

El sujeto-paciente y la voz pasiva

Derechos de los pacientes y administración médica en *Planta 4ª* y *Truman*

Miguel León Pérez*

A Marina, tres veces.

Introducción

En este capítulo* proponemos una reflexión sobre la representación en el cine español, concretamente en las películas *Planta 4ª* (2003)¹ y *Truman* (2015)², de una de las principales cuestiones jurídicas derivadas del derecho a la protección de la salud, que es la garantía y el ejercicio de los derechos específicos que tienen los ciudadanos en cuanto sujetos vinculados a la administración médica. Por tanto, el tipo de representaciones que buscamos en ambas películas son aquellas que retratan la relación, jurídicamente mediada, entre los sujetos-pacientes y la administración médica.

La simple enunciación de nuestro propósito abre ya una serie de interrogantes que es preciso resolver antes de abordar el análisis mismo: ¿qué significa que los productos cinematográficos sean representaciones de la realidad social?, ¿por qué hemos elegido estas dos películas?, ¿es relevante que ambas se centren en el caso de enfermos de cáncer?, ¿qué entendemos por derechos de los pacientes? Las respuestas a todas estas preguntas están trenzadas unas con otras, de modo que

♦ Este texto ha sido publicado en el libro colectivo *Los Derechos Humanos en el cine español*, editado por Juan Antonio Gómez García (Dykinson, Madrid, 2017), y se reproduce en las páginas 289 a 313. La versión publicada contiene algunos errores de edición debidos a la maquetación, y otros procedentes del manuscrito; creo que todos ellos han sido debidamente subsanados.

♣ Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración (UCM/Universidad del Bósforo). Máster en Filosofía Teórica y Práctica (UNED). Estudiante del Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales (UNED).

♣ Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a Fanny H. Brotons, investigadora pre-doctoral FPI en el Instituto de Historia del CSIC y en el Departamento de Humanidades de la UC3M, cuyo proyecto de tesis se centra en la experiencia de los enfermos de cáncer en Europa Occidental durante la segunda mitad del siglo XIX. Sus recomendaciones bibliográficas y sus observaciones sobre el contenido de estas páginas han sido de una inmensa utilidad.

1 *Planta 4ª* (2003). Director: Antonio Mercero. Guión: Albert Espinosa, Antonio Mercero e Ignacio del Moral. Sinopsis: Miguel Ángel (Juan José Ballesta), Izan (Luis Ángel Priego) y Dani (Gorka Moreno), son un grupo de adolescentes que se encuentran ingresados en la Planta de Traumatología de un hospital porque sufren osteosarcoma. A ellos se suma Jorge (Alejandro Zafra), ingresado para someterse a determinadas pruebas que confirmarán si él sufre o no la misma enfermedad. La película muestra cómo afrontan los conflictos propios de la adolescencia y las relaciones con el grupo, al mismo tiempo que hacen frente a su enfermedad y a la dificultad de vivir en un hospital.

2 *Truman* (2015). Director: Cesc Gay. Guión: Tomàs Aragay y Cesc Gay. Sinopsis: Tomás (Javier Cámara) visita por sorpresa a Julián (Ricardo Darín), al que hace mucho tiempo que no ve, para pasar con él unos días. Julián sufre un cáncer terminal y decide que no quiere pasar sus últimos meses de vida sometido a un tratamiento que no le va a curar; su mayor preocupación es encontrar a alguien con quien dejar a su perro, Truman, ya que conforme se acerque el final de su vida no va a poder hacerse cargo de él. La película sigue la vida de los dos amigos durante los días que pasan juntos.

dedicaremos un primer apartado del capítulo, extenso y de corte teórico, a presentarlas de forma relativamente ordenada. Después dedicaremos dos apartados al análisis fílmico propiamente dicho, estudiando primero representaciones de lo que sucede en el interior de la administración médica, y después las representaciones de lo que ocurre fuera de ella. Cerraremos el capítulo, a modo de conclusión, con unas reflexiones sobre la posibilidad de extender los resultados de nuestro análisis más allá del ámbito de la administración médica.

1. El sujeto-paciente y la voz pasiva: construcción de un marco de interpretación

Como acabamos de plantear, la propia enunciación del objetivo de este capítulo abre una serie de interrogantes que deben ser respondidos. Al ir proporcionando, trezadas unas con otras, las respuestas a estas preguntas, vamos a ir conformando también un mínimo marco analítico desde el cual aproximarnos después a las dos películas elegidas, y al mismo tiempo van a ir apareciendo argumentos que justifican la pertinencia de nuestra elección.

En primer lugar, queremos enfatizar que las dos películas que hemos escogido han gozado de fama y difusión. *Planta 4ª* no sólo tuvo impacto con ocasión de su estreno por abordar una realidad tan complicada como la del cáncer infantil, sino que además contaba con Juan José Ballesta (ganador tres años antes del Goya al Mejor Actor Revelación por *El Bola*) como actor coprotagonista, y fue nominada a Mejor Película en los Premios Goya. *Truman*, por otro lado, también trata un tema espinoso, el cáncer terminal, está protagonizada por dos actores de enorme prestigio, Javier Cámara y Ricardo Darín, y ha recibido numerosos premios (destacan cinco Premios Goya, y Concha de Plata al Mejor Actor para ambos intérpretes en San Sebastián). En la misma línea, es relevante el número de espectadores que vio en el cine cada una de estas películas: *Planta 4ª* fue vista, de acuerdo con los datos del Anuario de Cine publicado en línea por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por 204.979 espectadores; *Truman*, por otra parte, y según la misma fuente, fue vista por 500.487 espectadores³. Apuntamos estos pocos datos porque creemos que el

3 Estos datos absolutos no son demasiado elocuentes por sí mismos; es necesario considerarlos en términos relativos, es decir, ponerlos en relación con el número de espectadores cosechado por otras películas (españolas y extranjeras) esos mismos años.

En 2004, año de estreno de *Planta 4ª*, la película española con mayor número de espectadores fue *Mar Adentro*, vista en cines por 3.998.550 personas. Sólo otras tres películas españolas superaron ese año el millón de espectadores, sin llegar a los dos millones: *ISI & DISI*, *El Lobo*, y *La Mala Educación*. Entre los 200.000 y los 300.000 espectadores se situaron, además de *Planta 4ª*, otras siete películas españolas, y entre ambos tramos, con desde los trescientos mil espectadores hasta el millón, hay otras cinco películas más. La película que más espectadores tuvo ese año en cines españoles fue *Shrek 2*, con 6.195.887 espectadores.

En 2015, por otra parte, la película española más vista (y también la más vista en general) fue *Ocho apellidos catalanes*, con 5.069.757 espectadores. Aparte de esta película, otras cuatro superaron el millón de espectadores, sin llegar tampoco a los dos millones: *Atrapa la bandera*, *Perdiendo el norte*, *Regresión*, y *Ahora o nunca*. *Palmeras en la nieve* (más de setecientos mil) y *Truman* fueron las dos películas que superaron la barrera del medio millón. La película extranjera más vista ese año en cines españoles fue *Los Minions*, con 4.267.169 espectadores.

A la luz de estos datos podemos decir que, si bien *Planta 4ª* y *Truman* no cosecharon un éxito rotundo, tampoco

grado de difusión y aceptación de ambas obras cinematográficas es un indicador, impreciso pero relevante, de la conformidad de nuestra sociedad con la imagen que ambas películas le ofrecen de sí misma.

Cuando abordamos el análisis de las dos películas escogidas entendiéndolas como “representaciones” de una determinada realidad sociojurídica, estamos partiendo del presupuesto de que toda sociedad genera, a través de su producción cultural, representaciones de sí misma. Las sociedades se reflejan, se perciben a sí mismas, en las representaciones que generan, y por esta vía pueden conocer *a posteriori* su propia constitución y funcionamiento. El auto-conocimiento, por tanto, es un resultado y no un presupuesto de las representaciones culturales, y por eso éstas no *reproducen* fielmente la realidad social. Más bien a la inversa, la realidad social se configura y reconfigura permanentemente, en diálogo con las representaciones “ciegas” o “miopes” que va produciendo de sí misma. Por eso el cine no sólo ofrece un retrato de la sociedad sino que también, incluso principalmente, es una industria cultural capaz de condicionar la forma en que la sociedad se va imaginando a sí misma.

Subrayamos esta idea para hacer ver la diferencia entre nuestro planteamiento de análisis fílmico y aquél que se preocupa especialmente por resaltar las coincidencias y (sobre todo) divergencias entre los datos clínicos reales y las representaciones cinematográficas de los mismos [cf. Icart-Isern et al., 2009]. A nosotros nos preocupa menos esa correspondencia entre la representación y la realidad porque asumimos que una representación cultural de la realidad nunca va a ser una reproducción fiel de la misma (ni siquiera el *cine-ojo* de Dziga Vertov lo es exactamente). Y también porque entendemos que toda producción cultural, por más alejada que esté de la “realidad objetiva” a la cual remite, no deja de ser un producto de unas circunstancias sociales determinadas que necesariamente va a retratar (de forma directa o indirecta) y sobre las cuales va a influir.

En segundo lugar, aparece la pregunta por el cáncer. ¿Es esta enfermedad un elemento significativo para el estudio de la relación entre sujeto-paciente y administración médica? En principio no, desde luego, ya que un paciente puede serlo por muy diversas razones, y sufrir un cáncer no es la más frecuente. Pero también es cierto que sólo enfermedades trascendentes y con una convalecencia prolongada son en principio susceptibles de convertirse en eje argumental de una película, de modo que no es tan sencillo encontrar obras cinematográficas españolas que traten sobre un protagonista enfermo y su relación con la administración médica y en las cuales el cáncer no sea la enfermedad en torno a la cual gira el argumento. De todos modos, y más allá de esta razón

obtuvieron un mal resultado, y que contaron con un número de espectadores medio, e incluso medio-alto.

práctica, hay un argumento positivo que refuerza la pertinencia de nuestra elección; este argumento tiene que ver con la historia del propio derecho de los pacientes como problema específico.

La condición de posibilidad de la pregunta por los derechos de los pacientes es la existencia de una serie de derechos sociales, ya que los derechos de los pacientes tienen que ver, como decíamos al inicio, con las condiciones en que se ejerce y se garantiza el derecho a la protección de la salud. Es decir, tiene que ver con cómo se garantiza la vigencia de derechos civiles fundamentales (igualdad, libertad, dignidad de la persona...) al interior de una administración encargada de garantizar el cumplimiento de un derecho social. Pues bien, en términos cronológicos, hay tres cuestiones sustantivas para la conformación del derecho de los pacientes como normativa específica a finales del siglo XX (los cuidados paliativos, la calidad de vida, y la pertinencia de informar a los pacientes de su situación) que surgen de forma más o menos simultánea en los años 50 y 60 en el mundo anglosajón y que están directamente relacionadas con la situación de pacientes con cáncer en un estadio avanzado [cf. Timmermann, 2012: 181-182, 184-185; Sanz Ortíz, 1999: 48-49; Clark, 2007: 430-432; Rodríguez Parada y Vall Casas, 2006: 167-168]. Esto quiere decir que, en términos históricos, la situación particular de los enfermos de cáncer ha sido fundamental para la apertura de debates sobre la relación entre sujeto-paciente y administración médica cuya incidencia y relevancia trasciende los límites marcados por dicha enfermedad.

Asimismo, resulta relevante que en la génesis del derecho de los pacientes como ámbito de regulación específico encontremos múltiples referencias a los Estados Unidos, donde la existencia efectiva del derecho a la protección de la salud ha estado ligada, de forma mucho más evidente que en Europa, a la correlación de fuerzas entre capital y trabajo. En definitiva, nos pone sobre la pista de un doble hecho: por un lado, que todo mecanismo social de cuidado de la salud (sea a través de prácticas tradicionales transmitidas en el ámbito familiar o comunitario, sea a través de una medicina científica institucionalizada en centros médicos especializados controlados o bien por el Estado o bien por entidades privadas) tiene repercusiones sociales generales inmediatas porque contribuye a la reproducción material de la vida y por tanto de la propia sociedad; por otro, que concretamente en las sociedades capitalistas la administración médica cumple un papel clave en la reproducción de la fuerza de trabajo.

Esto significa, por un lado, que cualquier representación de la relación entre sujeto-paciente y administración médica incluye implícita o explícitamente referencias al “afuera” de la administración médica, es decir, al contexto en el que dicha administración opera y al entramado social en el que dicho sujeto-paciente se desenvuelve cotidianamente. También significa, por otro, que no podemos perder de vista los condicionantes político-económicos, es decir, relativos a la reproducción del capital como relación de dominación, que operan en la propia conformación y

actuación de la administración médica en su relación con el sujeto-paciente.

Así, por ejemplo, y sumado a la reivindicación ciudadana de una mayor toma en consideración de las necesidades e inquietudes del paciente, o al interés de los médicos de no ser los únicos responsables de las decisiones tomadas, existen argumentos de orden económico (reducción de costes gracias a la prevención y, en caso de enfermedad, a la colaboración activa del paciente en su proceso de recuperación) que explican el interés que despierta en los años 50 y 60 en Estados Unidos la cuestión de la información proporcionada a los pacientes [cf. Rodríguez Parada y Vall Casas, 2006]. El hecho de que el derecho de los pacientes surja simultáneamente como problemática en dos contextos tan diferentes como los Estados Unidos y Europa Occidental implica que distintos *modos de regulación* [cf. Jessop, 2002: 44-51, 68-71, 73-80] que coexisten en el tiempo pueden ejercer una influencia recíproca el uno sobre el otro, y pueden también alcanzar soluciones jurídico-institucionales relativamente similares, sin que por ello dejen de ser *arreglos espaciotemporales* diferenciados, vinculados a distintas estrategias de acumulación, distintas trayectorias históricas, y distintas correlaciones de fuerzas.

