenía cabida, cuando menos formalmente, en la estructura conceptual e ideológica de la nueva nación en formación. En la constitución y consolidación nacionales, la fuerza de trabajo evangelizada de los indígenas ya no podía utilizarse como tal. Los ideólogos mexicanos tuvieron que iniciar el largo proceso de construcción de las condiciones para producir fuerza de trabajo “laica” simultáneamente con la construcción del entorno social (que para entonces era liberal) donde ésta encajaría. En el México independiente la categoría social, económica y hasta religiosa de “indio” sería sustituida por la de “pobre”¹⁸.

Simultáneamente al auge de los hospitales de indios, aparecieron en la Nueva España, otra serie de hospitales fundados también por el Estado español o

¹⁷ *Ibidem* p. 148.

¹⁸ GONZÁLEZ Navarro, Moisés, *La pobreza en México*, 1ª ed., El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, México, 1985.

por los obispos. Esas instituciones se dedicaron especialmente a los españoles; sin embargo, no nacieron de una planeación general de servicios hospitalarios, sino de las necesidades urgentes de atención médica emanadas en la ruta de los peninsulares hacia México. Así nació el Hospital de Perote, en el trayecto de Veracruz a México, orientado a la atención de los españoles que habiendo dejado sus casas y familias en la península se encontraban desamparados en las “nuevas tierras”.

Hospitales y territorio

Las órdenes religiosas en su labor evangelizadora por la Nueva España, fueron erigiendo hospitales para el cuidado de los indios enfermos y sin casa. En la mayoría de los casos esas instituciones estaban al lado de un convento o iglesia, sin embargo la demanda de indios enfermos era tan grande y diseminada por todo el territorio que se construyeron hospitales inclusive donde no había conventos.

Las distintas órdenes religiosas se dividieron el territorio: donde había un hospital franciscano no había uno de agustinos o dominicos; pero la división no era tajante; en Michoacán, por ejemplo, al mismo tiempo se fundaban tanto hospitales agustinos como franciscanos, pero no en el mismo asentamiento indígena.

Hospitales para mineros del siglo XVI

La minería fue la principal actividad económica durante la Colonia; debido a ello el comportamiento poblacional y el orden social novohispano se constituyó en estrecha relación con la extracción de metales, sobre todo el oro y la plata. La concentración de indios, negros, mulatos y mezclas en las zonas donde se descubrían esos metales hizo surgir hospitales dedicados a ellos exclusivamente. Estas instituciones surgieron en el siglo XVI y continuaron fundándose durante toda la Colonia.

Los primeros “hospitales de minas” se fundaron en el área de Guanajuato, pero eran hospitales en el sentido medieval, es decir hospederías para aquellos indios que arrancados de sus hogares se encontraban sin familia, sin casa y “en completo desamparo”.

Los “hospitales de minas”, dependientes de la mano de obra indígena y necesitados de su mayor eficiencia posible, se vieron en la necesidad de “reproducir” en su interior parte de la división étnica prehispánica. Se crearon tantos hospitales como grupos de trabajadores indígenas fueron llevados a las minas: un hospital para los indios “tarascos”, uno para los mexicanos, otro para los “otomíes” y uno más para los mazahuas. En cada hospital, los indígenas convivían con los de su misma lengua, veneraban a los mismos dioses, y tenían en general un modo de vida semejante.¹⁹ En estos hospitales había una capilla que se levantaba al mismo tiempo que el hospital y constaban de una enfermería para atender a los huéspedes que lo necesitaran. La enfermería era un accesorio de la construcción y no el eje central de ella, lo más importante de estas instituciones era la hospedería.

Los franciscanos fundaron dos hospitales en las minas de Ramos en la Nueva España, uno para negros, mulatos y mestizos, al que se tituló de “Nuestra Señora”; y otro para indios que llevó el nombre de la “Encarnación”.

En muchas ocasiones eran los dueños de las minas los que fundaban hospitales para atender a los enfermos y hospedar a todos sus trabajadores. Resulta muy interesante observar el carácter de “huéspedes” en que los industriales españoles encuadraron a sus trabajadores. A cambio de su trabajo los hospedados no recibían un salario sino la “caridad” del patrón. El patrón recibía la riqueza producida por los indios y al mismo tiempo se procuraba las puertas del cielo por su acción caritativa.

Las divisiones internas de la Iglesia

Ya hemos dicho que no es posible comprender el orden social novohispano sin la presencia de la Iglesia Católica; institución que participó activamente en

¹⁹ MURIEL, J. *op. cit.*, p. 165.

la conquista, en el establecimiento y mantenimiento del nuevo orden y en la guerra de independencia; tanto en su combate como en su fomento. El papel de la Iglesia en la guerra de Independencia muestra que esa institución estaba lejos de ser una estructura monolítica; el orden religioso se componía, efectivamente, de distintas órdenes con características, ideología e intereses propios. La división interna de la Iglesia Católica también se difundió por las arterias de la obra hospitalaria.

Los hospitales de frailes agustinos se diferenciaron de los establecimientos franciscanos, porque “consideraban que los indios eran capaces, por sus propias condiciones psicológicas de llegar a las más elevadas cumbres de la perfección cristiana, no sólo en el terreno de la ascética, sino aun en el difícil y peligroso campo de la mística.”²⁰

Las órdenes que despuntaron en cuanto a la fundación de hospitales en el siglo XVI fueron las de los franciscanos, dominicos, agustinos y jesuitas. Mientras que la Orden de San Juan de Dios, los juaninos, fueron tal vez los más sobresalientes en cuanto a su capacidad organizativa y su eficiencia en la atención de los enfermos durante el XVIII²¹.

Hospitales de ingenios azucareros

Aunque en menor grado, comparado con la minería, el cultivo y la industrialización de la caña de azúcar fueron actividades económicas importantes desde los albores de la Nueva España; y aunque no se tienen noticias sobre el surgimiento temprano de hospitales dentro de los ingenios azucareros, sí se sabe de la existencia en ellos de enfermerías para los esclavos

²⁰ *Ibidem.* p. 100

²¹ VELAZCO CEVALLOS, Rómulo, *Visita y reforma de los hospitales de San Juan de Dios de Nueva España en 1772-1774*, México, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1945, 2 v. Este texto es el reporte del funcionamiento de 23 hospitales en diferentes ciudades de México inaugurados por la orden de San Juan de Dios. En ellos habla de la administración, el tipo de enfermos, las enfermedades que se atienden y algunos problemas que enfrentan.

productores del azúcar, trabajadores mutilados graves o quemados, en muchas ocasiones, por las mieles calientes propias de esa industria.

A los indios, en calidad de “trabajadores libres”, se les atendía en los hospitales para pobres de las villas o ciudades cercanas a los ingenios.

Es hasta el siglo XVIII en Córdoba Veracruz, donde se fundó en 1722 el *Hospital de la Santísima Trinidad*, para atender en sus enfermedades a los dos mil negros esclavos, más los mestizos, españoles e indios, que laboraban en treinta y tres ingenios azucareros.

Hospitales de Haciendas

En las haciendas jesuitas del siglo XVIII las enfermerías se hallaban situadas dentro del recinto cercado, ocupado simultáneamente como zona habitacional de los esclavos; allí se atendían toda clase de enfermedades, desde traumatismos hasta partos. La atención médica estaba a cargo de una enfermera esclava vieja, quien curaba a los enfermos según las indicaciones médicas del *Florilegio Medicinal* de Steyneffer²².

Hospitales de artesanos

Los primeros artesanos que fundaron un hospital fueron los sastres, calceteros y jubeteros²³. En la temprana fecha de 1526 pidieron y recibieron

²²Saber algo de medicina fue indispensable para los misioneros jesuitas, debido a ello en el siglo XVIII el médico jesuita Juan de Esteyneffer escribió *Florilegio Medicinal* que dedicó en especial a los misioneros apostólicos de la Compañía de Jesús de las provincias de Topia, Tepeguanes, Sinaloa, Tarmaura, Sonora y California que trabajaban sin recursos médicos ni de botica. El *Florilegio* contiene tres libros, el primero dedicado a la medicina, el segundo a la cirugía y el tercero describe los medicamentos y el modo de prepararlos.

²³ El “jubete” era el “colete” (casaca de piel) cubierto de malla de hierro que usaron los soldados españoles hasta fines del siglo XV (según el diccionario de la Real Academia Española), sin embargo parece que en la Nueva España los soldados siguieron utilizando “jubetes” durante mucho tiempo más.

del ayuntamiento de la ciudad de México un solar para construir una ermita para su cofradía y un hospital para atender a los pobres y forasteros.

Es en Mérida, Yucatán, en el *Hospital de Nuestra Señora del Rosario* donde los juaninos cobran fama de buenos hospitalarios. A principios del siglo XVIII por decisión tanto de autoridades civiles y eclesiásticas, como de los indios y españoles de la región, se decide llamar a los juaninos para hacerse cargo del *Hospital de Nuestra Señora de Campeche*, Campeche, donde se atendía desde 1541 a los marinos en su arribo a la ciudad, a los viajeros comerciantes entre Campeche y la provincia de Yucatán, a los soldados designados por las autoridades defensores de la villa contra los piratas y a los indios del lugar y zonas aledañas.

Hospital y Utopía

Para 1530 la conquista de América había causado graves estragos, los conquistadores dejaban a su paso hambres, muerte, peste y desolación. En ese contexto y por órdenes reales se embarcó de España a Veracruz el licenciado Vasco de Quiroga²⁴, quien arribó a la Ciudad de México el 9 de enero de 1531, con el objetivo de ayudar a reparar los daños causados en los territorios conquistados por la Primera Audiencia²⁵.

²⁴ Vasco de Quiroga vino a formar parte de la segunda Audiencia, presidida por Sebastián Ramírez Leal, hombre que con su gobierno dio la orientación y el sentido a la política española en México.

²⁵ El 13 de diciembre de 1527 se estableció la Primera Audiencia en la Nueva España. Institución formada para evitar los abusos cometidos en el gobierno de los oficiales. La Audiencia tenía funciones gubernativas, administrativas y judiciales. La estructura de la Audiencia estaba integrada por un presidente y cuatro oidores. El presidente de la Primera Audiencia en la Nueva España fue Nuño de Guzmán. Entre los encargos a resolver por la Primera Audiencia se consideró fijar los límites de los territorios conquistados y por colonizar y la catequización de la población indígena. Tanto el presidente de la Primera Audiencia, Nuño de Guzmán, como los oidores, en lugar de cumplir con el encargo de la Corona, pusieron todo su empeño en enriquecerse. El resultado negativo de la Primera Audiencia provocó la institución del gobierno virreinal, aunque mientras se designaba al virrey y éste llegaba a la Nueva España, hubo de nombrarse una Segunda Audiencia.

El abogado Vasco de Quiroga fue un hombre del renacimiento español, por lo que Josefina Muriel, nuestra principal autora de referencia en este tema, supone que leyó las obras de Luciano²⁶, Campanella²⁷ y Tomás Moro, en ellas se describían ciudades ideales donde la vida social no es lucha, sino justa y armoniosa convivencia; además cree que su profunda cultura religiosa lo llevó a ponerse en contacto con la Patrología (estudio de la vida y obra de los Padres de la Iglesia), y desde ella, con el conocimiento de la *Civitate nuove*, que fue una de las obras más interesantes de San Basilio el Grande, que para Quiroga resultó un ejemplo poderoso sobre la vida cristiana.

La formación de Vasco de Quiroga le llevó a crear una institución donde los naturales pudieran desarrollar la “verdadera vida cristiana” como él la concebía. Consideraba deficiente la obra realizada por los franciscanos educando a los niños de los naturales pues ésta se perdía cuando los muchachos volvían a las poblaciones indias; observaba millares de huérfanos víctimas de la guerra, unidos a miles de indígenas viviendo en medio de la confusión y la miseria. Basado en sus observaciones propuso a la Corona Española la utilización de las tierras baldías, para crear en ellas nuevas poblaciones con los muchachos indios criados y casados por los frailes con muchachas educadas cristianamente, además en ellas también se recogerían a los huérfanos.

La Corona aprobó el plan de Vasco de Quiroga y con ello surgió, al poniente de la Ciudad de México, una población donde se recogió a los huérfanos, se hospedó a los peregrinos, se dio albergue definitivo a los indios desvalidos y se cuidó a los enfermos, bajo el nombre de *República del Hospital de Santa Fe de México*. El hospital de don Vasco, en suma, era una institución que intentaba dar solución a los problemas o contradicciones presentes en la atención brindada por los franciscanos.

La institución se conformó en su primera instancia de cuatro casas cubiertas de paja, pero con el tiempo llegó a constar de un colegio, enfermería, casa de cuna, residencias para los habitantes del poblado e iglesia. Todo lo cual constituía una verdadera “ciudad nueva”, en la cual se realizaba una vida de

²⁶ Luciano de Samósata (Samósata, Siria, 125 - 181 d. C.), escritor sirio de expresión griega, uno de los primeros humoristas, perteneciente a la llamada Segunda sofística.

²⁷ Tommaso Campanella escribió en prisión (también por sus ideas científicas) la *Defensa de Galileo*.

tipo comunal, que tenía como fin principal el de llevar los indios a la fe católica.

La obra evangelizadora realizada a través del hospital cubrió las expectativas de su creador pues los indios no sólo recibieron instrucción doctrinal, sino se encontraron en un ambiente donde podían vivir la doctrina que se les predicaba.

En 1533 Vasco de Quiroga fue enviado a Michoacán²⁸, y allí edificó el *Hospital de Santa Fe de la Laguna*, que llevó los mismos fines, lineamientos y organización, de su semejante de la Ciudad de México. La enfermería de ese hospital era la parte primordial y a ella se hallaba dedicado el mejor de los edificios. Hoy sigue funcionando.

Quiroga trazó un segundo plan de hospitales, ya no serían “Repúblicas”, sino hospitales que fuesen el centro de la vida popular²⁹. En los pueblos michoacanos donde estas instituciones se fueron estableciendo se fabricaba una casa grande, que llevaba el nombre de “hospital”, en él había tres departamentos: uno para los enfermos y peregrinos, otro para los semaneros (responsables por semana de realizar las tareas cotidianas) y el último para el ayuntamiento de los indios. Estos hospitales se vincularían con las parroquias, recibirían a todos los enfermos del pueblo y darían albergue a los indios peregrinos.

Los frailes agustinos tenían muy buenas relaciones con el obispo de Michoacán, Don Vasco de Quiroga³⁰, por lo que llegando a esta región pusieron en práctica la idea hospitalaria del obispo. En Tiripiteo fundaron el primer “pueblo hospital”, *La Concepción*, donde la vida diaria de los pobladores se hacía girar entorno al hospital.

²⁸ Allí Nuño de Guzmán había matado al representante de la autoridad purépecha, hecho que generó una rebelión.

²⁹ Sería interesante investigar si tal vez fue reprendido por la Corona o por el Virrey debido al sentido subversivo que el concepto “república” podría tener en la Colonia.

³⁰ Al parecer, el buen desempeño del licenciado don Vasco de Quiroga desde su llegada de España fue razón suficiente para ser nombrado Obispo de Michoacán por Fray Juan de Zumárraga, poco tiempo antes.

La obra de Quiroga coincide en tiempo y espacio con la del franciscano Juan de San Miguel, su obra hospitalaria más trascendente ocurrió entre 1534 y 1540 en Uruapan, Michoacán, con el nombre de *La Purísima Concepción*. La organización del hospital se orientaba a lograr que los indios recién convertidos asumieran la “caridad” como la principal de sus obligaciones cristianas.

Fray Antonio de Molina divulgó y mantuvo en forma coherente el sistema hospitalario franciscano iniciado por Fray Juan de San Miguel. Antonio de Molina fue un niño español “donado” por su madre a los franciscanos, dedicado desde temprana edad al estudio de las lenguas indígenas; de ese modo logró entender la idiosincrasia de los naturales y colaboró más eficazmente con los franciscanos en la obra de evangelización. Años después escribió su *Doctrina* que fue el prototipo de las doctrinas franciscanas y sus *Ordenanzas de Hospitales* fueron el patrón por el que se rigieron los hospitales de la orden.

Fray Antonio de Molina dedicó su atención al estudio de los problemas fundamentales relacionados con la conversión de los indios pues consideraba el entendimiento profundo de las verdades del cristianismo como algo necesario para ellos: la elevación del humilde, la igualdad humana por la filiación divina, el sentido del dolor y el amor que en Cristo y por Cristo “se extiende hasta al enemigo”.

Ya se comentó, para el caso de la Europa medieval, la gran complementariedad y el tremendo valor económico que resultó de la inculcación del amor cristiano a las clases sometidas quienes debían dispensarlo inclusive a sus “sometedores”.

El cuidado otorgado a los enfermos indígenas implicaba que a su llegada al hospital se les lavaba, se les daba ropa limpia para dormir, y se les daba de comer lo que quisieran.

La obra hospitalaria más relevante de los franciscanos se realizó en Michoacán y Jalisco; sin embargo también fundaron hospitales en México, Xochimilco, Texcoco, Tepepulco, Tlaxcala, Querétaro y en otros centros del norte del país. La mayoría de las veces los hospitales se erigían en los lugares

donde había conventos, pero fue tan amplia la labor hospitalaria de los franciscanos que también los edificaron en sitios donde no los había.

La creación de hospitales responde, en el plano ideológico, a la idea muy interiorizada en los españoles de que todos los indígenas sin excepción alguna necesitaban ayuda, la espiritual. La religión era la política de la época.

La ideología cristiana opacó consideraciones geopolíticas y estratégicas. En Veracruz, principal punto de enlace entre Nueva España y la metrópoli, surgieron hospitales desde los primeros años de conquista, pero no fue costumbre mencionar, por ejemplo, el carácter estratégico del puerto en las consideraciones para su construcción. Sí se mencionaban las difíciles condiciones climáticas, geográficas y antihigiénicas a las que se enfrentaban los españoles durante la inevitable estancia en ese insalubre puerto; por lo tanto para 1560 ya había tres hospitales en el lugar.

La separación radical³¹

La lepra (y otras enfermedades) azotó Europa de una manera terrible y los españoles trajeron consigo la enfermedad; debido a ello en el nuevo mundo se tomó la misma medida sanitaria; es decir, la separación de los leprosos de las ciudades o poblaciones donde radicaba la gente sana.

Aunque los hospitales de Vasco de Quiroga no se crearon con la premisa de apartar a los enfermos (los indígenas inclusive preferían curarse allí que en sus casas) había en ellos una separación entre los enfermos contagiosos y no contagiosos.

Como en Europa, la repulsión y el miedo al contagio de la lepra promovieron la fundación de hospitales especiales para albergar a los enfermos de ese mal. En la Nueva España el primer hospital dedicado a cuidar a los leprosos también fue fundado por Cortés entre 1521 y 1524 bajo el nombre de *Hospital*

³¹ Antes que la lepra, tal vez la locura ha sido motivo de mayor exclusión en la historia humana. El tema es muy amplio y ha sido tratado abundantemente por distintos autores como Foucault.

de San Lázaro. Este leprosario se encontraba en las afueras de la población, para impedir el transporte por aire de los gérmenes nocivos a la ciudad.³² Sin embargo esta institución tuvo una corta vida, porque entre 1531 y 1535 Nuño de Guzmán destruyó la ermita anexa del hospital de San Lázaro y los leprosos deambularon por las calles durante cerca de medio siglo.

Josefina Muriel sostiene que: “mientras los franciscanos afirman que sus hospitales nacieron con motivo de las epidemias, principalmente las de 1524, los agustinos sostienen que los suyos se originaron con la idea de Quiroga de la planeación de un tipo de vida para los indígenas por medio del hospital.”³³

Attali afirmaría que tanto los unos como los otros apuntalan, desde diferentes planteamientos, el orden social en el que se inscriben. Tanto en los hospitales de Vasco de Quiroga como en aquellos fundados por agustinos la atención, el descanso, la comida, la ropa limpia, etcétera, no eran fines sino los medios para lograr la conversión, la evangelización, en suma para inscribirlos en el nuevo orden colonial.

El hospital reinscribe al desarraigado de su tierra y su cultura a través de la evangelización y con ello articula funcionalmente la otredad en la mismidad. Es innegable, sin embargo, que los “hospitales república” de Vasco de Quiroga eran una realización futurista donde toda la ciudad era un gran hospital, donde todos están capacitados para detectar el mal y tomar medidas para destruirlo. El mal en los tiempos de Quiroga eran las cosmovisiones prehispánicas de los indios, destruibles más eficazmente en la “República Hospital” que en los establecimientos franciscanos donde los socorridos recibían alojamiento y comida, principalmente.

³² Esta costumbre tuvo carácter de ley en 1573, cuando Felipe II dio una cédula real ordenando que los hospitales de contagiosos se erigiesen fuera de la ciudad y en lugares levantados. MURIEL, *Op. Cit*, p. 50.

³³ *Ibidem*. p. 96.

El orden interno del hospital

Las divisiones internas de los hospitales son distintas dependiendo de sus fundadores. La fundación cortesiana de la *Concepción de Nuestra Señora* en el siglo XVI presentaba tres aspectos respecto a su organización: 1) *religioso* a cargo de tres capellanes y un sacristán; 2) *administrativo* conformado por un contador, un cobrador, un abogado, un escribano y un procurador; 3) *clínico* constituido por un médico, un cirujano, un barbero o sangrador, un enfermero y una enfermera. El personal restante del hospital lo constituían un cocinero, tres indios y ocho esclavos, los cuales se encargaban de la alimentación y limpieza, tanto de los enfermos como del edificio.³⁴

En 1532 se erigió, bajo la orden franciscana, el *Hospital Real de San José de los Naturales* en Acámbaro, Michoacán; el edificio era un cuadrado de gran dimensión, en cuyos lados se distribuían las enfermerías de hombres y mujeres, el refectorio, la cocina y la sección administrativa. Tenía grandes y bien soleados corredores; y para solaz de los enfermos había una huerta.

Para la organización y administración de los hospitales de franciscanos se establecía una cofradía compuesta por mujeres y hombres. Se intentaba también contar con dos tipos de cofrades, unos apoyarían al hospital dando limosnas y otros le servirían; es decir lavarían a los enfermos, les aplicarían las medicinas, prepararían los alimentos y se los darían. El gobierno del hospital estaba en manos de un sacerdote³⁵ y un mayordomo.

La caridad ofrecida por Cortés, inscrita en el esquema franciscano, presentaba una estructura homóloga a la estructura social colonial; igual que ella se componía de religión, esclavitud, y administración, a lo que se añadía el componente clínico. Tanto el hospital como la sociedad perpetuaban la mendicidad de los indios; el orden hospitalario producía el orden de la sociedad y recursivamente la sociedad producía el orden hospitalario.

³⁴ *Ibidem.* p. 44. (Los esclavos son mencionados de esa forma por la autora)

³⁵ El sacerdote es un miembro de la Junta de Gobierno de la Hermandad, elegido por su buen gusto y estética. Su cometido es el exorno general de los Pasos, Altares de Culto, Besamanos o Besapies, Altares de Insignias, etc.

Vasco de Quiroga organizó los hospitales *Santa Fe* de la Ciudad de México y el *Santa Fe* de la Laguna de Michoacán, siguiendo los lineamientos generales de la *Utopía* de Tomás Moro. El hospital lo formaban una serie de edificios llamados “familias” y eran construidos en común, sin importar a quienes albergarían. Una familia grande se destinó al área del hospital, se hizo una casa de cuna para los niños abandonados y para las amas que los alimentaban y cuidaban.

Los aperos de labranza, como las casas y las tierras, eran propiedad del hospital-pueblo, los pobladores eran cultivadores de las tierras, más no propietarios de ellas. El producto del trabajo común de los habitantes del hospital se repartía entre todos, dándose a cada uno lo suficiente para sus necesidades del año, el sobrante se destinaba en parte a los gastos de la enfermería y la comunidad. Lo restante, tras asegurar las cosechas siguientes, se destinaba a los pobres externos al hospital. El dinero de la comunidad se guardaba en una caja de tres llaves que tenían el oidor, el principal y el regidor más antiguo.

En el pueblo hospital había un edificio denominado “enfermería” conformado por un patio cuadrado en cuyos costados opuestos se encontraban la sala de enfermos contagiosos y la de no contagiosos; una parte de los lados intermedios se ocupaba por las habitaciones del mayordomo o administrador y del despensero; y la otra por las oficinas necesarias a los servicios de la enfermería.³⁶

El carácter utópico del “hospital república” consistió en una organización autosuficiente y co-gestiva que no existía fuera del hospital. El paso de los siglos dejó atrás ambas modalidades, la de Quiroga y la franciscana, mientras la miseria de los indígenas fue conservada en el seno de cada nueva etapa de la organización social mexicana.

³⁶ *Ibidem*. p. 64.

Medicina indígena para indios en hospitales de españoles³⁷

En las *Ordenanzas de Hospitales* del franciscano Antonio de Molina, que regían en todos los hospitales franciscanos, se estipula la medicina indígena como el medio para la cura de los enfermos.

Los franciscanos iban a los poblados por los curadores de indígenas, quienes utilizaban hierbas para su arte, y los llevaban a las instituciones. La medicina española se aplicaba exclusivamente por los frailes.

En los hospitales de agustinos se mezclaba la medicina española con la indígena, había inclusive temascales. Los servicios médicos los realizaban los frailes ayudados por los indios.

Los hospitales en la transición al México independiente

La independencia de España, formalmente establecida en 1821, fue un proceso largo, penoso y sangriento que se fundió con otro; quizá más largo, más penoso, y todavía más sangriento: la construcción de la República Mexicana.

La dominación española y la conformación de la sociedad novohispana tuvieron como columna vertebral la inculcación de la fe católica en los indios, y en ese proceso los hospitales jugaron un papel de primordial importancia. La cartografía de hospitales españoles en Nueva España, 186 construidos a lo largo de la Colonia, empalma con la localización de las actividades económicas más rentables, las rutas comerciales, las distintas posturas políticas de las órdenes religiosas fundadoras, y las consideraciones

³⁷ En el texto de CAMPOS Navarro, Roberto y RUIZ Llanos, Adriana, "Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España", *Gaceta Médica de México*, México, 2001; Vol. 137(6): 595-608; los autores realizan un minucioso análisis de las condiciones en las que floreció la interculturalidad intrahospitalaria, especialmente en la obra de don Vasco de Quiroga.

geopolíticas y militares del gobierno; en suma, con las coordenadas del orden colonial.

Los indios encarnaron para los españoles el principal motivo de sus campañas militares, el reclutamiento de fuerza de trabajo, los sujetos de inculcación religiosa y dominación política, y los sujetos de atención hospitalaria. Por esta razón la división entre indios y españoles fue la principal fuente del orden social.

Pero la construcción de un orden social nuevo, una vez consumada la parte militar de la independencia, era una tarea formidablemente más compleja. En el seno del país independiente quedó incrustada la Iglesia, con su poder intacto, sus hospitales, y con el monopolio de la fe católica, único lazo social generalizado entre la población heterogénea. El mayor capital político, en suma, quedaba en manos de una institución leal a la Corona y al Vaticano.

Parte de la nueva nación también eran los militares, quienes conservaron privilegios y poder no sólo por la naturaleza de su actividad, es decir, por el control profesional de la fuerza, sino por la participación que tuvieron en la guerra de independencia y las cuotas de poder demandadas a cambio de ello.

Otro sector lo conformaban los españoles y criollos con sus intereses comerciales y políticos incrustados en la nueva nación; además de los indios, en su multietnicidad, en su precariedad social y en su insignificancia política; distribuidos por todo el territorio nacional.

La construcción de la nueva república no podía erigirse, por ejemplo, nacionalizando la fe católica por considerarla de interés público. Debía iniciar la cimentación del nuevo orden a partir de un lazo social nuevo, pero sin atentar contra el anterior pues ello no sólo significaba la guerra con la Iglesia y sus partidarios, sino la destrucción del único vínculo horizontal entre todos los nuevos mexicanos.

El inicio de la construcción nacional coincidió con el auge del liberalismo en el nivel mundial, corriente de pensamiento ya presente en México³⁸. El

³⁸ Una detallada descripción de las guerras ocurridas en México durante la implantación del liberalismo puede encontrarse en VÁZQUEZ, Josefina Zoraida, "Los primeros tropiezos",

liberalismo promueve un orden civil enérgicamente opuesto a la intervención del gobierno en la vida privada de los ciudadanos, sobre todo en lo relacionado con las actividades económicas. El papel del gobierno es la conservación del orden ciudadano. Su principal valor es la “libertad” tanto política, como social y económica. A diferencia del orden teológico regido por Dios, el orden que fomenta el liberalismo es un conjunto de acuerdos o pactos entre ciudadanos plasmados en una carta constitutiva o constitución política, de los cuales se desprenden las leyes eminentemente civiles.

Lo anterior, *grosso modo*, es el dibujo de un orden laico, donde se enarbola “lo civil” como bandera de la vida social en general. El positivismo en el terreno científico y el liberalismo en el político empalmaron con fuerza durante esta época. Ya se adelantó en el capítulo primero, que dentro de esta corriente de pensamiento las leyes de Dios se sustituyeron por las leyes de la naturaleza y la fe católica fue remplazada por la observación científica fundada en evidencias demostrables.

Para los regímenes posteriores a la declaración de independencia, construir la nueva nación sobre la destrucción del orden anterior era teórica y prácticamente imposible además de contraproducente; no sólo porque ese proyecto encontraría la resistencia feroz de la Iglesia, como de hecho sucedió más de una vez, sino porque los miembros de todos los bandos enfrentados en la totalidad de las guerras locales, nacionales e internacionales ocurridas en México desde la consumación de la independencia hasta la Revolución de 1910, eran católicos.

Desde la constitución de 1824 y la posterior de 1857, se intentó la legalización del orden liberal, frente a la oposición férrea de la Iglesia y una innumerable cantidad de guerras entre liberales y conservadores. Sumado a lo anterior, las invasiones de Estados Unidos, España, Francia e Inglaterra produjeron en el país un clima de oposiciones y alianzas, traiciones y rebeliones, así como bancarrota financiera, que perduró casi todo el siglo XIX, con excepción de la paz porfirista de los últimos 20 años y primeros diez del siglo XX. Paz, sin embargo, fundada en una dictadura que desembocó en la Revolución de 1910. La guerra ha sido la epidemia más larga en la historia de México.

DÍAZ, Lilia, “El liberalismo militante”, y GONZÁLEZ, Luis, “El liberalismo triunfante”, todos en *Historia General de México*, Vol. 3, México, El Colegio de México, 2ª Ed., 1977.

La Iglesia Católica conservaba en el nuevo país un poder muy considerable que ejercía a través de su red de iglesias y hospitales a lo largo y ancho de la República. Promovió el enfrentamiento de sus creyentes contra el régimen de Benito Juárez y éste respondió, en 1859, con las Leyes de Reforma (en realidad se trató de una “revolución de reforma” para implantar por las armas los principios liberales de la constitución de 1857), dentro de las cuales se encuentran las Leyes de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos³⁹. Estas Leyes expresan, en el plano jurídico, los conflictos de intereses surgidos en la transición de un orden social legitimado teológicamente hacia otro fundado en una economía controlada por el orden civil.

El pensamiento liberal pugna por la libertad de los ciudadanos, destacándose la libertad de trabajo por un lado, y la libre empresa por el otro. El mercado, como ya se expuso en el capítulo anterior para el caso de Europa, consiste en la libre concurrencia de los productores privados independientes, quienes realizan intercambios económicos constitutivos. Estos actos de compra-venta son “el metabolismo social”, para decirlo en palabras de Marx.