Otro ejemplo llamativo lo proporciona la escala diseñada por el oncólogo estadounidense David A. Karnofsky, una de las más utilizadas en la actualidad para valorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer. Esta escala fue originalmente concebida por Karnofsky a finales de los años 40 para medir simplemente el “rendimiento” (*performance status*) de los pacientes sometidos a tratamientos experimentales con mostaza de nitrógeno. Un primer rasgo relevante de esta escala, que valora del 100% al 0% el rendimiento del paciente, es que sólo del 30% hacia abajo se asocia el estado de salud con la hospitalización, de modo que una gran parte de la escala sirve para medir la salud de un paciente que sigue pasando la mayor parte de su tiempo en ese “afuera” de la administración médica al que nos referíamos más arriba. Otro rasgo interesante es que se distinguen tres tipos de acciones que el sujeto-paciente puede desarrollar fuera de la administración médica (trabajo activo, actividad normal, y cuidado personal) y que es la progresiva pérdida de capacidad para realizar estas actividades lo que va indicando el decrecimiento del porcentaje de rendimiento [cf. Timmermann, 2012: 183]. En definitiva, es una escala que mide “la utilidad del paciente y la carga que éste representa para su familia o para la sociedad” [*ibid*: 184].

Como veremos, *Planta 4ª* y *Truman* ofrecen a este respecto un contrapunto interesantísimo: mientras que la primera película nos muestra a un grupo de adolescentes intentando sobrellevar su enfermedad encerrados en un hospital, de modo que el “afuera” del hospital aparece como un espacio negado, ajeno, inalcanzable, la segunda solamente contiene una escena que representa propiamente la relación entre médico y paciente, de modo que básicamente muestra la vida del paciente más allá de la administración médica (su relación con los vecinos, la familia, el trabajo, los

amigos...).

En tercer lugar, conviene decir algo sobre la regulación del derecho de los pacientes en España, puesto que las dos películas escogidas son españolas y es la realidad española la que representan. Como decíamos al comenzar esta introducción, el derecho de los pacientes se deriva del derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de la Constitución de 1978 y desarrollado en la Ley 14/1986 General de Sanidad; si bien en dicha ley ya se incluyen algunas referencias al derecho de los pacientes (y sobre ello volveremos ahora), la preocupación jurídica por esta cuestión en concreto, que lleva a la aprobación de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, viene impulsada por acuerdos de carácter internacional, tales como la “Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa” (1994) promovida por la Oficina Regional para Europa de la OMS, y el “Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y de la medicina” (1997), que es el primero con carácter vinculante para los países que lo suscriben.

Como decíamos, la regulación básica del derecho de los pacientes está recogida en la ley que establece y ordena la administración médica, es decir, que el problema de los derechos del sujeto-paciente surge no por sí mismo sino como consecuencia de la organización burocrática de los servicios de salud. Los contenidos de la Ley 14/1986 relativos al derecho de los pacientes se encuentran en el artículo 1.2 (titularidad del derecho a la protección de la salud) y los artículos 9 (obligación por parte de los poderes públicos de informar a los usuarios de sus derechos y deberes), 10 (derechos de los usuarios), 11 (obligaciones de los ciudadanos) y 12 (obligación por parte de los poderes públicos de corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso)⁴.

4 El artículo 10, en su redacción original, incluye ya una amplia lista de derechos. Si bien algunos de los apartados de este artículo fueron derogados con la aprobación de la Ley 41/2002, que se supone que les da un desarrollo más preciso, nosotros reproducimos la enumeración original, indicando cuáles fueron derogados: derecho al respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, y a la no discriminación (10.1); derecho a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso (10.2); derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso (10.3); derecho a ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, quedando sujeto en todo caso a aceptación por parte del paciente (10.4); derecho a a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (10.5 -derogado-); derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, y requisito de consentimiento escrito salvo en casos excepcionales enumerados (10.6 -derogado-); a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial (10.7); a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria (10.8 -derogado-); a negarse al tratamiento, salvo circunstancias excepcionales enumeradas (10.9 -derogado-); a participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen (10.10); a que quede constancia por escrito de todo su proceso y a recibir un Informe de Alta al finalizar el mismo (10.11 -derogado-); a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos (10.12); a elegir el médico y los demás

Dado que la Ley 41/2002 es el más reciente desarrollo legislativo en relación con la cuestión que estamos tratando, y dado que además ya había entrado en vigor cuando aparecieron las dos películas escogidas como referencia, nos detendremos un poco más en el análisis de este texto y los problemas que lo tensionan. En todo caso, y dado que el guión de *Planta 4ª* está basado en la experiencia personal del co-guionista Albert Espinosa (diagnosticado y tratado de osteosarcoma y metástasis entre 1987 y 1997), también subrayamos que las modificaciones que introduce esta última ley en comparación con los apartados de la anterior que fueron derogados son absolutamente menores: la nueva redacción gana en precisión, pero con ello solamente perfila mejor cuáles son los problemas que entraña, sin llegar a resolverlos en ningún caso.

El artículo 2 de la Ley 41/2002 enuncia los principios básicos sobre los que se construye la norma. Lo primero que contiene es una referencia a la “dignidad de la persona humana”, la “autonomía de su voluntad” y “su intimidad” (2.1). Estos tres elementos, sin embargo, no están colocados exactamente al mismo nivel, puesto que no todos están igualmente desarrollados. Parece lógico, por ejemplo, que el respeto por la “dignidad de la persona humana” en el ámbito de la administración médica tiene una estrecha relación con la cuestión del dolor y la calidad de vida; sin embargo, esta ley no contiene una sola referencia a la cuestión de los cuidados paliativos, que han sido regulados a nivel estatal por otra vía a partir de mediados de los años 90 [cf. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, 2007: 28-32] y que también han sido desarrollados por legislación autonómica.

La Ley 41/2002, que insistimos en que simplemente afina contenidos de la Ley 14/1986, va a hacer algo mucho más modesto en apariencia: regular derechos y deberes relativos a la información y la documentación clínicas. En realidad, sin embargo, se trata de algo mucho más importante: construir la autonomía de la voluntad del sujeto-paciente. El individuo que entra en relación con la administración médica sólo puede ser titular de derechos (entre otros, su derecho a no sufrir dolor) si se le presupone una voluntad autónoma.

La voluntad autónoma del paciente se traduce jurídicamente en la figura del consentimiento previo e informado (2.1), es decir, en el “derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles” (2.3) e incluso “a negarse al tratamiento” (2.4). Que la información ha de ser “adecuada” significa que debe ser “verdadera”, que debe ser comunicada “de forma comprensible” y de acuerdo con las necesidades del paciente, y que tiene por finalidad “ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad” (4.2). En línea con lo anterior la ley también establece que “el médico responsable del paciente” es quien

sanitarios titulados (10.13); a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud (10.14); y a que los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 sean ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados (10.15).

“garantiza el cumplimiento de su derecho a la información”, aunque el resto de “profesionales que le atiendan, o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle” (4.3). A partir de aquí, sin embargo, empiezan los problemas:

El primero de ellos es que, aunque parece que el consentimiento no puede producirse si el paciente no ha sido previamente informado, la misma ley afirma que “toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada” (4.1) sin que ello impida la obtención de su consentimiento previo (9.1).

El segundo es la permanente asimetría entre médico y paciente, que aparece a veces de forma implícita y a veces de forma expresa. De forma expresa la encontramos, por ejemplo, en el límite al ejercicio negativo de su libertad, es decir, al ejercicio de sus derechos a negarse a ser tratado y a no ser informado. El derecho a negarse a ser tratado no puede ser ejercido si existe un “riesgo para la salud pública”, o si existe un “riesgo inmediato grave” para el enfermo y no es posible conseguir su autorización (9.2.a y b). Por otra parte, el derecho a no recibir información está limitado “por el interés de la salud del propio paciente”, “de terceros”, “de la colectividad” y por “las exigencias terapéuticas” (9.1). Quien juzga si se dan o no las situaciones excepcionales en las que estos derechos no pueden ser ejercidos es, evidentemente, la administración médica.

También aparece de forma expresa en el “estado de necesidad terapéutica” que faculta al médico “para actuar profesionalmente sin informar al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave” (5.4)⁵. Ahora bien, cuando se da un “estado de necesidad terapéutica” quienes sí deben recibir la información pertinente son “las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho” (*ibid*), lo cual nos conduce a un tercer problema: la figura de la “persona vinculada al paciente” cumple funciones muy importantes que contrastan totalmente con la dificultad legal de identificar quiénes son. Dichas personas no solamente son titulares adicionales del derecho a ser informadas (5.1) sino que además pueden otorgar el consentimiento para una intervención médica urgente cuando el paciente no está en condiciones de hacerlo (9.2.b), y, de modo más general, pueden ser incluso depositarias del derecho a otorgar el “consentimiento por representación” cuando el paciente carezca de representante legal y, otra vez “a criterio del médico”, no pueda “tomar decisiones” o no pueda “hacerse cargo de su situación” debido a “su estado físico o psíquico” (9.3.a).

Sin embargo, como decíamos, la identificación de las “personas vinculadas” al paciente es enormemente problemática. En ella opera de nuevo la asimetría entre médico y paciente, aunque sea de modo menos visible. Existe, por un lado, un criterio objetivo: o bien existe una relación de

⁵ Entendemos que en este supuesto también se incluyen los casos en los que el propio tratamiento o prueba médica requiere que el paciente no sepa con detalle qué está ocurriendo, como sucede por ejemplo cuando se usan placebos.

parentesco entre el paciente y la persona vinculada (y ese parentesco es documentable, al menos relativamente), o bien existe una relación de hecho cuya existencia o ausencia tendrá que ser juzgada, no se sabe muy bien cómo, por la administración médica (5.1). Además existe, por otro lado, un criterio subjetivo: la persona vinculada lo es, y puede ser consiguientemente titular de derechos, porque el paciente lo permite “de manera expresa o tácita” (*ibid*). Esto significa que, cuando no se cuenta con un permiso expreso, la existencia o ausencia de un permiso tácito la juzga, de nuevo, la administración médica.

Alguien podrá objetar que en todos los casos que estamos enumerando hablamos de situaciones extraordinarias en las que el paciente no cumple con alguno de los requisitos de los que depende la manifestación ordinaria de la autonomía de su voluntad en el marco de la administración hospitalaria. Es verdad. Hemos visto aquellos casos en los que el paciente no quiere o no puede ser informado, o no quiere o no puede prestar su consentimiento. Pero la asimetría entre médico y paciente también opera, aunque no sea visible, en los casos en los que los requisitos previstos por la ley se cumplen:

Como planteábamos al comienzo de este análisis, la ley establece que “el médico responsable del paciente” es quien “garantiza el cumplimiento de su derecho a la información”, aunque el resto de “profesionales que le atiendan, o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle” (4.3). Sin embargo, el deber médico de proporcionar una “información adecuada”, y el derecho que el paciente tiene a recibirla, presuponen el deber que el paciente tiene de “facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera” (1.5).

La paradoja es, pues, que el sujeto-paciente aparece al mismo tiempo como la fuente original y como el destinatario último de la información, lo cual no tiene ningún sentido si los datos que él proporciona y los que recibe al final del proceso son idénticos. Evidentemente no lo son, pero esto significa que en realidad el paciente no tiene capacidad para determinar autónomamente la veracidad de la información que proporciona: el criterio de veredicción lo establece la administración médica y no el sujeto-paciente que se presenta ante ella. El paciente desconoce la verdad, y de hecho esa es precisamente la razón por la que va al médico: ha asumido que, en última instancia, él no sabe lo que le ocurre y que sin embargo existe un otro, un profesional cualificado que sí lo va a saber. Evidentemente, cuando la ley establece el deber que el paciente tiene de facilitar datos leales y verdaderos no le está atribuyendo a éste un conocimiento cierto y absoluto, ya que tal cosa sería un absurdo; sin embargo, la ley tampoco toma en consideración esta asimetría de saberes, esta delegación en otro del poder de veredicción, a pesar de que las repercusiones sobre la autonomía de la voluntad sean inmediatas.

A partir del momento en el que el paciente se coloca ante el médico, prácticamente cualquier cosa es posible. El médico puede, por ejemplo, considerar que lo que el paciente le ha presentado como un síntoma es en realidad algo normal, en cuyo caso la administración médica directamente desmiente al paciente. El médico puede también saltar del síntoma que el paciente ha detectado a otro, que el paciente no advertía, y que tiene mayor significación; en este caso se produce una desmentida parcial. El médico tiene capacidad, además, para considerar o bien que la enfermedad (la dolencia que él va a tratar) es el síntoma (el dolor que el paciente alega), o bien que el síntoma es sólo signo de una enfermedad cualitativamente distinta que se manifiesta o se expresa en una sintomatología determinada.