Pero la esencia de los intercambios es el traspaso legal de la propiedad de una mercancía a cambio de dinero, y la propiedad legal del dinero a cambio de una mercancía. La definición clara, explícita y legal de la propiedad es la base del intercambio y el intercambio es el movimiento de la economía. El orden liberal estaba obligado a delimitar la propiedad e impulsar el flujo de los intercambios económicos. Debido a ello desde los primeros años de independencia y hasta bien entrado el porfiriato, se contrataron compañías deslindadoras extranjeras para delimitar y vender propiedades agrícolas. A las compañías se les pagó con terrenos. Muchos deslindes atravesaron territorios ancestralmente indígenas (no delimitados jurídicamente) despojando de la tierra más no de la propiedad (porque no contaban con ella), a sus habitantes. De ese modo se “liberó” fuerza de trabajo que potencialmente podría contratarse en el mercado, recibir salarios, para beneficio y expansión del mercado interno mexicano.

³⁹ El segundo considerando de estas Leyes, sin rodeos dice: “Que el motivo principal de la actual guerra promovida por el clero es conseguir sustraerse de la dependencia a la autoridad civil”

El lado jurídico-económico del ataque juarista a la propiedad de la Iglesia se fundó en que los bienes eclesiásticos, concentrados en gran cantidad por la Iglesia, se mantenían ociosos, lo que impedía el intercambio y el movimiento económicos. El lado político, sin embargo, era restar algo del gigantesco poder de esa institución.

En el caso concreto de la atención hospitalaria, era incongruente que los hospitales permanecieran como propiedad de la Iglesia y que legitimaran un orden caduco pues la atención médica seguía ofreciéndose en nombre de la caridad cristiana, esencia ideológico-política del orden anterior. El gobierno de Juárez optó políticamente por introducir el concepto de “beneficencia pública” para erradicar el de “caridad cristiana”, sin embargo en la práctica los hospitales siguieron operando casi del mismo modo en que lo hicieron durante siglos. De hecho hasta la actualidad existen hospitales católicos en México, en los que se dispensa la caridad cristiana.

Hemos sostenido la tesis de una dialógica y una recursividad entre el orden hospitalario y el orden social. El orden imperante en los hospitales había perdido su reciprocidad con el nuevo orden social, seguramente por ello, y por la bancarrota económica, la construcción de hospitales prácticamente se detuvo durante todo el siglo XIX. Fue hasta 1905, en el auge económico del porfirismo, que se inauguró un nuevo hospital, el Hospital General de México, que sustituyó al Hospital General de San Andrés, fundado en 1779.

Correspondía a las instituciones de salud juaristas, lógicamente hablando, ofrecer a la población una “medicina laica”, es decir científica⁴⁰, pero en ese tiempo resultaba imposible pues aunque faltaba muy poco para que iniciara la revolución microbiológica en Europa, todavía no existían medicinas eficaces contra las pestes. El juarismo, entonces, en materia de atención institucional a la salud de la población, se distinguió del orden anterior, fundamentalmente de manera legal.

Mientras en México la guerra entre el viejo y el nuevo orden consumía decenios enteros, en Europa Luis Pasteur había demostrado que un importante grupo de enfermedades eran causadas por agentes biológicos

⁴⁰ En el capítulo anterior se expone el largo camino que recorrió la medicina moderna para fundarse científicamente y ello ocurrió durante el último tercio del siglo XIX en Francia.

externos al organismo, al mismo tiempo conceptuó el principio de inmunidad y se sentaron las bases para la producción de vacunas sobre todo contra las milenarias enfermedades epidémicas.

Durante esos años, el vínculo científico-médico entre Europa y México se había desarrollado a través del Consejo Superior de Salubridad. Para 1885 tanto el panorama sanitario del país como el ambiente institucional habían cambiado mucho. El país, inmerso en la llamada paz porfiriana, se había articulado al engranaje de la división internacional del trabajo, añadiendo la producción agrícola en gran escala a los productos minerales de exportación.

Los productos exportables como el hule, las maderas tintóreas, el henequén, el algodón, etcétera, se producían en territorios ancestralmente dominados por las enfermedades epidémicas tropicales como la fiebre amarilla, el paludismo y la peste bubónica. Eduardo Liceaga tomó la presidencia del Consejo Superior de Salubridad. Combatió las epidemias con tecnología diseñada a partir de los descubrimientos de Pasteur y, además, empezó a importar vacunas de Europa y aplicarlas en la población mexicana.

Cuando llegó la paz y prosperidad porfirianas y con ella la medicina científica, la política sanitaria no dependía tanto de los hospitales pues enfocó la mayor parte de sus baterías al combate de las epidemias en campo abierto.

Las acciones del Consejo se hicieron sentir con fuerza en la población trabajadora asentada en las zonas del país dedicadas a la producción agrícola para exportación y en los puertos marítimos que en esa época continuaban representando el principal enlace comercial internacional⁴¹. Durante esa época Eduardo Liceaga impulsó enérgicamente el *higienismo*, corriente francesa de pensamiento que, entre otras cosas, privilegió el enfoque preventivo sobre el curativo y las acciones médicas sobre la colectividad antes que sobre los individuos. Una tesis de medicina del año de 1900 nos describe la Higiene:

“La Higiene... es el procedimiento conservador de la vida... utilizando las enseñanzas del arte de la salud, las acciones individuales, sociales y

⁴¹ HERNÁNDEZ Zinzún, Gilberto, *Desarrollo económico y políticas estatales de salud en México, 1876-1984*, Tesis de licenciatura en Sociología, FCPyS, UNAM, México, 1985.

gubernativas para protegerla... La Higiene es la gran conservadora de la actividad humana, y de la integridad fisiológica y psicológica, coadyuva a la felicidad vinculada estrechamente con el progreso material...⁴²

La conservación de la vida y la actividad humana en el horizonte de la atención a la salud de la población fue un planteamiento totalmente novedoso y laico, (aunque mucha gente todavía se oponía fuertemente a que el gobierno “desperdiciara dinero en la salud de los indios”) ya que ligaba la salud a la economía y al progreso material. Esto último hubiera sido sacrilegio apenas unos decenios atrás. Para el año de 1930 el pensamiento higienista mexicano todavía conservaba su perfil económico instituido por Liceaga algunos decenios atrás, donde la vida humana ya era un bien calculable en términos económicos. Los nuevos sujetos de la atención médica ya no eran concebidos como fuerza de trabajo “evangelizable”, sino como factores de la producción económica. La vida humana empezaba a concebirse en México como un capital que produce riqueza.

El discurso había cambiado radicalmente. El foco de atención se deslizó del bienestar espiritual al material. La riqueza que antes no se mencionaba en la sociedad dominada por la religión, ahora se encontraba en el primer plano y “la felicidad” se hacía depender de ella. En el terreno de las concepciones de salud, lo que nos interesa destacar es que durante el apogeo del Consejo Superior de Salubridad y hasta la caída del porfiriato la salud, principalmente de los trabajadores agrícolas, fue entendida en esencia como un hecho colectivo y como el resultado de una inversión económica rentable.

En ese terreno se obtuvieron impresionantes victorias sobre todo en relación con las enfermedades epidémicas. Durante el auge del higienismo, los hospitales se relegaron a un segundo plano. La rentabilidad política que durante siglos obtuvo la Iglesia Católica con la atención dentro de sus hospitales se había tornado en rentabilidad económica con la vacunación masiva y el saneamiento del ambiente.

⁴² Cfr. CAMPOS Y DÍAZ, Jesús María. *Qué sea la higiene, cuáles sus fundamentos de que depende*. Tesis profesional de la Escuela de Medicina de México. México. 1900. p. 6.

Aunque poco mencionados, varios de los hospitales del último tercio del siglo XIX, albergaron en su seno el florecimiento de la clínica francesa, científicamente fundada, y fueron el campo de trabajo de los médicos que escribieron con su trabajo las páginas de la época dorada de la medicina mexicana. Entre ellos los doctores Liceaga, Barragán, Vértiz; a quienes la historia oficial mexicana posterior a 1910 sólo les concedió una calle, cerca del Hospital General, para colocar su nombre, pues todos ellos pertenecieron al régimen dictatorial de Porfirio Díaz.

La medicina científicamente fundada y laica, que hubiera funcionado como sustituto natural y contundente de la caridad cristiana y un triunfo irrefutable para Juárez por su eficacia masivamente evidente, llegó unas décadas desfasada de las luchas de Don Benito. La fundación y operación de hospitales laicos como medio masivo de legitimación política debería esperar hasta el siglo XX para convertirse en recurso político, en manos del partido de Estado, el Partido Revolucionario Institucional.

Por otro lado, la liberación de la fuerza de trabajo en que Juárez se empeñó durante su vida política retrocedió considerablemente durante el porfiriato, cuando fue de nueva cuenta sujeta a las haciendas en calidad de “trabajo acasillado”.

La Revolución Mexicana, en tanto movimiento fundamentalmente agrario, trastocó la producción agrícola y sus nexos con el comercio internacional estructurados durante el porfiriato. Las acciones de salud del Consejo, fundamentadas en el higienismo y diseñadas en buena medida para una población campesina diseminada en el campo, de pronto se volvieron incongruentes. Lo mismo pasó con los enfoques colectivo y preventivo que eran dos de sus principales estrategias.

La inestabilidad agrícola perduró en México el mismo tiempo que las turbulencias políticas y sociales engendradas en el proceso revolucionario; de hecho fue durante el gobierno de Lázaro Cárdenas cuando declinó el caudillismo y empezó el presidencialismo en México. La parálisis del agro acabó con el negocio del comercio internacional de materias primas agrícolas y desvaneció la rentabilidad de la fuerza de trabajo agrícola, cuidada por Liceaga durante el porfiriato.

La fuerza de trabajo había sido finalmente liberada por la Revolución, el sueño de Juárez hecho realidad; sin embargo los antiguos acasillados no se transformaron en empresarios agrícolas, o cuando menos en trabajadores justamente remunerados. La miseria de los campesinos y las difíciles condiciones económicas por las que transitaba el país después de la Revolución transformaron a los ex acasillados en “débiles sociales económicos” bajo el régimen de Lázaro Cárdenas.

El General Cárdenas practicó, a través de la Secretaría de la Asistencia Pública, creada bajo su gobierno en 1937, una caridad de Estado, en varios aspectos semejantes a la caridad cristiana pues ofreció alimentación, vestido, guarderías, servicio médico, y el aprendizaje de oficios diversos a los “débiles sociales económicos”.

También en 1937 se inició la construcción de la Red Federal de Hospitales, ambicioso proyecto que planeaba una pirámide de atención médica en la que se ofrecería atención de primer nivel en la base y cuyo vértice, el tercer nivel de atención, sería el Centro Médico de la Ciudad de México. El proyecto fracasó por falta de recursos económicos y el Centro Médico fue vendido posteriormente al Instituto Mexicano del Seguro Social. No era viable una red de hospitales para la atención de los “débiles sociales económicos” imposibilitados para aportar recursos económicos a su mantenimiento. El gobierno, por su parte, estaba impedido para financiar en su totalidad una red hospitalaria nacional.

El Consejo Superior de Salubridad gradualmente perdió importancia y fue degradado a la categoría de Departamento de Salubridad Pública, con ello se perdió el antiguo vínculo que esa institución había mantenido con la salud de la población durante el porfiriato.

La pacificación del país coincidió con el inicio de la Segunda Guerra Mundial que produjo una demanda explosiva de productos manufacturados. Esa coyuntura internacional fue el contexto del proyecto industrializador mexicano que nació y creció a través de los denominados “polos de desarrollo”, concretamente la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. Las grandes ciudades fueron el escenario donde emergió la nueva forma de atención médica que fue proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social creado en el año de 1943, institución de financiamiento tripartita:

dinero fiscal, cuotas patronales y de los trabajadores. El esquema financiero del IMSS es un retrato del estado corporativo, de economía mixta creado por los gobiernos posrevolucionarios priístas.

Más de un siglo después, los hospitales volvieron a ser instrumento de legitimación del Estado, ahora para la clase política nacional: el mapa de las unidades médicas del IMSS en la República Mexicana empataba con el mapa de la política industrial diseñada para el país en los años cuarenta. Hospitales dedicados a la atención de la fuerza de trabajo productiva. Ningún régimen posterior a 1821 había contado con las posibilidades para realizar una obra de tal magnitud.

Por acuerdo presidencial del día 23 de julio de 1943, se celebró en la ciudad de México el *Primer Congreso Nacional de Asistencia* donde se planteó el marco conceptual para ajustar las instituciones de salud dentro de las nuevas condiciones históricas de la nación. Pero a pesar del carácter *asistencial* del evento, las ponencias estuvieron plagadas de alabanzas para la seguridad social:

“El Seguro Social está inspirado en el principio de solidaridad de las generaciones y basado en el cálculo matemático de las leyes que regulan la duración y el desenvolvimiento de la vida del hombre; da a los recursos del patrón y del trabajador, una aplicación práctica encaminada a prevenir, reparar e indemnizar las consecuencias económicas y sociales que se producen por una disminución, suspensión o extinción de la capacidad de trabajo. Dicho sistema ha cobrado auge en el incremento de las actividades económicas, pues éstas han tenido como repercusión inmediata el aumento de la población trabajadora”⁴³

Nacido del *cálculo* político-económico del Estado mexicano el Instituto Mexicano del Seguro Social muy pronto desarrolló su propia racionalización: Los *datos* empezaban a ganar importancia: *número* de derechohabientes, número de acciones médicas realizadas, número de partos atendidos, número de recetas surtidas, número de intervenciones quirúrgicas; *indicadores* todos

⁴³ ÁLVAREZ AMÉZQUITA, *Op. cit.* Tomo III, p. 578

del estado económico, político y social del país. *El Estado mexicano contaba con un sistema laico y moderno de legitimación donde todo, inclusive las personas, podía reducirse a números.*

El cuerpo de la Iglesia que durante la Colonia engrosaba con la expansión de la fe católica, finalmente era sustituido con el cuerpo del Estado que se robustecía con el incremento del número de derechohabientes. Se trataba del tránsito histórico de la imagen de Cristo como marco de los servicios hospitalarios hacia el número abstracto, constitutivo del orden de los códigos.

La atención brindada por el IMSS fue curativa desde el principio; inscrita en la concepción de la salud-enfermedad como fenómeno eminentemente biológico, específicamente como equilibrio o desequilibrio bioquímico, expresados cuantitativamente. De ese modo, la racionalización médica inscribía sus códigos dentro de los códigos cuantitativos de las instituciones del Estado.

Sin embargo, la hegemonía de la racionalidad cuantitativa todavía estaba por consolidarse en México a manos de los llamados “tecnócratas”, última generación de gobernantes priístas formados en Estados Unidos de América, en el contexto del resurgimiento mundial del liberalismo.

Pero volvamos un poco a 1943. Ese año también desapareció la recién creada Secretaría de la Asistencia Pública para fundar la Secretaría de Salubridad y Asistencia, formada con la parte asistencial de la Secretaría clausurada y el Departamento de Salubridad Pública, resto del antiguo Consejo Superior de Salubridad.

La eliminación de la Secretaría de Asistencia fue justificada como sigue:

“La Asistencia Pública se ha preocupado por dar al indigente un mínimo de subsistencia vital; en cambio el Seguro Social otorga un nivel más alto de vida para toda la población trabajadora”⁴⁴

“La Asistencia conserva y perpetúa, a pesar del sentido humano de su atención, la injusticia económica existente; el Seguro Social puede

⁴⁴ *Ibidem*, p. 576

ayudar en parte a establecer una distribución más equitativa de la riqueza nacional”⁴⁵.

La nueva perspectiva era bastante clara: convertir a los pobres en trabajadores productivos para librarlos de la injusticia y hacerlos partícipes de la riqueza nacional. Al tiempo que se “modernizaba” la atención médica en el país, también se borraba la imagen de Lázaro Cárdenas, telón de fondo de la Asistencia Pública, venerada por los “débiles sociales económicos” que él mismo había forjado. El nuevo régimen abstracto⁴⁶ no admitía imágenes en los servicios médicos; ni la de Cristo, ni la de Lázaro Cárdenas, ni la de los pobres asociadas a ellos.

El IMSS se dedicó a brindar atención médica a la nueva población denominada “económicamente activa” y la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la llamada “población abierta”, excluida del nuevo orden social mexicano, donde se encontraban buena parte de los débiles sociales del cardenismo, ex acasillados del porfiriato, ex indios en la Colonia.

El Hospital General de México nunca fue incorporado al proyecto mexicano de la seguridad social; y como sucesor del Hospital General de San Andrés se inscribe en la centenaria tradición hospitalaria mexicana. En sus pasillos y salas de consulta todavía resuenan algunos ecos de la caridad cristiana, de la enseñanza e investigación implantada tempranamente en el Hospital de San Andrés y reforzada durante su renacimiento como Hospital General de México en 1905. Todavía pervive el asistencialismo cardenista. *El Hospital opone resistencia al orden de los códigos que ferozmente intenta someterlo desde hace ya casi tres décadas*⁴⁷.

En el sexenio de Miguel de la Madrid, primero en la lista de la ola neo-liberal que vive el país, se volvió a replantear el Estado mexicano. Desapareció la

⁴⁵ *Ibidem*, p. 579

⁴⁶ Para la configuración histórica del “orden abstracto” ver capítulo uno.

⁴⁷ En una charla informal con un médico prominente del Servicio de Cirugía Plástica, me comentó su inconformidad y frustración con la administración del Hospital interesada exclusivamente en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el Servicio. “Tres operaciones de unos cuantos minutos para quitar verrugas a tres pacientes valen tres veces más que una reconstrucción de mano que puede durar más de diez horas” El número tres, vale tres veces el número uno, eso es lógico.

Secretaría de Salubridad y Asistencia para dar paso a la Secretaría de Salud. Durante el mismo lapso apareció el derecho constitucional a la protección de la salud⁴⁸. A partir de entonces el predominio de las cifras sobre los hechos tenderá a incrementarse significativamente.

Como hemos visto, la atención de los hospitales ha cambiado a lo largo de la historia en afinidad con las distintas concepciones de “sujeto” desde las cuales han operado. Durante el auge de los hospitales católicos la atención era un medio para sujetar los indios al evangelio y ceñirlos a las leyes de Dios.

Una vez consumada la Independencia y expropiados los hospitales al clero, Benito Juárez ofreció “beneficencia pública”, forma de atención que en realidad era una “caridad” disfrazada de ayuda oficial. Esta ambigüedad, vivida tal vez como confusión por los demandantes de atención, era congruente con el momento histórico que atravesaba el país: todavía no se disolvía el régimen anterior y el nuevo apenas empezaba a configurarse.

El *sujeto de la higiene* del porfirismo, sería más precisamente un “ciudadano negado”, peón acasillado que no contaba en los hechos en la cosa pública, pero su salud se había convertido en inversión rentable. Se trataba de un incipiente sujeto de las leyes de la acumulación del capital.

El sujeto de la “debilidad social económica” de Lázaro Cárdenas, descendiente directo de los acasillados y estos últimos herederos históricos de los indígenas explotados por los españoles, está ligado a la “fortaleza” paternalista de los líderes revolucionarios que inventaron el estado corporativo y que no supieron cómo desprender su propia imagen del nuevo orden.

El sujeto del derecho a la atención médica o derechohabiente, es el receptor de la atención médica planificada como instrumento de industrialización de la República Mexicana, bajo el esquema de la solidaridad social. Se trata de

⁴⁸ Es significativo el hecho de que, si bien por un lado se eleva a rango constitucional el “derecho a la protección de la salud” de la población, también en esta época se comienza a divulgar intensamente la idea de que es el individuo el responsable del cuidado y manutención de su salud, con lo cual el Estado se desentiende abiertamente de cumplir con esta función que formaba parte importante del llamado “Estado de bienestar”, vigente en nuestro país durante la mayor parte del siglo XX.

fuerza de trabajo industrial, rentable, capaz de pagar una parte de la atención que recibe, o de apoyar económicamente la atención de otros trabajadores. Debido al carácter “mixto” del Estado mexicano, nace ligado en parte a las leyes de la rentabilidad del capital y en parte a las políticas gubernamentales.

El sujeto del derecho a la protección a la salud, sólo requiere ser ciudadano mexicano para ser atendido. Se trata de un sujeto convertido en número, dentro de un esquema donde gobernar consiste en la manipulación de variables inscritas en códigos; códigos que representan instituciones y fenómenos económicos, políticos y sociales. Es el gobierno actual del llamado neoliberalismo.

El Hospital General de México

Una mirada a sus orígenes

En su *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Álvarez Amézquita refiere que la medicina asistencial⁴⁹ de fines del siglo XIX experimentó “la acción subsecuente a los grandes cambios científicos, filosóficos, políticos, económicos y sociales que habían ocurrido o estaban ocurriendo en el mundo, y México, parte de éste, asimismo sintió el obligado cambio, que a su vez, fue el prólogo de una evolución nacional sorprendente por la aceleración con que se ha llevado a cabo.”⁵⁰

En ese entonces, la ciudad de México era el corazón político de la República, tenía una población aproximada de 368, 777 habitantes y su tamaño puede apreciarse cuando conocemos los puntos en los que se encontraban las garitas de las diversas entradas a la capital: “hacia el norte, las de Peralvillo y Nonoalco; por el oriente, San Lázaro, a orillas de la extensa laguna; la Viga, en el sureste y en el sur, el Salto de Agua y Bucareli.”⁵¹

⁴⁹ La aclaración es pertinente en tanto se distingue “la ayuda” ofrecida por la asistencia, de la medicina salubrista, cuyo principal objetivo sería “evitar que las personas enfermen”; y ambas son —hasta la fecha—, las principales tendencias que tiene el quehacer médico en general.

⁵⁰ ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J. *et al. Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. Tomo III. Secretaría de Salud, México, 1960. p. 462.

⁵¹ *Ibidem* p. 472.

Asimismo, las condiciones sociales y de salubridad general pueden apreciarse en los siguientes párrafos:

“El centro era una parte limpia y arreglada, correspondía a lo que hoy se llama “primer cuadro”. Un gendarme en cada esquina cuidaba escrupulosamente que no fueran violadas las disposiciones del gobierno del Distrito. Los barrios, eran otra cosa. La gente desaseada abundaba; no había drenaje, y aún quedaban restos de las antiguas acequias o canales con agua estancada y mal olor. Las “pulquerías” eran numerosas, y en la periferia de la ciudad, las clases más humildes vivían en chozas o “jacales”, como actualmente.”

Y más adelante:

“Humildes viviendas, de mínimas condiciones higiénicas, servían de albergue a la mayoría de la población, mal alimentada, sin variedad nutricional ni en cuantía calórica adecuada al requerimiento diario. Y por último, los menos vestían bien; la mayoría vestía y calzaba mal. Los calzones y camisas de manta, prendas típicas de los campesinos, daban, con profusión, una nota blanca en la muchedumbre que acudía a mercados y plazas. El sarape envolvía protegiendo del frío a los humildes; las mujeres, menudas y frágiles, lo hacían en el rebozo, y todos, pese a las muchas dificultades, procuraban no dar a la vida un sentido trágico.

El mucho poder adquisitivo de la moneda es la prueba más clara del bajo nivel económico de nuestra población a principios de este siglo. Salarios muy bajos, horas de trabajo excesivas, prole numerosa y sujeción del pensamiento a los moldes oficiales, hacen de la capital de la República una diadema que corona a un pueblo pobre, hambriento y oprimido.”⁵²

En la misma época, la ciudad de México contaba con seis hospitales “públicos”: Hospital General de San Andrés (edificio del siglo XVIII y capacidad para 350 camas), Hospital Juárez (edificio del siglo XVI y 494 camas

⁵² *Ibidem*. P. 474-475.

para heridos a disposición de las autoridades, enfermos infecciosos y de lepra), Hospital Morelos (edificio del siglo XVI, con 288 camas para prostitutas enfermas), Maternidad (edificio de 1866, para 65 enfermas y 40 niños), Hospital de hombres dementes (en el antiguo hospital y convento de San Hipólito, para 70 enfermos), Hospital para mujeres dementes (antiguo hospital del Divino Salvador, para 230 enfermas).

Para darnos una idea de las condiciones de dichos hospitales, Álvarez Amézquita refiere varias opiniones relativas al Hospital General de San Andrés (antecesor inmediato del Hospital General de México), de las cuales recuperamos la siguiente:

“El Hospital de San Andrés, destinado para varias clases de enfermos, no tiene la extensión necesaria, está en el centro de la ciudad y es un amago para los habitantes de ésta por los miasmas que de allí se desprenden. Ni siquiera en los suburbios de la ciudad debía permitirse un establecimiento de la naturaleza de ese Hospital, no es obra de un momento o de circunstancias aflictivas como las que procedieron a la del de San Andrés, que además de estar en el centro de la capital, ocupa el sitio bajo del Valle de México, donde la humedad es extremada y difícil la ventilación, que en las colinas se obtiene con las mejores condiciones. No está resguardado por el lado del Norte. Las inmundicias y las aguas sucias del Hospital corren hasta el centro de la ciudad, y si no lo viéramos tendríamos dificultad en creer que por tantos años se hayan estado cebando en el centro de la ciudad los focos de infección que producen los desechos de un hospital que anualmente asiste a más de tres mil enfermos de todas clases; pero es un hecho que cuantas inmundicias arroja el hospital atraviesan gran extensión de la ciudad para buscar salida hacia el lado oriente.”⁵³

En estas circunstancias, el 22 de noviembre de 1895, el secretario de gobernación, general Manuel González Cossío, nombró al Dr. Eduardo Liceaga y al ingeniero sanitario Roberto Gayol, director médico y constructor, respectivamente, de las obras del nuevo hospital. En 1896, se iniciaron los trabajos preliminares de saneamiento, canalización y excavación en un

⁵³ *Ibidem*. P. 505

terreno ubicado en “la entonces casi despoblada colonia Hidalgo, rumbo al panteón Francés”, el cual fue elegido después de considerar varios sitios “por poderosa razón de orden económico, ya que el filántropo don Pedro Serrano donaba la mayor parte del terreno.”⁵⁴ (115,542 metros cuadrados, de un total de 170,776). En 1899, el mismo general González Cossío, manifestó ante el Congreso la necesidad de:

“...dotar a la Ciudad de México, de un establecimiento que corresponda a su estado de cultura y construido con sujeción a los preceptos de la ciencia y a los adelantos realizados en este importante ramo (por lo que se decidió) la construcción de un Hospital General alejado del centro de la población para reunir en él los establecimientos similares, pues en virtud de sus especiales condiciones, podrán recibir los enfermos más cuidadosa y esmerada asistencia; podrán conservarse en locales apropiados los tocados de enfermedades contagiosas; los enfermos que ocupen lugares de distinción y las que requieran los cuidados propios del alumbramiento; los niños y todos los demás enfermos que necesiten un tratamiento especial.”⁵⁵

Aunque el Hospital de San Andrés, como antecesor del General, se había distinguido tempranamente por su orientación hacia la ciencia⁵⁶; el impacto del desarrollo científico durante el último tercio del siglo XIX en Europa, y específicamente el conocimiento de los procesos infecciosos orientaba la planeación del nuevo hospital. Ya no se trataba de separar simplemente los sanos de los enfermos como ocurrió durante los primeros siglos de vida de la institución hospitalaria, ahora se sabía de la peligrosidad de los desechos

⁵⁴ BARRAGÁN MERCADO, Lorenzo *Historia del Hospital General de México*. Ediciones Lerner mexicana, México, 1968. p. 35.

⁵⁵ Citado en, UNAM, *Antología de escritos histórico-médicos del Dr. Francisco Fernández del Castillo*. Tomo II, prólogo de Salvador Novo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1982, pp. 843-844.

⁵⁶ MORALES COSME, Alba Dolores, *El Hospital General de San Andrés: la modernización de la medicina novohispana, 1770-1833*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2002. Este texto estudia el proceso seguido por los farmacéuticos para consolidarse institucional y profesionalmente. Analiza el proceso de renovación teórica y práctica experimentado por la medicina y la farmacia en la segunda mitad del s. XVIII y principios del siglo XIX en la que el Hospital de San Andrés jugó un papel muy importante como cuna de la investigación, desarrollo de medicinas y docencia.

infecciosos de los hospitales y se hacía explícita la necesidad de mantenerlos separados de la población sana.

El 23 de julio de 1900, el Dr. Eduardo Liceaga presentó el proyecto de la obra, cuya capacidad sería de 800 camas, en una superficie de 124, 692 m² en donde se distribuyeron los servicios de: medicina, cirugía con sus diversas divisiones, enfermedades venéreo-sifilíticas, enfermedades de niños, obstetricia, tuberculosos, leprosos, tíficos, otras enfermedades infecciosas para niños, infecciones puerperales, enfermos distinguidos no infecciosos, enfermos infecciosos adultos y partos reservados.⁵⁷

El Dr. Liceaga había declarado que:

“se llama Hospital General porque comprende servicios para toda clase de enfermos, exceptuando los lesionados y los consignados a la autoridad, los enajenados y las mujeres dependen de la Inspección de Sanidad, estando sujetos a un sistema único de atención y dentro de un solo local compuesto de diversos edificios.”⁵⁸

Años después, muchas opiniones de clínicos y docentes que conocieron el Hospital de San Andrés y el nuevo Hospital General, coincidieron con la del médico Francisco Castillo Nájera, quien comentó:

“La inauguración del Hospital General marcó una era en el progreso de nuestras instituciones nosocomiales. Entre el viejo Hospital de San Andrés y el General, que lo sustituyó, media un siglo de distancia. El General fue nuestro primer hospital construido, y no adaptado; con su aparición conocimos las excelencias de las instituciones modernas y comenzó a perderse el miedo al <<hospital>>, palabra que causaba horror porque tenía asociadas las ideas de pobreza, abandono y lobreguez.”⁵⁹

Finalmente, el día 5 de Febrero de 1905, siendo presidente de la República Mexicana el General Porfirio Díaz y vocal del Consejo Superior de Salubridad

⁵⁷ BARRAGÁN MERCADO, Lorenzo *Op. cit.* p. 36.

⁵⁸ ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J. *Op. cit.* P. 512.

⁵⁹ *Ibidem.* P. 514.

el Dr. Eduardo Liceaga, se inauguró el Hospital General de México, en el cual se desempeñarían 315 trabajadores entre médicos, enfermeras y administrativos, y cuyo primer director fue el Dr. Fernando López.

Para 1938, el Hospital General de México contaba con 990 camas y 38 pabellones. El 18 de Octubre de 1943, se expidió el decreto de creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión de la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Desde ese momento, el Hospital General dependió de dicha Secretaría.

En el mismo año el Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia estableció un Plan Nacional de Instituciones Hospitalarias para la República Mexicana, las cuales tendrían como principales funciones: la atención adecuada a los enfermos económicamente débiles; la de centros de enseñanza médica, y la de proporcionar los medios para la investigación científica. Lo anterior propició que en 1946 se fundara la Oficina de Enseñanza e Investigación Científica, así como la Sociedad Médica del Hospital General.

El 28 de Octubre de 1952 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el cual se creó el Consejo Técnico Administrativo del Hospital dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con objeto de dar una mayor autonomía a su gobierno interno.

Posteriormente, en 1964 y 1968 se iniciaron diversos procesos de remodelación, con los cuales se modernizaron la planta física y el equipamiento. El 19 de Noviembre de 1970, bajo la dirección del Dr. Fernando Martínez Cortés, el Hospital fue reinaugurado, quedando estructurado por 32 unidades médicas y 10 unidades administrativas.

En septiembre de 1985, las 1,700 camas con que contaba el Hospital General, quedaron reducidas a 1,178 debido a los destrozos que sufrieron las instalaciones con el macrosismo ocurrido en ese año. En ese año fue destruido el edificio que albergaba al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

El 11 de Mayo de 1995, se creó el Hospital General de México como organismo descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y

patrimonio propios. Para octubre del mismo año, un nuevo sismo ocasionó nuevamente la reducción de camas a 1,008⁶⁰.

El Hospital General de México, hoy⁶¹.