Puede ocurrir, asimismo, que el paciente se haya formado una idea no sólo de su síntoma sino también de la causa de éste. Pero el médico siempre tendrá capacidad para considerar que la causa aducida por el paciente no es la real, desmintiéndole también en este caso. En estas circunstancias, además, el médico puede plantear, como decíamos, que la causa del síntoma es otra, y tratarla, o puede considerar la causa una incógnita o un dato irrelevante, y tratar solamente el síntoma por sí mismo.

¿Qué opciones tiene un paciente desmentido? Formalmente existe la posibilidad de consultar a otro médico, pero hay todo un conjunto de factores que disuaden de tal cosa. Por un lado, la medicina aparece ante los sujetos-pacientes como una práctica exacta, y por tanto la consulta a dos profesionales parece (y es en muchos casos) redundante. Sea por la naturaleza científica del conocimiento médico, sea por la homogeneización que produce la burocratización de la práctica médica, existe un alto grado de posibilidades (que para el sujeto-paciente se transmuta en una garantía) de que ante dos hechos análogos dos médicos cualesquiera enuncien el mismo diagnóstico y propongan el mismo tratamiento. Además, las complicaciones burocráticas, y hasta puede que económicas, que entraña consultar a más de un médico, así como la urgente necesidad de alivio que suele tener el paciente, también constituyen obstáculos significativos. En todo caso, el recurso a una segunda, tercera o cuarta opinión no altera la naturaleza asimétrica de la relación entre médico y paciente, dado que lo que se va a hacer, si existen opiniones contradictorias, no es oponer al saber del médico el conocimiento del paciente, sino oponer al saber de un médico otro de su misma clase. Por todo ello, resulta que en la mayor parte de los casos el sujeto-paciente en realidad está sometido a la violencia simbólica [cf. Bourdieu, 1997] del médico que impone su criterio y, por otro, a la presión física de su malestar: la libre voluntad del sujeto-paciente es, como la del súbdito hobbesiano, perfectamente compatible con la coerción.

¿Qué queda, después de todo este análisis, del consentimiento previo informado? Prácticamente nada. El consentimiento, más que una manifestación de la voluntad autónoma del

paciente, es una reacción que produce en el paciente la administración médica a la que éste se ha sometido “voluntariamente” pero condicionado por una sensación de malestar. Es una ficción generada para satisfacer la necesidad que tiene la práctica racionalizada y burocratizada de la administración médica de interactuar con un sujeto igualmente racional. Esa necesidad se da, por lo demás, en un marco en el que el objetivo principal de la administración médica es la curación del paciente, entendida ésta ante todo como la restauración de sus facultades productivas.

Esto significa que la legislación tiene un concepto muy pobre, muy sesgado, de la personalidad de cualquier sujeto-paciente. Que de hecho el sujeto-paciente real no tiene nada que ver con el sujeto-paciente jurídicamente definido y burocráticamente administrado, y que uno y otro sólo coinciden en el momento, puramente formal, en el que *se obliga* al sujeto-paciente real a manifestar su consentimiento. La descripción que hace el doctor Sanz Ortiz del caso de los pacientes terminales puede entenderse como un ejemplo extremo de la situación general que intentamos retratar:

Médicos y enfermeras deben ponerse al día en el manejo y utilización de cada vez más sofisticada y útil tecnología dedicando la mayor parte de su tiempo a salvar vidas y luchar contra la muerte, quedando las necesidades humanas de los pacientes y sus familias relegadas a un segundo plano tangencial y secundario. Esta carencia de atención se agudiza más, si cabe, cuando el paciente no es curable, viviendo el personal sanitario esta situación como un símbolo de fracaso. La supremacía del *curar* sobre el *cuidar* institucionaliza el valor del control sobre la muerte. En la fase terminal de la enfermedad el paciente sufre dolores no aliviados, molestias múltiples considerables, falta de apoyo emocional y comunicación, abandono y aislamiento social. [...] La medicina nació cuando ninguna enfermedad era curable pero todos los enfermos eran cuidables. El médico en la antigüedad sólo ejercía el cuidar. El médico actual es adicto a curar [Sanz Ortiz, 1999: 83].

Alguien podría sugerir que estas contradicciones y problemas son fruto del análisis de un texto jurídico que no es capaz de presentar debidamente cómo funciona la práctica real de la administración médica, en cuyo desenvolvimiento cotidiano estos posibles conflictos se resolverían mediante mecanismos donde entra en juego la relación intersubjetiva entre médico y paciente. Este tipo de resolución práctica del problema inherente a la relación entre sujeto-paciente y administración médica puede ser tanto más viable cuanto más sencilla sea la situación del paciente, pero conforme se agravan los cuadros clínicos también crecen las dificultades. Así, por ejemplo, en

la introducción a un pequeño estudio, publicado en 2004, sobre los factores que pueden conducir a los oncólogos a proporcionar o no información específica a sus pacientes, leemos lo siguiente:

No existe un acuerdo general sobre la información que debe darse a los pacientes que sufren un proceso oncológico acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. En España, el paciente de cáncer, en la mayoría de los casos, desconoce exactamente el diagnóstico y/o pronóstico de su enfermedad. El médico habla poco de ello o lo hace de forma ambigua. Un cierto pacto de silencio entre la familia y el personal sanitario se encarga de ocultar casi todos los detalles del mal que aqueja al enfermo. Hasta fechas no muy lejanas, la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes de cáncer del trastorno que padecían. Sin embargo, en los últimos años la tendencia se ha invertido, en algunos países por imperativos legales, en otros por razones diversas [...]. Pero a pesar de este cambio, informar o no informar a los pacientes de cáncer, es una cuestión planteada hace tiempo que dista de estar resuelta. En España [...] la legislación no parece haber solucionado de forma definitiva e inequívoca el problema. Como en muchos otros casos se dice qué debe hacerse, pero no cómo, ni siquiera considera si se dispone de los recursos para llevarlo a cabo. La realidad se ha impuesto: la falta de recursos, de conocimientos, de técnicas y habilidades psicológicas adecuadas por parte de todos los sanitarios hacen difícil que éste establezca con precisión qué debe decir, a quién, cómo decirlo y cuándo [Labrador y Bara, 2004: 51-52].

Precisamente porque en realidad los elementos fundamentales de la Ley 41/2002 ya están contenidos en la Ley 14/1986, hay motivos para relativizar el efecto que tiene el paso del tiempo sobre la validez sociológica [cf. Weber, 2014: 700-703] de la norma que hemos analizado: si entre 1986 y 2004, y a pesar de la aprobación de una segunda norma específica en 2002, los datos son los que figuran en el estudio de Labrador y Bara (de los 100 pacientes considerados, 52 reciben información específica y otros 48 no), no se puede asumir tampoco un progreso continuado desde 2004 hasta hoy, aunque desde luego tampoco se pueda asumir que nada ha cambiado desde entonces. En este sentido, lo cierto es que un estudio de 2010, con una muestra notablemente más amplia (13.773 pacientes -de todo tipo, no sólo de oncología- en 21 hospitales distintos), hace un balance positivo del respeto efectivo de los derechos de los pacientes [cf. Pérez-Jover et al, 2010]. Sin embargo, incluso un estudio tan optimista como este apunta que, si bien “el consentimiento informado o la información al alta son prácticas muy consolidadas”, también existe “una

oportunidad de mejora en el caso del consentimiento informado de pacientes ingresados en plantas de Medicina”, y apunta, citando otra investigación, que para un número relevante de médicos el consentimiento informado sigue siendo “una traba burocrática” [*ibid*: 353]. Tanto es así, de hecho, que el Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España subraya, en su artículo 16.1, que “[l]a información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico”. ¿Por qué habría que realizar una afirmación semejante si no fuera porque existe una clara tendencia a la sobredeterminación de la práctica clínica por las dinámicas burocratizantes del marco administrativo en el que se produce?

De todos modos, parece que muchas de las investigaciones disponibles sobre la observancia o no de la normativa relativa al derecho de los pacientes (si no todas) tienen un carácter cuantitativo y apenas entran en detalles, de modo que nos da la sensación de que su fiabilidad es limitada. Dos problemas de sociología jurídica tan complicados como, por un lado, el de si el paciente se percibe a sí mismo o no como un sujeto de derechos autónomo, o, por el otro, el de los factores que explican por qué el personal sanitario cumple o no, y sobre todo cómo, con los requisitos establecidos por la legislación vigente, requiere seguramente de una investigación profunda de carácter cualitativo. De hecho, estas páginas son un intento, muy modesto en sus aspiraciones y muy limitado en sus recursos, de contribuir a ese estudio sociológico cualitativo de este problema.

En definitiva, el problema es que el consentimiento previo informado se convierte con demasiada facilidad en un formalidad vacía. Que la voz atribuida, proporcionada, reconocida, al sujeto-paciente es una voz pasiva. El hecho de que, en situaciones ordinarias, dicha realidad no sea subjetivamente percibida en estos términos por la administración médica ni por los sujetos-pacientes mismos no significa que el problema no exista. Por ese motivo las películas que hemos elegido adquieren mayor pertinencia: en ambas se representan situaciones extraordinarias no sólo porque la enfermedad retratada es grave sino también porque los sujetos-pacientes retratados no son sujetos integrados. Sea porque se trata de adolescentes (*Planta 4^a*), o porque se trata de un paciente que no quiere tratarse porque sabe que no va a curarse (*Truman*), es el pliegue fallido del sujeto-paciente real a las exigencias que configuran el sujeto-paciente jurídicamente construido lo que hace visible el conflicto que en circunstancias normales se resuelve en silencio.

2. Dentro de la administración médica

Como hemos planteado en la introducción, y hemos explicado después con algo más de detalle en el primer apartado, la propia constitución de la administración médica como ámbito específico implica el establecimiento de una distinción “dentro/fuera” que aparentemente se refiere a la conformación de dos espacios estancos cuando en realidad la frontera que los separa es

notablemente borrosa. La prueba es que, si bien de las dos películas elegidas hay una (*Planta 4ª*) que se desarrolla fundamentalmente dentro de la administración hospitalaria, y otra sin embargo se desarrolla fundamentalmente fuera (*Truman*), la existencia de ese binomio queda reflejada en ambas.

En este apartado del capítulo vamos a analizar sucesivamente cuatro pares de escenas que ilustran o reflejan la naturaleza problemática del derecho de los pacientes descrita en el apartado precedente tal y como se da *dentro* de la administración médica. Los tres primeros pares pertenecen a *Planta 4ª*, mientras que el último corresponde a *Truman*.

2.a. El adolescente como sujeto-más-paciente-todavía

Vamos a analizar, en primer lugar, dos escenas de *Planta 4ª* que representan de forma muy explícita cómo los sujetos-pacientes adolescentes son particularmente infravalorados por el personal médico. En la primera de las dos escenas el montaje acentúa de forma especial la situación que transmite el guión, de modo que la vamos a describir en detalle, mientras que en la segunda bastará con reproducir el diálogo.

La primera escena⁶ que vamos a analizar es también la primera interacción larga, en la película, entre los protagonistas (concretamente Jorge, al que acaban de ingresar, e Izan) y un miembro del personal médico (una enfermera). Existe una interacción anterior, muy breve, en la escena precedente, sobre la que volveremos en el subapartado siguiente, también como parte del análisis de un par de escenas que vale la pena considerar juntas.

La escena se desarrolla en la habitación que le han asignado a Jorge, y que va a compartir con Izan. Viene precedida por un pequeño diálogo entre Izan y Miguel Ángel, que avanzan en silla de ruedas por el pasillo (plano general de frente, *travelling* hacia atrás). El personaje de Miguel Ángel sale de encuadre por la derecha, mientras Izan se desvía ligeramente hacia la izquierda para entrar en su habitación, y la cámara deja de retroceder para desplazarse hacia la derecha, de modo que el plano general se convierte en un plano medio corto casi de perfil.

Mientras se empieza a oír una voz femenina el montaje salta del plano medio corto de Izan a un plano medio que muestra la ventana de la habitación. Jorge, a la izquierda, mira por la ventana, y, a la derecha, una enfermera que le habla, sin que él le haga demasiado caso: “Aquí te dejo el pijamita, ¿eh?, para cuando te lo quieras poner y meterte en la camita”. Ella deja el pijama sobre la cama.

Salto a un plano americano de Izan, en su silla de ruedas, entrando en la habitación justo en ese instante. Entonces vuelve el plano medio a Jorge y la enfermera. Ella dice: “Hombre, mira quién

6 *Planta 4ª*, desde 04’50’’ hasta 06’35’’.

ha venido: Izan. Hola, Izan. (*A Jorge*) Es tu compañero de habitación...”. Mientras, la cámara se desplaza ligeramente hacia la derecha, y la enfermera se mueve, de modo que el plano medio sobre ella y Jorge se convierte en un plano medio corto sobre la enfermera (en el centro) y la madre y el padre de Jorge (izquierda y derecha simultáneamente) de cuya presencia en la habitación el espectador no tenía noticia. Lo que parecía una relación autónoma entre dos adolescentes y una enfermera se convierte en una relación mediada por la presencia de otros dos adultos.

El montaje alterna planos de Jorge (plano medio corto), Izan (plano americano) y Jorge otra vez (plano medio corto), con su cruce de miradas, y la reacción de Jorge (que gira la cabeza) al ver el muñón de Izan. Mientras, la enfermera sigue hablando: “..., Jorge. Seguro que enseguidita os vais a llevar súper bien. Bueno...”.