Se ubica en el Distrito Federal, en la calle Dr. Balmis #148, en la colonia Doctores, ubicada en la delegación Cuauhtémoc. Colinda al norte con las calles Dr. Balmis y Dr. Pasteur, al sur con la calle Dr. Márquez, al oriente con la calle Dr. Jiménez, y al poniente con la Avenida Cuauhtémoc.

La planta física de forma horizontal del Hospital, cuenta con una superficie total de 12.52 hectáreas de las cuales 6.63 están construidas: de los 50 edificios, 33 pertenecen al área médico asistencial y 17 a las áreas de gobierno, enseñanza e investigación y servicios generales.

La capacidad física instalada es de 1,008 camas, 48 quirófanos (2 de ellos se encuentran inhabilitados), 3 salas de expulsión y una sala de labor, 8 salas de terapia intensiva, 2 cuneros, 2 salas de admisión, 38 salas de recuperación, 150 consultorios, 37 salas de espera, 27 salas de rayos X, 45 salas de laboratorio, 1 sala de aféresis, "1 sala de sangría", 1 sala de ultrasonido, 1 sala de endoscopia, 7 cubículos de terapia de lenguaje, 1 de anatomía patológica, 2 auditorios y 48 aulas.

Los recursos humanos con que cuenta el Hospital son 6,012, de los cuales corresponden a médicos 12.04% (724 plazas), enfermería 27.06% (1,627 plazas), paramédicos y afines 22.27% (1,339 plazas), confianza médica 3.14% (189 plazas), investigación 0.30 (18 plazas), residentes 7.47% (287 plazas), servicios generales 6.94% (417 plazas), técnicos 1.23% (68 plazas) y gobierno 1.13% (68 plazas).

El Hospital General de México, se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos; atiende esencialmente a pacientes de escasos recursos económicos, aquellos que no están registrados en la

⁶⁰ Cfr. Información en la página web: http://www.hgm.salud.gob.mx/hospital/hosp_hist.html

⁶¹ Este apartado es la imagen cuantitativa, dominante en nuestra época, que las autoridades del Hospital proyectan hacia el exterior.

seguridad social ni tienen acceso a la medicina privada, cuya procedencia es mayoritariamente del D. F. (48%), y del estado de México, y en menor proporción de los demás estados de la República.

En el área de Enseñanza e Investigación se ha considerado como el Hospital Escuela de más relevancia en la medicina nacional. La Dirección de Enseñanza e Investigación está a cargo de la docencia de pregrado y posgrado, como ejemplo de ello, en 1996 se reportaron 1989 alumnos formados en pregrado en medicina, provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad La Salle y Universidad Anáhuac, más 142 alumnos de nivel licenciatura de otras carreras que realizan su servicio social en la institución.⁶²

El Hospital General de México es una institución de gran relevancia para las autoridades sanitarias del país y para el propio gobierno de la república pues contribuye anualmente, a las estadísticas oficiales con 525,874 consultas de especialidad, de las cuales 225,206 son consultas de primera vez y 300,668 subsecuentes, además de 31,219 consultas de urgencias y de 38,998 sesiones de rehabilitación. La complejidad social enlazada en los servicios que presta el Hospital general se reduce a las cifras antes mencionadas.

⁶² Datos obtenidos en la página electrónica del Hospital: www.hgm.salud.gob.mx

Segundo retorno a la consulta de Rosa

Continuemos con la consulta de Rosa en el intento de comprender cuál es el orden que manda en la sala y de dónde dimana:

Una vez que Rosa se sienta en la silla del paciente tampoco es mirada ni observada por los médicos que ese día tienen la consulta a su cargo. Sigue el movimiento de los médicos y del personal del Servicio dentro de la sala.

De pronto alguien, por ejemplo el Dr. Alfonso Reyes, destacado médico adscrito del Servicio, llama la atención sobre la falta de continuidad del trabajo. Un médico residente manifestando prisa, o simulándola, se pone de pie junto a la puerta de la Sala, cerca de la paciente, se yergue, saca el pecho, pone la historia clínica delante de su rostro en posición solemne tipo militar y empieza a leer.

Inicia diciendo, “paciente femenino de 15 años de edad”, y otros datos que tal vez por evidentes o demasiado rutinarios no provocan reacción alguna de parte de los médicos adscritos; o tal vez los médicos adscritos y los residentes de mayor jerarquía “actúan” un cierto desinterés hacia esos datos. Los médicos siguen platicando hasta que el médico residente en su lectura menciona la lesión de la paciente. En ese momento, hay movimientos corporales en los médicos denotando atención, dirigen la mirada hacia la parte del cuerpo que ha sido mencionada y descrita por el residente como lesionada. Es el momento de mayor atención en el transcurso de la consulta. Es como si la sala de consulta fuera un cuartel militar y como si la lesión del paciente fuera el general de mayor rango en el lugar. La atención, respetuosamente otorgada, es total.

En la ilustración que vimos páginas atrás, se muestra a uno de los médicos de mayor jerarquía en el mundo, con una rodilla al suelo, prácticamente inclinado ante la lesión del niño. Durante la realización del trabajo de campo he tenido la oportunidad de observar, cuando menos una vez, la postura de “rodilla al suelo”, por parte del Dr. Fuentes⁶³, cuando tenía a cargo la consulta.

⁶³ El doctor Fuentes es un médico que está a punto de jubilarse del Servicio. Tiene una larga trayectoria como cirujano plástico y ya es jubilado del Instituto Mexicano del Seguro Social.

¿Qué hay en la lesión que justifica la inclinación del médico de mayor jerarquía?

¿Qué es o cómo se concibe la lesión, que reina en el centro de la sala de consulta, por encima del poder y la jerarquía de los médicos?

¿Qué relación existe entre la lesión⁶⁴ y el paciente que la porta?

¿Por qué la lesión se encumbra hasta la cima de la atención en unos cuantos segundos y luego, de manera casi instantánea, se desvanece su lugar privilegiado?

Mientras el residente describe la región anatómica por ser intervenida, los médicos adscritos la miran con atención. Al parecer comprueban que la descripción de la lesión asentada en la historia clínica, coincida con la imagen que está a la vista. El cuerpo de Rosa parece haber servido sólo para “portar la lesión” y llevarla ante la mirada de los médicos. Pero la lesión por sí sola carece de importancia. Ésta se adquiere al momento de *ser leída por el residente desde la historia clínica*. Este hecho vincula, en ese momento, todas las relaciones presentes entre los integrantes del Servicio y las relaciones del Servicio con el Hospital General, y posiblemente, del Hospital General con la sociedad mexicana.

El cuerpo de Rosa reducido a texto se llama “Historia Clínica” y es lo que importa en la consulta. El cuerpo real de Rosa, por sí solo, carece de interés. El tiempo que pasó parada entre los médicos, como si fuera transparente, parece sugerirlo así.

Rosa es *una* paciente (lo importante no es el concepto paciente, sino el número uno) para el Hospital, es *una* solicitante para el área de trabajo social, es *una* historia clínica para los médicos residentes de primer año, es *una* lesión

Es respetado como médico y como persona, aunque no tenga en este momento jerarquía administrativa.

⁶⁴ En realidad, no todo el tiempo se trata de “lesiones”. El centro o foco de atención a veces es ocupado por alguna parte del cuerpo que será, por ejemplo, sometido a cirugía estética. No existe, en ese caso, lesión alguna y al mismo tiempo esa parte del cuerpo, en un momento dado, recibe la atención de todos los presentes.

o cualquier región a ser observada en la consulta, es *una* intervención quirúrgica en el quirófano, es *una* intervención supervisada en el pase de visita, es *un* egreso para el Hospital. Es un número, entre otros más, para las estadísticas de los diferentes momentos de la atención dentro del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General y para la racionalidad del Estado Mexicano y su legitimación social y política.

Ahora bien, es fundamental reiterar que la historia clínica es la versión legal del cuerpo de Rosa: su estado actual, sus antecedentes heredo-familiares, etcétera. Al final, el documento consigna la demanda que ella le hace a la institución, bajo el rubro de “motivo de consulta”.

Al parecer, y poniendo sobre la mesa el hecho de que el Hospital General de México es un hospital-escuela, en el momento que ahora describimos, el cuerpo de Rosa se utiliza principalmente para que los médicos adscritos corroboren en él, la correcta elaboración de la historia clínica por parte de los residentes de primer año. En otras palabras, constituye el conjunto de evidencias de apoyo a la escritura de la historia clínica.

En este momento puede observarse con facilidad un estricto apego al método racional en la relación entre el cuerpo de la joven y el *corpus* textual de la historia clínica. El cuerpo de ella muestra lo que dice la historia clínica (leída por un médico residente): **hablar mostrando lo que se dice, mostrar diciendo lo que se muestra**⁶⁵. Pero la historia clínica no muestra lo que dice el cuerpo de Rosa, lo que Rosa tenga que decir con su cuerpo no importa, tal vez a nadie. Debido a que es *semántica*, subjetividad; desecho de las racionalizaciones médica, hospitalaria y del Estado.

¿En qué consiste este momento culminante de la consulta donde se ponen en relación el cuerpo de Rosa y el texto oficial de su cuerpo? Si retomamos el planteamiento de inicio de este capítulo, donde el orden biológico es la base del orden social, es decir del Estado; y si exploramos el hecho de que la historia clínica es un documento legal que recoge y expone el estado del orden biológico del cuerpo de Rosa, tal vez tengamos algunos elementos para comprender esta situación.

⁶⁵ Como hace el método fenomenológico expuesto al principio de *El Ser y el Tiempo* de Martín Heidegger, Fondo de Cultura Económica. México. 1988.

Se trata de una relación entre cuerpos y estados; entre el cuerpo de Rosa y su estado biológico, entre el Estado y su cuerpo expresado en las leyes, entre el orden biológico del cuerpo de Rosa y el orden político-social del cuerpo del Estado Mexicano. Precisamente este enjambre de enlaces es lo que vuelve culminante el momento de la consulta en que se ponen en relación los cuerpos y sus órdenes expresados en palabras, científicas unas (datos), jurídicas las otras.

¿Por qué el Estado se ocupa, preponderantemente, del orden biológico de los cuerpos de los ciudadanos?

La intervención del estado en el orden biológico de los cuerpos es un largo proceso iniciado en el tránsito del orden teológico al orden civil en Europa. Jacques Attali en su *Orden Caníbal* explica cómo: “El hospital pierde su función redentora y su credibilidad de legatario, mientras aparece un poder local cuidadoso... Al mismo tiempo se refuerza el poder de curación en manos del poder político central. El rey y los señores se atribuyen la legitimidad divina de la propiedad del suelo y la legitimidad terapéutica de la propiedad de los cuerpos”⁶⁶ ¡Las almas son de Dios! ¡Los cuerpos son del Rey!

Pero el tiempo siguió su marcha y actualmente el hospital y sus técnicas no siempre manipulan el cuerpo, sino el orden biológico donde aquél se inscribe. O, dicho con mayor precisión; el hospital siempre que puede evitar la manipulación directa del cuerpo, opta por la manipulación de su orden biológico hecho código. Es por eso que el cuerpo en sí, y la persona de Rosa, carecen de importancia. Por eso parece ser transparente en la sala de consulta. Un fantasma en la consulta.

El cuerpo de Rosa funciona como ineludible portador de la lesión que será intervenida quirúrgicamente.

Si no importa el cuerpo, si lo que importa es el orden biológico es porque ese orden es técnicamente manipulable, mientras que el cuerpo es una dimensión problemática por ser una ventana a la subjetividad, a la personalidad, a la

⁶⁶ ATTALI, Jacques, *Op. Cit.* p. 57

persona misma. La manipulación técnica del orden biológico muchas veces no requiere el contacto directo del médico con el cuerpo del paciente. Lo anterior es fácilmente perceptible cuando el paciente va a consulta y el médico “lo receta” sólo a través de un breve interrogatorio, muchas veces sin voltear a verlo. Lo anterior también permite comprender por qué hay muchas “consultas” que incluso se hacen por teléfono.

Nadie ha informado a los pacientes que para la atención de innumerables problemas de salud los médicos “no necesitan” la presencia física de sus cuerpos, y tal vez no conviene hacerlo, pues ello implica la deslegitimación de la atención médica institucional que todavía se justifica en la apariencia de “atender personas”.

Buena parte de los problemas de la medicina contemporánea, principalmente la llamada *deshumanización de la medicina*⁶⁷ se deben al exceso de manipulación del orden biológico del cuerpo dejando fuera los cuerpos y las personas “dueñas” ellos.

¿Y qué relación hay entre el orden biológico del cuerpo y el orden de la sociedad? Es un hecho bastante conocido que el orden de la sociedad se ha medicalizado, sobre todo desde que la medicina se consideró ciencia durante el último tercio del siglo XIX, sin embargo la medicalización, aunque tiende a incluir el orden global, no es la única relación entre vida y sociedad.

La vida humana es un orden complejo donde interactúa un orden biológico con uno psicológico a través de intercambios materiales y simbólicos inscritos en patrones culturales.

Las leyes son la parte jurídica y escrita de la complejidad humana donde se inscribe la escritura de la historia clínica y todas las escrituras que son Ley. Es decir, las escrituras que expresan las relaciones entre los individuos, sus cuerpos, y sus intercambios en un momento histórico determinado.

El orden social, expresado como orden de Estado, tiene como base un orden biológico que se expresa en específicos estados de salud-enfermedad de los

⁶⁷ Un panorama más amplio de este fenómeno puede consultarse en HERNÁNDEZ Zinzún, Gilberto, *La deshumanización de la medicina*, tesis de maestría en sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2001.

individuos; estos estados son recogidos por la historia clínica y reducidos a un estado particular del orden biológico, porque inscritos en él son manipulables.

La “base biológica” de la sociedad puede ensancharse o reducirse por medio de políticas (sobre todo de naturaleza económica) que fomenten la natalidad o la inhiban; la producción económica y su productividad están estrechamente vinculadas con específicos estados de salud de los individuos; y todo interrogatorio médico oficial, independientemente del motivo de consulta, puede monitorear las amenazas epidemiológicas para la población, entre cientos de acciones indirectas que constituyen ventanas de observación del “orden biológico de la sociedad”⁶⁸.

El cuerpo del Estado

Para conocer su propia corporeidad el Estado tampoco requiere investigar en los cuerpos de sus individuos, ni en sus viviendas, ni en sus empleos; ahora sólo indaga en las estadísticas debido a que ellas son los signos de su propia vitalidad o debilidad. Los cuerpos de los sujetos se vuelven cuerpos del Estado cuando éste los incorpora en sus cifras.

Los indígenas de la Nueva España fueron evangelizados y, por ese medio, sus cuerpos se convirtieron en cuerpo de la Iglesia. Su nueva creencia era, al mismo tiempo, su sujeción al Estado.

El México independiente nació con dos fuerzas encontradas, liberales y conservadores; una de ellas pugnaba por conservar el orden social legitimado teológicamente, mientras que la otra fuerza luchaba por la libertad de empresa, libertad de trabajo, libertad para la propiedad. Curiosamente, la “sujeción a la libertad” era la nueva y paradójica oferta política y social del liberalismo.

⁶⁸ Que ponemos entre comillas porque la complejidad humana no admite reducciones de esta índole. Éstas sólo son concebibles desde el pensamiento simple que interviene el orden con fines utilitarios.

Los cimientos del nuevo Estado fueron colocados penosamente entre más de un siglo de guerras. En ese proceso, el Registro Civil ocupa un lugar destacado pues a través de él la contabilidad de los nacimientos, las muertes y los matrimonios; es decir, la reproducción biológica de la sociedad, la vida y la muerte, fueron poco a poco laicizados. Con ello empezaron a emerger los signos estadísticos del nuevo orden, la inscripción de los sujetos en el cuerpo del Estado.

Las compañías deslindadoras delimitaron topográficamente los perímetros de miles de porciones de tierra y con ello emergió la propiedad legal, expresada en metros cuadrados. Buena parte de los indios que ancestralmente habitaban esas tierras fueron lanzados al incipiente mercado interno en calidad de fuerza de trabajo liberada⁶⁹. Pero en el nuevo orden los indios no perdieron la propiedad, sólo la tierra, pues la *propiedad* era una relación social de la nueva legalidad. La propiedad es la principal condición para el intercambio económico.

El nuevo orden civil poco a poco fue construyendo sus instituciones encargadas de contar las propiedades, las inversiones, los intercambios económicos, las cantidades de dinero circulante, los empleados, los desempleados, los alfabetizados, los vacunados, etcétera; un orden civil que hoy expresa la acción de gobernar a través de la producción de cifras, de la correlación entre cifras, de la vigilancia de las cifras: población contra empleo, empleo contra educación, productividad contra educación; y otras correlaciones que enlazan de diferentes modos los números de la pobreza, de la desnutrición infantil, de los servicios públicos, entre muchos otros.

El cuerpo del Estado contemporáneo y el cuerpo de los ciudadanos son homólogos. El estado de salud-enfermedad de los sujetos sociales se monitorea y se vigila médicamente a través de *signos* expresados en cifras. El "estado" del cuerpo del Estado también se expresa hoy a través de signos que son vigilados y manipulados para producir finanzas *sanas*, *estabilidad* macroeconómica, bajos *índices* de inflación, altas *tasas* de inversión y de ganancias, entre muchos otros aspectos inscritos en códigos que son

⁶⁹ La "liberación" de la fuerza de trabajo en Inglaterra también se realizó expropiándole sus medios de producción al productor directo, principalmente la tierra. Un panorama muy completo puede encontrarse en el capítulo XXIV "El proceso de acumulación originaria" del primer tomo de la ya citada obra *El Capital*, de Karl Marx.

impuestos por las instituciones globales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que controlan los gobiernos de todos los países del mundo.⁷⁰

Esta malla de cifras donde se entrecruzan códigos, es la que, en buena medida, rige los acontecimientos en la sala de consulta. Ella es la que impone lo que debe ser mirado, considerado, significado. En esa malla de cifras el cuerpo y la persona de Rosa no significan algo, por eso no son percibidos por los allí reunidos. Los datos de la historia clínica referentes a la lesión, en calidad de expresión del orden biológico donde el cuerpo de Rosa se inscribe, y la materialidad visible de la lesión, como correlato objetivo de la descripción elaborada la historia clínica, son los “verdaderos” pacientes de las instituciones gobernadas por las cifras.

⁷⁰ Para una descripción detallada de este fenómeno ver FORRESTER, V. *Una extraña dictadura*, *Op. cit.*

Capítulo tercero

La práctica médica y el orden social

Margarita García¹

Margarita García García es una joven oaxaqueña de 23 años; actualmente se percibe excluida de la posibilidad de tener una pareja y una familia. La conocí la víspera de su cirugía, cuando fuimos presentados.

Margarita piensa que “su problema”, como ella nombra la lesión en su rostro, le cambió el carácter volviéndola introvertida e impidiéndole relacionarse con los jóvenes “del ranchito” donde vive. Cuando llegó la edad de formar una familia miró cómo sus amigas y conocidas, una a una, fueron casándose mientras ella quedó al margen del matrimonio y permanece así hasta la fecha, en casa de sus padres.

El rostro de Margarita tiene el aspecto de una cara de dos colores, con dos texturas. La frente, los párpados y el tercio superior de la nariz son casi negros, mientras que el resto de su cara es del color café cobrizo, común en la población indígena. La piel de la zona oscurecida (‘hiperpigmentada’ en el vocabulario médico) tiene además la apariencia de ser más delgada, dura y deshidratada que el resto de la cara. Como si fuera una cáscara.

Margarita es la octava hija entre 10 hermanos, 7 mujeres y 3 hombres. Sus padres son Mario García Morales y Laura García Reyes, de 60 y 48 años respectivamente. Nació en “La Estancia”, municipio de Santa Cruz Tayata, Distrito de Tlaxiaco, en el estado de Oaxaca.

Su familia es campesina y sobreviven con maíz y frijol, cultivados en tierras de temporal. Con el mismo método cultivan trigo para venderlo en el mercado regional. El trigo se transporta en costales a lomo de burro, hasta un pueblo contiguo llamado Santiago Teolomecatl, allí es comercializado. Cuando Margarita mencionó el trigo por vez primera pregunté si lo

¹ El nombre de la paciente y los de sus familiares han sido cambiados.

utilizaban para hacer pan. Me dijo que era para la venta. Luego pregunté que si en Santiago Teolomecatl hacían pan. Volvió a decir “no”, también aquél era un pueblo chico y los compradores son intermediarios que lo revenden. Al parecer en la región no comen trigo. Lo cultivan para venderlo y obtener algo de dinero porque el maíz y el frijol sólo cubre sus necesidades alimentarias. Claro que también es cultivado porque alguien lo compra. Es posible que alguna industria instalada en la región lo utilice como materia prima, aprovechando el ínfimo valor de la fuerza de trabajo de la zona. Hice esta deducción cuando Margarita dijo que transportan el trigo en burros por dos razones: hasta hace muy poco tiempo no había carreteras que llegaran hasta Santa Cruz Tayata y, por otro lado, pagar algún transporte “les quitaría” el ingreso de la venta.

Cuando pregunté a Margarita por otros componentes de su alimentación dijo que las verduras y las frutas no se comen en su casa. Luego indagué que el cultivo, por ejemplo de hortalizas, requiere de grandes cantidades de agua, sólo satisficibles por medio del riego (el riego exige canales apropiados para ese fin o bombeo, o ambas cosas). En ese momento me percaté que su dieta les aporta principalmente calorías para el trabajo, pero casi nulos minerales y vitaminas. Viven en el límite de la subsistencia, como la mayoría de las familias de La Estancia.

Doña Laura me contó que el problema de Margarita empezó a los ocho años, con una calentura, le salieron unas ampulitas en las nalgas y luego también en la cara. La llevaron al médico pero “no sabían qué tenía”; y en todos los estudios que le hicieron “salió bien”. Finalmente, le dijeron que tal vez había sido un “incepto” el que le había picado.

Un día, durante la enfermedad, en cuestión de horas, se le inflamó la cara a tal grado que se le cerró el ojo izquierdo (hasta hoy Margarita no tiene control del párpado, su ojo siempre está abierto) y la piel del rostro empezó a necrosarse.

Ella y su marido pensaron llevarla a Oaxaca, pero una doctora, de apellido “Robles” les recomendó que no lo hicieran, porque “en Oaxaca no había equipo para atenderla”. Les sugirió entonces que “la llevaran a Pediatría” en la Ciudad de México. En Pediatría le hicieron un transplante; tomaron la piel de la parte interna de su brazo izquierdo (esa piel es en el cuerpo, la más

próxima o semejante a la piel del rostro) y con ella le sustituyeron la parte dañada de su rostro². Pero el “colgajo” (término utilizado por los cirujanos plásticos para nombrar un trozo de piel, regularmente tomado del propio paciente, para transplantarse en otra zona) se adelgazó, endureció e hiperpigmentó³. A ello se debe la apariencia bicolor que tiene la cara de Margarita.

Son visibles las cicatrices que le dejaron las primeras extracciones de piel en la pierna y el brazo izquierdos hace 15 años (1990) en Pediatría. Y ahora, para corregir el problema, se tomará piel de su pierna y brazo derechos.

La familia no pudo dar seguimiento al tratamiento original debido a que se le dificultaba mucho la permanencia en la Ciudad de México. Doña Laura recurrió entonces a la práctica ancestral, establecida por la población indígena desde la Colonia, de dormir en algún pasillo del hospital para acompañar al familiar internado durante el tiempo que fuera necesario. De ese modo durmió dos meses en Pediatría.

Cuenta doña Laura que para 1990 ya tenía una hermana viviendo en la ciudad de México, pero no sabía su domicilio y carecía de medios para localizarlo. En los hechos estaba aislada de su familia, de su territorio, y de su hermana, aún viviendo en la misma ciudad. La exclusión social de la familia también se expresa en aislamiento e incomunicación entre sus propios miembros.

Cuando conocí a Margarita supe que al día siguiente sería intervenida quirúrgicamente. La operación estaba programada para las 8:30. Llegué a las 8:10 al Servicio con la idea de acompañarla al quirófano. Desde un año antes había imaginado que recorrería, junto con un paciente, la trayectoria desde la solicitud de atención hasta su egreso y eso incluía el trayecto hacia los quirófanos.

“Ya se la llevaron” me respondieron cuando pregunté por Margarita. Se la habían llevado a los quirófanos centrales, un conjunto de ocho,

² La piel del brazo, a su vez se sustituye con piel de la parte alta de la pierna para que la cicatriz no sea tan visible.

³ El trasplante, me explicó el Dr. Paz, estaba bien hecho y de haber incorporado favorablemente, la vida de la paciente hubiera sido completamente distinta.

interconectados a través de una red de pasillos. En ese momento todavía no sabía que la intervención sería *micro-cirugía* y duraría más de ocho horas.

Una vez dentro me enteré que Margarita sería operada por el doctor Sánchez y que el doctor Octavio Paz sería el ayudante. El doctor Del Paso⁴ estaría en el quirófano de enfrente esperando al doctor Alfonso Reyes con quien participaría en una operación de implantes glúteos.

Por suerte Margarita no había sido anestesiada, la saludé. Me reconoció. Le recordé haberle comunicado mi decisión de acompañarla en la cirugía desde el día anterior.

La anestesia llamó fuertemente mi atención. La percibí como la “puerta de salida de este mundo simbólico” se da entre palabras suaves y amables, significando las sensaciones del sujeto: “le va a dar sueño” “le estoy poniendo un relajante”, “puede sentir un poco de náusea, ¡es normal!”

Es una situación interesante: para abandonar el mundo simbólico se significan las sensaciones de “la salida”. Tal vez para que puedan servir posteriormente como portal de entrada. ¿Qué pasaría si no se hace?

Luego Carmen⁵ acercó la mascarilla con el anestésico gaseoso y cubrió boca y nariz: “respira profundo” “Otra vez, respira profundo”. La puerta de retorno es el nombre del anestesiado que es gritado por el anestesiólogo quien mira el expediente, lee el nombre del paciente y grita: “¡Margarita despierta! ¡Margarita despierta! ¡Ya te operaron! ¡Margarita despierta! ¡Ya terminó la operación! ¡Todo salió muy bien! ¡Margarita!”

Qué significa anestesia y “estar anestesiado”⁶ Anestesia, viene del privativo griego *an*, “sin”, y *ahisthesis* que significa sensación. “Sin sensación”.

Es de hacerse notar que el acoplamiento del sujeto y demás vivientes en sus entornos se produce a través de las sensaciones “recogidas” por los sentidos y

⁵ Carmen, quien resultó ser una conocida de años atrás, era la anestesióloga.

⁶ La información y las explicaciones sobre este tema me fueron proporcionadas por el médico anestesiólogo Carlos Vanegas Venegas, profesor de la materia de Farmacología del Programa de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua.

el procesamiento cognitivo que de ellas realiza el cerebro. Debido a lo anterior, la disminución radical de las sensaciones del sujeto significa “su desacoplamiento del mundo”.

La anestesia parece ser una separación artificial entre las sensaciones del cuerpo biológico y sus percepciones, un tipo de interrupción entre los estímulos y las respuestas biológicas; y entre los hechos biológicos y su significación cultural.

Lo que permite la intervención radical sobre el cuerpo de Margarita parece ser su exclusión radical, de la sensación y de la significación de su propio cuerpo.

Margarita García estuvo totalmente inmóvil durante más de 8 horas; para producir esa inmovilidad se requiere inducir ‘coma’ y ‘paro respiratorio’ con la anestesia. En determinado momento pusieron unas tablas bajo el “colchón” sobre el que descansaba su espalda en la plancha, mismas que salían hacia los lados y allí descansaron sus brazos. Supuse que si no lo hacían cuando despertara tendría muy fuertes dolores por permanecer muchas horas en una misma posición. Días después Margarita comentó que el dolor intenso en los brazos todavía no se le quitaba.

La intervención quirúrgica de Margarita

El doctor Sánchez midió las dimensiones de la piel de la frente a sustituir, utilizando para ello la distancia entre los extremos de sus dedos pulgar y medio (con la mano extendida). Luego dibujó en el brazo, una elipse que abarcaba casi la totalidad de la piel interna del brazo, entre las articulaciones del codo y la muñeca. La zona hiperpigmentada que sería sustituida descendía desde el cuero cabelludo hasta las cejas afectando parcialmente los párpados. El nacimiento de la nariz, también afectado, parecía estar sumido.

Antes de empezar el corte y luego el desprendimiento de la piel, los médicos residentes habían bloqueado la circulación por medio de unas bandas de hule muy elásticas, de unos diez centímetros de ancho, con las que construyeron

una especie de torniquete ancho y muy apretado entre el hombro y el codo de Margarita.

Los médicos residentes tardaron mucho tiempo en retirar el simple “trozo de piel” que se necesitaba. Tenían que hacer cortes muy cuidadosos porque el gran trozo, que se denomina “unidad estética” en la jerga de la cirugía plástica, tenía que ser retirado con toda su grasa y además conservando sus sistemas arterial y venoso. El colgajo debería tener, entonces, una entrada para la sangre arterial y una salida para la sangre venosa. Me imagino que durante el proceso deberían escoger cuál de las arterias y cuál de las venas utilizarían para tales efectos. El hecho es que después de mucho tiempo, me parecieron como unas dos horas, el gran trozo fue retirado. Mientras lo quitaban y una vez que fue separado, el brazo de Margarita mostraba los haces de músculos y nervios, secos y opacos por la falta de irrigación. Su brazo descubierto de piel y grasa tenía el aspecto de los dibujos anatómicos de Leonardo da Vinci.

Al tiempo que retiraban la unidad estética del brazo, los cirujanos plásticos también habían retirado la piel oscurecida de la frente y el nacimiento de la nariz. Habían disecado una vena del lado derecho de la frente de Margarita y una arteria del lado izquierdo, así lo recuerdo. La intención era que la vena recibiera la sangre venosa de la unidad estética para su retorno⁷ y que la arteria “llenara” la misma unidad con sangre arterial uniéndose (anastomosis) a la arteria de la unidad que había quedado disecada para ello.

La unidad estética fue integrada arterial y venosamente y su borde fue suturado. La “unidad” quedó con una apariencia abultada, pensé que había más grasa debajo de la piel de lo que requiere la frente. Pensé que con el tiempo esa grasa se re-distribuiría. Había cierta inquietud entre los médicos. Trajeron un aparato que amplifica el sonido turbulento de la circulación sanguínea. Colocaron “gel” en la piel y luego unos electrodos. Se escuchaba la irrigación arterial en la unidad estética. Me sentía profundamente cansado después de más de 8 horas de estar en el quirófano.

⁷ Los dos grandes procesos del sistema cardiovascular son la irrigación a través de las arterias, que llevan sangre bombeada por el corazón, oxigenada previamente en los pulmones, hacia todo el cuerpo; y el retorno venoso que a través de contracciones musculares regresa la sangre con los desechos del metabolismo celular para ser bombeada por el corazón hacia los pulmones y ser oxigenada de nuevo, iniciándose así un nuevo ciclo.

Me retiré con la idea de que al día siguiente a las 8 de la mañana miraría a Margarita en una cama de la sala de recuperación, en el pase de visita, y escucharía el informe de un médico que la presentaría. De ese modo habría completado el ciclo que esperaba desde muchos meses: haber observado lo que ocurre a un paciente antes que sea presentado en el pase de visita.

La cama de Margarita estaba vacía

Era un jueves, llegué contento al pase de visita. Una especie de euforia provocada por el hecho de que la realidad parecía compaginar mejor que antes con lo que había planeado. Eso me impidió escuchar bien lo que el doctor Paz me había dicho unos minutos antes: que Margarita había sido re-intervenida, que “me habían intentado localizar pero que yo no me encontraba” (una expresión usada entre médicos). Pensé que se trataba de una broma, pero sólo era en parte. No era capaz de imaginar al doctor Paz en una segunda intervención, la cirugía había sido muy pesada. Pronto me enteré que era cierto.

Al terminar el pase de visita (Margarita no se encontraba en la sala) el doctor Paz (DP) empezó a caminar hacia los quirófanos con el doctor Miguel de Cervantes (DDC), médico adscrito, sub-especialista en cirugía de mano. Me emparejé al paso de ellos. Durante el trayecto a los quirófanos, como de 450 metros, Paz y el doctor de Cervantes no hablaban de Margarita. Todavía pensaba que podía tratarse de una broma⁸.

Cuando llegamos Paz y de Cervantes se dirigieron al responsable o encargado de los quirófanos centrales. Le pidieron un quirófano para una urgencia. El encargado, un médico al parecer, dijo “no”. El doctor Miguel de Cervantes le dijo que se trataba de una “urgencia urgencia”. El encargado volvió a decir “no”.

Cuando transcribía estas notas supuse que la negativa del responsable de los quirófanos se debe a que tal vez ha sido engañado antes. En ese momento

⁸ Antes había mencionado el carácter bromista y juguetón del Dr. Paz.

argumentó que “le desprogramaban” su cirugía porque le iban a bloquear un quirófano de los que tenía listos para ese día. Aún considerando que los médicos residentes y adscritos sean responsables de la desconfianza que les tienen es inevitable preguntarse si una “programación” es más importante que una persona. Lo visto y escuchado en la discusión me hizo pensar que la programación importa más.

En determinado momento, el DP entró en la argumentación lo que pareció molestar al programador de quirófanos, quien le dijo “no estoy hablando contigo”. Pero al hablar con el DDC, empezó hablar del trabajo “mal hecho”. El encargado de quirófanos hablaba, aparentemente, en dos vías: se dirigía a de Cervantes y al mismo tiempo parecía aludir a Paz.

“¿Por qué no hacen bien su trabajo?” “Luego vienen a utilizar otra vez los quirófanos y me echan a perder mi programación, me bloquean un quirófano”. Posteriormente recordé que la operación de Margarita era microcirugía y eso significa larga duración, hasta 8 horas o más. Me di cuenta entonces: efectivamente “se iba a bloquear” un quirófano durante más de un turno”.

Cuando el encargado decía “¿por qué no hacen bien su trabajo?” inclinaba un poco la cabeza hacia el lado donde estaba Paz. Las facciones del DP se distorsionaron. Lo tomé del antebrazo izquierdo al momento de dirigirse al encargado verbalmente, pero echando el cuerpo hacia delante. El DP cooperó para no complicar el asunto, o así lo pensé. Cuando nos alejábamos de ellos le decía “Si lo insultas o le pegas no tendremos el quirófano, espérate a que Miguel lo convenza”.

El doctor de Cervantes consiguió el quirófano después de unos minutos. Los cruces de miradas penetrantes entre Paz, el encargado, y yo mismo, se mantuvieron hasta que se perdió el contacto visual entre todos.

Margarita estaba en el área de recuperación contigua a los quirófanos que parece un área abandonada. Es una superficie rectangular de unos 15 por 25 metros aproximadamente. De pie en la zona de acceso al lugar, pueden verse en la pared derecha unas ventanas que comunican con el exterior. El techo es muy alto, lo recuerdo como a 5 o 6 metros aproximadamente. El espacio se ve sucio, viejo, y descuidado. Como una bodega abandonada. Hay algunas

camas de aspecto desvencijado y herrumbroso. En medio de ese espacio casi vacío estaba una cama ocupada. Desde lejos se distinguía que era Margarita García.

Me sentí muy inquieto, desde lejos se miraba y se notaba el injerto, oscuro y muy inflamado. Ya pronto me iba a enterar que no había quedado bien.

Nos acercamos. El DDC tocó el colgajo "lleno". Al presionar con el dedo, el injerto no drena su sangre. Cuando "está trabajando bien", la zona que es oprimida se aclara (la sangre venosa es desalojada de los vasos) y al retirar la presión, vuelve a oscurecerse, (se vuelve a irrigar).

Margarita abrió los ojos e hizo una gesticulación adicional cuando me vio. Lo tomé como una señal de reconocimiento. Le dije "Buenos días Margarita, cómo está? Ella hizo un movimiento de cabeza. No podía hablar (los días posteriores me percataría, al visitarla varias veces, que los músculos de su rostro quedaron tan inflamados con las tres intervenciones quirúrgicas seguidas, que tardaría como una semana para empezar hablar claramente).

El Dr. de Cervantes dijo en voz alta y fuerte ¡Hay que operar pronto a esta muchacha! ¡Se puede quedar "sin frente"!

"¿Qué pasó?" Pregunté al DDC.

"El colgajo "está llenando" pero no hay retorno⁹, por eso el congestionamiento que se nota en todo el injerto". Y efectivamente, todo el injerto en la frente se percibía desde lejos como una semiesfera oscura.

"¿Y qué va pasar?"

Después de un tiempo que la vena no trabaja, la arteria también pierde sus propiedades. ¡Hay que operar pronto a esta muchacha, se puede quedar sin frente!

⁹ Habíamos mencionado que desde la primera operación los médicos residentes corroboraron que había "llenado".

Mis preguntas, las respuestas del DDC, su exclamación final, todo eso fue dicho frente a Margarita. Es una práctica cotidiana que los médicos platiquen el diagnóstico y el plan quirúrgico frente al paciente, exactamente como si no estuviera allí. Ahora yo mismo había intervenido en una situación similar a las que desapruebo.

Como intentando equilibrar lo que había hecho, volví el rostro hacia la joven para decirle: “Margarita, todo va a salir muy bien, los doctores que la van a operar son los mejores”.

Margarita dijo: “Ay graaaaacias” con un tono apagado pero muy emotivo. Sentí el nudo que se hace en la garganta.

Tomamos el camino del quirófano de nueva cuenta. Me puse la ropa quirúrgica mucho más rápido que el día anterior. El DP pidió un juego de ropa quirúrgica para prestármelo (él sacó la suya de su casillero, es mucho más colorida, nueva, con dibujos de una empresa productora de implantes mamarios *buenbusto.com* que parece promocionarse tal vez regalándole esa ropa a los médicos residentes).

Ahora todo fue diferente, me uní al grupo desde antes del inicio de la cirugía y eso me permitió más facilidad y libertad de movimientos dentro del quirófano. Desde mi primer ingreso a ellos con el Dr. Alberto Nájera, hacía ya más de un año, estuve platicando algo sobre literatura con el Dr. de Cervantes, al parecer nos caímos bien desde ese entonces.

Cuando llegamos al quirófano de nueva cuenta estaba allí Carmen. Me acerqué y platiqué un poco con ella. Deseaba “denunciar” a la mujer que la sustituyó el día anterior, que llegó, miró, y se fue. “Que sólo venía y miraba a Margarita cada hora o cada cuarenta minutos” y cuando acabó la cirugía hizo cuentas en un papelito para llenar los valores de la hoja de anestesia” Se lo comenté con pocas frases y sin manifestar afecto. Ella recibió la información del mismo modo.

Posteriormente razoné que tal vez el personal del Hospital General calla ante las fallas ajenas para ocultar las propias. Ese silencio es la camisa de fuerza que hace imperar la corrupción y la impunidad dentro de las instituciones. Pero no es lo mismo que alguien deje de vigilar por ejemplo el

funcionamiento de una máquina, que abandonar a grandes lapsos un paciente a lo largo de una intervención quirúrgica.

Intenté preguntar a Carmen por el funcionamiento de la anestesia pero no me daba a entender, no podía expresar bien lo que quería saber. Carmen empezó a decirme cosas muy generales con frases amables, pero vagas, para satisfacer a un observador curioso y totalmente ignorante de la materia..

Carmen empezó la anestesia de nuevo, pero ya sin preámbulos como “Va a sentir sueño, le voy a poner un relajante muscular”. Nada de eso, ya todo había cambiado, era la tercera intervención de microcirugía en 24 horas. Simplemente empezó la anestesia.

El doctor de Cervantes dio instrucciones para que fueran lavadas, con Isodine, las zonas del cuerpo de dónde, en el caso de ser necesario, podrían tomarse algunos trozos de piel para hacer “colgajos”.

Se descosió una parte del colgajo próxima a la zona donde se encontraba la vena que no estaba drenando. Al mismo tiempo se identificó una nueva vena que sería utilizada para realizar el retorno venoso. Por alguna razón los médicos que ayudaron al DDC tardaron mucho tiempo en encontrar la vena. Volví a corroborar que entre la anatomía del libro y la anatomía real hay una gran distancia. Buscaron una vena, no recuerdo su nombre, localizada aproximadamente detrás de la oreja derecha. Después de la incisión se busca la vena por medio de cortes en capas muy finas que se hacen con unas tijeras pequeñas que tienen filo en la parte externa de las hojas. Se inserta la tijera cerrada en algún lugar, luego el cirujano abre las hojas y en ese momento es cuando corta. Me pareció que la búsqueda de la vena duró horas, cuando tal vez tomó sólo unos 40 o 50 minutos.

Por fin localizaron la vena...

Una vez localizada la vena los cirujanos hicieron un corte a la altura de la ceja derecha, la incisión descendió por la sien para “ocultarse” detrás de la oreja. Unos tres o cuatro centímetros más abajo estaba la vena.

Los cirujanos midieron la distancia entre la “boca” de la vena del colgajo y la vena que sería usada para drenar. Empezaron una incisión en la pierna derecha (que había sido preparada desde mucho tiempo antes) a media distancia entre la rodilla y el tobillo. Localizaron dos, DDC escogió una, y empezaron a retirarla con mucho cuidado. A lo largo de su trayecto, la vena está sujeta por múltiples estructuras fibrosas que deben retirarse, poco a poco, para no dañar el vaso a la hora de ser retirado.

Por fin obtuvieron el trozo de vena de unos 10 centímetros (la distancia entre el colgajo y la vena de drenaje era mayor, pero luego observé que el trozo de órgano era muy elástico y podía estirarse).

Desde el descubrimiento de la vena del colgajo y hasta que fue realizada la “anastomosis” con la segunda vena¹⁰ un médico residente echaba solución salina tibia al extremo que venía del colgajo, de ese modo mantiene el flujo constante y se evita el taponamiento y con ello su inutilización. De manera alternada con la solución caliente también ponen heparina¹¹, con ello se evita que un espasmo del vaso vaya a provocar el mismo efecto indeseable.

El trozo de vena fue preparado por el DDC. A través de un lente, como un pequeño microscopio, instalado en una armazón de lentes, Miguel empezó con una gran paciencia a quitar las fibras adheridas a la superficie externa del vaso. Me explicó que de otro modo, cualquier fibra puede producir un “estrangulamiento” de la vena y, de ese modo, provocar que fracase toda la intervención quirúrgica.

Lo “mal hecho” ¿existió o no?

Después de la tercera intervención, al momento de transcribir las notas de campo, pude preguntarme si el reclamo del encargado de los quirófanos tenía fundamento o no. Después de ver al DDC preparar el vaso a injertar pienso que cuando Sánchez coordinó la operación, que dejó inconclusa porque

¹⁰ *Anastomosis* es el término que utilizan los cirujanos para designar la unión de dos extremos de una vena o arteria por medio de la sutura con hilo muy delgado.

¹¹ Fármaco con acción anticoagulante.

terminó su turno, y que antes interrumpió en más de una ocasión porque salía del quirófano para fumar, no se retiraron las fibras de la vena, o bien, no me percaté que lo hicieron porque no era un observable para mí.

Tal vez la molestia del DP se debía a que, de algún modo, reconocía y le molestaba que le recordaran que el trabajo había sido mal hecho, pues él fue el ayudante de Sánchez. Tal vez la incomodidad se debía a que él no era responsable, sino Sánchez, pero la ética imperante en el Servicio le impedía expresarlo.

Bajo la coordinación de Sánchez un médico residente nunca antes visto por mí, llevó el papel más activo en la resección de la unidad estética. Mientras trabajaba platicaba y reía mucho¹². El cubrebocas se deslizaba hacia abajo y lo retenía haciendo movimientos con el labio inferior. Tosía frecuentemente sobre los músculos expuesto de Margarita.

Tampoco recuerdo que la solución salina caliente y la heparina estuvieran constantes allí. Recuerdo que los residentes platicaban y bromeaban entre ellos, y durante lapsos largos no atendían el estado del colgajo.

No recuerdo que Sánchez hubiera llamado la atención a alguno de ellos por desatender la vena con el agua caliente y la heparina. Mientras que el Dr. de Cervantes ordenó la aplicación de la solución y la heparina en muchas ocasiones.

La anesthesióloga también se fue porque acabó su turno, y la que llegó a relevarla no estuvo presente durante la intervención. A momentos muy aislados entre sí, se “asomaba” y volvía a retirarse. Luego, en un papel, calculó los datos y llenó las hojas, como si hubiera estado presente.

Luego Margarita fue re-intervenida y no estuve presente para enterarme cuando menos parcialmente de lo sucedido.

¹²Basta entrar a quirófano una sola vez para percatarse del increíblemente pesado ritmo de trabajo y la extenuación crónica de los médicos residentes. Por esta razón no se toman y yo tampoco tomé a mal las bromas entre ellos, pues se trata de una manera de hacer más llevadera la intensidad del régimen.

Ahora por tercera vez se había realizado la operación. Vi que todo había sido muy cuidado por el doctor de Cervantes. Los días siguientes, cuando visité a Margarita García, corroboré que todo había sido bien realizado.

Cuando ingresé al quirófano mientras el Dr. de Cervantes estuvo al mando de la intervención quirúrgica, pude significar lo que había visto la primera vez, incluido en ello, los mencionados “descuidos”. Mientras que con Sánchez mantuve una distancia de un metro y medio aproximadamente, con el doctor de Cervantes puede ver por encima de su hombro y no sólo eso, además me explicaba lo que hacía. Parecía de su agrado que alguien se interesara en lo que estaba haciendo. Pues bien, resulta que los movimientos que por ejemplo me parecieron incomprensibles en las manos de Sánchez un día antes, de pronto se volvieron totalmente significables. Se trata de los movimientos de la hechura de nudos con el hilo once o doce ceros que no es apreciable a metro y medio de distancia y a simple vista, cuando menos para la capacidad visual de mis ojos. Parece, entonces, que las manos se mueven sin objeto alguno. Parece un movimiento ritual e incomprensible, un movimiento tal vez mágico para alguien más ajeno que yo a la cirugía.

Bueno, el trabajo paciente y minucioso del Dr. de Cervantes dio resultado: la intervención quirúrgica fue un éxito. En las visitas que hice durante los días siguientes, Margarita se recuperaba a gran velocidad.

¿Por qué se presentaron tantas desatenciones y descuidos en la cirugía de Margarita? ¿Influye en ello que sea una joven indígena, excluida de la sociedad y de su propia comunidad? ¿Los médicos habrían sido “descuidados” si en lugar de Margarita hubieran operado a una joven “clase media” de la ciudad de México?

En las primeras conversaciones mantenidas con la trabajadora social comentó que los pacientes pobres son los más “pacientes”, son “pacientitos”: no reclaman, son dóciles y obedientes. Mientras que las personas de clase media que acuden al Servicio, para ahorrarse el costo de la cirugía en la medicina privada, son muy exigentes, demandantes, y hasta groseras; pues suelen ser

“recomendadas”¹³. También externó que incluso llegan a demandar legalmente al Hospital ante una insatisfacción con la atención del Servicio.

Una intervención quirúrgica en el “privado”¹⁴

Algunos días antes de la operación de Margarita, había pedido una entrevista al Dr. Octavio Paz, habíamos acordado que simultáneamente podría ser también una comida. El día fijado coincidió con el pase de visita donde Margarita fue por fin presentada, pero una vez terminado Paz dijo que no podría ir. Luego me dejó ver que tendría una cirugía privada. Le pedí que me permitiera acompañarlo y aceptó. Desde que inicié el trabajo de campo hacía dos años había pedido a un importante médico del Servicio que me permitiera “ver” la cirugía privada y tajantemente me había dicho que ¡NUNCA! Ahora estaba allí la oportunidad. El doctor Paz me apoyó y, de manera totalmente imprevista, me introduje al mundo de la cirugía privada.

Cuando salimos del Servicio para dirigirnos a la calle y tomar el taxi, Paz me dijo una máxima que en ese momento no entendí. La volvió a decir, pero no la volví a entender. Pero significa que “la cirugía privada está primero que cualquier otra cosa”; me dijo que, hablando en términos del póquer, la cirugía privada “Es la flor imperial”, “mata todo”, “está primero o antes que cualquier otra actividad”. Eso incluía, quise pensarlo así, la entrevista-comida que teníamos acordada.

Llegamos a la clínica que desde el exterior parece un pequeño edificio de departamentos. La clínica ocupa la primera y segunda plantas y parece ocupar lo que originalmente fueron dos departamentos. Es un lugar bastante estrecho en todos sus espacios. En la entrada hay un vestíbulo de máximo dos y medio metros cuadrados. Limitado de frente por una reja metálica con puerta del mismo material que comunica con el resto del edificio. Del lado izquierdo hay lugar para una recepcionista detrás de un vidrio oscuro, o

¹³ Un “recomendado” es un paciente que cuenta con el apoyo explícito de algún médico o funcionario importantes dentro o fuera de la Institución.

¹⁴ Entre los médicos del Servicio se denomina genéricamente “el privado” a cualquier institución médica privada, grande o pequeña.

reflejante (como espejo), similar al utilizado en las cajas de los establecimientos comerciales, que impide a quien paga mirar a la persona que cobra del otro lado del vidrio.

Al cruzar la puerta del vestíbulo giramos a la izquierda. A unos dos pasos se encuentra la puerta que conduce al quirófano.

La estrechez del espacio seguía siendo para mí lo más notorio de la clínica y me preguntaba su razón de ser. Tuve la impresión de que no hay necesidad de hacer grandes gastos en instalaciones e infraestructura debido a que la demanda de cirugía plástica hoy en día es muy grande. Posteriormente indagué el tema y supe que los pacientes, en su mayoría mujeres, prefieren operarse en esas clínicas, inclusive en los consultorios de los cirujanos plásticos, porque de ese modo los costos de la cirugía disminuyen drásticamente.

Cuando la cirugía se programa en un hospital privado grande, el cirujano gana mucho menos y el paciente paga mucho más; mientras que los beneficios económicos son para el hospital. Las intervenciones quirúrgicas en pequeños hospitales y en consultorios, por el contrario, representan el acuerdo de beneficio mutuo entre médicos y pacientes, es una forma de resistencia frente al poder creciente de las grandes corporaciones hospitalarias privadas en México.

Cuando ingresé se notó el desconcierto de la gente en el quirófano. Hice un gran esfuerzo para incorporarme a la plática y al estado anímico del grupo. Me afligía que mi presencia perturbara demasiado al equipo del quirófano porque los costos serían transferidos al DP quien me había apoyado para estar ahí.

Un joven cirujano plástico que había visto operar varias veces en el Hospital General colocó unos implantes mamarios a una mujer de unos 25 años nombrada "jarochita" por el anesthesiólogo del equipo quien, al parecer, es una especie de intermediario entre el mundo de la cirugía plástica y sus clientes. La operación se realizó muy rápido. El mencionado cirujano es muy diestro, rápido, seguro y cuidadoso.

Llamó mucho mi atención el modo en que “la jarochita” fue despertada de la operación. El anestesiólogo se acercó al oído de la joven y dijo con voz suave y alargando las palabras “jarochiiiiitaaa, ya te operamos, quedaste muy guapita, te vas a ver bien bonita en traje de baño. Así como querías.”¹⁵

Instantáneamente recordé la operación de Margarita García. La diferencia era impactante. Pero “el privado manda”, me explicó Paz.

En una charla posterior el DP me reveló algo muy interesante cuando le pregunté por qué unos pacientes reclaman mucho y otros no.

“No hay que olvidar que el paciente de estética (cirugía exclusivamente con fines de embellecimiento) es paciente sano, tienen fuerza y ánimo para reclamar, incluso para demandar al Hospital cuando no quedan satisfechos o cuando son mal aconsejados. ¡Es que están sanos!”

Ahora veo que el paciente enfermo se encuentra disminuido no sólo biomecánicamente por ejemplo, esa disminución es también una disminución social y psíquica. Por tal motivo el paciente enfermo no reclama, no exige, no demanda. Por temor, tal vez de molestar al médico y que no “le haga un buen trabajo” y con ello dejar escapar la posibilidad de recuperar sus capacidades perdidas o nunca ejercidas, el paciente enfermo, no reclama, no exige.

Gadamer explica en la parte introductoria al *El estado oculto de la salud*¹⁶ que la enfermedad cuando limita las interacciones del sujeto con los demás, lo excluye del grupo para incluirlo en sí mismo.

¹⁵ Para tener una idea poco más amplia de la cirugía plástica en el ámbito privado y de los valores estéticos que se juegan en los clientes ver en los anexos, HERNÁNDEZ Zinzún, Gilberto, *Entrevista con la Señora Cristina Rivero*, México, 6 de julio de 2005.

¹⁶ GADAMER, Hans-Georg, *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona, 2001, primera reimpresión.

La separación/unión

(Cuarta disertación)

La exclusión de Margarita García

Margarita García de alguna manera coincide con Gadamer: “su problema la volvió introvertida”. La enfermedad, entonces, no sólo es separación de los demás sino auto-exclusión.

¿Las semejanzas y diferencias de la imagen corporal constituyen la base biológica para la integración/exclusión del sujeto en su comunidad?

Semejanzas y diferencias

La pregunta anterior incluye rasgos esenciales de *Homo Sapiens*. Para empezar, la percepción de semejanzas y diferencias, su comparación mental prácticamente automática, y el establecimiento de juicios de semejanza, de diferencia y de identidad, constituyen la esencia del aparato cognitivo humano¹⁷. Y tan importante es el conocimiento para nuestra especie que lo llevamos en el nombre “*sapiens*”.

Pero lo visual ¿es tan importante como lo cognitivo para nuestra especie? Aunque nuestro cerebro compara automáticamente sonidos, temperaturas, texturas, tamaños, pesos, etcétera, la comparación por excelencia es entre imágenes. El sentido privilegiado en la especie humana es la vista. A tal grado llega su importancia que la epistemología de las ciencias experimentales es *observacional*¹⁸. Conocimiento y visión van de la mano en la especie humana.

¹⁷Al respecto puede consultarse WATZLAWICK, Paul, *La realidad inventada, ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Gedisa, Barcelona, quinta reimpresión, 2000.

¹⁸ Este aspecto central de las ciencias positivas es desarrollado críticamente por BATESON, Gregory, *Espíritu y Naturaleza*, Amorrortu, Buenos Aires, 1990, primera reimpresión en español.

La comparación tiene por finalidad establecer juicios de semejanza y juicios de diferencia luego, con base en ellos, se elaboran los juicios de identidad. Una semejanza o una diferencia reiterada permite al aparato cognitivo establecer regularidades. Éstas, a su vez, son patrones.

Morin, explican en *El Método*¹⁹ que las operaciones fundamentales del cerebro humano son *separar* y *unir*. Separa lo diferente y une lo semejante en operaciones dobles. Es decir toda separación es por otro lado una unión y viceversa.

Con base en lo anterior la segregación de Margarita García García por los miembros de su comunidad es un fenómeno que comprende una dimensión neuro-biológica, otra dimensión psíquica y una más de tipo cultural social. Que Margarita, además, se haya auto-segregado se debe a que se percibe distinta de los demás y su cerebro “la aparta” automática y mentalmente del resto.

Ahora bien ¿la exclusión/integración de una comunidad dentro de una sociedad es un proceso análogo a la exclusión/integración de un sujeto dentro de su comunidad? ¿La familia y la comunidad de Margarita están excluidas de la sociedad mexicana porque son indígenas y pobres? ¿Son pobres porque son indígenas? ¿Margarita es una persona excluida en más de un sentido?

Ya vimos que la exclusión/integración que se produce en el nivel comunitario tiene su contraparte en un proceso cognitivo de separación/integración en el cerebro humano. En otras palabras no se trata de un fenómeno aislado.

Ahora bien, la exclusión de una comunidad por otra parece ser una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Exclusiones famosas son por ejemplo las practicadas por los griegos antiguos que segregaban no sólo a los extranjeros, sino incluso a las mujeres griegas y a los niños, porque percibían que el pensamiento racional o *logos* no era cultivado por esos grupos²⁰.

¹⁹ MORIN, Edgar, *El método, El conocimiento del conocimiento*, Ed. Cátedra, Madrid, 2002, cuarta edición.

²⁰ Ver capítulo uno.

En México la segregación también ha sido una constante. Durante la época Colonial la principal separación se impuso entre indios y españoles. Pero ese hecho que aparentemente sólo consiste en una segregación racial es el velo que cubre un hecho contundente: la separación español/indígena fue la base del orden económico y social de la Colonia.²¹

Podríamos construir una lista casi infinita de diferencias biológicas, corporales, raciales, culturales, psíquicas, estéticas, etcétera; y de los grupos sociales, etnias, civilizaciones, nacionalidades, etcétera, que los usan para justificar la separación de los otros, pero carece de sentido pues las prácticas sociales, políticas y militares de separar unos humanos de otros parece ser lo más documentado que existe en la historia humana. Ahora desde el pensamiento complejo de Edgar Morin observamos que la separación/unión se encuentra en todos los niveles de organización en los cuales se despliega la vida, incluida la vida humana.

En términos antropológicos tal vez podríamos mencionar que la línea que separa la otredad de la mismidad puede ser biológica, cultural, geográfica, física, material, o abstracta, pero que siempre ha existido.

¿La separación/unión cumple alguna función en la complejidad bio-psico-social-cultural humana o sólo representa un problema superficial que debe ser erradicado?

Volvamos a preguntar lo siguiente: si la vida es un tipo de orden, ¿qué separación/unión le ha dado lugar? Si la cultura es un orden ¿en qué se funda? Intentemos elaborar una respuesta.

Evolutivamente hablando la organización viviente parece haber emergido de una separación/unión. En palabras de Antonio Lazcano, “una frontera entre dos fases físicas diferentes, por ejemplo, el interior acuoso de un coacervado y la matriz líquida externa, esto implica la formación de una región de composición química y de estructura molecular características. Este es un fenómeno que se presenta espontáneamente en el momento en que un

²¹ Ver capítulo dos.

sistema cualquiera surge teniendo una frontera de fases o de interfases, y lleva a la formación de una membrana”²².

El hecho fundante de la vida fue el surgimiento de una frontera permeable, la superficie de una gota, que delimitó un interior del exterior y permitió el intercambio de materia y energía que posteriormente devendría en metabolismo.

La separación/unión en el origen

A lo largo de millones de años la membrana originaria aportó las condiciones para la emergencia de la célula, y la célula se convirtió en la unidad mínima de la cual evolucionaron las diversas formas vivientes hasta los mamíferos donde se ubican los homínidos. En todos los vivientes se conservan las relaciones interior/exterior emanadas de la frontera primigenia y evolucionadas por la diferenciación celular y la complejización orgánicas. Embriológicamente hablando, el cerebro y la piel de los humanos tienen el mismo origen, y ambos relacionan, aunque de distinto modo, el interior con el exterior.

En *El paradigma perdido*²³ Morin ilustra la emergencia de la especie humana a través de su separación/unión con las demás especies animales y de las reglas que impone la naturaleza. Este fenómeno se produce cuando nuestros antepasados biológicos cruzaron la frontera de la cultura y se transformaron en *Homo sapiens*. El lenguaje articulado no sólo será el camino para la auto referencia y la auto-reflexión propias de nuestra especie, sino que será el ingrediente fundamental para la constitución del aparato psíquico del ser humano.

Pero como sugiere Morin, separación es al mismo tiempo unión. Esto que también comprueban las operaciones cognitivas, se hace evidente desde la

²² LAZCANO, Antonio, *El origen de la vida. Evolución química y evolución biológica*, México, Ed. Trillas, 1999, Octava re-impresión, p.58.

²³ MORIN, Edgar, *el paradigma perdido, Ensayo de bioantropología*, Ed. Kairós, Barcelona, 1999, quinta edición.

primera membrana de los vivientes unicelulares: la estructura que separa también es la que une. *Notemos que la separación radical o la unión total y permanente significarían simplemente la desintegración de la organización viviente.* La naturaleza de la separación/unión es discreta y eso precisamente es lo que funda la vida biológica y se reproduce en todos sus niveles de organización cuando esta se vuelve compleja.

Notamos que las funciones originarias de la membrana primigenia, realizadas en un principio de un modo exclusivamente fisicoquímico, evolucionan por diferenciación y complejización de tal modo que en el organismo desarrollado parte de ellas son ejecutadas por el cerebro de un modo físico-químico y neuro-biológico. Vemos también que las sensaciones recogidas por los sentidos, o *percipiens*, son enlazadas por el cerebro a ciertos conceptos y de ese modo emerge el *perceptum* que es enlace entre sensación y concepto.

En otros términos, el cerebro humano es capaz de representar culturalmente un fenómeno físico-biológico y procesar físico-biológicamente un fenómeno cultural. La hipercomplejidad cerebral humana descrita por Morin en la obra citada proviene de la separación/unión del *cogito* y el cómputo.

Ya Gregory Bateson en *Espíritu y naturaleza* había planteado que percibimos diferencia. Pero la diferencia, o la igualdad, no son punto de partida para el cerebro sino más bien resultados que provienen de una comparación. La *comparación*, a su vez, es la operación fundamental del aparato cognitivo humano.

Una vez que la mente establece una igualdad o una diferencia entre mínimamente dos instancias, procede a unir lo semejante y separar lo diferente.

El desarrollo del cerebro humano se ha potenciado con la emergencia de fronteras internas, anatómicas y funcionales, por ejemplo entre cerebro y cerebelo, entre neocórtex y sistema reptíleo, y entre los hemisferios izquierdo y derecho. Estas divisiones y las funciones que posibilitan también constituyen la dimensión biológica de la cultura y la sociedad. En este sentido, “la parte repetitiva de las prácticas humanas es gobernada por el

cerebelo”²⁴ mientras que el lado único, singular o novedoso de esas prácticas, es procesado; es decir inteligido, reflexionado, analizado, etcétera, por el cerebro.

Asociados a la dinámica anterior también se encuentran el olvido y el recuerdo que son los dos rostros de la memoria. En otro nivel, una comunidad se distingue de otra por las cosas que recuerda, y también por los hechos que olvida. En la dialógica entre recuerdo y olvido se tejen la memoria colectiva y la tradición oral, el pasado y el presente, la lengua y el habla²⁵.

Los hemisferios cerebrales

En un momento de su evolución, *Homo sapiens* levantó la vista hasta el horizonte y distinguió el detalle en la inmensidad. Sus ojos se especializaron dedicando unas células a la visión de conjunto y otras al enfoque de un punto específico.

La mirada amplia emparentó su desarrollo con el hemisferio cerebral derecho, y el enfoque de fragmentos discretos se alió con el hemisferio izquierdo. El elemento o lado cultural de este orden biológico se aprecia en la división del trabajo sexista, con su lado masculino de cazadores (que requiere visión enfocada) y su lado femenino de cuidadoras recolectoras (con visión amplia y de conjunto).

La interrelación entre la visión de unidades discretas y las prácticas sociales y culturales asociadas a ellas, desembocó en la creación del alfabeto y de la palabra escrita²⁶, y posteriormente en la emergencia del *logos* que fragmenta para conocer y divide para controlar a través de la imposición de la idea sobre la sustancia. Por su parte, la mirada amplia desemboca en el reconocimiento de patrones, conceptuada por la psicología Gestalt, en la

²⁴ PEREZ-Taylor, Rafael, *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana* II-A-UNAM

²⁵ PEREZ-Taylor, Rafael, *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana*, II-A, UNAM.