Plano medio corto, de nuevo. de la enfermera y los padres de Jorge, que le dicen “hola” a Izan. La enfermera sigue: “..., nosotros vamos a lo nuestro. Sigamos, ¿eh? El horario: a las siete de la mañana, el desayuno. A las doce, la comida; muy prontito. A las cuatro, la merienda...”.

Vuelta a plano medio de Izan, que entra en la habitación con cara de fastidio, cabizbajo, y se mueve hacia el lado de su cama; la cámara gira ligeramente hacia la derecha para seguirle; Izan recoge el balón de baloncesto y mira a Jorge. Mientras, la enfermera sigue hablando: “...Y a las siete, ya, la cena. ¿Eh? Súper prontito. Y a las once y media, antes de que se vayan a la cama, les damos un vasito de leche...”.

Plano medio corto de Jorge, que esta vez mira a Izan y no retira la vista: donde antes el muñón genera rechazo, ahora el balón crea un interés. La enfermera: “...con galletitas. Y yo creo que eso es todo...”.

Retorno al plano medio corto con los padres de Jorge y la enfermera. “...Vamos a echar unas firmitas, ¿eh?, de los papeles de ingreso...”. Sin cambiar el plano, los tres personajes avanzan, para ir saliendo de la habitación, y la cámara se va desplazando ligeramente hacia atrás. “...Y, por mí, nada más. ¿Alguna preguntita que hacerme?”. Los personajes se paran y la cámara también. El padre de Jorge: “Sí. Es que estamos un tanto perdidos con tanta planta...”.

Plano medio corto de Jorge, que sigue mirando por la ventana, pero se vuelve para mirar a Izan. Su padre sigue: “...¿Este edificio es el de oncología?”. Plano medio corto de Izan, que mira a Jorge, con el balón en el regazo. La enfermera: “No. Esa es la típica preguntita, ¿no? Por eso...”. Plano medio corto de la enfermera y los padres; la enfermera sigue: “...me da la risa. No, esto es el edificio general. Y luego, en cada planta, están los distintos enfermitos. Por ejemplo, esto es la planta de traumatología. Aquí están los que están mal de los huesecitos: o porque han tenido un accidente de moto, o porque han tenido un accidente de esquí, y luego están aquí... (*Mira a Izan. Avanza hacia él, que está de nuevo más cerca de los pies de la cama y de la puerta. La cámara*

retrocede suavemente) mis peloncitos, ¿eh?, que están aquí intentando recuperarse...”.

El movimiento de la cámara produce un plano general de la habitación: en la esquina inferior izquierda, Izan en la silla (primer plano, casi de espaldas a la cámara); casi centrada, pero ligeramente a la izquierda, tocando el hombro de Izan, la enfermera también (plano medio); ligeramente hacia la derecha, en plano americano, los padres de Jorge; y a la misma distancia del centro del encuadre que Izan, también a la izquierda, pero al fondo, y aún mirando por la ventana, Jorge. La enfermera sigue: “...¿verdad que sí, hijo? (*Dirigiéndose de nuevo a los padres de Jorge*) Esto es que parece muy complicado ahora, al principio. Pero luego enseguida se le coge el puntito, ¿eh? ¿Vamos a echar la firmita?”. La madre de Jorge: “Sí”. El padre: “Muy bien”. La enfermera se da la vuelta y se acerca hacia la cámara hasta salir de encuadre por la derecha. La madre de Jorge: “Ahora volvemos, cariño”. El padre: “Jorge...”, y no dice nada más. La madre sale de plano del mismo modo que la enfermera. El padre sale también, estrechando el brazo de Izan con la mano un instante. Se quedan Izan y Jorge solos, ligeramente hacia la izquierda del encuadre. Jorge sigue mirando por la ventana. En el espacio que dejan vacío los padres de Jorge y la enfermera ahora destaca la maleta de Jorge, casi en el centro del encuadre, pegada a la pared del fondo y bajo la ventana.

Plano medio de Izan, con el balón en el regazo. “No hagas caso a la enfermerita”. Primerísimo primer plano de Jorge, con la cara vuelta hacia la ventana. “Si tienes alguna duda (*Jorge gira ella cabeza y mira a Izan*) de cómo va algo...”. Vuelve plano medio de Izan. “...Me la preguntas a mi”. Vuelve primerísimo primer plano de Jorge. Se oye la voz de Miguel Ángel: “Izan, es para hoy”. Izan: “Bueno...”. Vuelve plano medio de Izan. “...Tengo que irme. Ya nos veremos por aquí, ¿vale?”. Plano medio corto de Jorge, que no dice nada y vuelve a mirar por la ventana. La escena cierra con salto a plano medio de Miguel Ángel en el pasillo, con una galleta en la boca.

Como decíamos, tanto el desarrollo del guión como el montaje contribuyen a presentar a los adolescentes ingresados como sujetos-pacientes desprovistos de cualquier posibilidad de interacción digna con la administración médica. Lo que parece una conversación directa entre la enfermera, Jorge e Izan pasa, de pronto, a ser una conversación con ellos ante dos adultos (los padres de Jorge) y, un instante después, cuando la enfermera dice “Bueno, nosotros vamos a lo nuestro. Seguimos, ¿eh?”, se muestra que en realidad todo el diálogo precedente no era más que un paréntesis en una conversación entre la enfermera y los dos sujetos con facultades realmente reconocidas: los padres de Jorge.

El montaje refuerza la sensación de que, a partir de este punto, dos lógicas conviven en la escena. Una, verbal y explícita, entre la enfermera y los padres, que habla de los sujetos-pacientes sin contar con ellos y sin que ellos le vean ningún interés. Otra, en silencio, entre los dos sujetos-

pacientes presentes, que se van “conociendo” sin decirse nada (cuando Izan se reencuentre con Miguel Ángel en el pasillo le explicará que ha tardado porque estaba “conociendo al nuevo”). Cuando son los padres los que salen de la habitación para firmar el ingreso queda claro que Jorge no solamente no es un no-sujeto porque la enfermera no le tome en serio, sino que existe un procedimiento administrativo que objetivamente le desplaza a un segundo plano.

Por otro lado, el guión contribuye a hacer cargante el personaje de la enfermera a través del uso constante de diminutivos. Ahora bien, el hecho de que, al explicar a los padres la organización del hospital, se refiera a los “enfermitos”, muestra que el paternalismo extenuante que ella despliega con los adolescentes no es una excepción, sino que forma parte de su manera de operar como miembro de la administración médica. Esto transmite, indirectamente, que la situación de los pacientes adultos, que no es retratada explícitamente en la película, puede estar atravesada, más allá de las lógicas diferencias, por los mismos conflictos que aparecen en el caso de los pacientes menores de edad.

Finalmente, cuando la enfermera se marcha, Izan le dice a Jorge que ignore a la “enfermerita” y que, si tiene alguna duda, se la pregunte a él. Con ese par de frases transmite, por un lado, que un tipo de situación que hasta el momento el espectador podía considerar puntual, es en realidad frecuente. Y, por otro, que para el personaje de Izan, ingresado en el hospital desde hace ya tiempo, la fuente más fiable de información que Jorge puede buscar si tiene una duda no es un miembro del personal médico sino otro sujeto-paciente que puede compartir con él su experiencia.

La escena que sirve de complemento a la que hemos descrito⁷ también tiene lugar en la habitación y refuerza precisamente la idea de que los miembros de personal médico que interactúan con los enfermos lo hacen siguiendo pautas vacías de contenido real, de modo que no se puede esperar que entre ellos y los pacientes se cree una relación de confianza en la que los segundos puedan plantear sus dudas y los primeros las respondan.

Izan está en su cama tomando un yogur y entra Jorge, que coge un reproductor portátil de CD's, se pone unos auriculares, y se tumba en su cama. Izan intenta varias veces establecer una conversación con Jorge, pero él siempre la cierra y vuelve a ponerse los auriculares. Se van yuxtaponiendo planos medios, simétricos, de ambos. Entra un médico en la habitación: “Hola, pelón, ¿todo bien?”. Izan: “Bien, bien”. Pasa de largo, porque Izan en realidad no le interesa, se acerca a la cama de Jorge: “Hola, Jorge”. Plano medio, con Jorge tumbado en la cama y el médico sentado en el borde; Jorge se quita los auriculares para escuchar, pero no corta la música, que sigue escuchándose como un ruido suave, de fondo. “Soy el doctor Gallego, jefe de la sección de esta

⁷ *Planta 4ª*, desde 18'41'' hasta 21'16''.

planta...”. Primer plano de Izan, que sigue la conversación; este plano se va alternando con el plano medio de Jorge y el doctor. Sigue el doctor: “...el doctor Marcos y yo llevamos tu caso. Si algún día quieres hablar, o tienes alguna duda, puedes hacerlo tanto con él como conmigo, ¿de acuerdo?”.

Izan, en voz baja, para sí mismo: “Ahora le quita el *discman*”. Así ocurre; el doctor se pone los auriculares y escucha. Izan pone cara de aburrimiento y vuelve a su yogur. El doctor hace un gesto de no estar del todo convencido por la música, pero tampoco disgustado; se quita los auriculares. “Suenan bien. ¿Quiénes son?”. Izan les mira de nuevo; Jorge responde: “*Green Day*”. El doctor: “Nunca les he oído”. Izan, para sí mismo otra vez: “Tienen mucho ritmo”. El doctor dice entonces exactamente la misma frase. Izan esboza una sonrisa tras comprobar que ha acertado.

Cruce de planos en silencio. El doctor se lleva la mano al bolsillo de la bata. Izan, de nuevo para sí: “Ahora le da la libreta”. El doctor: “Mira, Jorge, aquí tienes esta libreta. Si se te ocurre alguna duda, cualquiera, por mínima que sea, la apuntas. Y, así, cuando me veas no se te olvidará preguntármela”. Izan pone cara de saberse estas frases de memoria y mueve los labios, como recitándolas para sí. El doctor, despeinando ligeramente a Jorge con la mano: “Hasta luego, chaval”. Se levanta, y va saliendo; mira a Izan: “Que aproveche, pelón”. Izan: “Gracias”.

Jorge mira salir al médico, tiene la libreta en la mano. Cuando el médico se va Jorge abre el cajón de su mesilla y tira la libreta dentro. Izan se ríe. Jorge vuelve a ponerse los auriculares. Y acaba la escena.

Esta escena no solamente denuncia la impersonalidad de la relación médico-paciente, agravada por la minoría de edad del segundo. También supone una representación de las contradicciones en las que incurre el marco normativo que hemos analizado, de las limitaciones que lo tensionan. Decimos esto porque el discurso del doctor es escrupulosamente respetuoso con los términos establecidos por la ley, e incluso va más allá puesto que sugiere al paciente un sistema (la libreta) que, en teoría, debería permitirle ejercer en mejores condiciones su derecho a ser informado; sin embargo, el contrapunto que ofrecen las palabras que murmura Izan muestran que existe una diferencia entre cumplir formalmente con los requisitos que establece la ley y alcanzar realmente los objetivos que dicha ley persigue. Muestran, dicho de otra manera, que existe un obstáculo que la ley, tal y como está formulada, no prevé o no puede evitar.

2.b. La bipolaridad del personal médico

Las dos escenas que acabamos de describir, tomadas aisladamente, pueden hacer pensar al lector que la película *Planta 4ª* presenta un retrato absolutamente negativo del personal médico, pero no es exactamente así; hay, por ejemplo, dos enfermeras que se toman con muy buen humor

las bromas que les gastan los protagonistas⁸. En realidad, ni siquiera el doctor Gallego, que opera como una suerte de antagonista en la película, es un personaje retratado de forma unívoca. De hecho, la enfermera de la primera escena comentada, y que no vuelve a aparecer, es la única para la que no se ofrece un contrapunto de comportamiento.

En general, la película retrata al personal médico como atrapado entre dos roles que se yuxtaponen: por un lado son individuos que empatizan con los protagonistas; por otro, sin embargo, son funcionarios de una administración que aplican protocolos, tratan de forma impersonal con los pacientes y les exigen un comportamiento disciplinado.

Esto se ve ya en el inicio de la película⁹, cuando muchos jóvenes ingresados están en una sala de rehabilitación en torno a Miguel Ángel, que cuenta con detalle cómo él y su equipo ganaron un partido de baloncesto. En la sala también se encuentran unos pocos adultos y varios miembros del personal del hospital. Un enfermero regaña a los chicos de muy mal modo por estar todos agolpados en el mismo sitio. Sin embargo, un instante después llega uno de los enfermos, al que acaban de dar el alta, y Miguel Ángel le pide que enseñe su pierna ortopédica, que él presenta en voz alta para todo el mundo mientras el chico desfila arriba y abajo mostrando la prótesis (a partir de 03'54''): "Señoras y señores, hoy, con todos ustedes, tenemos a Antonio Valle, que luce una súper pierna ortopédica hidráulica. Como pueden ver, para esta temporada primavera-verano se llevará una pierna estilo *Terminator 2*, muy distinta del modelo *Robocop* que se llevaba este invierno". Como el espectador ve un plano general de la sala, puede apreciarse que todos los miembros del personal médico presente, que un segundo antes ignoraban a los pacientes o, si interactuaban con ellos, era para exigirles disciplina, de repente están perfectamente integrados en la situación, le siguen la broma a Miguel Ángel y aplauden al chico que ha recibido el alta.