²⁶ Shlain, Leonard, *El alfabeto contra la diosa*, Debate, Madrid, 2000. Ver primeros capítulos.

imagen. Esta separación/unión entre hemisferios, posibilita que uno de ellos se especialice en el análisis y el pensamiento abstracto y el otro en la síntesis y el pensamiento concreto o práctico.

La separación/unión de los hemisferios potencia al infinito la capacidad cerebral; mientras que histórica y culturalmente emerge el conflicto entre la palabra y la imagen, entre el orden monoteísta y masculino de la palabra abstracta y el orden politeísta y femenino de la imagen y de lo concreto.

Y en esa línea evolutiva, la relación interior/exterior ha engendrado la relación entre lo visible y lo invisible²⁷. El fenómeno visible y su explicación invisible, abstracta.

Psíquicamente hablando, el “yo” es una instancia que emerge en la intersección de la imagen externa del sujeto y su capacidad para nombrarla; su propia imagen reflejada en alguna superficie —la hipótesis del lago de Román Gubern— es separada mentalmente del entorno e internalizada como unidad imaginaria/simbólica independiente²⁸. El “yo”, entonces, no está dentro ni fuera²⁹, es una función psíquica que para emerger requiere una frontera que haga esa distinción. Este litoral se produce a través de los intercambios físicos y simbólicos que la cría humana efectúa en la cultura donde nace; es decir con el cuerpo y el lenguaje, el de la madre en primer lugar, y con los cuerpos y el lenguaje del resto de sujetos de su familia y comunidad.

Pero la emergencia del “yo” también implica la división interna del sujeto. No sólo es necesario que pueda pensar, sino que pueda percatarse de que piensa, es decir que sea consciente de que piensa y luego, que sea consciente de su conciencia. El sujeto de la cultura es, entonces, un sujeto dividido (una instancia que piensa y otra que se percata de ese pensamiento). Las

²⁷ FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. S. XXI, México, varias ediciones. Uno de los ejes principales de la obra es la relación visible/invisible.

²⁸ LACAN, Jacques, “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” en *Escritos*, Tomo I, México, Siglo XXI Editores, décima edición en español, 1984, pp. 86-94.

²⁹ PEREZ-TAYLOR, Rafael, *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana*, IIA, UNAM.

divisiones/uniones no sólo están fuera, también constituyen interiormente al ser humano.

De las interacciones entre lo real, lo simbólico y lo imaginario emerge un sujeto³⁰. Un ser simbólico y simbolizador que simultáneamente es un ser biológico real, no sólo capaz de imaginar, sino también de imaginarse imaginando imágenes, dotándolas de significado dentro de su cultura. Capaz de auto referirse gracias a la separación que coloca de un lado al *yo* y del otro al *mi* (*je* y *moi*, como plantea Lacan). Por eso *yo* puedo tomarme como objeto de *mi* discurso, es decir *yo* puedo hablar de *mi*.

La separación simbólica como separación real

La separación simbólica e imaginaria que el lenguaje *figura* entre el humano y su entorno real es precisamente lo que lo hace sujeto. Esta figuración psíquica es en Occidente el punto de partida para elaborar la oposición filosófica hombre/naturaleza *que se tomó enérgica e ideológicamente como una separación real*. Y también es el telón de fondo en la separación de las ciencias naturales y las llamadas ciencias del espíritu.

Aunque simbólica e imaginariamente estamos apartados del medio, en lo real también somos naturaleza. Pero como he repetido desde el primer capítulo, la separación fundada en el *logos* hace pasar por “real” la separación imaginaria que sirve para legitimar el control y el dominio de unos sobre otros: para sojuzgar al otro primero hay que figurarnos que no es humano. Y por esa vía históricamente también se ha legitimado el sojuzgamiento global: para someter la naturaleza primero hay que figurarnos que no somos ella misma, que estamos “por encima” de ella.

Aristóteles justificaba la vivisección, o disección de los esclavos en vida, en tanto que no eran humanos, según él no tenían alma y no sentían. Los

³⁰ La tesis del “sujeto” como articulación de los registros real, simbólico e imaginario, en el campo del psicoanálisis, es uno de los planteamientos fundamentales de la obra de Jacques Lacan. Al respecto pueden consultarse los *Escritos* publicados por Siglo XXI, México, varias ediciones.

primeros científicos griegos buscaron afanosamente la diferencia real-anatómica que justificara la división entre los hombres libres y los esclavos, pero nunca la encontraron. De nueva cuenta, la separación era una figuración simbólica-imaginaria, era la ideología griega antigua.

Esta historia, con miles de rostros y nombres distintos es la historia de la humanidad. Es la historia de las conquistas, de las explotaciones y de los exterminios de los otros salvajes, de los otros incultos, de los otros distintos, de los otros inmorales, de los otros malos; en suma, es la historia de la civilización contra la barbarie, del hombre contra la naturaleza. Esta historia, que primero se escribió con sangre y fuego, luego se redactó también con la sintaxis antropológica de la otredad y la similitud, es decir, con una justificación científica del aniquilamiento.

La historia muestra, en suma, que la otredad se establece religiosa o paganamente, teórica o pragmáticamente, civilizada o bárbaramente, descarada o hipócritamente. Lo anterior me ha mostrado que el manejo ideológico de las separaciones naturales consiste en mantenerlas artificialmente apartadas de sus respectivas uniones, y que el poder de la racionalidad en buena medida radica en permitir o impedir, obstaculizar o favorecer, a voluntad, la infinita gama de separaciones/uniones constitutivas de la realidad viviente y no viviente.

La separación de los pobres

Desde su emergencia histórica en el orden social, los pobres se han utilizado para diversos fines al interior de los variados regímenes políticos que han visto su nacimiento y ocaso en la evolución de la sociedad humana. Durante la época de la hegemonía católica de la Edad Media los pobres en su calidad de “herederos del reino de los cielos” fueron ayudados por los poderosos quienes pretendían ganarse, por el vínculo caritativo con aquéllos, un lugar en la vida eterna. En las guerras los pobres han participado las más de las veces como “carne de cañón” En la Revolución Industrial los pobres fueron una fuente casi inagotable de fuerza de trabajo barata.

Los pobres como modelos vivos para la práctica

En relación con la medicina los pobres también han servido para el adiestramiento de los médicos³¹, quienes perfeccionan en ellos las técnicas que posteriormente utilizan con las clases altas. “En 1686 Luis XIV tuvo una fístula en el ano que ninguno de sus médicos pudo curar, a pesar de que se ensayaron numerosos tratamientos experimentados, como solía hacerse, en los pobres de los hospitales. Esta vez las experiencias fueron menos sanguinarias que los lanzazos que habían cegado a cuatro presos para permitir a los médicos de la época estudiar la herida recibida en un torneo por Enrique II: Se persuadió a Su Majestad de que las aguas de Barèges eran excelentes para esta afección. El rey estuvo dispuesto a ir. Sin embargo, antes de que hiciera el largo viaje, sus médicos estimaron que era necesario llevar allí a otros pacientes. Buscaron por tanto a cuatro personas afligidas por el mismo mal y las hicieron partir hacia Berèges junto con M. Gervais, cirujano ordinario de Su Majestad, todo ello a costa del rey. En Berèges M. Gervais les aplicó numerosas inyecciones de esa agua termal, en la misma fístula, y aplicó todos los procedimientos que le parecieron indicados. Pero cuando devolvió a sus enfermos ninguno de ellos estaba curado[...] M. de Louvois, no queriendo descuidar nada puesto que se trataba de la salud del rey, hizo preparar numerosas alcobas en las construcciones de la Superintendencia para alojar en ellas a la gente que tenían una fístula y M. Félix las trató con sus numerosos remedios. En resumen se perdió todo un año para comprobar que no era eficaz ninguno de esos medicamentos.

Félix, el primer cirujano del rey, propuso entonces operar al monarca. Experimentó primero la intervención en decenas de pobres de diversos hospicios de la región parisiense, ‘a fin de de adquirir práctica suficiente’, y cuando se sintió dispuesto a ella, se llevó a cabo la operación real dentro del mayor secreto, en octubre de 1686: el rey curó y el éxito fue público. Esta anécdota se remata con la metáfora renovada de los semejantes: para

³¹ Cabe aclarar que durante muchos siglos las actividades de médicos y cirujanos estuvieron claramente diferenciadas y muchas veces hasta en pugna. La disputa entre ellos se resolvió en Francia cuando las autoridades reales, durante el siglo XVIII decidieron convertir a los cirujanos en médicos y a los médicos en cirujanos. De tal fusión surgió la moderna figura del “médico cirujano”.

complacer al rey se hicieron operar treinta cortesanos que gozaban de perfecta salud.

Félix recibió 300 000 libras de honorarios y el domino de Moulineaux y, cuatro años después, fue ennoblecido. El primer médico, Antoine d'Anquin, que lo asistió, no recibió más que 100 000 libras de honorarios, es decir, la tercera parte, y si se añaden las ayudas operatorias y de botica, la intervención costó, en total, 568, 000 libras del Tesoro real³².

En el año de 1967, apareció en Estados Unidos de América el libro *La organización social de la muerte* de David Sudnow³³, donde el autor detalladamente expone la actitud y los procedimientos administrativos del personal de salud de dos hospitales, uno para pobres y otro para ricos, frente a la muerte. En el hospital para pobres, por otro lado, Sudnow describe punto por punto las prácticas de los médicos internos quienes realizan todo tipo de procedimientos en sus pacientes y lo contrasta con la atención que reciben los pacientes del hospital para ricos; quienes sólo son atendidos por médicos titulados bajo la supervisión de otro médico de reconocida trayectoria y experiencia, quien a su vez es vigilado de cerca por el hospital.

Los internos del hospital para ricos no pueden acceder a la práctica, pero se consuelan con el prestigio del hospital; sus colegas del hospital para pobres no realizan su formación en un hospital prestigiado, pero se consuelan con la enorme práctica adquirida que, finalmente, podrá ser empleada para atender pacientes ricos y hacerse de su propio prestigio.

Los pacientes pobres constituyen todavía un modelo vivo para la ejercitación de los jóvenes médicos y para que los más viejos se “mantengan en forma”. A diferencia de Estados Unidos de América, la centenaria tradición hospitalaria de México permite que sean varios hospitales públicos los que gozan de mucho mayor prestigio, aún sobre los hospitales privados más caros. En ellos hay pacientes de sobra y por lo mismo constituyen los espacios más codiciados para la preparación de médicos especialistas.

³² ATTALI, Jacques, *Op. Cit.* p. 113.

³³ SUDNOW, David, *La organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971, 207 p.

Los mexicanos pobres

Después de la consumación de la Independencia la figura económica y social de *los indios* fue sustituida por la de *los pobres*. Muchos pensadores mexicanos reflexionaron el tema. Veamos el siguiente pasaje de *La pobreza en México* de González Navarro:

“Lorenzo de Zavala, uno de los más conspicuos teóricos de la burguesía, en su viaje a los Estados Unidos en 1834, admiró el gran desarrollo tecnológico de ese país, el impulso a la educación (todas las poblaciones de más de dos mil habitantes contaban con escuela e imprenta) y la libertad de cultos. Según Zavala, una de las principales causas de la estabilidad de los Estados Unidos era la felicidad de la "inmensa mayoría" de sus 15 millones de habitantes: continuamente hablaban de hacer dinero y pocos, en cambio, se ocupaban de cuestiones abstractas. Al triunfar la libertad en México se pondrían en movimiento los abundantes elementos de riqueza del país y se asociaría la clase indígena, hasta entonces "degradada y envilecida", a la "familia civilizada".

El sistema norteamericano estaba destinado a vencer los "escombros góticos" de las tradiciones castellanas, su victoria sería "completa aunque sangrienta". También destacó la religiosidad del pueblo norteamericano, que llegaba al fanatismo presbiteriano en algunos pueblos y congregaciones; sin embargo, su conformidad a la disciplina de los primeros siglos del cristianismo la hacía compatible con el sistema de "igualdad popular". La religiosidad mexicana, en cambio, se asemejaba a la de España e Italia: asistir una o dos horas al templo a escuchar oraciones en latín, recitadas en voz baja y de prisa, sin conciencia ni unción. El resto del día el "pueblo bajo bebe y come; la gente de categoría juega y baila".

Peor aún era la idolatría indígena en Chalma y Guadalupe, ésta sólo servía para enriquecer a frailes holgazanes. En suma, mientras el pueblo norteamericano era laborioso, activo, reflexivo, circunspecto, tolerante, avaro, libre, orgulloso y perseverante, el mexicano era:

ligero, perezoso, intolerante, generoso y casi pródigo, vano, guerrero, supersticioso, ignorante y *enemigo de todo yugo*. El norteamericano trabaja, el mexicano se divierte”

Contraste final: todas las clases de Estados Unidos estaban vestidas, desnudas la casi totalidad de las mexicanas. Al lado de esas ventajas, poca cosa representaban las "rarísimas aberraciones" de ese país, por ejemplo el fanatismo, su aversión a la casta negra ("los judíos de la América del Norte"), la esclavitud, sus problemas arancelarios y los momentáneos embarazos monetarios de sus bancos”³⁴.

Ahora veamos cómo se entendía el “Principio generador de la sociedad”

“En la nueva generación liberal destaca Mariano Otero, quien en 1842 juzga a la clase media como aquella que representa "el verdadero carácter de la población", porque comprende la mayor suma de la riqueza y del saber. En contraste con Mariano Paredes Arrillaga, uno de los brazos armados de Lucas Alamán, vio con desprecio a "los terribles y perniciosos proletarios" y les negaba por eso el acceso a la cosa pública. Otero lamentó que la parte más considerable de la nación no sintiera más que las primeras necesidades físicas de la vida, situación que compartía con los pueblos indios que habían conservado su carácter nacional y vivían en la misma degradación que los proletarios urbanos. Criticó el ausentismo de los propietarios rurales y la triste situación de sus trabajadores, pero con el casi habitual optimismo de la clase dominante estaba seguro de que esos males desaparecerían "sin ofender el menor interés" con el solo aumento de la población, la mejora de los caminos y el perfeccionamiento de los procedimientos agrícolas; esto lo afirmaba un hombre que había llegado a la penetrante tesis de que el principio generador de la sociedad se encontraba en la organización de la propiedad”³⁵

En el diario La Jornada del 2 de octubre de 2006 aparecieron los datos

³⁴ GONZÁLEZ Navarro, Moisés, *La pobreza en México*, El Colegio de México, México, 1985, pp. 35-36

³⁵ *Op. Cit.*, pp. 38-39.

oficiales de la pobreza en México que muestran lo equivocado que estaba don Mariano Otero pues más de 160 años después el incremento de la población, de los caminos y de las técnicas agrícolas, no ha impedido el vertiginoso crecimiento de los mexicanos pobres.

En el nivel nacional son casi 20 millones de mexicanos cuyo ingreso no alcanza para cubrir la alimentación básica, especialmente en el medio rural; mientras en el nivel nacional casi 50 millones carecen de los medios indispensables para llevar una vida digna.

Pero mantener a los pobres al margen de la cosa pública, como era el punto de vista de don Mariano, ha cambiado radicalmente.

México vive hoy su “ingreso reciente a la democracia”, al gobierno de las mayorías; y como los pobres son mayoría en el país, los líderes sociales y los partidos políticos se disputan sus votos por todos los medios. Esas mayorías, por su parte, viven la ingrata situación de “abaratar” continuamente sus sufragios en el mercado de la democracia; a medida que se vuelven más y más pobres. Los pobres de hoy, integrados formalmente y excluidos de facto, siguen siendo la pieza clave del sostenimiento del orden social, ahora en su versión democrática y neoliberal³⁶.

Primera visita a Margarita

Un lunes visité a Margarita García. Llegué al Servicio a las 12:00 aproximadamente. Doña Laura, la mamá de Margarita, estaba sentada en una silla junto a la cama de la recién operada. Antes que cualquier otra cosa miré la operación en el rostro de la joven. Noté que se veía bastante bien. El colgajo parecía estar encarnando muy bien. Las suturas también parecían avanzar hacia una buena cicatrización.

³⁶ Otros aspectos de la relación entre pobreza y orden social en México han sido tratados en el capítulo dos.

La piel estaba quedando muy bien en su nuevo lugar. Mismo cuerpo, nuevo lugar, no tiene por qué haber problemas, por ejemplo de histocompatibilidad, como cuando los injertos son trasplantes entre distintas personas.

De cualquier modo me esforcé para no mostrar mucho el gran interés por ver el rostro de Margarita. Saludé a cada una, me respondieron el saludo. Dije que la operación se veía muy bien. Luego pregunté a la paciente cómo se sentía. Me dijo que la cara no le dolía pero que la pierna sí. Le platicué que de su pierna los cirujanos tomaron piel para cubrir la parte del brazo que quedó descubierta al quitarle de ahí la otra piel con grasa para ponerla en la frente. Le dije también que de la otra pierna quitaron un tramo de vena y otro de arteria para colocar la unidad estética en su nuevo lugar.

¿Por qué están excluidos de la información de su propio cuerpo?

Doña Laura quería saber por qué Margarita tenía una sutura que bajaba desde lo alto de la cabeza por todo el lado derecho de la cara, pasaba por detrás de la oreja y llegaba hasta el cuello. Se disculparon por “querer saber”, les dije que no lo hicieran, era normal la curiosidad por aquella sutura tan grande.

Dije que por detrás de la cicatriz bajaba una vena que le habían colocado allí los cirujanos, y que esa vena la habían tomado de su pierna, por eso le dolía la pierna a Margarita.

Traté de explicarles, como pude, que el pedazo de piel colocado allí necesitaba “alimento” por una arteria y que necesitaba sacar los desechos por una vena. Y eso lo habían hecho los médicos con mucho cuidado, con mucho trabajo y por eso había durado tantas horas la operación y la habían intervenido tres veces. (Esto último no lo pensaba así, pero de cualquier modo lo dije).

Noté que la información causó tranquilidad ¿Por qué no les informan, cuando menos de una manera muy general, qué hicieron y por qué el paciente tiene este o aquel aspecto?

Las dudas, naturalmente, surgen de lo visible y luego de lo sensible. Que el paciente tenga la posibilidad de comprender por qué se ve y se siente de cierta manera, es algo que urge incorporar como parte fundamental del servicio prestado por la institución a estas personas. Enfatizamos “a estas personas” porque otro tipo de usuarios de los servicios como la clase media ciudadana, son exigentes y demandantes de la información que requieren para tranquilizarse. La información, en suma, disminuye la incertidumbre y con ello baja también la ansiedad³⁷.

Preguntaban con insistencia si yo trabajaba en el Hospital. Les reiteré que no. Era realmente una casualidad que pudiera darles información. Luego llegó la tía de Margarita, y cuando salí del Servicio me topé con ella, me cuestionó por qué no les dan información.

Dijo que llegaron a visitar a Margarita y se enteraron del tercer ingreso consecutivo a quirófano; luego supieron que Margarita “estuvo a punto de morir” y quería saber por qué no les avisan si en el Servicio tienen su número telefónico y, además, se los pidieron diciéndoles que lo requerían por si se presentaba la necesidad de establecer comunicación con ellos. Repetí que no trabajaba allí, que había estado presente en la operación y que había observado un trabajo muy bien hecho, muy fino; claro que me refería al trabajo del Dr. Miguel de Cervantes, al tiempo que evitaba pensar en el doctor Sánchez.

Pero la inquietud sigue ¿Por qué no informar aunque sea lo mínimo tanto a los pacientes como a los familiares? ¿La información les fue negada para ocultar lo sucedido con Margarita en el quirófano?

³⁷ Que por otro lado, podría llegar a ser fuente de alguna complicación.

La presentación de Margarita en el pase de visita

Llegué al Servicio unos cuantos minutos antes de las 8:00; la vi, y escuché al médico residente que la presentó; era alguien que no estuvo en la cirugía, que no la operó. Estaba presente el doctor de Cervantes, él reparó los errores previos, pero tal vez no puede o no debe “autopresentar” su propio trabajo.

Margarita fue reducida a un injerto de vena

Cuando fue presentada sólo se habló, en un minuto, de la vena que le injertaron. Quedé estupefacto con la reducción. Mi mente quedó en blanco por varios minutos.

Cuando transcribía estas notas me di cuenta que el pase de visita muestra algunas cosas y oculta otras. En este caso, se mostraba un pequeño fragmento de lo sucedido, y se ocultaba casi la totalidad.

¿Dónde quedó el hecho de que Margarita estuvo a punto de “quedarse sin frente”? ¿Y los errores y descuidos?

El pase de visita

Antes del “pase de visita” donde Margarita sería presentada, había asistido muchas veces a otros pases de visita. Se trata de un acto solemne, muy semejante a una ceremonia. Empieza a las ocho en punto de la mañana y están presentes todos los médicos residentes, los médicos adscritos y también el Jefe del Servicio. Las pequeñas salas de recuperación (una para mujeres y otra para hombres) cuentan con ocho camas cada una. Alguien de pie, en el umbral de la puerta de acceso, puede ver cuatro camas a su mano derecha y otras tantas a la izquierda, un pasillo de unos dos metros de ancho separa

ambas filas de camas. El espacio entre camas es de aproximadamente un metro. La pared del fondo es un gran ventanal y a través de él puede verse el vestíbulo de la oficina del Jefe del Servicio.

Conforme van entrando los médicos ocupan los espacios entre las camas y se colocan de frente al pasillo de tal modo que se forma una circunferencia irregular que caracolea entre las camas. El pasillo queda “libre” porque a través de él se desplazan los médicos encargados de presentar los pacientes en recuperación. La presentación es rotatoria, y corresponde a los médicos residentes de primer año realizarla.

El jefe de Servicio escucha con atención la descripción leída por el residente, quien se pone de pie junto a la cama del paciente. Empieza siempre por el nombre; el número de días en recuperación, la mención y descripción a grandes rasgos de la intervención quirúrgica realizada, los datos más significativos de la evolución y las acciones médicas llevadas a cabo. La presentación puede terminar con la posible fecha en que el paciente será dado de alta.

Cuando, al parecer, el jefe de Servicio juzga bien hecho el trabajo, no hace comentarios y ordena la presentación del siguiente paciente. Entre un paciente y otro el presentador puede ser sustituido por otro, o no, dependiendo de cómo los residentes, con su jefe a la cabeza, hayan organizado un día antes el “pase de visita”. En la preparación y organización previas, el jefe de residentes frecuentemente es la máxima autoridad presente; bajo su mando se afinan detalles y se toman los acuerdos para el día siguiente.

Una vez que el jefe del Servicio, o su sustituto, se da por satisfecho con la presentación de un paciente y antes de iniciada la siguiente, los médicos que siguen en la jerarquía pueden hacer alguna o varias preguntas en relación con las razones de la intervención quirúrgica y la técnica empleada; inclusive pueden cuestionar al presentador qué otro procedimiento hubiera podido emplearse y cuáles serían los argumentos médicos para utilizarlo. Una pregunta recurrente, según pude apreciar, es acerca del conocimiento anatómico del presentador en cuanto a la región intervenida. Y entre lo anatómico despuntan las clasificaciones de músculos, huesos, cartílagos, tendones, ligamentos, entre otros.

En una presentación pueden surgir varios preguntadores quienes ocupan turno para cuestionar siempre de mayor a menor jerarquía: jefe de Servicio primero, luego ex jefes de servicio (cuando se encuentran presentes), luego médicos adscritos por antigüedad o por prestigio; incluso el jefe de residentes puede sumarse al grupo de “preguntadores”.

Los “respondientes” por su parte, contestan las preguntas empezando por los de menor rango. Si un residente no responde una pregunta del “caso” que él mismo presenta, el médico que cuestiona puede transferir la pregunta a otro o a varios residentes de primer año. Si no hay respuesta o no queda satisfecho con las respuestas, entonces transfiere la pregunta a los residentes de segundo año, luego a los de tercero. Cuando esto sucede, la tensión en la sala de recuperación va incrementando gradualmente.

Entre la pregunta y su respuesta reina un silencio casi total, a veces sólo interrumpido por el sonido de alguna puerta que abre o cierra, un ruido de pasos en la distancia, etcétera ¿El silencio de los presentes juega algún papel en la ceremonia? Todos atienden tanto la pregunta como su respuesta. El médico residente interrogado manifiesta tensión en las facciones del rostro, a veces acompañada de titubeos en la voz. Esto sucede más frecuentemente a los residentes de primer año, durante sus primeros meses en el Servicio, aunque no a todos.

Es notoria la diferente actitud de los residentes de segundo y sobre todo los de tercer año, quienes manifiestan tranquilidad y serenidad, sin dejar de expresar respeto a la atmósfera de solemnidad que envuelve el pase de visita.

El pase de visita es un examen público y cotidiano de los médicos en formación³⁸ que muestra no sólo los conocimientos de los residentes; sino su sentido de responsabilidad, su vocación de servicio, su disciplina, su actitud ante la organización del Servicio (especialmente a su sistema vertical de jerarquías) su disposición al trabajo y la entrega en las actividades cotidianas.

³⁸ Es importante tener presente que, desde su nacimiento, el Hospital General es una institución dedicada a la enseñanza de la medicina y la investigación, además de su dimensión asistencial.

Al pase de visita los médicos residentes además asisten perfectamente aliñados pues su aspecto personal también es tomado en cuenta.

En relación con cada “caso” los residentes están obligados a realizar investigación documental pues, como ya se dijo, el conocimiento de la región anatómica intervenida, de las técnicas empleadas en la intervención quirúrgica, de los fármacos utilizados en el proceso de recuperación, etcétera, no es responsabilidad exclusiva de quien presenta; las preguntas en cualquier momento saltan hacia todos los residentes presentes en el pase de visita.

La exigencia a los médicos en formación es muy elevada. Los miércoles, por ejemplo, es día de cirugía y el trabajo en los quirófanos es realmente extenuante. Después de pocas horas de permanecer de pie frente a la plancha duelen las piernas intensamente y también la cintura. Y cuando lo anterior se combina con la fatiga crónica y la pérdida de la noción del paso del tiempo, da por resultado una sensación de doloroso abandono y soledad (eso fue lo que yo sentí). Los médicos residentes trabajan junto con anestesiólogos e instrumentistas que son personal de base del Hospital, quienes al terminar su turno se retiran. Luego llega el personal del turno vespertino y se vuelven a retirar llegada la hora. No es raro que los residentes vean entrar y salir al personal de ambos turnos mientras permanecen dentro de los quirófanos.

Una vez concluido el trabajo quirúrgico regresan al servicio para organizar el pase de visita del día siguiente y para realizar otras tareas administrativas. Salen del Hospital ya avanzada la noche y llegan a casa para preparar la clase de 7 del día siguiente, además de hacer la mencionada indagación bibliográfica relacionada con los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, y de ese modo estar listos para el pase de visita que empieza a las 8:00 de la mañana.

Residentes dormitando en el suelo, junto a las paredes, entre una intervención y otra, o durante los lapsos donde no es requerida su participación directa, son parte de la estética del quirófano. Literalmente rendidos por el cansancio, nadie toma a mal que los jóvenes médicos tomen pequeños lapsos para recuperar algo del sueño perdido.

Los médicos residentes de primer año también son responsables de las condiciones generales de los quirófanos. Si algún empleado del hospital falla

y, por ejemplo, no hay personal para limpiar y esterilizar el quirófano entre una operación y otra, son los residentes quienes deben realizar la tarea. La cirugía no puede interrumpirse o suspenderse por una falla de los empleados del hospital. Si una intervención quirúrgica requerirá microscopio, es obligación de los residentes preverlo y hacer las gestiones para que el aparato esté disponible y en buen estado en el momento de su utilización; entre una gama de innumerables de detalles que no deben pasarse por alto.

Los residentes de segundo año participan más directamente en las cirugías y los de tercero ya tienen la posibilidad de elegir las intervenciones de su preferencia o interés profesional. Es de lo más frecuente, por otro lado, que las dificultades presupuestales del Hospital repercutan en la falta de instrumental quirúrgico. Los residentes llevan el suyo propio que es utilizado en una determinada cirugía y recuperado inmediatamente después. También aportan su propio equipo, como los lentes especiales para microcirugía, entre otros.

El pase de visita es la “cara del servicio”, por esta razón toda deficiencia debe ser subsanada antes que aquél sea llevado a cabo. Cuando algún problema traspasa la frontera y llega hasta el territorio del pase de visita, significa que alguien o algo está fallando en el Servicio. Los correctivos no se hacen esperar, ello implica guardias de castigo para quienes no están cumpliendo cabal y correctamente con sus obligaciones.

Y aunque en el pase de visita puede manifestarse lo mal hecho, lo mal planeado, lo mal gestionado, etcétera; se presta mucho más para que se manifieste lo “mal-dicho”, lo mal expresado, pues las presentaciones se hacen de manera verbal. En ellas la descripción anatómica y funcional de las regiones intervenidas ocupa un lugar sobresaliente.

Los descuidos y deficiencias ocurridos en la operación de Margarita García no asomaron la cara en el pase de visita. La mañana siguiente a la operación, al llevarse a cabo el pase de visita, ella se encontraba lejos de ahí, en la enorme sala ya descrita, junto a los quirófanos centrales, con su unidad estética “mal injertada”; quizá por eso no fue mostrada ni presentada. Luego el doctor de Cervantes corrigió los errores y descuidos anteriores, de tal modo que al ser presentada, el “mal” había sido eliminado. “El bien había triunfado sobre el mal” (ésta es una expresión utilizada por algunos

residentes, aprendida a su vez de sus maestros, cuando se concluye exitosamente una intervención quirúrgica. La frase se pronuncia de una manera solemne y al mismo tiempo tiene la forma de una expresión graciosa que viene después de la tensión generada durante la intervención. Es definitivamente una frase ambigua, pero sus dos valores, tanto el solemne como el jocoso, expresan lo sucedido en el quirófano).

Pero “la eliminación del mal” se realizó al costo de “sacrificar” la presentación del trabajo escrupulosa y diestramente bien realizado por el Dr. de Cervantes pues tampoco se habló de él en el pase de visita³⁹. El bien de un cirujano se utilizó para cubrir el mal de un equipo de trabajo y con ello el del Servicio de Cirugía Plástica y el del Hospital General. La detección, delimitación y eliminación del mal ¿forma parte de la ceremonia del pase de visita?

En el trabajo quirúrgico del Servicio el mal tiene muchos rostros: un olvido, una omisión, una falta de indagación, un error de programación, una falta de previsión, pueden magnificarse en el momento menos esperado y provocar situaciones como la descrita en la operación de Margarita García.

El pase de visita es una radiografía del servicio y en él se detecta el mal y se le destruye. Esto incluye dar de baja residentes que en los hechos no cubren las expectativas del Servicio. Esto ocurre mucho más frecuentemente con los residentes de primer año, durante las primeras semanas posteriores a su ingreso; como en los viejos tiempos cuando se eliminaba al enfermo para

³⁹ En “La enfermedad y sus metáforas” de Susan Sontag, publicada en la revista *Literatura*, San Sebastián-Donostia, febrero de 1990, D.L.:S.S.115/87, la autora desarrolla y muestra el uso político de las metáforas asignadas a la tuberculosis en el siglo XIX, y al cáncer en el XX. Mientras que la tuberculosis se metaforizó como “espiritualización”, el cáncer se ha representado como una “invasión” conceptualizada en términos militares. Una invasión que debe ser “cercada”, “atacada”, “irradiada”, “bombardeada”, “envenenada” (quimioterapia); aún al costo de envenenar al propio enfermo, es decir al más puro y viejo estilo de “acabar con el enfermo para terminar con la enfermedad”. Sontag expone detalladamente las metáforas de estas enfermedades en la literatura y en la política y muestra lo que ya adelantaba Nietzsche en su *Genealogía de la moral*, que *designar* en general y *designar* lo bueno y lo malo en particular, es monopolio de los poderosos. Una vez designado el mal, la siguiente tarea es identificarlo, cercarlo, negociarlo, y destruirlo, esto último en términos de Attali.

acabar con la enfermedad, se despide a los “malos” residentes para eliminar el mal trabajo en el Servicio.

En una ocasión, un residente de primer año presentaba un paciente quemado: Su lectura empezaba, más o menos, de la siguiente manera:

“Paciente masculino de 35 años de edad presenta quemaduras de primero y segundo grados en el 60 por ciento de la superficie corporal.... etcétera”.

El jefe del Servicio gesticulaba y con ello parecía mostrar que la presentación no era correcta. ¡“Su diagnóstico doctor”! dijo repentinamente con voz energética. El residente empezó a “recitar” lo ya dicho ¡“Su diagnóstico doctor”! se escuchó de nuevo, ahora con voz más fuerte; el residente volvió a repetir su texto y el grito exigiéndole el diagnóstico incrementó su volumen y energía. Luego vino la reprimenda en el marco del silencio total de los que estábamos en la sala.

El residente no indicaba en su descripción si las quemaduras del paciente habían sido producidas por fuego, por sustancias químicas o por electricidad. En ese momento me enteré que la atención médica debe ser distinta dependiendo de la causa de las quemaduras. El quemado electrocutado recibe fuertes dosis de electricidad que afectan especialmente al cerebro y al corazón, entre otras cosas, lo que debe ser atendido específicamente en el servicio médico que se le presta.

La omisión del residente fue reprendida severa y públicamente, como corresponde al pase de visita. En ocasiones la llamada de atención puede ser humillante. En ese momento el marco de silencio de todos los presentes es absoluto. Lo anterior se acompaña también de un marco de inexpresividad gestual.

Los efectos son instantáneos. No pude evitar ponerme imaginariamente en el lugar del residente “omiso”, y pienso que nunca olvidaré que antes de prestar la atención médica a un paciente quemado debe indagarse la causa de las quemaduras.

El pase de visita es una ceremonia

La llamada de atención en público activa un enjambre de sentimientos de los presentes, la memoria de lo realizado, la búsqueda mental del error, de la omisión, del descuido; del *mal* en suma. La corrección de un error queda ligada a la formalidad extrema de la ceremonia y con ello se impide que pase al olvido. El método es muy eficaz, aunque no deja de ser doloroso para quienes lo viven y para muchos de quienes lo presencian porque el correctivo, aunque parezca individual, es para el grupo de residentes y su jefe, pues antes de que un paciente aparezca en el pase de visita ha sido presentado entre los médicos en formación y supervisado por el jefe de residentes. La reprimenda es para todo el Servicio pues el jefe de residentes y sus actividades están vinculados y supervisados por los médicos adscritos. El sermón, en suma, es para conjurar el mal del Servicio y del orden médico de todo el Hospital, por eso se realiza muy formalmente en una ceremonia.

Durante la época del Doctor Fernando Ortiz Monasterio al frente del Servicio, era común “el sangrado de tubo digestivo” de los residentes, incluso los desmayos durante el pase de visita, por la tensión que provoca la responsabilidad de una gama casi infinita de actividades dentro del Servicio⁴⁰.

En otro “pase de visita”, un residente de primer año, al referirse a la evolución de un trasplante de piel en un paciente, mencionó “el colgajo ya pegó”. En ese momento fue interrumpido por el jefe del Servicio y la reprimenda por el *mal uso* del término fue larga y muy enérgica. Los residentes están obligados al *buen uso* de la terminología médica.⁴¹

⁴⁰ HERNÁNDEZ Zinzún, Gilberto, *Entrevista con el Dr. Fernando Ortiz Monasterio*, 15 de marzo de 2005.

⁴¹ En el texto *Ciencia, poder e ideología: el saber y el hacer en la evolución de la medicina española. Siglos XIV-XVIII*. Editado por María Estela González de Fauve. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Historia de España “Claudio Sánchez-Albornoz”, 2001, 333 p., se describe el proceso de formación del lenguaje médico en España, en el cual hubo muchos “médicos lingüistas” dedicados a “limpiar” el lenguaje médico de ecos populares y de ese modo evitar ambigüedades.

Pero los “errores” cometidos en la intervención quirúrgica a Margarita García no cruzaron las garitas entre el quirófano y la sala de recuperación ¿significa entonces que sólo “males menores” pueden servir como “material” para la ceremonia? Acaso un mal mayor ¿podría poner en peligro a la misma ceremonia y al propio Servicio? Es posible que sí, dependiendo de qué o quiénes hayan sido encubiertos en la intervención de Margarita y por qué. Pero mi presencia en el Servicio siempre estuvo guiada por la intención de comprender lo que allí sucede, no fue fiscalizadora ni policíaca y por tal motivo nunca hice una sola pregunta que pudiera comprometer a quien respondiera o a quien fuera señalado o a ambos.

Globalmente hablando el pase de visita es una ceremonia donde se detecta y elimina el mal, empezando por el “mal decir” para sustituirlo por el “bien decir” que es “anatómico y fisiológico”, principalmente. Es una ceremonia donde incesantemente se detectan y eliminan los “enemigos” del método racional, del discurso científico basado en el *logos* y de la epistemología observacional. Con la ceremonia de purificación del lenguaje médico y de la práctica a él asociada, se renueva incesantemente la racionalidad científica y el orden que ella impone.

Pero ¿Es posible hablar de “ritualidad” en el terreno de las prácticas científicas? ¿Acaso en la vida contemporánea no compartimos el supuesto de que las prácticas sociales se sostienen en la ciencia y la tecnología, es decir en un conocimiento desligado de lo mítico-religioso?

Mito y rito

Ciencia y tecnología

(Quinta y última disertación)

La ciencia y la tecnología aparecen en la vida contemporánea como los principales instrumentos que hacen posible la producción a gran escala de bienes y servicios para el uso industrial y también para el ambiente doméstico. Los servicios médicos no son la excepción, desde el siglo XIX dependen cada día más del uso de la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de un número creciente de problemas de salud.

Aunque es frecuente que la tecnología aparezca como un instrumento neutral, es decir subordinado a la decisión del médico, también es cierto que de muchas maneras la fuerza de la tecnología contribuye a modelar la práctica de la medicina, sobre todo por las ventajas competitivas que otorga a quienes la utilizan. Claro que este fenómeno no es exclusivo de la práctica médica, ocurre en casi todas las actividades sociales.

En la producción agrícola, por ejemplo, hoy se utiliza el rayo láser para nivelar los terrenos de siembra y de ese modo aprovechar al máximo el agua del sistema de riego. Las semillas se mejoran genéticamente para obtener los más altos rendimientos por hectárea, o para aprovechar las cualidades más rentables de ciertos productos agrícolas; los fertilizantes son químicamente diseñados de acuerdo con la fisiología de las plantas cultivadas. Cada máquina para el cultivo y la cosecha, por ejemplo de muchos cereales, realiza el trabajo de cientos o miles de hombres; el almacenamiento y conservación de los productos cosechados se realiza utilizando toda una gama de recursos físicos, químicos y biológicos para retrasar o impedir la descomposición natural de frutos, semillas y hortalizas, entre otros.

Pero la tecnología no existe por sí misma, para muchos autores hablar de tecnología es hablar de “cristalización de ciencia”, se trata de la ciencia convertida en artefacto.

Ahora bien, cuando en la actualidad se enfrenta el binomio ciencia/tecnología a la pareja mito/rito, frecuentemente se compara el conocimiento objetivo y su capacidad para traducirse o influir en hechos reales; con el conocimiento mítico y su incapacidad para demostrarse y para producir el mismo tipo de resultados. De lo anterior corrientemente se sigue que el mito es falso, que el rito es un engaño y que la ciencia es verdadera y fáctica. Ese poder fáctico de la ciencia moderna, por su parte, aparece hoy en día como una especie de autodemostación fehaciente y como validación automática e instantánea. Frente a ello, el mito y el rito quedan descalificados para establecer cualquier tipo de diálogo en los términos que la ciencia y la tecnología imponen. El poder de la ciencia, en suma, se extiende por el planeta “desmitificando el mundo”.

Es frecuente, en ese mismo sentido, que en el habla popular y en el discurso de académicos ajenos al estudio de las humanidades la palabra 'mito' aparezca exclusivamente como sinónimo de 'mentira', de 'falsedad', de 'dogmatismo' o de invención sin fundamento, de tal modo que cuando algo es designado como "mito" nada queda por decir, so pena de caer en el terreno de lo absurdo o de la necesidad.

Pero a la ciencia no le viene bien la confianza ciega de la gente porque eso es dogmatismo. El poder de la ciencia, se afirma, no proviene de la creencia de la gente —lo cual es propio del mito y de la religión— sino de su capacidad para demostrar experimentalmente, es decir en los hechos, la verdad de sus enunciados. A la legitimidad de la ciencia, entonces, le va mejor una confianza racionalmente fundada pues de otro modo se le asume míticamente.

Explica León Olivé:

"Nos comportamos racionalmente cuando confiamos en la ciencia, no porque merezca una autoridad dogmática, sino porque confiamos en los procedimientos mediante los cuales se ponen e prueba las hipótesis y mediante los cuales se aceptan o rechazan propuestas y teorías. Porque normalmente la ciencia se basa en esos procedimientos, es irracional desconfiar de ella. Porque *eso* es lo que importa al aceptar creencias o al querer obtener resultados concretos, es irracional desconfiar en la ciencia. Y por lo mismo es irracional confiar demasiado en la ciencia, si el exceso de confianza significa no revisar los procedimientos mediante los cuales se ha aceptado una creencia, o el uso de los conceptos cuando se trasladan de un contexto a otro. ¿Qué hay de mito y qué de realidad en la racionalidad científica? Lo que podríamos concluir es que la racionalidad científica se vuelve un mito cuando se pretende que consiste en un conjunto fijo e inmutable de reglas, en un canon, que bien aplicado conduce ineluctablemente a un único resultado."⁴²

⁴² OLIVÉ, León, *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós-UNAM, México, 2000, p. 65.

Es muy interesante observar cómo de la racionalidad con la que se produce el conocimiento y de lo razonable que éste es, León Olivé transita a su postura de la “confianza racional” en la ciencia ¿Se trata de creer científicamente en la ciencia?

La disertación de León Olivé plantea que para confiar racionalmente en la ciencia es necesario escudriñar en los procedimientos a través de los cuales se ponen a prueba las hipótesis, propuestas y teorías; pero eso significa trasladar el asunto de la confianza en la ciencia a la confianza en sus procedimientos.

Pero el examen de esos procedimientos es una actividad altamente especializada que sólo un reducido número de personas puede y está en condiciones de realizar. Esto significa, en los hechos y desde la perspectiva de Olivé, que para la gran mayoría de las personas confiar irracionalmente en la ciencia no es una opción, sino la única posibilidad.

Por otro lado, siguiendo a nuestro autor, tampoco se puede desconfiar de la ciencia sin pruebas, pues se trataría de una desconfianza irracional. Lo anterior, sin embargo, nos regresa al punto anterior pues fundamentar la desconfianza en la ciencia es una tarea igual o más compleja que fundar la confianza en ella. Finalmente la única posibilidad práctica para la gente es confiar/desconfiar de la ciencia de manera “irracional”.

En el primer capítulo planteamos que la ciencia de nuestra época consiste en un “poder hacer” (poder experimentar, poder probar, poder rechazar una hipótesis, etcétera) y que ese *poder* consiste en la conjunción de una gran cantidad de recursos y capacidades disponibles sólo para unos cuantos. Para la gran mayoría, entonces, el vínculo posible con la ciencia es una relación dogmática; y curiosamente el planteamiento de Olivé es que el “mito” en la racionalidad científica consiste en tomar esta última como un dogma.

Pero lo anterior no sólo aplica para el ciudadano común y corriente; la mayor parte de los universitarios somos simples usuarios de los conocimientos científicos y estamos excluidos, voluntaria o involuntariamente, de las condiciones objetivas y subjetivas para escudriñar los procedimientos a través de los cuales se produce la infinita gama de conocimientos que utilizamos cotidianamente.

La práctica médica, por su parte, es también una actividad altamente dependiente de los conocimientos producidos, principalmente, en las ciencias biomédicas. En este caso la gran mayoría de los médicos practicantes, con excepción de los pocos que además son investigadores, son también simples usuarios del conocimiento y operarios de la tecnología.

¿Significa lo anterior que la racionalidad científica, es decir el aparato conceptual y procedimental de la ciencia, sólo es dogmáticamente accesible para la mayoría de la población? En realidad la creencia en la ciencia hace mucho que se convirtió en fe. Vayamos con Gadamer:

“La fe en la razón y en su poder victorioso es la convicción básica de la Ilustración. Lo que hoy se llama filosofía se entiende en todas partes como consumación de tal movimiento de la Ilustración, no sólo en el ámbito occidental, donde se desarrolla en el doble movimiento, por la superación de la conciencia mítica por los griegos y por la liberación de las presiones autoritarias de la lección medieval de la Iglesia, en lo que llamamos ‘ciencia’; [...] Si la filosofía fuese realmente pura ciencia de la razón, o la razón de la ciencia, no habría entonces duda alguna de que la razón en forma de filosofía ocupa hoy ciertamente en la vida humana el verdadero lugar dominante del que gozó en otros tiempos como reina de las ciencias. Sin embargo, apenas tiene sentido, en rigor, preguntarse si la razón tiene poder, cuando justamente la impotencia de la razón se manifiesta en todas las experiencias de la humanidad...”⁴³

Examinemos el tema desde otro punto de vista. ¿Es posible desconfiar de todo el conocimiento implicado en las actividades cotidianas si antes no hemos escudriñado los procedimientos a través de los cuales fue producido? ¿No constituiría lo anterior una experiencia aterradora para casi cualquier persona? ¿No resulta mucho más accesible, práctico y “sano” creer simplemente que el entorno está ahí y que lo aprendido acerca de él es cierto pues nos permite encajar y operar en él?

⁴³ GADAMER, Hans-Georg, “Sobre el poder de la razón” en *Elogio de la teoría. Discursos y artículos*, Península, Barcelona, 2000, p. 45.

El tema del “conocimiento en la vida cotidiana” ha sido tratado a profundidad por Peter Berger y Thomas Luckmann en su *Construcción social de la realidad*⁴⁴ y para ellos tanto el mito como la teología y la ciencia han funcionado no sólo como organizadores de la vida social sino también como universos simbólicos legitimadores del orden sociocultural desde donde se establecen y al cual contribuyen a sostener.

La legitimación es entendida por los autores, *grosso modo*, como la capacidad de dar cuenta, de explicar coherentemente el orden vigente, sobre todo desde los adultos hacia las generaciones jóvenes. Pero, a diferencia de lo que podría parecer una aspiración en los planteamientos de Olivé, es decir, un orden científico científicamente enraizado en la mentalidad de la gente; la legitimidad planteada por Berger y Luckmann no proviene de que todos puedan corroborar el entretejido de enunciados constitutivos del universo simbólico, sino de que esté fuera del alcance de la mayoría ponerlos seriamente en duda. Este punto de vista concuerda con la noción de ciencia como el “poder hacer” de unos cuantos citada líneas arriba.

No debemos olvidar, por otro lado, que la creencia en el mito, así como la creencia en las verdades teológicas y las verdades científicas han funcionado como medios de integración social. La duda, por el contrario, es productora de aislamiento y segregación, y más todavía; dentro del cristianismo y durante muchos años, los titubeos o la ausencia de fe se castigaron con la muerte.

Desde los párrafos anteriores podemos observar que la postura de Olivé conduce a un callejón sin salida pues no se permite dudar de la ciencia sin pruebas y tampoco es válido creer en ella sin evidencias.

Hoy la ciencia no se produce a puerta cerrada, como se hacía la teología tiempo atrás; y aunque buena parte de la investigación científica es celosamente protegida, ello no se debe a que pueda ser puesta en duda racionalmente por los usuarios, sino a motivos económicos y/o militares.

⁴⁴ BERGER P. y Luckmann T., *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986, octava reimpresión.

Del mito⁴⁵

Nuestro problema ha ganado en complejidad. Hoy en ciertos círculos sociales —sobre todo en los académicos— no sólo es reprobable creer en el mito, sino también creer en la ciencia como si fuera mito. ¿Qué contiene el mito que resulta tan inquietante? ¿Por qué se clausura su discusión? ¿Contiene algo peligroso? ¿Para qué o para quién? Y la ciencia ¿sólo es conocimiento verdadero o es más que eso? ¿Acaso la “mentira” del mito esconde alguna verdad y la verdad de la ciencia oculta alguna “mentira”? Respondamos con un poco de historia:

Miguel Morey plantea el tránsito del mito al *logos* como la:

“...transición de un orden fuertemente jerarquizado por un sistema de narraciones sacras a un orden débilmente jerarquizado en el que la idea de *proporción*, *equilibrio* y *acuerdo* privan como principios últimos de subordinación”⁴⁶.

¿Un orden? ¿Sistema de narraciones? ¿Jerarquías? A primera vista el mito no sólo consiste en algo falso.

“La palabra *mythos* es una palabra griega, y en el uso lingüístico homérico significaba simplemente ‘discurso’, ‘proclamación’, ‘notificación’, ‘dar a conocer una noticia. Nada indica que ese discurso llamado *mythos* fuese particularmente poco fiable o que fuera mentira o pura invención y mucho menos que tuviese algo que ver con lo divino...Sólo siglos después en el curso de la Ilustración griega, el vocabulario épico de *mythos* y *mythein* caen en desuso y es suplantado por el campo semántico de *logos* y *legein*. Pero justamente por ello se establece el perfil que acuña el concepto de mito y resalta el *mythos*

⁴⁵ Algunos autores conciben el mito indisolublemente ligado al rito, y ciertamente muchos mitos bastante conocidos presentan esa característica; sin embargo no siempre ocurre de esa manera. En estas páginas abordamos primero un mito estrechamente vinculado a un conjunto de rituales y posteriormente observaremos cómo y por qué pueden presentarse ritos y ritualidad sin algún mito.

⁴⁶ MOREY, Miguel. *Los presocráticos. Del mito al logos*. Ed. Montesinos. Barcelona. 4ª. Edición. 1988. p 14

como un tipo particular de discurso frente al *logos*, frente al discurso explicativo y demostrativo. La palabra designa en tales circunstancias todo aquello que sólo puede ser narrado, las historias de los dioses y de los hijos de los dioses... En cualquier caso, el mito es lo conocido, la noticia que se esparce sin que sea necesario ni determinar su origen ni confirmarla [Tal vez fue Aristóteles quien planteó la relación entre uno y otro discursos como una oposición] . El *mythos* se encuentra para él en una oposición natural a lo que es verdadero... En el pensamiento griego encontramos, pues, la relación entre mito y *logos* no sólo en los extremos de la oposición ilustrada, sino precisamente también en el reconocimiento de un emparejamiento y de una correspondencia, la que existe entre el pensamiento que tiene que rendir cuentas y la leyenda transmitida sin discusión" ..."⁴⁷.

Cabe aclarar que las leyendas no son sagradas. Que hablen de dioses no implica que lo sean; por eso a diferencia de Morey, Gadamer no reconoce un carácter sacro a las leyendas orales del *mythos*.

La sacralización de los mitos judío y cristiano, por otra parte, se hará sobre las escrituras, no sobre la oralidad. Pero, observa también Gadamer, el paso de la leyenda oral a la escritura sagrada es simultáneamente una renuncia a toda dimensión mítica pues el *mythos* se despliega, precisamente, en la oralidad.

¿Significa entonces que lo "incómodo" del *mythos* no radica tanto en lo que dice sino en que lo dice *oralmente*? ¿Por eso en la actualidad "nada hay que hablar" y "nada hay que oír" del mito? ¿Acaso el mito se ha vuelto tabú? ¿Qué ocurre en la oralidad?

"El narrador [de leyendas orales] introduce a los arrebatados oyentes en un mundo íntegro. El oyente que participa toma, evidentemente, parte en ese mundo como en una especie de presencia del acontecer mismo. Lo ve todo ante sí en el sentido convencional. Como es sabido, el narrar es también, sin duda, un proceso recíproco. Nadie puede narrar si no tiene unos agradecidos oyentes que lo acompañen hasta el final [...] El narrador responde a la sed de saber o a la curiosidad del otro y satisface sus ganas de mundo, de existencia, de experiencia [...]"

⁴⁷ GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, Paidós, Barcelona, 1997, pp. 23-27.

Cuando las narraciones retroceden hasta el lejano comienzo, hasta el primer principio del mundo, se refieren no obstante inequívocamente a la duración de este nuestro mundo[...] Así se yuxtaponen distintas versiones de una leyenda que, precisamente gracias a ello, pueden invitar a nuevas configuraciones poéticas; pero su credibilidad no se pone, como tal, en cuestión”⁴⁸.

Gadamer muestra en las leyendas orales la presentificación del acontecer de mundos íntegros donde los oyentes miran *todo* lo narrado y más allá, pensamos, porque el imaginario del oyente no se detiene exclusivamente en la visualización mental de la palabra escuchada.

En su libro *El alfabeto contra la diosa. El conflicto entre la palabra y la imagen, el poder masculino y el poder femenino*⁴⁹, Leonard Shlain describe detalladamente la persecución de la imagen por parte de la Iglesia Católica en “defensa” de su dios abstracto, heredado de la religión judía. Y también expone el proceso a través del cual la imagen “ganó la batalla” y terminó por poblar los templos católicos.

Cuando las narraciones, por otro lado, retroceden hasta el principio de los tiempos no sólo dan al oyente una idea de la duración de su mundo, sino diferentes versiones del mismo pues las variaciones narrativas, especialmente del origen, se traducen en distintas versiones del mundo y del tiempo presente.. Y todavía más: la leyenda no sólo es un portal hacia la imaginación, sino también hacia la reflexión y hacia la acción. Recordemos simplemente cómo la narración bíblica provocó millones de imitadores de Jesucristo, cómo influyó en la fundación de instituciones, especialmente hospitales, entre otras cosas. Claro que lo anterior no provocaba problemas porque se trataba de acciones e imitaciones congruentes con la versión oficial de la religión. Pero ¿qué ocurre con las leyendas no oficiales?

La leyenda oral, en suma, se entrama en la vida, o tal vez porque la lengua es un sistema vivo emergido en la vida comunitaria, actúa recursivamente sobre la comunidad de hablantes que lo hacen vivir en sus mentes y en su hablar.

⁴⁸ GADAMER, Hans-Georg, *Op. Cit.*, pp. 32-34.

⁴⁹ SHLAIN, Leonard, *Op. Cit.*

Veamos algunos detalles de un mito griego y los ritos enlazados con él, recogido por Richard Sennet:

“En la oración fúnebre, Pericles habló de una manera curiosamente desenvuelta acerca de los rituales de la ciudad. Dijo que ‘cuando concluye nuestro trabajo, estamos en condiciones de disfrutar de toda clase de esparcimiento de nuestros espíritus’. Había diversas clases de competiciones y de sacrificios que se celebran de manera regular a lo largo del año y los atenienses habían considerado el calendario festivo como el mismo eje de sus vidas ciudadanas en lugar de cómo ‘un descanso de los asuntos diarios’...en el mundo antiguo los rituales se adaptaban en la medida en que las antiguas fórmulas venían a servir a las nuevas necesidades. Los rituales que [por ejemplo] honraban el lugar de la mujer en una sociedad primitiva de tipo agrario se modificaron con el tiempo... El paso del mito agrario al ritual urbano no violaba el recuerdo del pasado, ni las mujeres se valieron del ritual para rebelarse contra los hombres... los rituales que observaban sólo las mujeres revelaban de una manera más aguda este poder de adaptar el pasado al presente. Uno de estos, las *Tesmoforias* pretendía dignificar el frío [así era concebido] cuerpo femenino... Las *Tesmoforias* empezaron como un rito de fertilidad, cuyo origen se remota a los tiempos homéricos, y se celebraban a finales del otoño, cuando se sembraba la simiente. Deméter, diosa de la tierra, presidía el ritual en su calidad de patrona divina. La trama de la festividad se basaba en la historia del entierro de Deméter y el luto por su hija muerta, Perséfone. El nombre obedecía al acto de poner cosas en la tierra (*zesmoi* en griego significa ‘establecer’ en el sentido amplio de establecer la ley). Las mujeres se preparaban para las *Tesmoforias* con un acto ritual en el que se servían de cerdos, animales a los que la mitología griega atribuía un valor sagrado. Al final de cada primavera, arrojaban cerdos sacrificados a unos pozos o *megara* excavados en el suelo donde se dejaban para que se pudrieran. Esta festividad de primavera en honor de Deméter (las *Esciroforias*) servía directamente como un símbolo de fertilización de la tierra. El santuario de Deméter en Eleusis se encontraba fuera de Atenas. Las *Tesmoforias* realizadas en Atenas durante el otoño transformaban este sencillo acto de fecundar la tierra en una experiencia urbana. En el primero de los tres días que duraban las *Tesmoforias*, las mujeres iban a los pozos que

contenían los restos húmedos de los cerdos y echaban semillas en los restos de los animales muertos. Este día estaba dedicado a 'ir' (*kázodos*) y a 'subir' (*ánodos*), ya que las mujeres salían de la cueva para entrar en unas cabañas especiales donde se sentaban y dormían en el suelo. Durante el segundo día, las mujeres ayunaban para conmemorar la muerte de Perséfone y guardan luto profiriendo juramentos y maldiciones. Al tercer día, recogían los lechones con las semillas y esta apestosa mezcla se sembraba en la tierra como una especie de abono sagrado. Las Tesmoforias parecían representar directamente la historia de Deméter como la conocían los contemporáneos de Pericles: una historia de muerte y renacimiento, en la que una diosa entrega a su propia hija al suelo, acto que tenía su paralelo en la matanza y enterramiento de los lechones. Sin embargo, la manera en que el ritual se practicaba en Atenas alteraba el mito agrario original. En lugar de oponer la fertilidad a la esterilidad, las Tesmoforias presentaban la abstinencia sexual como lo opuesto a la fertilidad. Durante los tres días anteriores a las Tesmoforias las mujeres no dormían con sus esposos, y de manera similar guardaban abstinencia sexual durante la festividad. El ritual experimentó así una transformación y, del luto por una hija cuyo cuerpo muerto alimentaba la tierra, pasó a convertirse en un drama organizado en torno al tema del autocontrol...El tiempo de la siembra marca el inicio del período propicio para el matrimonio; las mujeres casadas, las madres de familia, celebraban como ciudadanas acompañadas de sus hijas legítimas una ceremonia oficial en la que, mientras dura, se separan de sus esposos. Silencio, ayuno y abstinencia sexual. Adoptan una posición inmóvil, agachadas en el suelo. Descienden a *megara* subterráneos para recoger talismanes de fertilidad que han de mezclarse con las semillas. El aire es un tanto nauseabundo y en lugar de plantas aromáticas hay brazadas de ramas de sauce, ya que éste es una planta de cualidades afrodisíacas.' El aroma del sauce, que apagaba el deseo era importante durante el rito, como lo era igualmente el mal olor y la oscuridad de las cabañas en las que las mujeres se acucillaban. Sus cuerpos permanecían quietos y fríos, casi sin vida. Con la frialdad y la pasividad, el ritual comenzaba a transformarlas: se convertían en cuerpos dignificados que representaban la historia del luto de Deméter. Aunque el mito de Deméter relacionaba a las mujeres con la tierra, las Tesmoforias celebradas en Atenas relacionaban a las mujeres entre sí. Este nuevo

vínculo apareció en la organización formal de las Tesmoforias, al ser escogidas las oficiantes del ritual por las mismas mujeres...las mujeres celebraban el rito como ciudadanas aunque se retiraran del mundo de los hombres para hacerlo. Sólo al final del tercer día regresaban con sus esposos, que las esperaban en el exterior, saliendo de las cabañas con su carga generativa de carne y grano. El manto de las tinieblas de la tierra, el frío de los pozos, la cercanía de la muerte transformaban el estatus de sus cuerpos. Durante las Tesmoforias las mujeres realizaban un viaje por las tinieblas del que emergía la luz con su dignidad afirmada. Por supuesto, la metamorfosis del campo a la ciudad también dejó su marca en muchos otros rituales, puesto que el calendario de festividades urbanas estaba vinculado originalmente con la vida rural, con el ciclo de estaciones y los cultivos”.⁵⁰

Nuestro autor contrasta la visión pragmática y reducida de Pericles, — una *reducción semiológica*, para expresarla en términos del recién fallecido Jean Baudrillard— a través de la cual el soberano miraba las festividades y ritos de las mujeres atenienses. Donde el gobernante observaba “disfrute y esparcimiento para después del trabajo”, Sennet documenta las relaciones entre la divinidad de Deméter con la fertilidad de la tierra a través de su hija muerta, los lazos de unión de las mujeres entre sí y con sus esposos; el emparejamiento de las festividades con las estaciones del año y los ciclos agrícolas, en suma, el autor muestra un enjambre cultural donde se entretrejan creencias, acciones, reacciones y relaciones humanas entrelazadas con la vida anímica, la vida económica, y la organización social. Se trata de un complejo donde, dicho en términos de Martín Heidegger, se hacía presente la *cuaternidad* del cielo, de la tierra, de los dioses y de los hombres⁵¹. Gadamer, por su parte, y seguramente su por su filiación con Heidegger, reconoce que:

⁵⁰ SENNET, Richard, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Alianza Editorial, Madrid, 1994, pp. 74-77.

⁵¹ HEIDEGGER, Martín. “La cosa”, *Das Ding*, del libro *Vorträge und Aufsätze*. Verlag Günther Neske Pfulling. Fünfte Auflage. 1985. Traducido y publicado en *Espacios*. Boletín del Centro de Investigaciones Filosóficas. Instituto de Ciencias. Universidad Autónoma de Puebla. Año v No. 14, 1989.

“Nietzsche sólo dio un pequeño paso hacia adelante cuando, en la ‘Segunda consideración intempestiva’, vio en el mito la condición vital de cualquier cultura”⁵².

Volvamos a nuestra pregunta ¿qué hay de peligroso en el mito? Y lo que encontramos es “vida humana” o, más precisamente, hay “otra forma de vida”, otra forma de vivir donde la propia vida y la muerte, y las actividades culturales se encuentran fuertemente enlazadas y cargadas de sentido para sus realizadores.

Lo anterior contrasta fuertemente con las actividades modernas donde el cómputo, es decir las cuantificaciones, y el cálculo racional, tienden a dominar todas las actividades humanas. Si regresamos al ejemplo de la agricultura, se observa que hoy es gobernada por una serie infinita de relaciones cuantitativas: Capital/rendimiento, toneladas por hectárea, litros de agua por unidad de superficie cultivada, kilogramos de fertilizante por densidad de siembra, etcétera. Expone Gadamer:

“El nuevo saber penetró a través de la abstracción, la medida y el cálculo en las leyes que rigen la naturaleza, aisló la proporción de los factores individuales en el resultado y los libró, donde fue posible, de condicionamientos. Condicionamientos que el hombre podía cambiar y adaptar a los resultados por él deseados. La nueva ciencia, aunque como siempre estaba orientada exclusivamente al simple conocimiento de la naturaleza, al maravillado desciframiento de sus secretos, al conocimiento de las leyes de su orden que tan infinitamente atrás dejan a todas las formas humanas de ley y de orden, era un saber de las posibilidades de dominio sobre acontecimientos naturales y se incorporó por sí misma al ilimitadamente amplio ámbito de la praxis humana.[...] Más [lo anterior] no significa un paso de frontera en absoluto, del movimiento que se impone con el nuevo saber, de la planificación y de la construcción, que en el ámbito del dominio de la naturaleza condujo a tan grandiosos resultados, cuando al final también las formas de organización de la sociedad humana se subordinan a la razón científica.”⁵³

⁵² GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, *Op. Cit.*, p.16

⁵³ GADAMER, Hans-Georg, “El poder de la razón”, *Op. Cit.*, p. 50.