Hay, en todo caso, otra escena¹⁰ en la que esta actitud contradictoria, bipolar, del personal médico se presenta con más claridad todavía. Se trata de una reunión de varios miembros del personal médico: que se reconozcan de otras escenas, están los dos médicos de la sección, el doctor Gallego y el doctor Marcos, así como una enfermera que resulta ser la jefa de Enfermería de la planta. Quien preside la reunión podría ser el Jefe de Traumatología, o tal vez el Director del Hospital; no se aclara cuál es su cargo ni se le da un nombre. Hay otros dos médicos (dos hombres y una mujer) que no intervienen en el diálogo. La reunión ocurre después de una nueva escapada nocturna de los protagonistas por el hospital que ha terminado con ellos en radiología; un (suponemos) técnico de rayos les descubre cuando Miguel Ángel, Izan y Dani, se radiografían

8 *Planta 4ª*, desde 08'58'' hasta 12'43''.

9 *Planta 4ª*, desde 01'21'' hasta 04'40''.

10 *Planta 4ª*, desde 34'49'' hasta 37'10''.

juntos haciendo un corte de mangas después de decir “No somos cojos, somos cojonudos”. El uso del lenguaje cinematográfico añade muy poco en este caso: simplemente se van intercalando planos medios de los personajes que hablan, sentados en torno a una mesa, en una sala de reuniones. Sobre la mesa tienen papeles, bolígrafos, vasos de plástico y algunas tazas grandes de cerámica.

El doctor Gallego: “Pero, Marcos, ¿piensas que es normal que tres chavales deambulen por un hospital a sus anchas a las dos de la mañana? Porque yo creo que eso no es muy normal. (*Dirigiéndose a la enfermera*) Ruth, ¿puedes explicarnos cómo se fugaron estos muchachos de tu planta?”. Ruth: “Primero, yo no creo que ellos estén en una cárcel. Así que yo no me considero una carcelera que tenga que hacer partes de fuga. Y, segundo, creo que estos chicos son bastante especiales”. Replica el doctor: “¿Porque tienen cáncer?”. Ella responde: “No porque tengan cáncer. Sino porque están superando el cáncer”. El doctor de nuevo: “Ahí te equivocas. Pienso que esos chicos no lo tienen nada superado. Y actos de inmadurez como las salidas nocturnas y otros miles de ejemplos lo corroboran”. El doctor Marcos interviene: “Disiento totalmente de ti, Gallego. Creo que esas cosas que llamas actos de inmadurez son comportamientos típicos en unos adolescentes”. Gallego: “Te recuerdo que hay otros adolescentes de esa misma edad en nuestra planta, y tengo la impresión de que no todos se van de juerga por las noches”. Marcos replica: “Esos otros chavales se han roto un par de costillas en un accidente de coche. Accidentes que se han saldado con fracturas en lugar de muertes. Reciben visitas diarias, con regalos de todo tipo: bombones, pasteles... Estar en esa planta es una recompensa, una vuelta a la vida. Para los míos estar en esa planta es el comienzo del drama, puede que sea el camino hacia la muerte”. Gallego: “Creo que te equivocas dramatizándolo”. Marcos: “(*Subiendo el tono*) Creo que te equivocas *tú* desdramatizándolo”. El Jefe, que preside la reunión, tira el bolígrafo contra la mesa para interrumpir la discusión entre los dos: “Bien... Tranquilidad, señores. Aquí nadie se equivoca. ¡Si todos queremos lo mejor para estos chavales! Pienso que no hay que exagerar las cosas. Simplemente, Ruth, intente evitar que se vuelvan a escapar. Y tú, Marcos, habla con ellos: hazles entender que no están aquí de fiesta; que, por las noches, en este hospital, se duerme”. Un personaje, por la ropa parece personal de enfermería, al que no se le ve la cara, entra en escena y le da un sobre de cartón al Jefe, que responde con un “Gracias”. Sigue con su intervención mientras abre el sobre: “Bueno, y no pasa nada, por lo demás, vayamos a otros asuntos”. Mientras termina la frase saca el contenido del sobre, que es claramente una radiografía. Se queda mirándola, y se echa a reír. El doctor Marcos y la enfermera se miran con incredulidad; el doctor Gallego parece nervioso, tampoco entiende qué pasa. Sin parar de reír, el Jefe les enseña la radiografía que los protagonistas se han hecho la noche anterior, sonrientes y haciendo una peineta. Todos los demás personajes se ríen también. Termina la escena.

La cesura que separa los dos roles de estos personajes es evidentiísima. Durante la mayor parte del diálogo todos los personajes están afrontando la situación de los protagonistas como un problema de orden público. Incluso cuando la enfermera dice “ellos no están en una cárcel”, una afirmación tan tajante queda inmediatamente matizada, suavizada, por la forma en que prosigue: que ellos no estén en una cárcel no significa que puedan comportarse, más o menos, como les apetezca, sino que a ella, que forma parte de la administración médica, no se le pueden asignar tareas represivas como la de preparar partes de fuga. La prueba definitiva de que, más allá de sus diferencias de planteamiento, ninguno de los personajes de esta escena hace otra cosa que plantear una solución, desde la administración, al problema causado por unos sujetos que no se pliegan a las exigencias del marco administrativo en el que se encuentran, la da la intervención salomónica del Jefe: la enfermera no tiene que preparar partes de fuga, pero tiene que “evitar que se vuelvan a escapar”; y el doctor Marcos no tiene que sancionarlos, pero tiene que “hacerles entender” que tienen que cumplir las normas. Ninguno de los personajes (ni el doctor Gallego, a quien se le presupone una posición más dura, ni la enfermera Ruth, ni el doctor Marcos) expresa ninguna objeción a la propuesta de acción planteada por el Jefe¹¹. Entonces, cuando terminan de discutir formalmente el asunto y todos se ríen del contenido de la radiografía, cambia súbitamente su comportamiento. Siguen siendo miembros de la administración médica, pero ya no se comportan como tales en sentido estricto.

2.c. Prueba médica e irrupción en el laboratorio

Hay un último par de escenas de *Planta 4^a* que nos gustaría analizar. Ambas se refieren al proceso de realización de una biopsia a Jorge, el nuevo ingresado. En la primera de ellas¹² se ve a los padres y al abuelo de Jorge esperando, mientras el joven está en el quirófano. La segunda es la irrupción de Jorge en el laboratorio para ver el resultado de la prueba. A través de este par de escenas se muestra muy bien no solamente el conflicto entre un sujeto-paciente concreto y la administración médica sino también cómo ese conflicto, y sus posibles vías de resolución, suponen o no vulneraciones del marco legal vigente, y de qué tipo.

Como decíamos la primera escena es en una sala de espera. Es un plano abierto. La cámara se mantiene fija. Se ve a los padres de Jorge sentados en dos sillas de una hilera. Tras ellos unos ventanales. Al fondo, una puerta abierta tras la cual hay una camilla vacía, un gotero y un carro clínico. Madre: “¿Cuánto llevan?”. Padre: “Tres cuartos de hora”. Madre: “¿Y cuánto dijo que

11 Hay, de hecho, otra breve escena de discusión entre los doctores Gallego y Marcos en reunión con el Jefe (desde 01h06'21'' hasta 01h07'10''). De nuevo ahí la cuestión se plantea como un problema de mantenimiento del orden, pero en esta ocasión no hay contrapunto.

12 *Planta 4^a*, desde 51'37'' hasta 53'39''.

duraría?”. Padre: “Treinta minutos”. El abuelo entra en el encuadre, va caminando de un lado a otro del pasillo, con su bastón: “No te preocupes. Siempre te dicen una cosa y luego hacen lo que les da la gana. Todos estos médicos se creen dioses y son unos cabrones con batas”. Madre: “Calla, papá”. El diálogo sigue con los padres comentando que ha sido consecuencia de un pequeño accidente de moto que le hicieran a Jorge una radiografía y detectaran un posible tumor. El abuelo se queja de lo desafortunado que es su nieto, si efectivamente tiene cáncer, de sufrir una cosa así. En medio de esta conversación, el médico aparece en el encuadre y entra en la sala de espera a través de la puerta abierta. La cámara se acerca a los personajes, y pasa de plano general a medio. Madre: “¿Cómo ha ido?”. Doctor Marcos: “Muy bien, una biopsia de libro. Hemos abierto y hemos extraído una muestra. Ahora habrá que esperar unos tres días a que el laboratorio nos dé el resultado de la biopsia”. “Pero, ¿cómo lo ha visto?”. “Hay que esperar a ver qué dice el laboratorio”. “Pero, ¿usted cree que es maligno?”. El doctor toca el brazo de la madre: “Será mejor que esperemos a los resultados”. “¿Lo ha visto muy mal?”. “Señora Navarro, no quiero darles falsas esperanzas. *(Pausa)* No lo he visto mal. El quiste estaba bastante localizado y el hueso parecía intacto”. Los padres sonríen; el padre: “Y eso es bueno, ¿no?”. El médico: “Sí. Si el quiste hubiera invadido la zona ósea sería una mala señal. Pero les sigo recordando que hay que esperar a los resultados”. Padre: “¿Jorge está bien?”. Doctor: “Está perfecto. Estará un par de horas en la UVI y, cuando despierte, le llevaremos a su habitación”. La madre y el padre de Jorge le dan las gracias al médico y se abrazan. El abuelo sale del encuadre con su bastón, repitiendo: “Esto es una putada”.

La escena que acabamos de describir contiene varios elementos relativos a la forma en que los médicos cumplen con su obligación de informar a los pacientes y a las personas vinculadas. En primer lugar, aparece la cuestión de la duración de la operación, que excede en unos 15 minutos la anunciada por los médicos. Es una diferencia mínima, y puede considerarse la preocupación de los padres exagerada, pero si se ha tratado, como el médico dice después, de una “biopsia de libro”, entonces es que la información sobre la duración de la operación se podría haber dado de forma más correcta que la narrada. El duro comentario del abuelo sobre los médicos resulta, desde luego, desproporcionado como observación para un retraso de 15 minutos, pero tampoco queda contestado por ningún otro personaje. El diálogo que sigue con el médico es en todo punto verosímil: creemos que es frecuente que, cuando un paciente se somete a cualquier tipo de prueba médica especializada, le resulte muy difícil (si no imposible) que quien la ha practicado le proporcione inmediatamente un mínimo de información acerca de lo que ha visto o apreciado en el transcurso de la misma; esta situación está en clara contradicción con la obligación que tiene todo el personal médico de informar al paciente (Ley 41/2002, artículo 4.3) por mucho que dicha información vaya a ser imprecisa o vaya a estar sujeta a la revisión del laboratorio o del médico especialista

correspondiente. Es más, lo único que llama la atención en la escena es que, tras insistir la madre de Jorge tres veces, el médico finalmente cumpla con su obligación e informe a sus interlocutores de lo que ha visto, con todas las advertencias necesarias e imprescindibles acerca de lo precaria que es su valoración.

Ahora bien, el gran ausente en toda esta conversación es, claro, el sujeto-paciente, Jorge. Y de eso va la otra escena que queremos comentar¹³. Mientras uno de los protagonistas tiene una cita con una chica ingresada en otra planta, Jorge les dice a Izan y Miguel Ángel que quiere entrar en el laboratorio durante la noche y ver sus resultados, aun sabiendo que al día siguiente estarán disponibles y el médico se los dará a él y a sus padres. La película no muestra que el médico haya anticipado información a Jorge, como lo hizo con sus padres, y tampoco que éstos le hayan transmitido a su hijo lo que el médico les explicó al salir del quirófano; por eso, y por la falta de indicios de cualquier otro tipo, está justificado pensar que Jorge carece de esa información. Éste, acompañado por Izan y Miguel Ángel, coge la llave del laboratorio sin que nadie se dé cuenta, accede al mismo, aunque se trate de un área de acceso restringido, y rebusca entre los papeles allí almacenados hasta que encuentra su dossier y confirma que el resultado de las pruebas es que no tiene síntomas de osteosarcoma. Entonces llama desde el mismo laboratorio a sus padres para darles la buena noticia.

Desde un punto de vista jurídico la situación retratada es muy ilustrativa. Por un lado, tenemos una administración médica que cumple formalmente con lo establecido por la ley en lo que se refiere al derecho del paciente a estar informado, que es el fundamento básico sobre el cual se apoya su voluntad autónoma. Teniendo en cuenta, de hecho, el que parece ser el margen real de incumplimiento, estamos ante un caso extraordinario, puesto que el médico ha anticipado a los padres de Jorge alguna información tentativa. Sin embargo, por otro lado, se ha cumplido a rajatabla con el criterio jurídico relativo a la minoría de edad de Jorge, y al hacerlo se ha omitido que, aun sin tener 18 años, el principal concernido por su estado de salud es él mismo. Además, el hecho de que el laboratorio ya disponga de sus resultados la víspera del día en que el médico tiene previsto facilitárselos a Jorge y sus padres permite preguntarse: ¿desde cuándo estaban disponibles?, ¿de acuerdo con qué razones se decide posponer unas horas, las que sean, facilitar una información de tanta importancia a los últimos destinatarios de la misma? Frente a la urgencia subjetiva que tiene un paciente de conocer los resultados de sus pruebas se impone la ordenación objetiva de los tiempos administrativos. La película subraya esta contradicción al mostrar, como hipótesis de ficción difícil de imaginar en la realidad, que ante una situación así los pacientes pueden decidir imponer por la vía de los hechos su criterio sobre el de la administración médica; al hacerlo, sin

13 *Planta 4ª*, desde 01h20'15'' hasta 01h23'44''.

embargo, no van a tomar en cuenta que pueden estar vulnerando los derechos de terceros. Eso precisamente sucede en la película: Jorge, al rebuscar en los papeles del laboratorio sus resultados, tiene un acceso indebido a los de otros muchos pacientes.