La ciencia, entonces, tampoco se reduce a ‘conocimiento verdadero’. Se trata de algo tan amplio como un modo de producir y reproducir la vida contemporánea a través del control fáctico de los fenómenos naturales.

Además de sencilla verdad y simple mentira, ciencia y mito también son dos tipos distintos de organización social; una organización donde el sentido fuerte de las narraciones orales entrama creencias, actividades, seres humanos y dioses, frente a otra organización surgida del conocimiento de la naturaleza, donde se ha extirpado el *sentido* en favor del *número* y las proporciones⁵⁴, una organización que ha emprendido la tarea de gobernar y controlar los hechos humanos con el mismo método e instrumentos con los que controla la dilatación de los metales, el crecimiento de las plantas o la fermentación de sustancias orgánicas, entre una gama infinita de procesos, concebidos y manipulados de manera mecánica.

En *Mito y razón* Gadamer expone que en Occidente tal vez no ha existido una relación tan tensa como la que hay entre ciencia y mito. ‘Ciencia’ es la designación bajo la cual el Occidente grecocristiano se ha convertido en la civilización mundial imperante hoy. Pero la ‘ciencia’ ha recorrido una historia y sólo en el curso de esa historia ha llegado a ser ‘LA ciencia’.

La Ilustración griega laicizó el acontecer iluminando las sombras de los antiguos dioses en la explicación del mundo.

La historia donde la ciencia llegó a ser ‘LA ciencia’ empezó en la antigüedad griega. Entre la manera de vivir las Tesmoforias por parte de las mujeres atenienses y el punto de vista de Pericles pueden notarse ya las divergencias entre las dos visiones del mundo que empezaban a contraponerse.

El tránsito del orden de las narraciones orales hacia orden de las proporciones y cantidades fue conceptualizado por Max Weber como el *desencantamiento del mundo*. El sociólogo alemán se figuraba el *desencantamiento* como un proceso gradual donde la ‘jaula de la razón’ terminaba por apresar en su interior la

⁵⁴ La eliminación del sentido, de la significación y del significado, fue uno de los principales constituyentes de la *ciencia nueva* del Renacimiento. El tema fue tratado en el apartado “El logos como orden abstracto” del primer capítulo.

totalidad de los fenómenos conocidos y por conocer. Weber, con terror, se imaginaba a sí mismo dentro de la jaula de la razón, y tal vez su propio temor, más que la mecanización de la vida moderna, lo llevó a los internamientos psiquiátricos que tuvo al final de su vida. Pero continuemos con la configuración histórica del *logos*:

“El significado originario de la palabra ‘reunir’, ‘contar’, remite al ámbito racional de los números y de las relaciones entre números en que el concepto de *logos* se constituyó por primera vez. Se encuentra en la matemática y en la teoría de la música de la ciencia pitagórica. Desde este ámbito se generaliza la palabra *logos* como concepto contrario a *mythos*. En oposición a aquello que refiere una noticia de la que sólo sabemos gracias a una simple narración, ‘ciencia’ es el saber que descansa en la fundamentación y en la prueba”⁵⁵

Pero fue hasta el Renacimiento cuando el *logos* griego terminaría por convertirse en una cultura científica de potencia mundial, cuando las ciencias naturales matemáticas desarrollaron eso que Gadamer llama “rara figura de la ciencia empírica”. Efectivamente, entre los griegos antiguos la introducción de la escritura alfabética conservó durante mucho tiempo una asombrosa oralidad.

“Sólo la fundamentación matemática de lo que en la época moderna llegaría a ser la ciencia conllevó la disolución de la vieja unidad del culto, el ritual, el canto y el lenguaje, de la retórica y la poética⁵⁶ y, en fin de filosofía y ciencia”⁵⁷.

⁵⁵ GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, Paidós, Barcelona, 1997, pp. 25-26

⁵⁶ Gadamer expone cómo la disolución de esta arcaica unidad arrancó el canto, la danza, la música, la pintura... de sus entornos originales, donde funcionaban como significantes de las distintas culturas, y cómo después esas actividades fueron cultivadas en sí mismas como sinónimo de refinamiento estético. Posteriormente la burguesía se apropió de ellas en calidad de signo de distinción social. GADAMER, Hans-Georg, *Verdad y Método*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 2001, Vol. I

⁵⁷ *Ibidem*, p. 119.

El *mythos* aparentemente fue desterrado por el pensamiento ilustrado europeo, empezando por la primera oleada de ilustración griega, y posteriormente por los ataques sistemáticos de Iglesia católica ('católico' es un concepto que viene del latín *catholicus*, y éste a su vez del griego καθολικός 'general', 'universal', derivado de ολος 'todo')⁵⁸. Las leyendas orales del pensamiento mítico posiblemente fueron interpretadas por la jerarquía eclesiástica como un peligro para sus fieles o simplemente como una competencia "desleal" contra la "verdad revelada" plasmada en las sagradas escrituras.

La sacralización de la escritura tiene por finalidad impedir la variación propia de la leyenda oral y la diferenciación social a ella asociadas. Al mismo tiempo posibilita la institucionalización de una versión oficial y universal de lo acontecido, del acontecer y de lo que acontecerá.

Pero mucho antes del nacimiento de la religión de libro, durante el siglo quinto antes de Cristo, los productos del método racional empezaban a plasmarse en la página escrita en Grecia. Las primeras disecciones de animales descritas por Mario Vegetti en *Los orígenes de la racionalidad científica*⁵⁹ condujeron hacia los primeros dibujos anatómicos, *anatomai*, y éstos a su vez crearon las condiciones para la redacción de las observaciones, *theoremata*, asociadas a los dibujos. Así nació el tratado, que a su vez dio origen a la escuela como espacio dedicado especialmente a su transmisión.

Pero la *descripción* del tratado se convirtió, casi instantáneamente, en *prescripción*; es decir, el libro tenía el extraordinario poder de convertir en norma lo que quedaba escrito en sus páginas. La verdad del texto, por otro lado, se convirtió en el germen de las verdades universales del *logos* y del cristianismo que perduran hasta hoy.

"Lo que constituye la unidad, pero también el carácter problemático de la cultura científica de la actualidad, es, sin duda, que ésta se ha extendido por todo el globo terráqueo y, sin embargo, lleva el sello del cristianismo, en el cual se han conciliado la personalidad judía y la

⁵⁸ COROMINAS, J. y Pascual J. A, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, Op. Cit., Vol I. p. 925.

⁵⁹ VEGETTI, Mario, *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Op. Cit.

racionalidad griega. La civilización moderna fundada sobre la ciencia ha alcanzado, en el dominio de las fuerzas naturales, una superioridad técnica tal que ninguna otra cultura puede sustraerse a ella, aunque arraigue en una tradición religiosa completamente distinta.”⁶⁰

El carácter universal atribuido al dios cristiano y a la verdad de la ciencia, les impide coexistir pacíficamente con otros dioses y otras verdades. De hecho, la historia de la expansión de Europa primero, y la de Estados Unidos de América después, se han realizado a sangre y fuego y llevando como banderas la universalidad de la evangelización, de la ilustración, y de la democracia. Desde ese común denominador greco-cristiano se han descalificado los dioses de los otros, las verdades y las sociedades de los otros; sostenidas en “creencias sin fundamento”, en leyendas orales y prácticas rituales alejadas del cálculo racional.

Pero la historia también muestra que el mito no murió, que sus ecos finalmente volvieron a resonar en Europa. Aunque ya no como *mythos*, es decir como entramado vivo y cultural, los románticos alemanes del siglo XVIII rescataron el concepto del olvido; y posteriormente la historia del mito también anidó como objeto de estudio en el terreno de las humanidades. El resurgimiento del mito, sin embargo, reactivó las tensiones con el *logos* que perduran hasta nuestros días y que han adquirido formas nuevas de expresión.

Para el historiador de la religión Walter Burkert, citado por Sennet en *Carne y piedra*, el *logos* procede de *legein*, ‘unir’, juntar diferentes evidencias, hechos verificables. Por otra parte, *logos didonai* significa rendir cuentas ante una audiencia crítica y suspicaz; mientras que *mythos* es contar un relato a la vez que se rehúsa aceptar responsabilidades: *uk emos ho mythos*, este relato no es mío, pero lo he oído en algún lugar’.

Martín Heidegger, sin embargo, documenta con la extrema erudición que le caracteriza, que el significado arcaico de *legein* no es ‘unir’ y va todavía más lejos cuando muestra que *λογος* (*logos*), muchos siglos antes de significar

⁶⁰GADAMER, *Op. Cit.*, pp. 57-58

‘pensamiento racional’ significaba simplemente ‘la palabra’ y *λεγειν* (*legein*), antes que ‘unir’ significaba sencillamente ‘hablar’⁶¹.

Por otro lado tenemos que “según el significado literal, contar es enumerar, como si uno pudiese apresar el todo mediante la enumeración. Así, por ejemplo, a alguien que ha presenciado algo le decimos que narre detalladamente sin saltarse nada, y esto quiere decir que cuente todo lo que ha presenciado”⁶².

Desde el ‘contar’ en sentido narrativo ahora podemos transitar a ‘contar’ en sentido cuantitativo que posteriormente se transformará en el sentido hegemónico del pensamiento racional. Vale la pena señalar que las posturas de Heidegger y Gadamer coinciden con el proceso de conformación del aparato conceptual filosófico y científico que en sus primeros pasos incorporan palabras del habla natural y gradualmente las van diferenciando de sus significados coloquiales originales. Es más verosímil, entonces, que *λογος* primero haya significado ‘palabra’ y que en su devenir se haya transformado en el ‘discurso racional’ que reúne y muestra evidencias.

El *logos didonai* funciona como marco para que una persona relacione las cosas frente a una audiencia suspicaz que juzga sus argumentos. ¿Por qué la suspicacia? Porque en todas las formas del *logos* el orador es identificado con sus palabras. Éstas le pertenecen y se le considera responsable de ellas. Esto es muy claro en el pensamiento político de los griegos quienes concibieron las ideas de democracia en torno a los aspectos del *logos*. Clístenes afirmó por primera vez que la libertad de expresión y el debate sólo tienen sentido si la gente se responsabiliza de sus palabras, de otra manera el argumento no tiene peso alguno y las palabras son indiferentes.

“Un mito es siempre sólo creíble, no ‘verdadero’. “Pero la credibilidad de un mito no es la mera verosimilitud, que carece de la certeza segura, sino que tiene su propia riqueza en sí misma, a saber: la apariencia de lo verdadero, eso similar de la parábola en que aparece lo verdadero. Naturalmente, lo verdadero no es entonces la historia narrada misma, sino lo que aparece en ella; lo verdadero no es

⁶¹ HEIDEGGER, Martín, *Introducción a la metafísica*, Gedisa, Barcelona, 1993, p. 116.

⁶² GADAMER, Hans-Georg, *Op. Cit.*, p. 31.

simplemente lo referido, que siempre estaría sometido a la verificación, sino lo hecho presente en ello”⁶³.

La mayoría de los mitos se refieren a las hazañas de seres mágicos o de dioses, de manera que parece lógico pensar que son los dioses quienes conciben esas historias y no los hombres y las mujeres que los relatan. De esta manera, la audiencia que escucha a alguien relatar un mito no abrigará las sospechas que quizá despierte un orador en la asamblea política, un orador que pretende que sus palabras sean tomadas por verdaderas. Por esta razón:

“El antropólogo Meyer Fortas definió una vez el mito como una ‘ratificación del vínculo social’. Asimismo Aristóteles formuló la famosa definición del drama como una ‘suspensión voluntaria de la incredulidad’. El mito, del que procedían los primeros dramas, establece el verdadero contexto de esa afirmación. El mito se refiere a la confianza en las palabras, en sí mismas.”⁶⁴

Frente al poder vinculante del *mythos* es necesario, entonces, contrastar el carácter segregante del *logos* que separa del resto a quien lo profiere por la responsabilidad que asume, o se le obliga a asumir.

Es digno de hacerse notar que la segregación que asecha al portador del *logos* no es la única separación ligada al pensamiento racional. En la actualidad el conocimiento producido a través del método de la ciencia proviene de la separación —análisis— del objeto de estudio, aislando e incomunicando sus partes desde la perspectiva del control de los fenómenos estudiados. Por otro lado, a la separación del el objeto de estudio le precede la separación de su entorno natural para introducirlo en el ambiente controlado del laboratorio. En el terreno social, por otra parte, el control se realiza desde hace siglos a través del aislamiento e incomunicación —y aniquilamiento en distintas épocas y lugares— de individuos y grupos peligrosos para el orden establecido. Tal vez por eso los lazos sociales que emergen en torno al mito

⁶³ GADAMER, Hans-Georg, *Op. Cit.*, p. 64.

⁶⁴ SENNET, Richard, *Op.Cit.*, pp. 87-88

resultan tan inquietantes para los guardianes del orden social de nuestra época y de todos los tiempos.

Comenta Sennet en *Carne y piedra* que la distinción entre *logos* y *mythos* enseña una dura lección. Las palabras de las que son responsables las personas crean desconfianza recíproca y sospechas que deben ser desviadas y manipuladas. Esta dura verdad, afirma Sennet, arroja una luz terrible sobre la creencia de Clístenes de que el pueblo debía tener libertad para hablar y ser responsable de lo que decía.

Las palabras de las que los oradores no parecen responsables crean un vínculo de confianza. La gente sólo confiaba bajo la influencia del mito, bajo la influencia del lenguaje externo a los propios oradores, como era el caso de los peanes en honor de Deméter pronunciados en las cabañas de la colina de Pnyx.

Pero la fuerza de la Ilustración griega hacía reflexionar de otra manera a Tucídides, quien sospechaba del ritual por su defecto fatal de unir a la gente. El historiador puso de manifiesto que el ritual no ayudó a los atenienses a comprender suficientemente *por qué* sufrían en el momento de un gran desastre cívico. Sin esa comprensión, pensaba, su vida común podía deshacerse. Sin embargo, lo que Tucídides temía ya había ocurrido. El mito en Grecia, como describe Morey en *Del mito al logos*, había comenzado a desmoronarse desde las invasiones de los jonios y dorios durante el siglo VII antes de Cristo. El ritual, efectivamente, no tendría efectos sobre fenómenos de esa índole. Tucídides, tal vez sin percatarse, le pide cuentas al ritual, como se le exige al *logos*.

El poder vinculante del *mythos* no descansa, y nunca ha descansado, en la posibilidad de comprobar lo narrado. Explica Gadamer que ante la significación de lo narrado queda acallada la pregunta por la autenticidad y la fiabilidad del informe. Aquello sobre lo que se narra alcanza en la narración una suerte de reconocimiento que está por encima de cualquier informe detallado que se pueda hacer al respecto. Es por ello que la diversidad de narradores que contaban las mismas leyendas y las variaciones de lo narrado no debilitan la narración. “En efecto, esas variaciones equivalen a una declaración y a una testificación con auténtico valor de

realidad, mucho más que si, como ocurre con los informes, hubiesen obtenido su crédito refiriendo lo que realmente ha acontecido o ha sido.”⁶⁵

Del rito

Las palabras, los gestos, las actitudes del rito representan, simbolizan, preservan el recuerdo de pasajes y elementos de la leyenda oral. Pero la leyenda, siendo un patrimonio de la colectividad, no pertenece a alguien en particular. No son los individuos quienes hablan, son hablados por el mito, no son ellos quienes actúan, son actuados por el orden mítico.

En el ritual las palabras son consumadas por gestos corporales: danzar, agacharse o beber juntos constituyen signos de confianza recíproca, son actos profundamente vinculantes. Los actos del ritual, en suma, están despojados de la individualidad de sus ejecutantes, pero ¿qué es el rito?

“En primer lugar, el rito no es una forma de hablar, sino una forma de actuar. Donde se procede ritualmente, el hablar se convierte en una acción. Habíamos partido de nuestras elucubraciones de la dualidad de lo colectivo y lo recíproco. La dimensión en que se realiza el ritual es, sin embargo, siempre un comportamiento colectivo. Los modos de comportamiento ritual no refieren al individuo ni tampoco a las diferencias entre un individuo y otro, sino a la colectividad formada por todos los que, juntos, acometen la acción ritual. Por eso, el predominio del rito está especialmente extendido en el ámbito religioso, donde todo concuerda. La veneración de lo divino puede adoptar las más variadas formas. Pero todas las acciones culturales tienen como rasgo común que no es el individuo en cuanto individuo el que realiza su acción. No es ‘su’ acción, y las palabras que utiliza tampoco son suyas. Piénsese por ejemplo en la oblación. Ciertamente, en el culto hay un lugar para los sacerdotes, quienes propiamente ejecutan las acciones rituales. La ofrenda del sacrificio es, en efecto, el cumplimiento de un ministerio y consume un rito. Pero todos los que

⁶⁵ GADAMER, Hans-Georg, *Op. Cit.* p. 35

asisten al oficio están a la misma distancia de lo divino y concuerdan en la misma actitud de veneración hacia lo divino”⁶⁶.

Debido a las características del rito, la comunidad cultural no es simple espectadora. Todos los reunidos sostienen, aún con la sola presencia, la forma y el contenido del rito y se empeñan en el mantenimiento de los usos. El aferrarse a la forma se lleva a una extrema precisión, tal y como está prescrito en las ceremonias.

No se trata, pues, de convivencia recíproca, de conversación; está en juego el todo de lo colectivo. El rito tampoco un espectáculo para alguien—como aparece en la filmografía hollywoodense—, la comunidad siempre forma parte del acto. Incluso el silencio se vuelve sagrado cuando ocurre dentro de la espera del punto culminante de un culto.

Un silencio parecido se sigue encontrando en el ámbito profano, por ejemplo, en el pronunciamiento de una sentencia ante el tribunal, en la promulgación de una ley o en las resoluciones. La promulgación no es un mero dar a conocer, se trata en cambio de una acción que al mismo tiempo transforma algo. El silencio sigue siendo aquí parte de la acción... La espera y la escucha son propias de un contexto vital en que todos se encuentran reunidos.

Los ritos, globalmente hablando, son formas de comportamiento correcto y están conformados de tal modo que para los miembros de una cultura a menudo apenas es posible comportarse correctamente frente a los de otras culturas.

Al parecer hemos llegado a un nuevo callejón sin salida: desde la racionalidad científica es cuestionable “hablar sin pruebas” ya que el discurso debe reflejar la verdad de las cosas y no la subjetividad del orador, siempre bajo sospecha. Por otro lado, en los rituales no son los sujetos quienes hablan. El sujeto es un medio a través del cual la leyenda habla, imponiendo su orden a los participantes del ritual.

⁶⁶ GADAMER, *Op. Cit.*, p. 91

Tanto en el mito como en el *logos* observamos que la singularidad del sujeto se sacrifica o se anula en favor de la preservación del orden mítico —las verdades de los dioses—, de las tradiciones —la relativa seguridad de la costumbre preservada en el tiempo—, o de la interpretación racional del mundo —la verdad de las cosas. Pero el orden es una construcción colectiva, no se trata de una fuerza ajena a los individuos, y eso significa que forma parte de la organización humana. Sin embargo cabe preguntar si la subjetividad —expresión de la singularidad del sujeto— es siempre anulada por el orden vigente o existen espacios donde se manifiesta y qué significa esta manifestación.

Ahora bien, no todo el espacio ni todo el tiempo es espacio/tiempo ritual o espacio/tiempo racional. Aún, por ejemplo, dentro de los conventos y monasterios donde todas las acciones de los enclaustrados parecen obedecer a un grado mayor o menor de ritualidad y donde la anulación de la subjetividad en favor de la totalidad divina parece consumarse por entero; aún ahí existe la interioridad del sujeto que en silencio cuestiona el orden, que imagina uno nuevo, que critica los usos y costumbres.

Del lado de la ciencia es famosa la frase de Albert Einstein donde expresó su opinión del azar: “Dios no juega a los dados”; y son bien conocidas la fe cristiana de Newton, Descartes y muchos otros científicos. La racionalidad científica tampoco elimina entonces la fe en los dogmas religiosos ni la subjetividad de los científicos, más bien convive con ellos.

Ahora bien, aunque las diversas formas del orden se afanan por homogeneizar las conciencias y los actos de sus sujetos en todos los tiempos y lugares —al costo de incubar la gran contradicción de que su propio origen consiste en la diferenciación de un orden anterior—, siempre existen también los “desviantes”, como los llama Morin⁶⁷, sujetos que resisten la asimilación y que con sus vidas, ideas y acciones contribuyen a la desorganización del orden vigente y a reorganización de uno nuevo.

⁶⁷ MORIN, Edgar, *El método. Las ideas*, Op. Cit.

Del mundo de la vida

Gadamer comenta que cuando el joven Heidegger, influido por los trabajos de Wilhelm Dilthey dejó atrás 'el fantástico e idealizado ego trascendental' y habló de los 'mundos' del mundo de la vida, sólo entonces, con la dimensión historiográfica, puso en el centro del nuevo planteamiento de la pregunta por el ser el problema del tiempo y, con ello, también del lenguaje. Según Gadamer eso provocó un nuevo giro en torno al lenguaje humano.

La nueva reflexión, entre otras cosas, puso sobre la mesa la universalidad del lenguaje, es decir la *lingüisticidad* del ser humano, frente la universalidad de la razón; al mismo tiempo dilucidó que en ninguno de los dos casos se debe confundir la universalidad con la totalidad.

Efectivamente, el lenguaje es un universal y de ningún modo un todo cerrado. La razón, por su parte, tampoco es un todo cerrado en el sentido de que sea una obra terminada. Pero justamente en esta universalidad y en la apertura que les es común se muestra la proximidad entre lingüisticidad y razón y, al mismo tiempo, también asoma el hecho de que la razón, inacabada por definición y aunque su tendencia sea hacia la unidad, no abarca la totalidad del ser; y tal vez nunca lo abarcará porque el *Ser*, como lo despliega Heidegger en su *Introducción a la metafísica*, tampoco es algo acabado, siempre es devenir.

“ ...este paso [hacia el lenguaje] fue preparado por la fenomenología en cuanto ésta retrocedió del *factum* de la ciencia al mundo de la vida. Cuando yo estaba [habla Gadamer] todavía creciendo en la escuela de Marburgo, iba de suyo que no había otro modo de plantear un problema que no fuese preguntando por el objeto del conocimiento, tal y como conoce la ciencia. El objeto de conocimiento no era lo dado, sino la tarea infinita de la determinación científica. Así reza la vieja formulación de Nartop: 'lo dado es lo que se da por perdido'”⁶⁸

⁶⁸ GADAMER, *Mito y razón*, Op. Cit., p. 70.

¿Cómo se entiende *el mundo de la vida*?

El mundo de la vida es esa inmensidad abierta donde nace la cría humana, que sólo el lenguaje es capaz de abarcar, y que los constreñimientos sociales acotan a través de la delimitación de lo que puede y lo que no puede ser señalado y nombrado por los miembros de una determinada cultura. Este proceso no es consciente; ocurre en la llamada dimensión “no formal” de la educación —que tanto asombra a los pedagogos por su alto poder de inculcación frente a la “debilidad” del programa de estudios de la educación formal. En fin, el modo como van surgiendo las palabras, la manera de usarlas correctamente al tiempo que se aprende a conocer las cosas, todo ello no obedece a un plan consciente. Dentro de este proceso, el aprendiz de hablante —no enterado de la complejidad del proceso que vive—, aprende a distinguir el significado usual del significado formal de las palabras y también a discernir los tiempos y los espacios que corresponden a cada uno de esos significados.

En el proceso del primer aprendizaje lingüístico, en los años del asombro infantil,

“...aparecen ante nuestros ojos todo lo que los adultos han aprendido desde que padecen el proceso de socialización y todo lo que han desaprendido desde que uno dice sólo lo que ‘se’ dice y como se dice y como se escribe. Cuando ponemos delante de nuestros ojos estas experiencias del comienzo y las experiencias del final vemos que el lenguaje las abarca y las comprende. Conocemos entonces lo que es verdaderamente hablar. Es algo nunca realizable del todo, un buscar y encontrar palabras. Aquí no hay límites. Es lo abierto sin límites, que no nos cansamos de reconocer pensando y reflexionando. Conocemos el impulso vital que lleva toda vida; igual le ocurre al hombre en su lingüisticidad. Hace tiempo Bühler indicó que los fundamentos de ésta eran el señalar y el nombrar. Ambos son acciones simbólicas de un tipo especial. Señalar es una clara instrucción direccional que, sin embargo, un perro nunca entenderá. Saltará siempre hacia la mano que señala y no hacia allí, hacia la correcta dirección. Igual ocurre con el nombrar; Heidegger decía que el nombrar designa a las cosas lo que

son para nosotros. Es cierto que en el nombrar uno las reconoce y que instauro el recuerdo”⁶⁹.

A diferencia de otras especies que sólo cuentan con un repertorio de conductas genéticamente codificadas y relativamente fijas, el ser humano aprende además a distinguir la variedad de comportamientos social y culturalmente condicionados, desde la situación extrema de los rituales hasta las interacciones sutilmente codificadas; donde es capaz de desplegar una amplia gama de “comportamientos correctos”. En estas situaciones, no es el sujeto quien habla, es el orden de la tradición, de la costumbre, de la cosmovisión, el que se hace presente a través del habla del sujeto. Pero estrictamente hablando, Heidegger nos muestra que el sujeto habla siempre:

“El ser humano habla. Hablamos despiertos y en sueños. Hablamos continuamente; hablamos incluso cuando no pronunciamos palabra alguna y cuando sólo escuchamos o leemos; hablamos también cuando ni escuchamos ni leemos sino que efectuamos un trabajo o nos entregamos al ocio. Siempre hablamos de algún modo, pues el hablar es natural para nosotros. Este hablar no se origina siquiera en una voluntad particular. Suele decirse que el hombre posee el habla por naturaleza. La enseñanza tradicional postula que el hombre, a diferencia de la planta y del animal, es el ser viviente capaz de habla. Esta frase no quiere decir solamente que el hombre, además de otras facultades, posee también la de hablar. Quiere decir que solamente el habla capacita al hombre para ser aquel ser viviente que, en tanto que hombre, es. El hombre es hombre en tanto que hablante. Lo ha dicho Wilhelm von Humboldt, pero aún está por meditar lo que significa «el hombre»”.⁷⁰

El ser humano habla cuando no dice palabra alguna; eso convierte al silencio en un significante utilizable por el sujeto para afirmar, negar, o manifestar indiferencia ante, por ejemplo, una pregunta de un otro cualquiera. El sujeto habla en sueños y con frecuencia, cuando narra su sueño se vive extrañado de su hablar onírico. Como fue conceptualizado por Freud en su *Interpretación de los*

⁶⁹ GADAMER, *Op. Cit.*, pp. 80-81.

⁷⁰ HEIDEGGER, Martín *De camino al habla* Ediciones del Serbal-Guitard. Barcelona, 1987. p.11.

*sueños*⁷¹ hay un lenguaje del sujeto que al él mismo resulta incomprendible porque está estructurado desde la gramática de lo inconsciente o, dicho de otro modo, en el lenguaje de lo inconsciente se expresa “lo otro” del sujeto.

El sujeto del lenguaje es capaz de afirmar con un “sí” — es decir, utilizando la palabra que sintáctica y formalmente se utiliza para ello—, y al mismo negar con el tono de su voz. Ello produce un doble y contradictorio mensaje que sólo puede ser descifrado en la concurrencia del tiempo, el espacio y la historia entre el que habla y el que escucha, pues todo ello es significativo entre los dos. En el mundo humano, entonces, no sólo habla el sujeto, también habla el tiempo, el espacio, el silencio, el gesto, las manos; y la oscuridad o la claridad que los envuelve pues, como reza la tesis de Umberto Eco⁷², todo ello se ha vuelto signo entre los seres humanos.

El carácter altamente estructurado del ritual parece eliminar, entonces, buena parte de la verdadera vida del lenguaje; esa que se cultiva en la convivencia, en la acción conjunta, eso que ocurre sobre todo en las conversaciones más o menos libres de constreñimientos. En la convivencia, en la acción conjunta, no es uno solo quien tiene la palabra y mantiene un monólogo y a continuación el otro. La palabra busca en la conversación más bien una respuesta y es posible que la encuentre incluso más allá de la conciencia de los hablantes.

Ferdinand de Saussure planteó el signo lingüístico como la unión de un significante con un significado y a partir de él, tradicionalmente se ha asociado el *contenido* con el significado y la *forma* con el significante. Pero en cada situación concreta, la forma también se liga a un determinado contenido, del mismo modo que el contenido se asocia a una forma específica. “No sólo existe pues la forma y el contenido, concebidos desde el pensamiento lineal, sino también el contenido de la forma y la forma del contenido, conceptuados desde el pensamiento complejo⁷³.”

⁷¹ FREUD, Sigmund, “La interpretación de los sueños” en *Obras Completas de Sigmund Freud*, Amorrortu, Buenos Aires, Tomos IV y V, 1986 y 1987, respectivamente.

⁷² ECO, Umberto, *Signo*, Editorial Labor Barcelona, Grupo Editorial Quinto Centenario (Colombia), 1994.

⁷³ PEREZ-TAYLOR, Rafael, *Seminario permanente de la complejidad humana*, IIA, UNAM.

Si sólo aceptamos que el ritual impone un conjunto de formas verbales, actitudinales, corporales... y no vemos los contenidos de esas formas (de las leyendas orales), tampoco podremos apreciar las formas de los contenidos, es decir la organización social mítica que los engendra. De acuerdo con lo anterior, el estudio del rito no puede agotarse en las “expresiones correctas” de la comunicad ritual donde la imposición de la forma se hace presente.

Fuera del hablar de los científicos y de los sujetos de rito se expande el “mundo de la vida” donde la lingüisticidad de los seres humanos es el medio de relación por excelencia. Este vínculo lingüístico originalmente fue la retórica, mucho antes de que ésta fuera estigmatizada como oscuridad discursiva tras la cual los modernos oradores ocultan sus intenciones.

“Todas las constataciones implican que hay que devolver a la retórica la vasta extensión de su validez, que le fue arrebatada en los comienzos de la modernidad por la ciencia matemática de la naturaleza y por la teoría del método. La retórica refiere a la totalidad del saber acerca del mundo concebido lingüísticamente e inserto en una comunidad lingüística, refiere al saber acerca del mundo con todos sus contenidos, como Vico vio y definió frente a la *crítica* moderna. Esto cuadra admirablemente con la expresión de Husserl ‘mundo de la vida’. Además, junto a esto, habrá que tener presente que lo que posteriormente se denominó ‘estética’ y lo que desde antiguo se denominaba ‘poética’ está incluido también en la retórica. Ésta no se restringe, en realidad, a los ámbitos en que la ciencia moderna ha discutido la parte que le corresponde a la retórica en el conocimiento. Abarca el ámbito completo de la vida social: la familia y la esfera pública, la política y el derecho, el culto y la educación, el comercio y la industria; en pocas palabras: cualquier relación recíproca que los hombres establecen. Sólo desde que el concepto de método, como fundamento de las modernas ciencias empíricas, se ha impuesto progresivamente en la disputa con la retórica, se ha adherido al uso lingüístico cotidiano de ‘retórica’ una connotación crítica, especialmente cuando se aplica a la prosa científica. Incluso cuando de los textos poéticos se dice que son ‘retóricos’, es un reproche. Lo retórico tiene que serle extirpado tanto a la poesía pura como a la investigación estricta. Por el contrario, el concepto clásico de retórica

remite a toda la convivencia y al entendimiento mutuo, que discurre entre los hombres en formas simbólicas.”⁷⁴

He tratado de exponer, desde el primer capítulo, que el método de la ciencia es un discurso acerca de hechos controlados, es decir desarticulados de sus entramados naturales y también del mundo de la vida humana. Hechos controlados que arrojan, consecuentemente, significados oficiales de acontecimientos verificables en contextos previamente determinados. Aquí se configura la *obligación de decir* las cosas de tal modo, el *tener* que decir de la forma correcta.

El mundo de la lingüística humana, por el contrario, se despliega en el *querer decir* de los hablantes, en la intención de comunicar algo al margen de si es permitido o no comunicarlo; por tal motivo la pluralidad y diversidad de sentidos; es decir, la vida del propio lenguaje se hace presente como manifestación de la vida misma de los hablantes.

En este campo vital, ya Lacan ha hecho notar la genialidad de Freud:

“Sin duda la *Traumdeutung* es también una creación. Por más que se diga que ya se habían interesado por el sentido del sueño [antes de Freud se asignaba mecánicamente un sentido fijo a los distintos elementos aparecidos en los sueños, un código de significados, de cuya consulta se comunicaba al soñante el “significado” de sus sueños], dicho interés no tenía absolutamente nada que ver con el trabajo de pionero que se lleva a cabo ante nuestros ojos. Este no culmina únicamente en la fórmula de que el sueño dice algo, porque lo único que le interesa a Freud es la elaboración a través de la cual lo dice: lo dice del mismo modo en que se habla. Esto nunca se había visto. Se había podido percibir que el sueño tenía un sentido, que podía leerse algo en él, pero jamás que el sueño habla”⁷⁵

⁷⁴ GADAMER, *Op. Cit.*, pp. 77-78-

⁷⁵ LACAN, Jacques, *El seminario. Las psicosis*. Vol. 3, Paidós, Buenos Aires, 1996, sexta impresión, p. 21.

El verdadero hablar, dice Gadamer, es el que ocurre en el mundo de la vida. Pero la vida no es humana sin su vida anímica; ese territorio de los sueños donde habla el deseo del sujeto como un lenguaje de lo inconsciente.

Finalmente podemos ver que el hablar puede incluso tener el carácter de un ritual cuando los hablantes dicen lo que “tienen que decir” dentro de los formatos establecidos; es decir, cuando se comportan “correctamente”. El “verdadero hablar” no consiste en el traslado mecánico de una selección de palabras del diccionario a la boca de los hablantes, donde éstos hacen uso del significado oficial de los términos. El hablar real ocurre en la intención de entenderse mutuamente hablando.

Claro que no se trata de criticar un absurdo para imponer otro; es decir, no se trata de presionar a la ciencia para que el método racional abra sus puertas a la retórica. Se trata, más bien, de rechazar enérgicamente los esfuerzos de aquellos que, teniendo a la ciencia y la tecnología a su servicio, se afanan por eliminar la diversidad de sentidos de la lingüística humana para hacer prevalecer únicamente la versión científica del acontecer del mundo. La fuerza de la ciencia avanza desmoronando el mundo de la vida en favor de un conjunto de relaciones humanas científicamente diseñadas, programadas y controladas. En este sentido nunca olvidemos que las verdades fácticas de la ciencia sólo operan en la parte maquinal de la naturaleza y la sociedad, pero no en lo que excede a la razón, es decir en las dimensiones imaginarias y simbólicas donde anidan los sentimientos y los deseos humanos y el sentido de la vida o, la vida como sentido. Finalicemos ahora con nuestro tema.

El rito, en su acepción más general, es decir en su calidad de imposición de formas correctas de comportamiento, no es algo exclusivo del pasado de la humanidad, extirpado del presente por la fuerza de la razón; ahora vemos que el hablar y pensar “correctamente” también es propio de la ciencia. Que pensar y hablar correctamente dentro de ella consiste en expresar un discurso sostenido en evidencias demostrables. En consecuencia los comportamientos de los científicos, y de los usuarios de la ciencia y la tecnología, también son rituales.

Retorno al pase de visita

El pase de visita es un ritual porque en su espacio/tiempo sólo habla quien debe hablar, para decir únicamente lo que debe ser dicho, de la forma en que debe ser expresado. Es un ritual porque el silencio de la mayoría de los allí reunidos, es un silencio participante que avala lo sucedido.

El rito del pase de visita, por otro lado, refleja su adecuación a la época contemporánea pues contiene un núcleo lógico-racional que es el estado del paciente en recuperación, representado por los documentos respectivos. La dimensión racional también se expresa como *logos didonai*, porque el médico residente que presenta el paciente, automáticamente se hace responsable tanto del contenido de los documentos como de lo que él verbaliza ante el jefe de Servicio, o su sustituto en el ritual, quien le exige rendir cuentas.

Al jefe del Servicio, por otro lado, la tradición le permite “salirse” y “entrar” de esa estructura lógica e interactuar con el residente de diversas maneras. En ese momento, por ejemplo, da inicio el rito de eliminación del mal, del error, de la omisión, etcétera, que ya se ha comentado previamente.

También se trata de un ritual porque en él aparecen acontecimientos de los cuales no existe un registro para dar cuenta de ellos de manera racional. Efectivamente, en el pase de visita aparecen sucesos que no se ponen en los informes: las llamadas de atención a los médicos residentes —a veces humillantes—, los castigos, las enmiendas, entre otras cosas ya mencionadas.

Todos los médicos, principalmente si son especialistas, conocen, hablan y platican anécdotas del proceso de su formación donde frecuentemente aparecen distintos tipos de correctivos ¿Por qué entonces no se da cuenta de ellos en los informes?

Porque el Servicio *debe* sostenerse en sus procedimientos diseñados, programados y operados desde la racionalidad hospitalaria, partiendo del supuesto que son, por sí solos, garantía de funcionamiento. Pero el hecho es que no. El ritual, entontes, oculta que el Servicio en buena medida se sostiene en el esfuerzo, en la voluntad, en el deseo de los médicos residentes de convertirse en cirujanos plásticos; el ritual oculta que para cada médico

residente soportar el estrés, la ansiedad, la fatiga, la disciplina militar, *tiene un sentido* y que ese sentido, siendo una cuestión subjetiva y personal es la energía que mueve al Servicio.

El ritual en suma, es una ceremonia que cíclicamente renueva el “mito” de que la ciencia es omnisciente y omnipotente y que su enfoque mecanicista, expresado como racionalidad hospitalaria, es capaz de organizar el servicio como una máquina eficiente que resuelve por sí misma problemas de salud de la población.

Margarita García es dada de alta.

Llegué al Servicio de Cirugía Plástica a las 9:30. Cuando entraba a la sala de recuperación noté sólo a Margarita y otra paciente en el lugar. Pregunté a Juanita “¿qué hizo con todas sus pacientes?” “Están en cirugía”, respondió.

Saludé a Margarita cuando la charola del desayuno estaba llegando frente a ella. Le dije que volvería después que terminara su comida. Asintió con un movimiento de cabeza.

Salí de la sala y saludé a varias personas que trabajan en el Servicio. Caminé hacia la sala de consulta. Había actividad. Saludé algunos médicos. Regresé al pasillo-oficina y tomé asiento junto a la persona entrevistada en Servicio Social.

El cuestionario de Trabajo Social

La ubicación socio-económica de los aspirantes a pacientes del Servicio, clasificación-ordenación decimos ahora nosotros, se realiza a través de preguntas muy semejantes a las de los censos poblacionales.

“Yo soy la trabajadora social, me llamo “fulanita de tal”, te voy hacer unas preguntas”

Nombre,
Edad,
Dirección...

Luego entra directo a las características de la vivienda: material de construcción, número de habitaciones, cuenta con servicios, número de aparatos eléctricos, etcétera..

Regresé y Margarita García había terminado su desayuno.

Entrando, me abordó la otra persona que estaba en recuperación. “Trabajo en Televisa”, fue lo primero que pronunció.

Al momento de entrar, Margarita se preparaba para salir a caminar, asistida por su mamá, la otra paciente en sala me preguntó si se podía quedar. Le dije que no tenía inconveniente. Al parecer tenía muchos deseos de hablar.

Empezó diciendo que tenía muchos días sin haberse sentado. En ese momento la reconocí. Era la mujer a quien habían colocado implantes glúteos durante una parte del tiempo en que Margarita García era operada en el quirófano de enfrente.

En ese momento pareció una mujer más joven. Cuando estaba boca abajo en el quirófano parecía una mujer mayor. El doctor Alfonso Reyes colocó los implantes con rapidez y destreza impresionantes: un trabajo cuidadoso, bien hecho y rápido. Como todas las cirugías donde lo vi trabajar.

Luego le hicieron liposucción de la parte alta y externa de las nalgas, donde tenía grasa acumulada. La paciente lleva allí muchos días, todavía no le permiten sentarse. Me preguntó si los implantes tienen caducidad o no. Le contesté que lo investigaría.

Estuvo hablando de que todo se le facilitó. En Televisa le dieron incapacidad para que se atendiera médicamente de una rodilla, al tiempo que le avisaron en el Hospital General que había una oportunidad para que ella fuera operada.

Luego contó que le interesa mucho aprender inglés, que para ello va al CELE (Centro de lenguas extranjeras) de la UNAM porque Televisa abrirá una filial en Los Ángeles, California, Estados Unidos, y que ella quiere trabajar allá. Comentó que estuvo en Orlando y la gente habla muy mal el inglés.

Al parecer, la joven, madre de una hija, ligaba los implantes glúteos, así como la liposucción, a una nueva forma corporal que facilitaría su ingreso a la filial de Televisa en Los Ángeles.

Los estudios de Inglés en el CELE parecían responder a la misma expectativa; una especie de portal por donde ingresar a un entorno laboral hasta ahora inaccesible.

La charla con Margarita

Margarita había regresado de su caminata. Dije “con permiso” a la joven mujer y me acerqué a ella.

Me confirmó que estaban, ella y su madre, en espera de que llegara el doctor Miguel de Cervantes para que les dijera si la iban a dar de alta o tendría que esperar más. Pregunté a Margarita si recordaba lo que había sucedido cuando estaba a punto de ser anestesiada para la operación.

Me dijo que casi nada. Solo recordaba que sentía miedo...

Se fue caminando al quirófano...

Me dijo que por cuenta propia se fue al quirófano. Alguien la acompañó y llegó hasta allí. Cuando la vi, ya estaba en el quirófano. La anestesióloga hacía los preparativos. Pregunté si recordaba qué le decía la anestesióloga y dijo “No”.

Cuando fue despertada de la anestesia, le pregunté si recordaba qué le decían y también dijo “no”.

Sus recuerdos empiezan con el reconocimiento de la sala de recuperación. Se dio cuenta que estaba allí.

Pregunté cómo sentía el cuerpo.

Notó que su brazo había sido operado cuando quiso moverlo y no pudo. Notó que su pierna había sido operada cuando intentó girar el cuerpo y no pudo.

La voluntad es límite

La incapacidad para ejecutar la voluntad sobre el cuerpo propio es la sensación de volver a este mundo.

Dijo que ya quería irse a su casa. Empezó a llorar.

Doña Laura García me dijo que ya tenían mucho tiempo aquí en la ciudad, pero que si el doctor les decía que tenía que venir a curaciones de manera frecuente, pues que mejor no regresarían a su casa, que se quedarían en la ciudad de México, en la casa de la hermana de doña Laura. Sus ojos también se llenaron de lágrimas. (Al parecer también desea regresar pronto a su casa).

Me platicó que las semillas de maíz que habían sembrado ya se habían perdido porque no ha llovido. Le pregunté si iban a re-sembrar y me dijo que no. “Si sembramos ahora, el maíz no alcanza a madurar. Llegan primero las heladas de diciembre y todo se pierde”.

Me comentó que sembrarán frijol. Si llueve en los próximos días alcanzarán a cosecharlo antes de las heladas y la pérdida de este año no será total.

En relación con la aflicción que noté por los deseos de regresar a su pueblo, y recordando que Margarita fue atendida a los 9 años y luego se interrumpió su atención “porque ya no la trajeron a las consultas”, le dije que era muy bueno

que se quedaran si las condiciones así lo demandaban porque había que cuidar muy bien la operación que le hicieron a Margarita.

Le dije que el colgajo, poco a poco iba encarnando. Que ya había visto el ritmo de la recuperación. Primero Margarita estuvo muchos días acostada, ahora ya le habían permitido dar unos pasos. Que luego le iban a permitir caminar rápido, luego correr, pero que eso era paso a paso. Que Margarita había sufrido mucho como para descuidarla y que un golpe o algún accidente, por pequeño que fuera podría echar a perder la operación.

Parecieron tranquilizarse las dos, sabiendo que tenía mucho sentido que fueran cuidadosas con el rostro de Margarita.

Una vez tranquilizada pregunté qué había sentido antes de la operación.

“Miedo” fue su respuesta.

La sensación desde que entró la primera vez a quirófano, hasta que se recuperó de la tercera operación, fue que estaba PERDIDA. No sabía dónde estaba, no entendía lo que escuchaba, no sabía cómo estaba. *No entendía.*

El entendimiento es enlace con el mundo...

Intenté, sin proponérmelo, que Margarita y su mamá entendieran la mayor cantidad de “cosas” para que realizaran un mejor acoplamiento con su mundo.

Exoducción

El Hospital General de México se encuentra separado del resto urbano por una alta reja metálica mientras sus entradas y salidas están custodiadas por guardias de seguridad. Cuando se construyó, a principios del siglo XX, fue edificado en la periferia para evitar que sus desechos biológicos contaminaran el entorno, comúnmente desalojados hacia las calles por los hospitales del primer cuadro; sin embargo el crecimiento de la mancha urbana terminó por incorporar de nuevo al Hospital en la Ciudad de México.

Arrojar los desechos a las calles fue por mucho tiempo una práctica común de los habitantes de la ciudad y los hospitales no eran la excepción. Pero el descubrimiento de microorganismos que causaban enfermedades infecciosas, durante el último tercio del siglo XIX en Europa, gradualmente modificó esas prácticas.

La institución hospitalaria ya separaba los enfermos de los sanos desde antes del surgimiento de la microbiología y del diseño de las vacunas, pero cuando se conocieron las causas biológicas de las enfermedades los hospitales se encargaron también de mantener apartados los agentes infecciosos. Miles de años antes del surgimiento de los hospitales la especie humana ya separaba los muertos de los vivos para mantener separada la descomposición de los cuerpos.

Separar y unir son procedimientos ancestrales para establecer, para mantener o para preservar un determinado orden. En el terreno de la medicina tal 'separación' adquiere la forma de 'separación del mal': del muerto entre los vivos, del enfermo entre los sanos, de la enfermedad del enfermo, de las causas del mal de sus efectos.

La separación/unión en los terrenos de la sociedad y la cultura está estrechamente vinculada con la noción de 'orden'; y se manifiesta como la definición de atributos que señalan quién pertenece y quién no a un determinado grupo; además de establecer las relaciones entre todos los grupos constitutivos del orden social y cultural.

En el orden hospitalario se funden las separaciones/uniones del orden biológico con las del orden social; es decir, las del orden de los cuerpos con las del orden de los sujetos. Por esta razón en la operación y funcionamiento del hospital se enlazan, entre otras, la clasificación social de los pacientes con las clasificaciones biológicas de sus estados.

El personal del hospital, por su parte, también se encuentra rigurosamente separado en jerarquías desde las cuales se delimitan sus funciones y responsabilidades. El espacio hospitalario, a su vez, se divide estrictamente en compartimentos de acuerdo con criterios sociales, administrativos, biológicos y médicos. De diferentes maneras y en distintos tiempos, la separación del personal en categorías compagina con la separación de los espacios y con su uso; y con las separaciones de los pacientes surgidas de su clasificación inicial.

Con base en ellas se establece a quién corresponde el tránsito desde un determinado espacio hacia otro y en qué tiempo; a quién corresponde recibir información y a quién corresponde otorgarla o emplearla; a quién corresponde tal o cual función y en cuáles casos, espacios y tiempos debe ser realizada, entre una infinidad de aspectos.

En otras palabras, las separaciones son simultáneamente delimitaciones sociales, administrativas, espaciales, profesionales y jerárquicas que se expresan como fronteras internas y permeables que en ciertos casos permiten la circulación tanto de personas, como de procesos, de operaciones y de información y en otros casos lo impiden.

Las separaciones/uniones de distintos tipos son, en suma, la base del funcionamiento del hospital y la expresión visible y significable de su orden. En este orden, reiteramos, se entretajan recursivamente los órdenes biológico (de los cuerpos) y social (de los sujetos).

La parte invisible de este funcionamiento, por otro lado, proviene del orden abstracto que actualmente rige férreamente casi todas las actividades sociales. Un orden donde reinan las relaciones cuantitativas sometidas al código de lo normal y lo anormal, estadísticamente hablando.

En este sentido, hay parámetros normales no sólo para el funcionamiento del cuerpo sino también para la forma y las funciones de las instituciones y para el trabajo del médico. Desde estos parámetros se establecen, primordialmente, el número y tipo de acciones que corresponden a los médicos, a los distintos servicios, y los hospitales.

En otras palabras, este orden cuantitativo por un lado fija las cifras normales para el trabajo global de las instituciones y, por el otro, presiona para que aquéllas se organicen de tal modo que su funcionamiento las produzca. En este orden las instituciones, los médicos, las enfermeras, los pacientes, y las acciones realizadas, funcionan en calidad de cifras que, a su vez, producen otras cifras; es decir, las cifras normales o aceptables que legitiman y validan las políticas de salud y el orden social global.

A lo largo de este trabajo intenté dar cuenta del nacimiento y de la evolución de este orden abstracto, y de su legitimación y validación históricas en calidad de racionalidad científica. Esta legitimación es crucial porque a través de ella el orden impuesto se vuelve incuestionable e inobjetable.

Pretendí, además, mostrar algunos rasgos del proceso histórico a través del cual los grandes poderes políticos y económicos que mueven al mundo han utilizado la ciencia como instrumento de dominación de la naturaleza y de la sociedad, encubriendo sus intereses detrás de la neutralidad y de legitimación social de la ciencia.

También traté de mostrar que los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, absorbidos por este orden son controlados en calidad de máquinas que deben funcionar dentro de los parámetros que la racionalidad les asigna.

El Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México no es la excepción. Su orden y funcionamiento parece emanar exclusivamente de la racionalidad hospitalaria —derivada de la racionalidad científica— que asigna a cada quien lo que le corresponde hacer de tal modo que el trabajo realizado empalme con la actividad del resto del equipo como la pieza de una máquina ensambla con las demás.

Reitero que la situación descrita no es exclusiva de los servicios médicos; esta manera de operar las instituciones públicas y privadas avanza por todo el

mundo sometiendo a su lógica maquinaal todas las actividades sociales mientras la ideología dominante habla de una economía con “rostro humano”, y en el terreno de la atención médica se habla de “calidad y calidez”.

Pero la debilidad de este gran poder consiste en que ha de ser renovado y legitimado incesantemente, al menos así ocurre en el espacio hospitalario donde se realizó esta investigación.

El pase de visita funciona claramente como un ritual donde se detectan y eliminan “los enemigos” del pensamiento científico y de su método; estos son: la subjetividad, las expresiones coloquiales, el error, la omisión, el sentido, el descuido, entre otros aspectos ya tratados en los capítulos precedentes; para que perduren la objetividad, el lenguaje médico, el acierto, la atingencia, el dato verdadero, entre otros.

La “eliminación de la subjetividad” es quizá uno de los hechos más notorios en esta ceremonia. Utilizamos comillas porque la subjetividad no es eliminable, cuando menos hasta ahora. Se le puede negar, ocultar, constreñir, pero no se le puede destruir. La subjetividad está ligada al sentido del sujeto, a su deseo, a su pasión pero también se le identifica como fuente de error. Es por ello que a lo largo del proceso de atención dentro del Servicio no sólo la subjetividad del médico es refrenada y acotada, sino también la de los pacientes. Volvemos a insistir que esta lucha contra la subjetividad no es exclusiva del Servicio de Cirugía Plástica, ni siquiera de la práctica médica en general, sino de todas las actividades sociales sometidas al control de la racionalidad científica.

Lo paradójico de esta lucha contra “la subjetividad” y lo que ella implica radica, sin embargo, en que se le persigue, se le acecha, se le acota, se le reduce a su mínima expresión *cuando es ella la que anima el Servicio y le da vida*. **Efectivamente, es la inquebrantable voluntad de los médicos residentes, su enorme deseo de convertirse en cirujanos plásticos, inclusive sus aspiraciones económicas y de prestigio profesional, su subjetividad en suma, la que les permite soportar la férrea disciplina militar imperante en el Servicio; la fatiga crónica, el estrés permanente, el aislamiento y la soledad.**

Pude constatar que si el funcionamiento del Servicio se apegara ciegamente a las normas mecánicas de los manuales cada vez más frecuentes, una gran cantidad de intervenciones quirúrgicas no podrían llevarse a cabo debido a la crónica insuficiencia institucional.

Es allí donde interviene el apoyo adicional de *alguien*, el esfuerzo sobrehumano del *residente*, el detalle extra de la *enfermera*, la voluntad de ayudar de algún *médico* adscrito, entre muchas otras cosas.

Funcionar como máquina bien aceiteada es la aspiración oficial de las instituciones y para ello se recurre al absurdo de ocultar al humano dentro de la máquina.

Hace no muchos años todo mundo sabía que los androides de las películas eran humanos cubiertos de hojalata;

Hoy, debemos hacer una investigación para descubrirlo...

BIBLIOGRAFÍA

ALMARZA, N, *Antiguo Hospital de la Concepción: Hospital del Marqués, actualmente Hospital de Jesús*. México, s/e, 1946.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, J. *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960. Obra en cuatro tomos.

ATTALI, Jacques, *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*, Planeta, Barcelona, 1981.

BARRAGÁN MERCADO, Lorenzo, *Historia del Hospital General de México*. Ediciones Lerner Mexicana, México, 1968.

BATESON, Gregory, *Espíritu y Naturaleza*, Amorrortu, Buenos Aires, 1990, primera reimpresión en español.

BAUDRILLARD, Jean, *Crítica de la economía política del signo*, Siglo XXI, México, 1999, 12ª edición.

BERGER, P. y LUCKMANN, Th., *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986, octava reimpresión.

BERGSON, Henry, *Introducción a la metafísica*, Siglo Veinte, Buenos Aires, 1979.

BIGGE MORRIS, L., *Teorías del aprendizaje para maestros*, Trillas, México, 1996, decimocuarta reimpresión.

BRENT, Burt, *The Artistry of Reconstructive Surgery. Selected Classic Case Studies*, Mosby Company, Saint Louis, Washington, Toronto 1987.

CAMPOS NAVARRO, Roberto y RUIZ LLANOS, Adriana, "Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España", *Gaceta Médica de México*, México, 2001; Vol. 137.

CAMPOS THOMAS, Tania H., *Antropología médica: contextos, textos y pretextos, Propuesta teórico-metodológica para el estudio de los sistemas etiológico-terapéuticos coexistentes*, Tesis de maestría en antropología, FFyL-IIA, UNAM, 2002.

CAMPOS Y DÍAZ, Jesús María, *Qué sea la higiene, cuáles sus fundamentos de que depende*. Tesis profesional de la Escuela de Medicina de México. México. 1900.

CANGUILHEM, Georges, *Lo normal y lo patológico, Siglo XXI, México, 7ª ed.* 1986.

CAPRA, Frijof, *El punto crucial*, Editorial Integral, Barcelona, 1985.

CAZENEUVE, Jean, *Sociología del rito*, Amorrortu, Buenos Aires, 1971.

COROMINAS, Juan y J:A: Pascual, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, Gredos, Madrid. 1996, 4ª Edición. Obra en seis tomos.

COMTE, Augusto, *La filosofía positiva*, México, Ed. Porrúa, Colección Sepan Cuantos No. 340, 1979.

CORTÉS GALLO, Gabriel "Aspectos generales de la relación médico-paciente", en. *Introducción a la bioética. Aspectos de la Relación Médico-Paciente*, de K. Porter.

DÍAZ, Lilia, "El liberalismo militante" en *Historia General de México*, Vol. 3, México, El Colegio de México, 2ª Ed., 1977.

DURAND, Gilbert, *La imaginación simbólica*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000, Primera reimpresión.

DURKHEIM, Emile, *Las reglas del método sociológico*, Morata, Madrid, 1978.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco, *Antología de escritos histórico-médicos* Tomo II, prólogo de Salvador Novo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1982.

FRENK, Julio y Durán L., "The medical profession and the State, en Hafferty F. y McKinlay J. *The changing medical profession*, New York, Oxford University Press, 1993.

FORRESTER, Vivianne., *Una extraña dictadura*, FCE, México, 2004.

FOUCAULT, Michel, *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI Editores, México, 1980.

----- *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores, décima edición, México, 1985.

----- *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona, 1991, segunda Edición.

GADAMER, Hans-Georg, *Mito y razón*, Paidós, Barcelona, 1997.

----- "Sobre el poder de la razón" en *Elogio de la teoría. Discursos y artículos*, Península, Barcelona, 2000.

----- *Verdad y Método*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 2001, Vol. I.

----- *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona, 2001, primera reimpresión.

GONZÁLEZ DE FAUVE, María Estela, Editora, *Ciencia, poder e ideología: el saber y el hacer en la evolución de la medicina española. Siglos XIV-XVIII*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Historia de España "Claudio Sánchez-Albornoz", 2001.

GONZÁLEZ, Luis, "El liberalismo triunfante", en *Historia General de México*, Vol. 3, México, El Colegio de México, 2ª Ed., 1977.

GONZÁLEZ NAVARRO, Moisés, *La pobreza en México*, El Colegio de México, México, 1985.

GONZÁLEZ OCHOA, César, *Apuntes acerca de la representación*, UNAM, IIFL, 2005.

GOOD, Byron J. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, N.Y., 1994.

GUBERN, Román, *Del bisonte a la realidad virtual. La escena y el laberinto*, Anagrama, Barcelona, Tercera Edición, 2003.

HACKING, Ian, *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Gedisa, Barcelona, 1991.

HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul, *Etnografía. Métodos de investigación*, Paidós, Barcelona, 1994, 2ª Edición.

HEIDEGGER, Martín, *El Ser y el Tiempo*, México, F.C.E., 1988, Quinta reimpresión.

----- "La cosa", *Das Ding*, del libro *Vorträge und Aufsätze*. Verlag Günther Neske Pfulling. Fünfte Auflage. 1985. Traducido y publicado en *Espacios*. Boletín del Centro de Investigaciones Filosóficas. Instituto de Ciencias. Universidad Autónoma de Puebla. Año v, No. 14.

----- *Introducción a la metafísica*, Gedisa, Barcelona, 1993.

HELLER, Agnes, *Teoría de los sentimientos*, México, Ediciones Coyoacán, 1999.

HERNÁNDEZ ZINZÚN, Gilberto, *Desarrollo económico y políticas estatales de salud en México, 1876-1984*, Tesis de licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1985.

----- *La deshumanización de la medicina*, Tesis de maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2001.

----- *Entrevista con el Dr. Fernando Ortiz Monasterio*, 15 de marzo de 2005.

----- *Entrevista con la Señora Cristina Rivero, México, 6 de julio de 2005.*

HYMAN, R., *Power in caring professions*, London MacMillan, 1991.

IBÁÑEZ, Jesús, *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*, Siglo XXI, Madrid, 1994.

JOHANNISSON, Karin, *Los signos, el médico y el arte de la lectura del cuerpo*, Editorial Melusina, España (sin lugar de edición) 2006.

KOYRÉ, Alexandre. *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI Editores. México. 1991. 11ª Edición.

KUPER, Adam, *Cultura. La versión de los antropólogos*, Paidós, Barcelona, 2001.

LABASSE, Jean, *La ciudad y el hospital : geografía hospitalaria*. Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1982.

LACAN, Jacques, *Escritos*, Ed. Siglo XXI, México, 1984, 2 volúmenes.

----- *El seminario. Las psicosis. Vol. 3*, Paidós, Buenos Aires, 1996, sexta impresión.

LARROYO, Francisco, "Estudio introductorio" a la *Filosofía positiva* de Augusto Comte, México, Editorial Porrúa, Colección Sepan cuantos, No. 340, 1979 Vigésimo primera edición en español, 1991.

LANGANEY, André, Jean Clottes, Jean Guilaine y Dominique Simonnet, *La historia más bella del hombre. Cómo la tierra se hizo humana*, Anagrama, Barcelona, 1999.

LAZCANO, Antonio, *El origen de la vida, Evolución química y evolución biológica*, México, Ed. Trillas, 1999, Octava re-impresión.

LEACH, E. R., *Sistemas políticos de la Alta Birmania. Estudio sobre la estructura social Kachin*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1976.

Le Robert, Micro poche. Dictionnaire de la Langue Française, Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1994.

LEÓN PORTILLA, M. *et. al. Historia documental de México* UNAM, México, 1974. Instituto de Investigaciones Históricas, Tomo I.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropología estructural*. Paidós. Barcelona. 1992. 2ª Ed.

LIFSHITZ, Alberto, "Tendencias de la educación médica" en *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No. 1.

LÓPEZ AUSTIN, Alfredo. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Instituto de Investigaciones Antropológicas. 1996.

LOURAU, René, *El diario de investigación. Materiales para una teoría de la implicación*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 1989.

MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica- CONACyT, Colección la Ciencia desde México, No. 45, 1987.

MARX, Karl, *El capital, Crítica de la economía política*, F.C.E., México, 1978, Decimotercera reimpresión.

MORALES COSME, Alba Dolores, *El Hospital General de San Andrés: la modernización de la medicina novohispana, 1770-1833*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2002.

MORELL, Antonio, *La legitimación social de la pobreza*, Anthropos, Barcelona, 2002.

MOREY, Miguel, *Los presocráticos. Del mito al logos*, Ed. Montesinos, Barcelona. 4ª, Edición, 1988.

MORIN, Edgar, *El método. Las ideas*, Ed. Cátedra, Madrid, 1998.

----- *El método II. La vida de la vida*, Cátedra, Madrid, 1998.

----- *El método. La naturaleza de la naturaleza*, Ed. Cátedra, Madrid, 1999.

----- *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*, Ed. Kairós, Barcelona, 1999, quinta edición.

----- *El método. El conocimiento del conocimiento*, Ed. Cátedra, Madrid, 4ª Edición, 2002.

MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana, 1990, 2ª ed., Tomo I.

NIETZSCHE, Friedrich, *La genealogía de la moral*, Alianza Editorial, México, 1989.

NORBERT, Elías. *El proceso de la civilización*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

OLIVÉ, León, *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós-UNAM, México, 2000.

PEREZ-TAYLOR, Rafael, *Aprender-comprender la antropología*, CECSA, México, 2000.

----- *Seminario Permanente de Antropología de la Complejidad Humana*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

SENNET, Richard, *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Alianza Editorial, Madrid, 1994.

SHLAIN, Leonard, *El Alfabeto contra la diosa. El conflicto entre palabra e imagen, el poder masculino y el poder femenino* Ed. Debate, Barcelona, 2000.

SONTAG, Susan, "La enfermedad y sus metáforas" en Revista *Literatura*, San Sebastián-Donostia, febrero de 1990, D.L.:S.S.115/87

SUDNOW, David, *La organización social de la muerte*, Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971.

VÁZQUEZ, Josefina Zoraida, "Los primeros tropiezos", en *Historia General de México*, Vol. 3, México, El Colegio de México, 2ª Ed., 1977.

VELAZCO CEVALLOS, Rómulo, *Visita y reforma de los hospitales de San Juan de Dios de Nueva España en 1772-1774*, México, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1945, 2 v.

VEGETTI, Mario, *Los orígenes de la racionalidad científica, El escarpelo y la pluma*, Península, Barcelona, 1981.

WATZLAWICK, Paul, *La realidad inventada, ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Gedisa, Barcelona, quinta reimpresión, 2000.

FUENTES HEMEROGRÁFICAS

La Jornada, 2 de octubre de 2006.

La Jornada, 3 de octubre de 2006