Se puede considerar que, en la película, puesto que la administración médica no toma en consideración las necesidades subjetivas de uno de sus pacientes, es en último término responsable de que éste vulnere después los derechos de los demás. De hecho, el doctor Marcos le revelará a Jorge más tarde (a partir de 1h26'00'') que ha descubierto su entrada en el laboratorio porque sus padres ya conocían los resultados cuando él habló con ellos (de nuevo Jorge, sujeto-paciente menor de edad, ha sido ignorado) y porque el personal del laboratorio informó de cierto desorden en el archivo de los resultados; que en este momento el personaje que representa a la administración médica no recrimine al paciente su comportamiento hace que la película tome claramente partido en favor del infractor y coloque discursivamente la responsabilidad en el procedimiento seguido por la administración.

2.d. El perro en el médico y el humano en el veterinario

El último par de escenas que queremos tomar en consideración para mostrar el tipo de retrato que estas películas hacen del “adentro” de la administración hospitalaria procede de *Truman* y no de *Planta 4ª*. Se trata de dos escenas yuxtapuestas, una en el veterinario y otra en el médico, separadas por un diálogo íntimo entre los dos protagonistas.

Hay una clara intención de que las dos escenas guarden entre sí cierta simetría, subrayando al mismo tiempo las diferencias. Para ubicar al espectador en la clínica veterinaria, la escena se abre con un primerísimo primer plano del tablón de anuncios de la clínica: se ven las manos de Julián sujetando dos fotos de Truman, para colocarlas en el tablón, y tras ellas un cartel con una foto de dos gatos y otro, del que apenas se ve nada, con el título “gato perdido”. Por otra parte, para ubicar al espectador en la consulta del médico, se presenta un primerísimo primer plano de un calendario de mesa con publicidad del hospital y una pequeña reproducción del cuadro *Lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp* de Rembrandt. Además, en el diálogo con el veterinario, éste se encuentra a la izquierda y los otros dos a la derecha; sin embargo, en el diálogo con el médico, las posiciones en el encuadre se invierten, y el médico se coloca a la derecha mientras que los protagonistas están a la izquierda. En la conversación con el veterinario los tres personajes están de pie; en la conversación con el médico, se encuentran sentados.

En la primera escena¹⁴, Julián y Tomás tienen una conversación antes de que el veterinario les atienda. En ella se hace explícito que, para el primero, su perro tiene estatus de persona: “Todavía

¹⁴ *Truman*, desde 11'47'' hasta 15'51''.

no se lo dije”. “¿El qué?”. “Lo que me va a pasar”. “¿A quién?”. “A Truman, yo le cuento todo. Los perros no son plantas, Tomás. No tenés la más puta idea. Tienen personalidad”. “Sí, me he dado cuenta. Antes, Truman, en el parque, me estaba preguntando sobre la situación de los osos en Canadá”. “¿Ves? Tomás, yo tengo dos hijos. Uno, se llama Truman”.

Ahora bien, en todo el diálogo que sigue entre Julián y el veterinario, Truman ocupa en el mejor de los casos una posición tan subordinada como la de los adolescentes de *Planta 4ª*, si no más. Truman no solamente no está presente en la conversación (suponiendo que pudiera comprenderla) sino que ni siquiera sabe lo que le pasa porque, de hecho, aún no le pasa nada; le pasará, claro, cuando pierda a su amo, pero Truman no puede imaginar que tal cosa va a ocurrir. ¿Resulta excesivo comparar la situación de un perro en el veterinario con la de un adolescente en un hospital? Es la propia película, con la yuxtaposición de escenas y los diálogos, la que invita a establecer este tipo de cruces y concebir a Truman como un paciente (el perro es, para el protagonista, como un hijo, es decir, como una persona) y a comparar el diálogo de Julián con su médico con lo que hubiera ocurrido si, en vez de ser un ser humano en un hospital, hubiera sido un perro en un veterinario.

Siguiendo con la primer escena, tenemos que, ante la mirada atónita del veterinario, que por otro lado parece acostumbrado a las excentricidades y obsesiones de su interlocutor, Julián pregunta, tras vacilar varias veces: “¿Cómo te parece que puede tomar un perro una pérdida, un duelo?”. “Si... si fallece... el...”. Julián le ayuda a terminar la frase: “El amo. ¿Cómo uno podría ayudarlo?”. “Bueno, es como en el caso de abandono... el animal sufre la pérdida”. “¿Y qué tipo de reacciones te parece que puede tener?”. “Eh... ¿queréis sentaros?”. Tomás: “Sí”. Julián: “No, no, no hace falta, es sólo esto”. Veterinario: “Bueno, pues puede ser... puede ser que esté un poco ausente, ¿no? Que presente reacciones psicósomáticas, de tipo problemas digestivos... Algún tipo de irritabilidad en su conducta...”. Julián: “Estoy buscando una familia para que lo adopte. ¿Qué te parece? ¿Cómo debería ser? ¿Buscar un modelo como el mío, o sea, un hombre solo? ¿O cambiarlo completamente, una familia con niños y todo eso?”. “Mmmm... No lo sé. No lo sé, Julián”. “¿Te parece que se podría adaptar a vivir con otros perros?”. “No es a lo que está acostumbrado. En todo caso, lo mejor es que no tenga que cambiar los hábitos, ¿no? Que vaya donde vaya se encuentre arropado, que se sienta querido, ¿no?”. “Lo último. Cuando lo tenga que entregar definitivamente, ¿te parece bien dejarle una camiseta, alguna ropa mía con mi olor?, ¿eso servirá?”. “Bueno, que tenga cosas tuyas... que tenga una manta donde tumbarse, una pelota o algo para jugar, eso sí está bien... Pero ya, cosas tuyas, no. No lo sé, no lo sé... tendría que preguntar a un compañero que es especialista en psicología animal y a ver qué... qué me dice”. “Te estaría muy agradecido. Todo lo que sea ayudarlo... Lo que sí voy a hacer es dejar varias visitas pagadas, porque lo que quiero es

que te lo traigan a vos. Es decir, asegurarme de que aunque la casa nueva quede lejos de aquí lo traigan acá”. “No te preocupes, Julián”. “Nosotros nos ocuparemos de él y no le faltará nada, lo prometo”. “Mil gracias”. “Adiós, adiós”.

Como decíamos, la segunda escena de este par se desarrolla en la consulta del médico¹⁵. Julián y Tomás miran, con cierta preocupación, la pequeña reproducción de la *Lección de anatomía*; como resultado del cruce de planos se verá que la misma reproducción se ve también en la otra cara del calendario, que mira hacia el médico. Entra el doctor. “Perdona el retraso, Julián”. Julián: “No se preocupe, doctor. Yo sé que preferiría que hubiera venido con mi prima, que es mucho más guapa que mi amigo. Pero como viene unos días a visitarme, no me lo puedo quitar de encima. Vino desde Canadá. (*El médico y Tomás se estrechan la mano*) A despedirse”. “Bueno, eh... Como te comenté tendríamos que empezar una nueva tanda de... quimioterapia. Vamos a cambiar de medicamento para intentar que la incidencia en los tumores sea mayor. Y, como te dije en la última visita, también te voy a programar un TAC para ver el alcance de estas nuevas formaciones que han aparecido en el hígado. ¿Puedes venir el... mañana o pasado para los análisis, y te programo el TAC para el viernes?”. “No. Vine para decirle que no pienso volver”. “Julián, si cuando, en la última visita, hablamos del resultado de las pruebas yo te di la sensación de que...”. Julián le interrumpe: “Hicimos todo lo que hemos podido, ¿verdad, doctor?”. “Sí”. “Hemos luchado mucho, durante meses, ¿no? (*El médico asiente*) Pues yo ahora lo que me quede no lo quiero pasar entrando y saliendo del hospital. Voy a extrañar mucho a las enfermeras, por supuesto, pero... ya está. Estuve luchando durante un año para ganarle al cáncer de mis pulmones. Y cuando me estaba empezando a dar un descanso el hijo de puta se fue a hacer turismo por todo mi cuerpo. ¿Qué voy a ganar volviendo a la quimioterapia? (*El médico mueve la cabeza en señal de negación, pero no es capaz de darle una respuesta*) Quiero decir: si vuelvo al tratamiento, ¿me va a curar? Yo sé que la gente no pregunta este tipo de cosas, pero yo sí. ¿Me va a curar?”. “No. No... no lo creo”. “¿Me voy a morir? ¿Igualmente? ¿Haga lo que haga?”. Tomás está claramente incómodo con la postura de su amigo; el médico: “Sí”. “¿Para qué seguir?”. Médico: “Para ganar tiempo, Julián”. Tomás, que ve una oportunidad para hacer presión y disuadir a su amigo: “Claro, claro. (*Al médico*) ¿De cuánto tiempo estamos hablando?”. Julián: “Prometiste que ibas a estar callado”. “¿Tú crees que he cruzado el planeta para estar callado? (*De nuevo al médico*) ¿Cuánto tiempo?”. El doctor responde: “Es difícil de decir, pero evidentemente todo se va a acelerar si no seguimos con el tratamiento”. Tomás: “(*A Julián*) Bueno, ¿eh?, igual merece la pena...”. Julián: “Es una decisión que tomé. Ya. Lo sabés”. “A veces nos precipitamos decidiendo las cosas. Y luego cuando podemos pensarlas tranquilamente, ¿eh?, las cosas se ven de otra manera”. “Yo llevo un año pensando las cosas

15 Truman, desde 18'14" hasta 22'31".

tranquilamente. Sos vos el que acaba de llegar, Tomás, no yo. (*Al médico*) Tendría que haber venido con mi prima”. Tomás: “(*Al médico*) ¿Y, si no seguimos con el tratamiento, no sé, cuánto tiempo puede aguantar?”. “No es fácil de decir, ya le digo. Todo va a depender de la evolución final de la enfermedad”. Julián: “Claro. (*Pausa*) ¿Hay algún tipo de documentación que tenga que firmar ahora?”. “Eh... No, no. Yo le voy a pasar un informe a la comisión del hospital. Les voy a transmitir tu decisión. Y, si quieres, podemos quedar dentro de un par de semanas para ver cómo te encuentras. ¿Te parece?”. “Vale, usted recéteme todas las drogas que pueda. ¿De acuerdo? (*Silencio e intercambio de miradas con Tomás, que sonríe*) Bueno... (*Se ponen de pie. Se ve que en la pared del fondo también hay un calendario, de pared esta vez, con una reproducción de la Lección de anatomía*)”. Julián le regala al médico un DVD con una de sus películas. El doctor les acompaña mientras salen de la consulta.

Como el lector habrá podido apreciar sólo a través de la descripción de ambas escenas y la transcripción de los diálogos, esta representación concreta de la relación entre sujeto-paciente y administración médica es densísima. Probablemente no vamos a agotar esa densidad en el análisis, pero vamos a intentar dar suficiente cuenta de la misma.

Debemos comenzar diciendo que la figura de Truman sirve para desdoblar otros dos personajes de la escena: por un lado el del sujeto-paciente, Julián; por otro, la persona vinculada a éste, que en ambas escenas es Tomás, como “representante” del conjunto de allegados con los que el protagonista irá teniendo contacto a lo largo de la película.

Si consideramos este par de escenas desde el punto de vista del desdoblamiento del sujeto-paciente, llama la atención que la condición pasiva de dicho sujeto queda representada en prácticamente los mismos términos en la clínica veterinaria y en la consulta del médico, y ello a pesar de que tanto el veterinario como el doctor son razonablemente detallados en sus explicaciones, de modo que la autonomía de la voluntad queda relativamente dissociada de su aparente presupuesto informativo. En el primer caso, veterinario y amo deciden sobre lo que debe o no debe hacerse con el animal, sin que éste tenga ningún papel que jugar (porque no puede, claro, aunque Julián le considere una persona). En el segundo, el doctor ya tiene previsto para Julián todo un recorrido médico-administrativo por pruebas y tratamientos, y lo único que espera de su paciente, a quien se le ha dado información escueta sobre el nuevo tratamiento y sus efectos, es que proporcione verbalmente su consentimiento. El recurso, sin duda intencionado, a la comparación con el cuadro de Rembrandt es elocuente y brillante: el perro en el veterinario y el ser humano en la consulta del médico tienen la misma condición que el cadáver del cuadro ante el doctor Tulp, aparecen como un objeto inerte que va a ser manipulado a voluntad.

Ahora bien, el “conflicto” en la segunda escena aparece porque Julián, sujeto-paciente real, no

se pliega a las exigencias del sujeto-paciente administrativamente construido. Él ya sospecha que no hay tratamiento capaz de curarle y, por tanto, pone al médico ante el límite de la administración dentro de la cual opera: su obsesión con el curar y el olvido del cuidar¹⁶. Ante la obsesión cuantitativa del médico por ganar tiempo, muy propia del mundo en que vivimos, el sujeto-paciente rebelde presenta la preocupación por la calidad del tiempo vivido¹⁷. Significativamente, sin embargo, esta brecha no queda abierta: será el propio paciente el que acto seguido vuelva a invitar otra vez a la superposición de sujeto administrativo y sujeto real al preguntar si su decisión, contradictoria con la lógica de la administración médica, necesita quedar administrativamente validada mediante una firma; el médico dirá que no, le explicará el procedimiento administrativo que él debe seguir, y le propondrá que vuelva a pasar por la consulta en dos semanas. Cuando el médico le dice a Julián que no es necesario que firme ningún papel para dejar claro que no quiere someterse al tratamiento, la película se distancia de la regulación realmente existente, según la cual es imprescindible que el paciente exprese por escrito su negativa al tratamiento (Ley 41/2002, artículo 2.4). Se trata, tal vez, de una pequeña licencia dirigida a mostrar que, aunque el hecho de darle a Julián una nueva cita parece restaurar la normalidad administrativa y la correspondencia entre sujeto-paciente real y sujeto-paciente administrativo, algo ha quedado inevitablemente roto en la relación entre ambos planos porque Julián ha tomado una decisión, vamos a decirlo así, “no computable”.

Si contemplamos ahora este par de escenas desde el otro punto de vista, es decir, viendo a Truman como desdoblamiento de las personas vinculadas, la primera consecuencia es que, cuando Julián se presenta en la clínica veterinaria el sujeto-paciente es él, y no su perro. Julián acude al veterinario a plantear, objetivadas en Truman, las dudas que en realidad tiene acerca de cómo van a vivir su fallecimiento todos los demás, empezando por Tomás, que presencia las dos conversaciones visiblemente afectado por la crudeza con la que su amigo habla de su propia muerte. Con esta premisa, es posible volver a ver la escena de la clínica veterinaria pensando que todas y cada una de

16 La tensión entre curar y cuidar se expresa también en *Planta 4ª*, en el enfrentamiento que Miguel Ángel, Izan y Dani tienen con el doctor Gallego (desde 1h07'11'' hasta 1h11'04''). En un momento de la discusión (a partir de 1h09'49''), Gallego subraya que Dani se niega a someterse de nuevo a un tratamiento de quimioterapia: “No, no quiero”, responde el joven; “¿Sabes que te puedes morir?”, le dice el médico; “Sé que me voy a encontrar jodido con la quimio. Y no quiero pasar por ello otra vez”; “Quien algo quiere, algo le cuesta”; “¡Yo no quiero que se me vuelva a caer el pelo! ¡No quiero vomitar hasta que me duelan las costillas! ¡No quiero que me ponga una inyección para que me arda la polla y me quede impotente! ¡¿Lo puede entender?!”; “Sí, lo entiendo perfectamente. Pero gracias a la quimio estás vivo en estos momentos, lo mismo que tus compañeros”.

17 La cuestión por la calidad del tiempo supone una apertura al problema de los cuidados paliativos. De hecho, la película va a mostrar sutilmente los serios límites de la medicina paliativa: Julián, como hemos visto, le pide a su médico que le recete “todas las drogas que pueda”, sin embargo, al mismo tiempo se ve (a partir de 09'56'') que Julián recurre a la marihuana con fines terapéuticos pero, dadas las restricciones al uso médico del THC (desde la falta de investigación clínica a las reticencias médicas debidas al desconocimiento, pasando por el sabotaje de las farmacéuticas que producen medicamentos a partir de cannabis) [cf. Azurmendi, 2016], recurre a dos vecinos, corriendo los consiguientes riesgos.

las preguntas y respuestas referentes a Truman que hace Julián en realidad están hablando de lo que le ocurrirá a su amigo Tomás, a su prima, o a su (otro) hijo. Lo más llamativo de todo es que las respuestas que da el veterinario para el perro no son muy distintas de las que daría uno de esos psicólogos de hospital que dialogan a diario con cientos de pacientes terminales y con sus familiares y que tienen todo en su contra: ni los obstáculos para tramitar un duelo puede ser ventilados en una conversación de unos minutos, ni un psicólogo puede hacer en estas condiciones mucho más que mantener una conversación “de ventanilla”; ir más allá de las cuatro vaguedades de las que habla el veterinario conlleva, nos guste o no, el establecimiento de una relación terapéutica autónoma en la que el duelo ya no es un problema en sí mismo sino parte de un cuadro psicológico más amplio. Por consiguiente, aunque uno podría preguntarse por qué la administración médica no se preocupa de poner ante Julián a un especialista encargado de dar respuesta a sus inquietudes (y esa ausencia es sin duda denunciada en este par de escenas), no es menos cierto que, incluso si ese especialista apareciera, tampoco podría darle a Julián respuestas mucho mejores que las del veterinario; la administración médica se encuentra aquí con un límite, de nuevo el de la distancia entre el sujeto-paciente administrativamente construido y el real, que las dos escenas analizadas también ilustran.

3. Fuera de la administración médica

En el apartado anterior hemos tratado con detalle la forma en que las dos películas escogidas representan la relación entre sujeto-paciente y administración médica dentro de dicha administración. Pero, como subrayamos al inicio, la frontera entre el “adentro” y el “afuera” de la administración médica es notablemente borrosa, y por tanto vale la pena mencionar, aunque sea brevemente, cómo se presenta esta relación fuera. También anticipamos ya que *Planta 4ª* y *Truman* no afrontan la relación dentro-fuera de la administración hospitalaria del mismo modo, puesto que *Planta 4ª* se desarrolla fundamentalmente dentro del hospital y *Truman* se desarrolla fundamentalmente fuera; precisamente por eso, como veremos, surgen de esas películas dos retratos distintos, complementarios, de esa relación.

3.a. La negación del afuera: el hospital como “institución total”

Planta 4ª retrata el hospital como lo que, en terminología de Goffman, podríamos llamar una “institución total” [cf. 1961], es decir, “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” [*ibid*: 13, 18]. Goffman no considera que un hospital normal sea una institución total, porque ciertamente lo usual es que no lo sea: los ingresados en hospitales normales ni están amenazados por el resto del mundo ni son una

amenaza, voluntaria o involuntaria, para el mismo, y tampoco son lugares de trabajo. Sin embargo, dado que “[l]a tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social en el exterior y al éxodo de los miembros” [*ibid*: 18], se puede afirmar que hay datos objetivos y subjetivos, igualmente reflejados por la película, que hacen que el hospital en el que se encuentran los protagonistas aparezca representado como una institución total.

Entre los objetivos están el claro dato de que el tiempo que pasan ingresados los protagonistas es muy superior al habitual, lo cual también hace que la dinámica de visitas se vuelva cuantitativa y cualitativamente distinta, como subraya en un diálogo antes citado el doctor Marcos (a partir de 35’41’’). Entre los subjetivos, por otro lado, está el acento que el guionista pone, a través de los diálogos, en su experiencia de la vida en el hospital como si fuera una vida carcelaria (35’03’’ y 1h07’01’’), o en detalles como el primerísimo plano del candado con los que cierran la puerta del baño de la habitación de Gloria, la chica de la que se ha enamorado Dani y que está ingresada por un trastorno alimenticio (55’11’’).

En definitiva, el “afuera” del hospital queda retratado básicamente como un espacio negado. Tras el plano general del hospital con el que arranca la película, las referencias a lo que hay afuera siempre vienen dadas por el hecho de que un personaje mira por la ventana (por ejemplo, a partir de 04’52’’ y en 1h12’16’’), o habla por teléfono (por ejemplo a partir de 1h’14’53 y de 1h23’03’’) o una visita (a partir de 39’19’’ y de 1h11’49’’).

Al decir esto, insistimos, no afirmamos que el hospital sea objetivamente una institución total, sino sólo que es *representado* así por la película, porque así es como lo perciben sus protagonistas. Por otro lado, sin embargo, también subrayamos que la percepción que los protagonistas tienen del hospital en que se encuentran está directamente construida a partir de la experiencia subjetiva y directa del co-guionista, de modo que la vivencia representada en la película guarda un vínculo directo con una vivencia real.

3.b. La repercusión sobre el afuera: administración médica y reproducción de la fuerza de trabajo

En el caso de *Truman*, por otro lado, la representación es prácticamente la contraria. Como la premisa del argumento es que Julián rechaza seguir sometiéndose a los procedimientos previstos para él por la administración médica, no es que ésta aparezca representada o no como un lugar de encierro, sino que básicamente no aparece, a excepción de esa escena en la consulta del médico que hemos comentado un poco más arriba.

Sin embargo, que la administración médica no aparezca no quiere decir que no se perciban sus repercusiones. Ya hemos hablado de la relación de Julián con los dos vecinos a los que les compra marihuana, pero puesto que el conjunto de la película se desarrolla “fuera” de la

administración médica, la serie de ámbitos de socialización del protagonista en el que su enfermedad se hace notar es mucho más amplia. En la mayor parte de los casos la administración médica ni siquiera es aludida como un elemento en juego, y precisamente eso es lo que nos interesa subrayar, la gran diferencia entre el concreto campo de actuación de la administración médica y la vasta trama social en la que se inserta, más allá de los muros de un hospital, el sujeto-paciente.

En la película tiene una especial relevancia la forma en que la enfermedad de Julián repercute sobre su vida laboral; es el segundo tema más tratado, aunque sea muy por debajo de la permanente reflexión sobre los lazos afectivos inmediatos (amigos, familia y mascota). No creemos que sea una coincidencia puesto que, de acuerdo con el marco de análisis que hemos planteado en el primer apartado del capítulo, la obsesión con curar es al interior de la administración médica lo que la restauración de las capacidades productivas de los cuerpos es al exterior de la misma. Evidentemente no es sólo la productividad económica de Julián lo que está en juego; siendo él actor, la cuestión productiva es lo de menos. El problema es que el trabajo es una vía fundamental de socialización: Julián necesita, como cualquier asalariado, trabajar para conseguir sus medios de vida, y eso es así incluso cuando su muerte es inminente; perder el trabajo, sus ingresos, es perder algo casi más importante para su “calidad de vida” que los medicamentos paliativos que pueda recetarle su médico. Pero, además, Julián tiene un trabajo vocacional, un oficio, y eso acentúa la superposición de identidad y profesión, la sensación de que uno es aquello que uno hace para ganarse la vida: perder su trabajo implica, por tanto, no solamente perder su fuente de ingresos, no solamente dejar de hacer algo que le apasiona, sino además ver cómo se diluye una trama de relaciones sociales con otras personas, vinculadas al teatro y al cine, que contribuían a conformar su identidad.

Así, por ejemplo, comiendo con Tomás en un restaurante¹⁸ Julián se queja de que un actor con el que ha trabajado varias veces y su esposa, a los que él ha reconocido y saludado, han decidido ignorarle; Julián se levanta a hablar con ellos, tienen una conversación insustancial sobre el trabajo de cada uno, y el protagonista les reprocha que le vieron pero decidieron pasar de largo.

En una segunda conversación en un restaurante¹⁹, cuando Julián aún no ha sido informado de su despido, Tomás ya le pregunta por el dinero de que dispone y, sospechando que es poco, o no bastante para sufragar los gastos del tanatorio y el entierro, le ofrece su ayuda (de hecho, a lo largo de la película Julián asume que él recibe los presupuestos del tanatorio, paga los taxis y las comidas, etcétera). Su conversación es interrumpida por la llegada al restaurante de otro amigo, y en este caso se invierten los papeles: Julián hace como que no lo ve (le explica a Tomás que se acostó con la

18 *Truman*, desde 25'45'' hasta 28'40''.

19 *Truman*, desde 45'36'' hasta 50'32''.

mujer de su amigo y supo que ambos se divorciaron al poco tiempo), y es el amigo el que se acerca a hablar con él; mientras que en la escena precedente el amigo de Julián no saca el tema de su enfermedad, este de ahora sí lo hace.

Una tercera escena es precisamente en la que Julián es informado de su despido²⁰. Se desarrolla en el camerino del teatro donde él está trabajando en la representación de *Las amistades peligrosas*. Se está desmaquillando ante el espejo tras la función y Tomás, que ya ha visto la obra en una función anterior junto con Paula, la prima de Julián, le espera sentado. Entra en el camerino Don Alfredo, el productor de la obra y el dueño del teatro (“El teatro no tiene dueño”, responderá él, al ser presentado de este modo por Julián ante Tomás). Siguiendo el ofrecimiento de Julián, Don Alfredo toma asiento mientras lanza una mirada incómoda a Tomás; luego se dirige a Julián: “Me he enterado de lo de tu enfermedad. Cuando me lo contaron hace una semana me eché a llorar. Y... y no tengo palabras de consuelo”. “Se lo agradezco”. “Pero... También te digo... que me agarré un buen cabreo contigo. Me cabréé porque pensé que yo debía haber sido el primero en saberlo. (*Julián baja la mirada, no sabe cómo replicar*) Somos amigos, ¿no?”. “Sí, sí, claro”. “¿Quién te dio aquí el primer trabajo en el teatro?”. “Usted, Don Alfredo”. “Entonces casi nadie contrataba actores argentinos. Nadie”. “No quise importarlo”. “Ya lo sé, ya lo sé, Juliancito”. Don Alfredo acerca su silla a la de Julián, y luego sigue hablando: “Julián, tú ahora tienes que descansar. Quedarte en tu casa. Dejar que te cuiden. Y yo tengo que seguir trabajando para que esto continúe. Para que todo el mundo pueda cobrar a fin de mes. No ha sido fácil encontrarte sustituto. No está a tu altura, pero ya ha ensayado un poco y se sabe la función. He quedado con él que empezará a fin de mes. Así tienes un poquito de tiempo para despedirte. (*Se pone en pie, abraza a Julián que sigue sentado y está visiblemente afectado*) Lo entiendes, ¿verdad? (*Recoge sus cosas para salir*) Te pienso todo el tiempo”. Don Alfredo sale del camerino. Tras unos instantes de silencio, Julián se mira de nuevo en el espejo para seguir desmaquillándose y, a través de éste, mira a Tomás: “¿Qué pasó?”. “Yo diría que te acaba de echar”; “Ah... (*Casi para sí*) Me estoy yendo a la mierda”.

El lector habrá notado que el productor y director del teatro se comporta con una bipolaridad muy similar a la que hemos señalado que aparece representada en *Planta 4ª* en lo que toca al comportamiento del personal médico: Don Alfredo es amigo de Julián, de acuerdo, pero también es su empleador, y ambos roles están mezclados con más matices que los dos roles jugados por los médicos de *Planta 4ª*, pero no dejan de estar diferenciados. Como en la otra película que comentamos, además, esta bipolaridad se resuelve en favor del comportamiento propio de quien ocupa un puesto en una estructura burocrática y no de quien establece un lazo afectivo con otro individuo: “el teatro no tiene dueño”, dice Don Alfredo, pero automáticamente ejerce de dueño del

20 Truman, desde 50'49" hasta 53'53".

teatro y despide a su empleado; “¿Somos amigos?”, pregunta, y acto seguido subraya retóricamente que su amistad ha crecido a la sombra de la relación de subordinación que se da entre quien ofrece un empleo y quien lo acepta; “Tú ahora tienes que descansar”, dice el amigo, “Y yo tengo que seguir trabajando para que esto continúe”, dice el empresario.

Conclusión

Cumpliendo con lo anunciado al comienzo, a lo largo de estas páginas hemos analizado ciertas escenas de dos películas españolas que entendemos que representan aspectos relevantes de la relación, jurídicamente mediada, entre sujetos-pacientes y administración médica. En el estudio de dichas escenas no solamente hemos tenido en cuenta aspectos relativos al montaje, al mensaje transmitido por el lenguaje visual, sino que hemos recurrido al marco analítico desarrollado en el primer apartado del capítulo, donde hemos subrayado las contradicciones en que incurre el marco jurídico vigente a la hora de construir la voluntad autónoma del sujeto-paciente, así como la tensión que caracteriza la división entre el “adentro” y el “afuera” de la administración hospitalaria.

Hemos invitado a considerar este análisis como una modestísima contribución a un estudio sociológico-cualitativo de la validez empírica de las normas jurídicas que se supone que reconocen y garantizan los derechos de los pacientes, invitando a ir más allá de los límites y distorsiones propios de los estudios cuantitativos sobre esta cuestión, que son mucho más frecuentes. No es que rechacemos la utilidad de las metodologías cuantitativas, pero sí creemos que los estudios realizados hasta el momento no se han basado en un trabajo cualitativo suficientemente sólido como para que la investigación cuantitativa pueda ofrecer datos precisos.

A modo de conclusión nos gustaría dejar por escrito un par de reflexiones. Siguiendo precisamente con la idea de que hay una peculiar tensión entre el “adentro” y el “afuera” de la administración hospitalaria, cada reflexión se refiere a uno de los lados de esa borrosa frontera. En lo que toca al “adentro”, queremos subrayar que los problemas que caracterizan la relación entre sujeto-paciente y administración médica no son responsabilidad individual de los miembros del personal médico. Evidentemente existe un margen individual de acción dentro del cual el médico puede tender más hacia la impersonalidad burocrática o hacia la empatía intersubjetiva, pero dicho margen se estrecha conforme empeoran las condiciones objetivas en las que los médicos desempeñan su trabajo: deterioro de las infraestructuras, recortes en el presupuesto, incremento del número de pacientes a los que atender, explotación laboral... En definitiva, la causa fundamental de los problemas aquí descritos no es la actitud individual de un médico u otro, sino las condiciones generales, estructurales, en las que se desarrolla en nuestras sociedades el cuidado de la salud. Sólo si se toman medidas para contrarrestar las tendencias burocratizantes propias de la administración

médica con la que contamos será posible poner límite a aquellos factores que hacen que el sujeto-paciente tenga simplemente una voz pasiva o que convierten la asimetría de conocimiento que se da necesariamente en la relación entre médico y paciente en una asimetría de poder.

Por otro lado, en lo que se refiere al “afuera” de la administración médica, creemos que en estas páginas hemos trabajado, aun sin mencionarlo explícitamente, el problema foucaultiano del *biopoder* [cf. Foucault, 1997, 2004a, 2004b] en unos términos que no suelen ser los usuales. Frente a la tendencia académica a reducir la biopolítica al ámbito de lo biomédico, o (menos frecuentemente) a obviar este aspecto para centrarse en lo que ésta implica en términos de gobierno “económico” de la población mediante instituciones burocratizadas, en estas páginas creemos haber conseguido una buena combinación de ambas vertientes del concepto. Al mismo tiempo, en todo caso, también hemos subrayado claramente que lo biomédico y lo económico-burocrático se encuentran en planos distintos, y que si las prácticas biomédicas han quedado organizadas en dispositivos de dominación es porque, en nuestras sociedades, éstas se encuentran condicionadas por una lógica económico-burocrática que no les es inherente sino que les ha sido históricamente impuesta.

En línea con esto, nos gustaría plantear que en realidad los rasgos que hemos considerado propios del sujeto configurado en el seno de la administración médica son en realidad los propios de todo sujeto producido en el marco de sociedades como la nuestra, en las que la mayor parte de las relaciones de dominación pueden ser entendidas en clave biopolítica: el sujeto que produce el biopoder es un sujeto-paciente, y su voz es una voz pasiva. Ni siquiera la asimetría de saberes que separa al paciente del médico es un rasgo específico de la administración médica, puesto que en la dominación biopolítica el Estado cumple una omnipresente función mediadora y puesto que el individuo está profundamente condicionado por el hecho de que el Estado sea, en palabras de Bourdieu, “la sede por antonomasia de concentración y del ejercicio del capital simbólico”, el “banco” en el que dicho capital está depositado y desde el cual se presta [Bourdieu, 1994: 108].

Al ser el Estado el que establece las normas que rigen lo que sucede en el territorio que controla, en todo proceso de interacción entre el sujeto-ciudadano y la administración ésta cuenta con ventaja porque ya conoce cuáles son los procedimientos y requisitos formales y además es la que juzga si el sujeto-ciudadano se ha ajustado correctamente o no a dichos procedimientos y requisitos. La creciente complejidad de las intervenciones ordinarias del Estado en todos los aspectos de la vida social, y la consiguiente tecnificación de los procedimientos, no hace sino acentuar esa generalizada asimetría de saberes entre el Estado y los ciudadanos a los que gobierna.

De hecho, una parte sustantiva de la *auctoritas* que el sujeto-paciente reconoce al médico no está directamente vinculada al conocimiento del cual el médico es depositario, puesto que el sujeto-

paciente, en su ignorancia, no está en condiciones de valorar la buena o mala formación del médico; el reconocimiento de dicha *auctoritas* depende, antes bien, del reconocimiento que el sujeto-paciente, en cuanto sujeto-ciudadano, ha hecho previamente del Estado como depositario último del capital simbólico, siendo una parte de dicho capital cedida, mediante la regulación y control de los estudios de medicina y del ejercicio de esta profesión, a todos y cada uno de los miembros de la administración médica²¹.

En definitiva, tanto en lo que se refiere en particular al ejercicio de la medicina y al disfrute de sus beneficios, como en general a la ordenación de la vida social y la búsqueda del bien común, ha resultado que el Estado burocratizado y el capitalismo, que pudieron presentarse en su momento como instrumentos de la Ilustración, terminaron convirtiéndose en obstáculos de primera magnitud que nos impiden avanzar en la consecución de los fines que la Ilustración había declarado como suyos. Tal vez la Ilustración como proyecto no podía dar más de sí, pero la emancipación colectiva puede seguir siendo un dignísimo propósito:

La Ilustración es la liberación del hombre de su autoculpable minoría de edad.

La minoría de edad significa la incapacidad de servirse de su propio entendimiento sin la guía de otro. *Uno mismo es culpable* de esta minoría de edad cuando la causa de ella no reside en la carencia de entendimiento, sino en la falta de decisión y valor para servirse por sí mismo de él sin la guía de otro. *Sapere aude!* “¡Ten el valor de servirte de tu propio entendimiento!”, he aquí el lema de la Ilustración. La pereza y la cobardía son causa de que una gran parte de los hombres permanezca gustosamente en minoría de edad a lo largo de la vida [...]; y por eso es tan fácil para otros el erigirse en sus tutores. ¡Es tan cómodo ser menor de edad! Si tengo un libro que piensa por mí, un director espiritual que reemplaza mi conciencia moral, un médico que me prescribe la dieta, etc., entonces no necesito esforzarme. Si puedo pagar no tengo necesidad de pensar; otros asumirán por mí tan fastidiosa tarea [Kant, 1784: 21].

Compartimos, eso sí, el optimismo jacobino de Kant, y confiamos “en la naturaleza de las cosas, que lleva por la fuerza donde no se quiere ir de buen grado” [Kant, 1793: 138].

21 “Como el hechicero que moviliza todo el capital de creencia acumulado por el funcionamiento del universo mágico, el presidente de la República que firma un decreto de nombramiento o el médico que firma un certificado (de enfermedad, de invalidez, etc.) movilizan un capital simbólico acumulado en y por toda la red de relaciones de reconocimiento que son constitutivas del universo burocrático. ¿Quién certifica la validez del certificado? Quien haya firmado el título que da licencia para certificar. ¿Pero quién lo certifica a su vez? Entramos así en una regresión al infinito al término de la cual «hay que detenerse» y se puede, como hacen los teólogos, optar por dar el nombre de Estado al último (o al primer) eslabón de la larga cadena de los actos oficiales de consagración” [Bourdieu, 1994: 113-114].

Bibliografía

Libros y artículos

- Azurmendi, E. (2016). Entrevista a Cristina Sánchez, bióloga de la Universidad Complutense e investigadora experta en cannabinoides: “El cannabis tiene un gran potencial terapéutico”. *eldiario.es*, 15 de Septiembre de 2016, <http://www.eldiario.es/norte/euskadi/cannabis-gran-potencial-terapeutico_0_559244967.html> [Última consulta: 09/10/2016].
- Bourdieu, P. (1994). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Trad. de Thomas Kauf. Barcelona: Anagrama, 1997.
- Clark, D. (2007). “From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer”, *Lancet Oncology*, vol. 8, pp. 430-438.
- Foucault, M. (1997). «*Il faut défendre la société*». *Cours au Collège de France (1975-1976)*. París: Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. París: Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*. París: Gallimard/Seuil.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Icart-Isern, M. T. et alia (2009). “El cáncer en el cine. Un recurso para los profesionales de la salud”, *EDUC MED*, vol. 12, nº 4, pp. 239-246.
- Jessop, Bob (2002). *The future of the capitalist State*. Cambridge: Polity Press, 2007.
- Kant, I. (1784). “¿Qué es la Ilustración?”. Trad. Agapito Maestre y José Romagosa. *Ensayos sobre la paz, el progreso y el ideal cosmopolita*. 2ª Ed. Madrid: Cátedra, 2009. pp. 21-31.
- Kant, I. (1793). “En torno al tópico: «Tal vez eso sea correcto en teoría, pero no sirve para la práctica»”. Trad. Juan Miguel Palacios, M. Francisco Pérez López y Roberto Rodríguez Aramayo. *Ensayos sobre la paz, el progreso y el ideal cosmopolita*. 2ª Ed. Madrid: Cátedra, 2009. pp. 95-139.
- Labrador, F.J. y Bara, E. (2004). “La información del diagnóstico a pacientes de cáncer”. *Psicooncología*, vol. 1, nº 1, pp. 51-66.
- Pérez-Jover, V. et alia (2010). “«Buenas prácticas» y satisfacción del paciente”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 25, nº 6, pp. 348-355.
- Rodríguez Parada, C. y Vall Casas, A. (2006). “El derecho a la información del enfermo hospitalizado”. *Boletín de la ANABAD*, tomo 56, nº 3, pp. 165-186.
- Sanz Ortiz, J. (1991). “Historia de la Medicina Paliativa”, *Medicina Paliativa*, vol. 6, pp. 82-88.

·Timmermann, C. (2012). “ ‘Just give me de best quality of life questionnaire’: the Karnofsky scale and the history of quality of life measurements in cancer trials”, *Chronic Illness*, vol. 9, nº, 3, pp. 179-190.

·Weber, M. (1922). *Economía y sociedad*. Trad. de J. Medina Echeverría et al. Ed. rev. por F. Gil Villegas. 3ª Ed. México: FCE, 2014.

Leyes y normas

·Constitución Española de 1978

·Ley 14/1986 General de Sanidad

·Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

·Código de Deontología Médica, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Julio de 2011.

Otros documentos e informes

·Anuario de cine. Resumen ejecutivo 2004.

<<http://www.mecd.gob.es/cultura-mecd/areas-cultura/cine/mc/cdc/anos-anteriores/ano-2004.html>>

[Última consulta: 06/11/2016].

·Anuario de cine. Resumen ejecutivo 2015.

<<http://www.mecd.gob.es/cultura-mecd/areas-cultura/cine/mc/cdc/ano-2015.html>> [Última

consulta: 06/11/2016].

·*Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud* (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo.