
Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá*

Agents and Social Fields in the Security of Patients in Three Hospitals of Bogota, Colombia

Agentes e campos sociais na seguridade do paciente de três hospitais de Bogotá

Fecha de recepción: 30-06-10 Fecha de aceptación: 11-10-10

Alejandro Perdomo-Rubio**

Pablo Martínez-Silva***

* Este artículo es producto de la investigación “Cultura de la seguridad: un elemento de la calidad en la prestación de los servicios de salud: estudio de casos en Bogotá”, la cual se llevó a cabo entre marzo y noviembre de 2009.

** Odontólogo. Especialista en Política Social. Magíster en Estudios Sociales y Políticos Latinoamericanos. Investigador de los Programas de Posgrado en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.

*** Médico. Especialista en Economía. Magíster en Antropología. Candidato a Doctor en Salud Pública. Investigador de los Programas de Posgrado en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.



Resumen

La cultura de la seguridad del paciente es uno de los pilares sobre los que se sustentan las políticas para gestionar la calidad de los servicios de salud en Colombia. Teniendo en cuenta su relevancia se realizó una investigación en tres IPS de Bogotá con el objetivo de caracterizar las prácticas sociales vinculadas con la cultura de la seguridad del paciente. Este abordaje se hizo a partir de la teoría de Pierre Bourdieu, la cual permite visibilizar tanto los campos sociales que configuran los servicios de salud como los *habitus* de los agentes. Se concluye que para realizar cambios importantes en dicha cultura son necesarias modificaciones en las estructuras sociales del hospital; por tanto, en la distribución del poder, y, además, transformaciones en los *habitus* de sus agentes.

Palabras clave autor: cultura organizacional, calidad de la atención en salud, seguridad, gestión de calidad, prácticas, sociología médica.

Palabras clave descriptor: Cultura corporativa, Colombia, calidad de la atención de salud, Sociología médica.

Abstract

One of the most important milestones of quality management in the health services in Colombia is patient safety culture. With the relevance of it in mind, a research took place in three major hospitals in Bogotá; the purpose was to typify social practices related to patient safety culture. This approach was made based on Pierre Bourdieu's theory, which allowed seeing both the social fields behind the social services and the habitus of its agents. It is concluded that, in order to make important changes on patient safety culture, modifications in the social structures of the hospital, in the distribution of power and transformations in the habitus of the agents are needed.

Key words author: organizational culture, quality of the attention in health, safety, quality management, practices, medical sociology

Key words plus: Corporate cultura, Quality of Health Care, Colombia, Sociology, Medical.

Resumo

A cultura da segurança do paciente é um dos pilares sobre os quais se sustentam as políticas de gestão de qualidade dos serviços de saúde na Colômbia. Devido a sua grande relevância, foi realizada uma pesquisa em três IPS (Instituição Prestadora de Serviços de Saúde) de Bogotá como o objetivo de caracterizar as práticas sociais vinculadas à cultura da segurança do paciente. Esta abordagem foi feita a partir da teoria de Pierre Bourdieu, que permite visibilizar tanto os campos sociais que formam os serviços de saúde assim como os hábitos dos agentes. Concluiu-se que para realizar mudanças importantes nessa cultura são necessárias modificações nas estruturas sociais do hospital; portanto, na distribuição do poder, e, além disso, transformações nos hábitos de seus agentes.

Palavras chave autor: cultura organizacional, qualidade do atendimento em saúde, seguridade, gestão de qualidade, praticas, sociologia médica.

Palavras chave descriptor: cultura organizacional, qualidade do atendimento em saúde, seguridade, gestão de qualidade, praticas, sociologia médica.

Introducción

La calidad de los servicios de salud y en particular la seguridad del paciente son asuntos de creciente preocupación a nivel mundial y a nivel nacional. Por ejemplo, estadísticas en los Estados Unidos muestran que los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 personas anuales, cifra superior a las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o VIH-SIDA. A esto se suman repercusiones económicas dadas por estancias hospitalarias extendidas, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias y efectos psicológicos sobre el paciente y su familia que llegan a representar elevados costos.

En Colombia esta preocupación ha llevado a establecer un conjunto de acciones legislativas que buscan regular la cultura, el comportamiento, o más precisamente, las prácticas de los agentes que prestan los servicios de salud en las instituciones hospitalarias. En este sentido, el Ministerio de la Protección Social ha recomendado fijar estándares de seguridad, utilizar un mecanismo de acreditación que obligue a las distintas organizaciones a implementar programas de calidad, e incentivar a aquellas que efectivamente demuestren mejorar la seguridad en la atención (1-3).

Consideramos, como hipótesis, que esta situación ha conducido a que las gerencias de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) hayan llevado a cabo una serie de acciones y medidas para transformar la cultura de la seguridad del paciente, pero desconociendo o subestimando las particularidades culturales, sociales e históricas de las mismas organizaciones hospitalarias. Esta situación conlleva no sólo la existencia de escenarios conflictivos al interior de los servicios, sino resultados magros e insostenibles de la gestión de la cultura de la seguridad del

paciente.¹ Son precisamente asuntos específicos de cada IPS, y como veremos, de cada servicio, como las estructuras, las trayectorias sociales y las disposiciones de los agentes, entre otros, los que inciden en la realización o no de prácticas seguras o inseguras por parte de los trabajadores de la salud.

En este escenario cabe preguntarse como lo hace Bourdieu (4) ¿por qué la gente hace lo que hace?, ¿cómo es que las cosas suceden de una forma en una sociedad y no de otra?, y más específicamente para nuestra investigación, ¿cómo son las prácticas relacionadas con la seguridad del paciente realizadas por los trabajadores de las IPS? En este estudio buscamos caracterizar la cultura de seguridad del paciente en IPS de tercer y cuarto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

El estudio que aquí presentamos busca hacer una aproximación a esas realidades culturales específicas de tres IPS de Bogotá que inciden en la cultura de la seguridad del paciente y en la gestión en algunos de sus servicios. Para ello hicimos uso de la teoría de Pierre Bourdieu,² con sus aportes, sus peli-

1 En este sentido la cultura de la seguridad del paciente es entendida como las prácticas sociales que realizan tanto quienes prestan directamente los servicios asistenciales de salud, como quienes pretenden realizar la gestión de esa cultura dentro de la institución.

2 Pierre Bourdieu nació en 1930 en la Francia de los Pirineos. Estudió Filosofía en la prestigiosa Escuela Normal Superior de París. Rápidamente comenzó a interesarse por la “filosofía del concepto”, asociada a los trabajos epistemológicos de sus profesores Gaston Bachelard y George Canghilleh. Fue director de estudios en el Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales y fundó el Centro Europeo de Sociología. Sus temas de interés sociológico fueron la educación, las artes, los intelectuales, la política, la religión, la ciencia, la dominación masculina, el sufrimiento social, las bases sociales de la economía, la televisión, el periodismo y la publicidad. Fundó la revista *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* y lideró el equipo de investigación que la editó. En 1979 publicó su obra más aclamada, la misa que fue seleccionada entre las diez obras sociológicas más importantes aparecidas en el siglo XX, *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Según Waqquant (5),



gros y sus debilidades; aportes porque para Bourdieu (6) la sociología es una ciencia que revela cosas escondidas en el mundo social (lo que a veces incomoda), pero, al mismo tiempo, puede orientar la toma de decisiones que pretenden generar cambios sociales; y peligros y debilidades porque a través del estudio pudimos percatarnos del fatalismo y las restricciones que su enfoque tiene.

Este artículo, además de mostrar los resultados de la investigación, pretende evidenciar cómo la lectura de la obra de Bourdieu nos ayudó a enfrentar los retos que se nos presentaron en esta travesía. Más precisamente, queremos mostrar cómo utilizamos su sistema teórico para acercarnos a la cultura de la seguridad del paciente. Pero este escrito también pretende evidenciar algunos peligros y debilidades que la teoría bourdieusiana tiene para adentrarse en la cultura de los hospitales.

Marco teórico y conceptual

Siguiendo a Enrique de la Garza (7), la gran teoría social –aquella que pretende dar cuenta del origen transformación y funcionamiento de la sociedad– actualmente se encuentra sumergida en el debate sobre las nuevas síntesis entre estructura-subjetividad y acción social. Este nuevo panorama emerge de la crítica al estructuralismo y del diálogo con las teorías interpretativas. Por lo tanto, el problema central en ciencias sociales es el de las relaciones entre estructuras, subjetividades y acción social.

Bourdieu no sólo prefirió abrazar la sociología a la filosofía, una disciplina considerada después de la segunda guerra como moribunda e inferior, sino que ayudó a revitalizarla y renovarla. A finales de los noventa era el sociólogo vivo más citado del mundo y tuvo una extensa producción con treinta y siete libros y alrededor de cuatrocientos artículos en revistas.

La teoría bourdieusiana pretende abordar las relaciones entre estructura, subjetividad y acción social a través de sus conceptos de habitus y campo, pero subrayando su carácter histórico. En este sentido Bourdieu (6) se cataloga como estructural constructivista: “Por estructuralismo o estructuralista, quiero decir que existen en el mundo social mismo, y no solo en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc. estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o coaccionar sus prácticas o sus representaciones.” Bourdieu (6) entiende “que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que son constitutivos de lo que llamo habitus, y por otra parte, por estructuras, y en particular de lo que llama campos y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales.”

Lo central del constructivismo bourdieusiano es el origen histórico de las estructuras sociales, los campos, y de las disposiciones de los agentes, los habitus, pero también, las relaciones que se tejen entre ambos conceptos.

Por otra parte, el sistema teórico bourdieusiano nos sugiere que para aproximarnos a la cultura de la seguridad del paciente debemos conocer la totalidad de la realidad social en la que éste se sumerge. En este sentido, Mary Douglas (8) nos indica que “cualquier interpretación parcial de las reglas [...] de otra cultura está destinada a fracasar, ya que el único modo por el que las ideas de contaminación adquieren sentido es haciendo referencia a la estructura total del pensamiento...”, y Bourdieu agregaría, a las estructuras objetivas que las estructuran. Para aproximarnos a la cultura de la seguridad del paciente, a sus prácticas sociales, tenemos que develar toda la realidad social de los servicios de salud, toda la estructura

social y del pensamiento, a través de un sistema teórico que articule lo subjetivo y lo objetivo. Esto nos lo permite Bourdieu mediante las nociones centrales de campo y *habitus*, insertas en un sistema teórico donde es central la correlación de sus conceptos, donde uno reclama, remite, al otro (9).

Materiales y métodos

Esta investigación fue de tipo cualitativo, entendido como el estudio de los fenómenos, mediante la interpretación en términos del significado que las personas la dan a éste (10). Se inscribe dentro de los estudios de caso, método reconocido para entender la dinámica organizacional en general (11), así como el estudio de fenómenos relacionados con la salud (12). Las unidades de análisis fueron tres salas de cirugía, dos unidades de cuidados intensivos (UCI) y un servicio de hospitalización de tres IPS de Bogotá. La selección fue intencionada: fueron IPS de carácter privado, de tercer nivel de complejidad, y dos de ellas tenían una vinculación con alguna institución de educación superior.

Para la recolección de los datos se utilizaron técnicas etnográficas básicas al interior de los servicios (observación participante y entrevista etnográfica). Este proceso se desarrolló de junio a noviembre de 2009 y se realizó en el turno de la mañana. Además, se hicieron tres entrevistas semiestructuradas a informantes claves para el tema de estudio. Los resultados obtenidos del trabajo etnográfico fueron sometidos a un proceso de análisis semántico pragmático y de hermenéutica de segundo orden, el cual busca, partiendo de los datos recolectados, extender la interpretación dada en lo cotidiano por cada institución a los conceptos de *seguridad* y *calidad*.

Resultados: los servicios de salud como campos y habitus

A continuación vamos a mostrar cómo para aproximarnos a la cultura de la seguridad del paciente utilizamos el sistema teórico de Bourdieu. En primer lugar, explicaremos muy sucintamente cada uno de sus conceptos centrales y después cómo los aplicamos a la cultura de la seguridad del paciente. Comenzaremos con las nociones que giran alrededor del campo social y después las de *habitus*.

Para introducir al lector en la noción de campo, primero es importante recordar que las sociedades modernas se caracterizan por un alto grado de diferenciación y complejidad; en otras palabras, en el espacio social existe un conjunto de campos relativamente autónomos, que tienen una lógica propia, y que están articulados entre ellos. En nuestro estudio cada servicio del hospital observado lo consideramos como un campo social de los servicios de salud, debido a que cada uno de estos servicios tiene una lógica propia, con un tipo particular de relaciones, intereses, recursos y prácticas sociales, e históricamente todos han venido autonomizándose, a pesar de estar insertos en el gran campo de la prestación de los servicios de salud y, por tanto, todos los campos que componen este gran campo presentan unas características similares.³ Si cada servicio es un campo diferente, ello implica que cada uno tendrá unas prácticas en seguridad del paciente propias y distintas a las de los demás campos y, en consecuencia, la gestión de esas prácticas deberá dar cuenta de esas especificidades. En este aparte vamos a mostrar las características de los campos estudiados.

³ En otras palabras, no es una independencia absoluta entre servicios, sino que todos ellos están inmersos en un proceso lento y paulatino de autonomización que va de la mano de los procesos de especialización de la medicina.



Para precisar lo que consideramos *campo social de los servicios de salud* tomamos la definición de campo de Bourdieu (13): es una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones diferenciadas, socialmente definidas y en gran medida, independientes de la existencia física de los agentes que las ocupan. En este sentido, Bourdieu parece subrayar que lo central del campo son las posiciones y sus relaciones. En primer lugar, se debe entender que una posición social es una ubicación dentro del campo social que es ocupada por los individuos, lo cual quiere decir que una posición no remite a individuos concretos; es independiente de ellos.⁴ Por ejemplo, el cirujano A o B pueden irse del hospital, pero la posición que ocupa en el campo se mantiene, es más, antes de llegar ya estaba.

En segundo lugar, las posiciones y las relaciones entre posiciones son objetivas y están socialmente definidas, es decir, no dependen de la subjetividad, sino de condiciones sociales que le son exteriores al individuo y además ejercen coerción sobre él.⁵ En este sentido, para analizar el campo son los

4 Ahora bien, en campos tan pequeños, donde las posiciones son ocupadas por unos pocos individuos, puede suceder que las posiciones sean encarnadas por individuos concretos. Esto lo observamos en una de las UCI: el intensivista que ocupa la posición superior del campo es quien ha sido el “padre” del servicio, fue su creador y principal promotor, tanto en los aspectos administrativos como en los aspectos técnicos científicos, es decir, es quien ha dado las bases para acelerar el proceso de autonomización, y por lo tanto, definir la lógica propia del campo. Desde hace más de treinta años este intensivista ha venido construyendo un sistema simbólico alrededor de la “ciencias biomédicas” que legitima y justifica lo que llama las “UCI cerradas”, y ha consolidado una estructura de producción y reproducción social que uno de sus alumnos denominó “Escuela de Pensamiento Médico”. Al ser su creador, antes de él nadie ocupaba esa posición y después de él nadie tendrá el ascendiente que trae consigo ser el padre del campo.

5 En consecuencia, las relaciones no se deben confundir con las interacciones. Estas últimas son las que se realizan entre individuos concretos en la cotidianidad y tienen un componente intersubjetivo.

recursos sociales que tienen o por los que luchan, y que en parte definen la posición social de los intensivistas o los anesthesiólogos, los que determinan a su vez, en gran parte, las representaciones sociales que construyen, su subjetividad. Por lo tanto, es absolutamente central identificar la ubicación y la trayectoria en la posición social de los agentes para entender las representaciones sociales que se hacen, el sentido que le dan a sus prácticas y las prácticas mismas que realizan, y no al revés.⁶

Finalmente, el agente que ocupa la posición no es consciente de ello ni de las repercusiones que tiene sobre sus disposiciones y prácticas. Generalmente, los agentes, llámense auxiliares, enfermeras o médicos, piensan que sus prácticas no están determinadas por la estructura social y su posición en ella sino, que han sido definidas libremente por ellos mismos: lo que hacen, piensan o dicen no es un arbitrario cultural, sino simplemente como deben ser las cosas, algo natural, sin historia.

Pero entonces, ¿cómo se definen las posiciones sociales en los servicios de salud? Éstas se definen no en sí mismas, sino por la acumulación de distintas especies de capitales y por las relaciones de fuerza entre posiciones, lo que conlleva a entender los campos como sistemas de diferencias sociales jerarquizadas (9). Un capital o una especie de capital es esa energía social apropiada que es eficiente en un campo determinado, como arma y como apuesta de lucha, que sirve como ficha en el juego, lo cual le permite a su portador ejercer un poder, una influencia. En el campo se expresan esas relaciones de poder entre posiciones de tipo dominante/dominado y/o autónomo/dependiente, donde

6 Por ello Bourdieu es un estructuralista constructivista: primero está la estructura, la posición social, y no al contrario, un constructivista estructuralista, para el que prima la representación, el sentido para entender la estructura y las prácticas.

los primeros cuentan con un mayor volumen, una más sólida estructura y más legitimidad de los capitales que los segundos.

Los capitales se distribuyen, consumen, producen, invierten y pierden en la confrontación entre jugadores, tomando el campo la forma de un mercado conflictivo de capitales específicos. Los jugadores que entran al juego consideran que vale la pena jugarlo y entran en disputa con otros jugadores, a través de distintas estrategias que dependen de su posición en el juego y de sus capitales. En este contexto, el *campo social* es un campo de lucha entre agentes que buscan ubicarse en una posición social determinada a partir de la acumulación de cierto tipo de capitales. Esta lucha es constante, debido a que los beneficios que trae jugar son mayores en tanto el agente ocupe una posición superior. Para definir las posiciones en los campos de la UCI, salas de cirugía y hospitalización veremos a continuación sus capitales, las relaciones de fuerza que se dan por su apropiación y la estructura por segmentos de los campos que los capitales y las luchas producen. Además, veremos que la estructura tradicional de los servicios de salud y su correlativa dominación médica se han visto menguadas, o por lo menos amenazadas, por la irrupción de la lógica administrativa que está en el corazón de la gestión de la seguridad del paciente. De aquí en adelante describiremos las características de la configuración del campo social de los servicios de salud y a continuación la tensión que emerge con la presencia de prácticas y agentes sumidos en la lógica administrativa, esencialmente en la gestión de la cultura de la seguridad.

Los campos analizados se configuran en buena medida a partir del volumen, la estructura y la trayectoria⁷ de los capitales cultu-

7 El capital que posee un agente debe considerarse tanto en su volumen total, esto es, la suma de todos los capitales, en su estructura, es decir, la distribución de los capitales en cada una de sus

rales y simbólicos, y también sobre la base de propiedades no explícitas como el género, la raza y clase, en segundo lugar, y capitales sociales y burocráticos, en tercer lugar. En términos de la estructura de capitales de los servicios de salud, los más importantes, es decir, los considerados como propiedades pertinentes, son los capitales culturales y los simbólicos, y, por lo tanto, éstos son el origen del enclasmamiento y en esa medida definen la configuración del campo en tres segmentos y sus distintas fracciones al interior de cada uno. Veamos a continuación cómo se evidencian las diferentes subespecies de capital cultural (institucionalizado, incorporado y objetivado) y simbólico en los campos y en las prácticas seguras de sus agentes.

La posesión de capitales culturales institucionalizados,⁸ esto es, la posición en las relaciones de producción de los servicios de salud, determinada por la titulación de pregrado en medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, etc., define la ubicación del agente en alguno de los segmentos del campo y, por consiguiente, su configuración.⁹ La ubicación de los titulados en medicina corresponde al segmento superior; las jefes de enfermería y (en algunos campos) las instrumentadoras al medio; y las instrumentadoras, las fisioterapeutas y demás profesiones técnicas y tecnológicas, como auxiliares y radiólogas, y los que no han recibido una formación en salud, como servicios generales, camilleros y pacientes se ubican en el inferior.

Si las titulaciones de pregrado ubican a los agentes en alguno de los tres segmentos,

especies y en la evolución en el tiempo de estas dos propiedades.

8 Es una forma de objetivación como los títulos universitarios, que requieren la existencia de instituciones sociales a las que se reconoce una capacidad legítima para administrarlas.

9 Consideramos que adoptar la estructura definida por *segmentos* permite enfatizar en los abismos sociales que se presentan entre posiciones.



las titulaciones pertinentes de posgrado los posicionan en alguna de las fracciones de los segmentos. Entre más titulaciones de posgrado pertinentes tenga un agente, se ubicará en una fracción superior de su segmento. Entre los campos encontramos diferencias en este sentido: el campo de la UCI, más que los otros dos servicios, valora la posesión extra de titulaciones pertinentes al servicio en todos sus segmentos, razón por la cual cuenta con barreras de selección y exclusión basadas en los títulos que son mucho más rigurosas.¹⁰

Las titulaciones de posgrado pertinentes para la totalidad de las posiciones sociales de los servicios son eminentemente asistenciales, a excepción de las obtenidas por las enfermeras que tienen cargos administrativos dentro de los servicios y que cuentan con titulaciones en esta área. Las titulaciones de posgrado de médicos en áreas administrativas no son tan bien valoradas como las asistenciales. Los médicos que tienen estos títulos se ubican en la fracción dominada del segmento superior, mientras que en el caso de las enfermeras puede potenciar su ascenso a la fracción dominante.¹¹ Esto muestra un conflicto entre lo asistencial y lo administrativo, que si bien evidencia una subordinación del segundo, también muestra la pérdida paulatina de dominio de lo médico, en beneficio de lo administrativo, y allí se insertan las prácticas de calidad.

10 En las salas de cirugía los médicos sin especialización pueden entrar como cirujanos generales, mientras que en las UCI estudiadas los médicos sólo pueden entrar como tales con especialización, si no entran como residentes. De la misma manera sucede con las enfermeras y auxiliares, en las UCI las titulaciones en cuidados críticos son exigencias de inclusión al campo, mientras que en cirugía no es relevante.

11 Con un título administrativo las enfermeras abren el abanico de posibilidades laborales por lo alto de su segmento, sin dejar lo asistencial, mientras que para los médicos esta decisión muy probablemente va de la mano de abandonar paulatinamente lo asistencial y adentrarse en el ámbito administrativo del hospital, que ya es otro campo diferente.

Desconocer u obviar esta característica de la estructura de los campos asistenciales es un paso en falso para la gestión de cualquier cambio cultural. La jerarquización mediada por titulaciones de pre y posgrado ubica a los funcionarios de las oficinas de calidad en las posiciones dominadas y los pone en una lucha con los asistenciales. Ubicarse allí conlleva para el agente el tener una legitimidad menor de sus prácticas, poca autoridad para definir las prácticas de otros agentes ubicados en posiciones superiores,¹² y a la vez lo obliga a sobrellevar luchas de poder de carácter estructural con herramientas individuales.

Por otro lado, el capital cultural incorporado es una segunda subespecie de capital importante en el campo y presupone un proceso de interiorización (5, 14) de conocimientos, experiencias y habilidades.¹³ En los hospitales estos saberes no se reducen a los conocimientos científicos, sino que remiten especialmente a un *saber hacer* tanto en los procedimientos eminentemente clínicos y quirúrgicos como en las demás prácticas realizadas en el campo. En este sentido, cada campo valora de manera diferencial el saber o el hacer, lo que sirve como mecanismo de distinción entre ellos. Es decir, esta situación reproduce en parte la tensión entre las especialidades quirúrgicas y las clínicas, donde las primeras valoran más el hacer sobre el saber, lo que hemos llamado la lógica de lo inmediato, y las segundas el saber sobre el hacer, lo que hemos llamado

12 Por ejemplo, encontramos casos donde la oficina de calidad les hacía responsables a auxiliares de prácticas de vigilancia de seguridad sobre médicos y enfermeras. Al ubicarse en fracciones dominadas, pero al realizar o estar obligados a realizar prácticas advenedizas, son fuertemente resistidas.

13 El capital incorporado es una posesión que se ha convertido en parte integrante de la persona, en *habitus*. Del "tener" ha surgido el "ser".

la mediación del saber.¹⁴ Veamos esto en mayor profundidad.

El *saber hacer* del campo de las salas de cirugía se ve condicionado (y configurado) por la inmediatez del tiempo y del espacio y se expresa en el acto quirúrgico. Por un lado, en cirugía todo debe ser realizado rápidamente y todo lo no quirúrgico que genere alguna demora es rechazado. Por el otro, se establece una relación directa con el cuerpo del paciente, sin intermediaciones, por lo que las prácticas quirúrgicas están definidas especialmente por las condiciones que le impone dicho cuerpo. Sin mediaciones entre el cirujano y el cuerpo la cirugía se constituye en una labor eminentemente manual.¹⁵ Finalmente, esta inmediatez no da cabida a las vacilaciones, y por esa razón la seguridad, la certidumbre, es un pilar en las prácticas de las salas.

La inmediatez de los agentes del campo de cirugía desborda los quirófanos y se evidencia en otras prácticas fuera de las salas. Sobre este tema Bourdieu (16) señala: “En efecto, basta pensar en lo que hace al ‘gran cirujano’ [...] del servicio hospitalario que debe ejercer, casi siempre con urgencia, un *arte* que, parecido al del jefe de guerra, implica el perfecto dominio de las condiciones de su ejercicio práctico, es decir, la combinación de dominio de sí y seguridad que es apropiada para atraer la confianza y la dedicación de los demás. [...] no es solamente un saber, un conjunto de conocimientos científicos, sino un *saber hacer* o, más exactamente, un arte

de poner en práctica el saber, y de hacerlo a propósito, en la práctica, que es indisoluble de una manera global de actuar, de un arte de vivir, de un *habitus*.” El cirujano sabe hacer las cosas dentro y fuera del quirófano de una forma particular, segura, inmediata, sin intermediaciones.

Pero este capital cultural del *saber hacer* no se reduce al cirujano; atraviesa todo el campo de las salas de cirugía y su acumulación demarca diferencias en la ubicación en el campo social: mientras el cirujano tiene un *saber hacer* inmediato sobre el cuerpo y fuera del quirófano, las instrumentadoras, las enfermeras jefes y las auxiliares han acumulado un *saber hacer* inmediato que está a merced de las prácticas del cirujano, que gira alrededor de él. Al mismo tiempo, fuera del campo quirúrgico, su *saber hacer* está a merced de quienes están ubicados en posiciones superiores. Han incorporado y legitimado su dominación. El cirujano ante todo es autónomo; los demás segmentos dependen de las posiciones superiores.

En cambio, en la UCI el capital cultural incorporado, valorado y distintivo, el *saber hacer* en el cuerpo, se configura a partir de la lógica de la mediación del saber, es decir, de la mediación entre el intensivista y el cuerpo por el procesamiento de la información sobre este último que surge de otras fuentes, además del mismo paciente, como los equipos y otros agentes del campo. Tiene, por lo tanto, una relación más distante con el cuerpo y una relación con el tiempo más laxa (el intensivista está entrenado para esperar la información pertinente a fin de tomar decisiones clínicas oportunas). El *saber hacer* del intensivista se concentra en recoger esta información, en integrarla, en reflexionar sobre ella y a partir de allí orientar las prácticas de todos los agentes del campo en el cuerpo. Su labor manual es escasa. Esta mediación es su énfasis en el saber sobre el

14 Recordemos que la historia de la cirugía y de la medicina han tenido caminos distintos y han convergido sólo en los últimos siglos. En Francia, por ejemplo, como lo señala Pinell (15), la elevación del estatuto de la cirugía al mismo rango que el de la medicina es un evento relativamente reciente y su diferenciación y resistencia en las facultades de medicina es aún manifiesto.

15 Tal vez por todo esto, se vincula a la cirugía con la carpintería, con el taller, pues la relación directa entre carpintero y su obra es la homóloga a la que establece el cirujano con el cuerpo.



hacer. Por otro lado, aunque la duda para establecer el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico adecuado siempre están presentes, su *saber hacer* mediato también incluye la seguridad, la certidumbre basada en amplios conocimientos y habilidades metodológicas para identificarlos oportunamente.

En esta lógica de la mediación del *saber*, expresada en la triada integración-reflexión-práctica alrededor de la información clínica, se resume el capital cultural incorporado más valorado, y por ende distintivo y estructurante del campo de las UCI. Esto quiere decir que este capital, estas habilidades para enfrentar situaciones, recorre todo el campo. Desde el auxiliar que elabora la triada a partir de los datos que recoge durante su turno al lado del paciente, pasando por la enfermera jefe, hasta el intensivista, todos valoran y realizan en distintos niveles de complejidad y a partir de una combinación de distintos *habitus* y capitales culturales dicha triada.

Por otro lado, en los campos analizados encontramos dos vías para reproducir su estructura: la tradición y la actualización.¹⁶ En una de las UCI visitadas el énfasis de su reproducción se daba en la tradición, pero

se complementaba con la actualización. Allí, el agente mejor posicionado en el campo ha conseguido, como coordinador del servicio en el hospital en los últimos treinta años, y como profesor en una de las facultades de medicina más prestigiosas del país, monopolizar los capitales de todas las especies específicas al campo, al tiempo que emplea su experticia en Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para poner al día su capital cultural. Este monopolio de capitales históricamente constituido y su capacidad para acumular más capital cultural actualizando su conocimiento científico mediante la MBE conduce a que a través suyo se reproduzca toda la estructura social del servicio.¹⁷ En este caso se podría hablar de una forma de reproducción social basada en la *tradición mediante la actualización*, en el marco de una concentración de capitales en un solo individuo. Es decir, la utilización de la MBE¹⁸ por parte del agente dominante sirve para legitimar el capital cultural que da sustento y reproduce la tradición del campo.¹⁹ En este caso no hay cambios sustanciales en la estructura del campo, lo tradicional se actualiza, los agentes, sus posiciones y sus relaciones se hacen vigentes.

16 En *Homo Academicus*, Bourdieu (16) resalta el papel de la herencia social en la reproducción social de los hospitales universitarios y describe una oposición en el interior de las facultades de medicina entre los médicos clínicos y los biológicos: por un lado, la tradición, caracterizada por el *statu quo* ortodoxo, “el arte orientado por una experiencia nutrida de ejemplos de los antiguos que se adquiere en la atención de casos particulares”, el primado de la relación clínica entre el enfermo y el médico y el “coloquio singular” base de toda defensa de la medicina “liberal”, en oposición a los apegados a la ciencia, que no se contentan con los signos exteriores que sirven para fundar un diagnóstico, sino que pretenden aprehender causas generales y que, además, privilegian el análisis de laboratorio y la investigación fundamental. En nuestro caso los médicos que encontramos son todos clínicos, pero como veremos, la tradición tiene énfasis distinto en su relación con la actualización o apropiación de la ciencia, más que con la ciencia.

17 Este intensivista a la vez fue fundador de una tradición en cuidados intensivos, ha construido su propio sistema simbólico, y ha formado un número importante de intensivistas y, por consiguiente, tiene una amplísima experiencia, y capital social y simbólico.

18 Los Estados y las corporaciones han intentado controlar costos de los servicios médicos a través de estrategias gerenciales, usando el conocimiento médico y el movimiento de la medicina científica, como es el caso de la MBE (17). Es decir, la ciencia es utilizada como herramienta de gestión de los servicios. En este marco, la MBE, al tener un pie en la medicina y otro en la administración, permite legitimar la acumulación de los capitales sustentados en la tradición médica, tanto fuera como dentro del servicio. Es la tradición médica que se actualiza por la mezcla entre ciencia y administración.

19 Si la gestión de la calidad se articula con el *illusio*, el interés del intensivista dominante, las prácticas seguras se transmitirán fácilmente a toda la estructura del campo.

En cambio, en una de las salas de cirugía observadas la estructura del campo está en un proceso de transformación, muy acorde con los cambios administrativos dispuestos desde la gerencia.²⁰ En este campo se atraviesa un proceso de luchas por el monopolio de los capitales en el segmento superior. Estas luchas se dan por un proceso de eclosión de los capitales en contienda, es decir, en el marco de la reorganización de los servicios que el hospital en su conjunto lleva a cabo se produce la salida de los cirujanos experimentados en un plazo relativamente corto y se presenta una rotación frecuente de los demás cirujanos, lo que conlleva el vaciamiento temporal de la posición social dominante por la ausencia de agentes que la ocupen legítimamente y, por lo tanto, la liberación de capitales sin dueño. Quienes quedaron, esencialmente los cirujanos jóvenes, tratan de apropiarse rápidamente de capitales o de sustituirlos por otros que les permitan acortar las distancias sociales con

los pocos cirujanos tradicionales y ascender más rápido entre posiciones sociales.

En esas luchas de los segmentos superiores, los segmentos medios e inferiores también se ven afectados. Las enfermeras, por ejemplo, pueden resultar beneficiadas pues cabe la posibilidad de apropiarse de los capitales liberados que no son asumidos por los cirujanos jóvenes. De la misma forma, los capitales liberados son captados por las gerencias de los hospitales, lo cual —cabe recordar— es su principal objetivo al realizar este tipo de reestructuraciones en los servicios, pues les permite manejar u ocupar las posiciones dominantes para orientar el servicio según sus intereses. Estamos frente a una estrategia de reproducción social basada en la *actualización de la tradición*,²¹ en el marco de una estrategia de cambio, un cambio organizacional y generacional.

Estas relaciones entre la tradición y la actualización son luchas entre fracciones del segmento superior, entre expertos y advenedizos, entre cirujanos y gerentes, que se inclinan hacia uno u otro lado dependiendo de la historia del mismo campo, pero que no modifican en general su estructura.²²

La gestión de la cultura de la seguridad del paciente debe considerar y tener abordajes diferenciales acordes con las lógicas del capital cultural incorporado, la inmediatez o la mediación del saber y de sus formas de reproducción, la tradición o la actualización.

20 En este Hospital, el *habitus* del cambio se pretende establecer, o inculcándolo, o contratando personas que lo tuvieran con anterioridad. Las directivas del hospital buscan lo que Bauman (18) entiende como la filosofía empresarial dominante: “la cuestión central se ha vuelto evidente en sí misma: hay dos tipos de compañías: las que cambian y las que quiebran”. El desastre empresarial se encuentra en la permanencia y en capitalizar logros del pasado antes que perseguir objetivos nuevos; por ello los agentes que tendían a traer de vuelta el pasado han salido de la IPS y se han contratado personas muy jóvenes que traen consigo la habilidad de transformarse y además expectativas de permanencia cortas. En una empresa de este tipo la cultura de la seguridad del paciente tiene unas condiciones para incorporarse en los agentes que son distintas de las demás. Esta idea de cambio facilita la incorporación de las lógicas de la seguridad del paciente en los agentes sin tanta resistencia, pues los médicos tradicionales están debilitados. Pero la entrada y salida constante de médicos jóvenes hace que esa incorporación, que es un proceso lento y continuado, no se asiente y, por lo tanto, los esfuerzos son volátiles. En esta IPS las oficinas de gestión clínica y de calidad han creado todo un aparato para controlar las transformaciones de las prácticas, pero asumiendo que se enfrentan a una institución que se ocupa de la permanencia, mientras que el cambio de toda la institución los sobrepasa.

21 En este caso la lógica administrativa busca realizar cambios sociales dentro de la IPS. El cambio se da por lo que traen ya incorporados los nuevos cirujanos. La tradición médica se mantiene aunque cambien los cirujanos, los individuos, a la vez que se ve amenazada por el cambio en las relaciones entre ellos y la gerencia, la cual logra aumentar su poder.

22 Muy probablemente esta reproducción del campo sin la mediación de la medicina científica sea más proclive a realizarse en las salas de cirugía que en las UCI, debido al tipo del *saber hacer* en uno y en otro.



Prácticas como el lavado de manos, bajo la lógica de la inmediatez son distintas a como se hacen bajo la lógica de la mediación del saber. Partimos de señalar que ni los cirujanos ni los intensivistas siguen las guías de lavado de manos. Sin embargo, en los primeros esto puede explicarse por las implicaciones que tiene lo inmediato: adherirse a las guías implica una tardanza, además, tiene tintes administrativos, y pone en entredicho la seguridad del cirujano en su *saber hacer* las cosas bien autónomamente, pues no necesitan de una guía externa para algo tan obvio y que han hecho toda la vida. En el mismo sentido, las rondas de calidad no surten efecto pues son consideradas como una interrupción, o una recarga para el verdadero *hacer*; no se perciben como articuladas a la lógica asistencial.

Los intensivistas tampoco siguen las guías del lavado de manos al pie de la letra, pero su explicación recae en su lógica de la mediación del saber: éste se refiere a un saber “científico” y el lavado de manos o es un tema de sentido común o al volverse “guía” asume tintes administrativos. Por otro lado, los intensivistas ven como inferiores o ajenas las prácticas que tienen que ver con lo manual. Además, al percibirse lejanos al cuerpo del paciente en su trabajo, advierten que las guías de lavado de manos no les atañen. De esta manera, entre los intensivistas encontramos un uso muy frecuente del alcohol glicerinado en detrimento de la adherencia a las guías.

Como habíamos advertido anteriormente, las propiedades pertinentes para ubicar las posiciones sociales en los campos de los servicios de salud, además de los capitales culturales, son los capitales simbólicos. Siguiendo a Bourdieu y Wacquant (13), el capital simbólico de los campos estudiados, es decir, el capital cultural (en sus distintas subespecies), en cuanto conocido

y reconocido, le da la legitimidad al agente para ejercer los derechos y cumplir las obligaciones de su posición, pues se presta para que los demás agentes desconozcan (y por tanto acepten) la arbitrariedad de la posesión y acumulación del capital cultural. De esta manera, los médicos son percibidos como los legítimos agentes dominantes del campo, con el derecho a disfrutar de los beneficios que trae consigo el campo, en buena parte porque su capital simbólico, su poder simbólico, oculta la arbitrariedad de su ubicación social.²³

El capital simbólico en los servicios de salud fortalece las divisiones arbitrarias del campo que se expresan en distinciones entre lo limpio o lo sucio y el gusto o la maña. Entre más alto se encuentre un agente en el campo social, es percibido por los demás, y se percibe él mismo, con mayor autoridad, estatus y legitimidad, al mismo tiempo que *es* más limpio y *tiene* mayor gusto y, por supuesto, sucede lo contrario: entre más abajo se ubique en la posición social un agente, será percibido y se percibe con menor o sin ninguna autoridad y legitimidad, *es* más sucio y *tiene* mayores mañas. En otras palabras, el capital simbólico, el poder simbólico de los segmentos superiores hace que la percepción de limpieza o gusto relacionada con su posición, su legitimidad,

23 El poder simbólico es un poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo social, el cual supone una concepción homogénea del tiempo y del espacio y que hace posible el acuerdo. El poder simbólico es una forma transformada, de las otras formas de poder, es la transformación de las diferentes especies de capital en capital simbólico, sobre todo basado en un trabajo de disimulación y de transfiguración, es decir, fundado sobre su desconocimiento, que lo hace natural. El poder simbólico es ese poder invisible que no puede ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o que lo ejercen, es decir, lo legitiman. La destrucción de este poder, supone la *toma de conciencia* de lo arbitrario, es decir, el develamiento de la verdad objetiva y el aniquilamiento de la creencia (16).

o de suciedad o maña, relacionada con las posiciones inferiores y su poca legitimidad, no sea considerada como algo arbitrario, sino que sea supuesta como natural.

Entendemos lo sucio y lo limpio de la misma manera que lo aborda Mary Douglas (8) en su libro *Pureza y peligro*, es decir, la suciedad “consiste esencialmente en el desorden [...] su eliminación no es un movimiento negativo sino un esfuerzo positivo por organizar el entorno”; la suciedad es estar fuera de lugar. Por lo tanto, la reflexión sobre el capital simbólico que se materializa en la limpieza y la suciedad, asepsia y antisepsia (tan cercanos a la seguridad del paciente) debe una reflexión sobre el nexo entre el orden y el desorden, la forma y lo informe, etc.

Los médicos y las religiosas en el hospital, sus cosas y sus prácticas, que son conocidos y reconocidos como limpios, lo son esencialmente porque son producto de una sistemática ordenación y clasificación. Por una parte, las personas, cosas y situaciones son más ordenadas en los segmentos superiores, su definición de sus límites, de los detalles de lo que deben o no hacer, de quiénes son, de dónde vienen, etc., y más desordenados, ambiguos y discordantes en los segmentos inferiores. Esto se puede explicar en parte porque, por un lado, históricamente las cosas y situaciones de los médicos han sido más ordenadas y clasificadas que las de las auxiliares, han despertado mayor interés, se conocen más. Por otra parte, tanto médicos como religiosas son el centro de gravitación de los campos; así, la estructura social de las salas de cirugía, la UCI y hospitalización se configura orientada hacia ellos, y las demás personas, cosas y situaciones se ordenan y clasifican a partir de ellos. Los segmentos medios e inferiores han sido ordenados y clasificados a partir de las reglas originadas en los segmentos superiores. Los médicos y las religiosas de los hospitales *son* los grandes

clasificadores, *son* el orden. El sistema clasificatorio del campo, el que define qué es bueno o malo, correcto o incorrecto, limpio o sucio, ordenado o desordenado, tiene su origen y referente en los segmentos dominantes del campo.

Cuando el servicio ha sido históricamente ordenado *a favor de y por* los médicos y religiosas, la limpieza se convierte en una característica inherente a ellos, natural, obvia, razón por la cual en prácticas como el lavado de manos o el uso de la ropa de cirugía²⁴ no tiene mucho sentido *hacer* de más, porque ya lo *son*. La limpieza y la suciedad en los segmentos superiores más que un *hacer* son un *ser*. En resumen, entre médicos y religiosas la limpieza no es esencialmente un estado que cambia y, por lo tanto, no deben hacerse cosas para obtenerla, pues se trata de una condición que les es inherente, porque todo el servicio está ordenado y clasificado por y para ellos. De esta forma, podemos explicar en parte porque las prácticas y los rituales de limpieza de unos y otros son menos exigentes que los observados en los segmentos inferiores.²⁵

Por otro lado, las relaciones entre los agentes del campo están mediadas, de

24 Como vimos, en el lavado de manos los médicos no siguen las guías, y las religiosas no se cambian de ropa para entrar y salir de las salas de cirugía o entrar a otros servicios.

25 Por otro lado, si la suciedad está ligada a lo desordenado, las prácticas de limpieza de las cosas, personas y situaciones catalogadas como sucias se enmarcan en un esfuerzo por organizarlas más que en eliminarlas. Todos los agentes, para entrar a los servicios, deben pasar por rituales de descontaminación, de ordenación del mundo social. Por ejemplo, el paso del exterior de las salas al quirófano está mediado por prácticas, como el cambio de la ropa (o a vestirse y revestirse con los atuendos propios de su posición social), y por espacios, salones y corredores (a entrar en espacios distintos si se es mujer u hombre o de su capital cultural), que buscan darle orden, a clasificar, lo que viene desordenado, de *ser* una persona “común y corriente”, del “montón”, a *ser* cirujano, jefe o auxiliar.



manera muy importante, a partir del capital simbólico expresado en formas legítimas y no legítimas del *saber hacer*: “el gusto²⁶ y la maña”.²⁷ Entre mayor sea el capital cultural de un agente y, por consiguiente, si ocupa una posición dominante, su *saber hacer* se clasificará y se legitimará como gusto, y si es lo contrario se clasificará y deslegitimará como “maña”. De esta forma, los médicos tienen incorporado un sistema legítimo de disposiciones para el campo, de clasificar las cosas, personas y situaciones que les permite identificar y escoger las que consideran adecuadas, que tienen gusto. Tener gusto es tener capital simbólico y le otorga el estatus, la legitimidad, la autoridad para hacer, decir o pensar sobre el campo. En resumen, se evidencia una homología entre capitales culturales y simbólicos: médico/auxiliar, limpio/sucio, gusto/“maña”; en otras palabras, lo médico es limpio, ordenado y, por ende, tiene gusto,²⁸ mientras que los demás agentes son sucios, desordenados y, en consecuencia, tienen “mañas”, lo propio de los dominados.²⁹

26 Por gusto entendemos la facultad de sentir y apreciar lo bello y lo feo, la manera de apreciar las cosas o la afición o inclinación por algo. Estas son cualidades propias de quien sabe clasificar apropiadamente las cosas (para el campo) y, por esa razón, tiene el conocimiento y la legitimidad para hacerlo, es decir, las características de los segmentos dominantes del campo.

27 Por “maña”, según la Real Academia Española, podemos entender tanto la destreza y la habilidad, como también el vicio, la mala costumbre, el resabio. Esta segunda acepción es la utilizada en el campo, la que debe –se piensa– ser corregida, ordenada, limpiada.

28 Cabe recordar que el gusto es más efectivo, es decir, se percibe con mayor facilidad, mientras tenga más capitales y propiedades específicas y secundarias. Entonces, tiene más gusto si es un médico especialista, hombre, blanco, experimentado y/o actualizado, de clase media alta, etc.

29 Lo limpio, lo ordenado sólo tiene sentido, sólo se puede clasificar como tal, cuando en el mismo campo se encuentra lo contrario, algo que no guarda la limpieza ni el orden, pues una posición social se constituye en relación con las otras. Por lo tanto, las prácticas del médico calificadas como limpias y con gusto sólo son posibles cuando, al mismo tiempo, se encuentran con las prácticas sucias y con “mañas”

El entender el *saber hacer* de las auxiliares y las instrumentadoras como “maña” está bastante generalizado en los campos estudiados, sobre todo cuando ellas tienen una amplia experiencia. Además, se trata de controlar por parte de los segmentos dominantes, para mantener vigilado y deslegitimado ese *saber hacer* de los dominados. Por ejemplo, en todos los campos estudiados vemos que los espacios de socialización de los segmentos inferiores tienen características sociopetas, es decir, no favorecen el fortalecimiento de las interacciones sociales no formales, en parte justificadas porque facilitan el “chisme” y éste es por excelencia un conocimiento del cotidiano no legítimo, porque puede ser usado en contra de los segmentos superiores. El *saber hacer* ilegítimo e informal del “chisme” es conocimiento venenoso, es el poder del débil, y tiene que seguir siendo ilegítimo, informal, controlado. En ese mismo sentido, encontramos cómo en el hospital, donde el cambio se ha interiorizado profundamente, la “maña” es ferozmente combatida mediante distintas estrategias: la rotación del recurso humano es mayor entre más bajo se esté ubicado socialmente, y las personas, jefes y auxiliares son cambiadas entre los servicios cada cierto tiempo para que no se creen “imperios”, como nos lo señaló una jefe de enfermería.

Sin embargo, la “maña” se transforma en habilidad cuando se ajusta a la demanda del médico, y a la inversa, la experiencia es vicio, es “maña”, es ilegítima, cuando no está en armonía con el gusto del médico. Las instrumentadoras y auxiliares estratégicamente buscan ajustar sus prácticas al gusto de los médicos, pues así se les garantiza la permanencia en el campo sin ser sancionadas. Fueron ellas mismas quienes nos hicieron notar que aceptaban que su *saber hacer* era

de los segmentos bajos del campo, de las cuáles vale la pena distinguirse.

ilegítimo y por ello aprobaban las medidas en su contra.³⁰ La “maña” es siempre controlada, de manera explícitamente coercitiva, por los dominantes o estratégicamente asumida por los dominados, pero de ambas formas estructurada por la lógica del campo. Muchas de las prácticas de la gestión de la calidad parten de la base de la ilegitimidad del *saber hacer* de los dominados y, en ese sentido, avalan y legitiman el controlar y vigilar a las auxiliares e instrumentadoras.

Por otro lado, siguiendo a Bourdieu (6), consideramos que, además de estas propiedades pertinentes, o sea, los capitales culturales y simbólicos, los individuos reunidos en un segmento “llevan siempre consigo unas propiedades secundarias que se introducen así de contrabando en el modelo explicativo [...] que, a título de exigencias tácitas, pueden funcionar como principios de selección o de exclusión reales, sin estar nunca formalmente enunciadas, [...] pudiendo ser el hecho de exigir una titulación determinada una forma de exigir, en realidad, un origen social determinado.” Las propiedades secundarias que encontramos en los campos son algunas formas de capital cultural y simbólico, que ocultan exigencias de género, raza, generación y clase social para seleccionar o excluir a un agente en su entrada o permanencia en un segmento o en una de las fracciones del segmento,³¹ o para

considerar legítimas o no sus prácticas.³² Así, en la mayoría de los campos encontramos que las posiciones dominantes del segmento superior son casi patrimonio exclusivo de médicos especialistas, hombres, con edad avanzada, y de clases medias altas, y mientras se desciende en las posiciones del campo social lo femenino, lo joven, las clases bajas, los rasgos mestizos más indígenas se hacen más frecuentes.

Por otro lado, la legitimidad del poder de un agente dominante está determinada en buena parte por la posesión de los capitales y las propiedades pertinentes y secundarias. Por ello, la autoridad de un agente dominante en los campos de servicios de salud va a ser más fácilmente aceptada si tiene propiedades masculinas, adultez, rasgos de raza blanca y pertenencia a una clase social media alta o alta. Esto tiene repercusiones directas sobre la gestión de la cultura de la seguridad del paciente, pues la efectividad de las actividades y estrategias de orientación de las prácticas de un agente depende de la legitimidad de la autoridad que posea quien la está haciendo y, por lo tanto, del conocimiento y reconocimiento de esa legitimidad por parte de los demás agentes del campo. Quienes no poseen estas exigencias tácitas, pero saben moverse en el campo, es decir, tienen un sentido práctico, realizan

30 Naturalizar en todos los segmentos del campo esta práctica, que está culturalmente estructurada, es una prueba fehaciente de la efectividad del capital simbólico concentrado en los segmentos superiores.

31 Como lo señala Bourdieu (14), el proceso de incorporación en cualquier profesión implica un período de aprendizaje que cuesta tiempo. En el campo, el tiempo de dedicación, en intensidad y duración, para estudiar enfermería y medicina se constituye en una de las principales barreras de ascenso social desde los segmentos bajos. Cuando se está cerca de la carencia material, como lo están las auxiliares, es casi impensable dedicarle el tiempo que requiere la formación en enfermería y mucho menos en medicina, pues las exigencias económicas conllevan un ingreso temprano al mercado laboral.

En los médicos la búsqueda por acumulación de titulaciones de posgrado o de entrenamientos, *fellows*, etc., implica también la renuncia o el aplazamiento de la conformación de la familia o de otro tipo de propiedades no ligadas a su profesión. Esta dedicación exclusiva oculta, requiere, por lo tanto, una posesión de capital económico precedente que la hace posible; exige la pertenencia a una clase social alta o media alta.

32 Por consiguiente, las propiedades pertinentes del campo, las titulaciones, sirven al mismo tiempo como propiedades secundarias, lo que las hace mucho más efectivas en tanto resultan menos evidentes. Aquí funciona en todo su rigor el principio de no conciencia al que aludimos anteriormente: estos capitales y propiedades, traslapados unos a otros, son percibidos como parte del individuo y no como una exigencia tácita de la estructura social y del poder simbólico.



prácticas para parecer como si las poseyeran, o porque las adquirieron, o porque utilizan características de esas propiedades que dan la apariencia de tenerlas.³³

En todos los campos estudiados, el género femenino y las cosas y las prácticas relacionadas con éste son clasificadas como subordinadas y están ubicadas en posiciones dominadas. En los campos, los hombres son mayoría en los segmentos superiores y las mujeres en los segmentos medios e inferiores. Las mujeres ubicadas en los segmentos superiores están en las fracciones dominadas. Por ello, las pocas mujeres que encontramos en las fracciones superiores del segmento superior deben asumir algunos comportamientos que se vinculan con lo masculino. En estos campos el poder es masculino, así que para que una mujer pueda usarlo con autoridad debe poseer o hacer gala de algunas propiedades masculinas o comportamientos como las formas de usar el cuerpo, la ropa, los peinados, etc.³⁴

Por otra parte, las “mañas” son eminentemente femeninas y los gustos masculinos, y para sobrevivir en el campo, la “maña” debe ajustarse al gusto. Este ajuste de la “maña”

33 Lo limpio, lo ordenado, puede ser utilizado como una estrategia para “blanquearse”. Así, una persona con rasgos mestizos, indígenas o negros, para tener una autoridad más fácilmente reconocida en el campo, tiende a ser más exigente consigo misma o con los demás respecto a lo limpio, al orden.

34 En un mundo masculino, lo femenino es claramente subordinado, pero lo ambiguo es de plano rechazado, pues no se sabe cómo manejarse. En uno de los campos las personas que no podían ser clasificadas como hombres o mujeres son puestas en cuestión. Los agentes dominados utilizan el poder del débil, el conocimiento venenoso, la burla, que pretende desestimar las prácticas del agente dominante, pero ambiguo. Esta ambigüedad en la clasificación es trasladada a la vez a una indefinición de su posición social y, por lo tanto, de su autoridad; se pone en duda la legitimidad de la acumulación de los demás capitales y propiedades. Cuando esta imposibilidad de clasificar certeramente la tiene una persona con un cargo de coordinación, su autoridad de orientar las prácticas se ve menoscabada y por ello tiende a ser más exigente en sus órdenes.

femenina al gusto masculino refuerza la idea de lo femenino como lo dominado: lo femenino debe “saber lidiar”, agradar a lo masculino, hacerlo sentir bien, no contradecirlo. Los médicos prefieren auxiliares e instrumentadoras “sin mañas”, que no traigan incorporado un *saber hacer* fuera de su control. En los segmentos inferiores ser mujer inexperta es más valorado por el segmento superior que ser experta, pues esto implica autonomía y descontrol y lo apreciado es la dependencia y la sumisión, que se deje ajustar. De la misma forma sucede con las demás propiedades de las posiciones sociales del campo: lo masculino implica cualidades como la experiencia, la tradición, la certidumbre, la rapidez y lo racional, mientras lo inexperto, lo incierto, lo lento y lo emocional son atribuidos a lo femenino, lo subordinado.³⁵

Como lo hemos analizado en estas páginas, la autoridad de lo femenino se encuentra en entredicho frente a lo masculino, y esto se expresa también en la gestión de la cultura de la seguridad del paciente. Así se explica por qué las listas de chequeo pre, trans y pos operatorio, en manos de auxiliares mujeres, son realizadas a partir de lo que éstas observan, sus propias constataciones, y no a través del diálogo en el quirófano, de la confirmación verbal con los cirujanos (o el resto de los miembros del equipo), verificando cada uno de los puntos por revisar, como señalan la técnica y la norma (1-3). Los médicos no las toman en cuenta.

35 Esto se expresa por ejemplo en el trato que da el hombre cirujano o anestesiólogo a las instrumentadoras o auxiliares: es paternalista, cortés, “cariñoso” o “comprensivo” y a la vez autoritario. No es un trato entre pares, entre profesionales. Los primeros utilizan apelativos como “hija”, “negrita”, etc., para dirigirse a las segundas, mientras éstas lo llaman “doctor”.

Sobre los capitales sociales³⁶ de los agentes podríamos señalar que están conformados por redes sociales horizontales y estables, es decir, que las relaciones entre los agentes se dan intrasegmento. Las relaciones entre segmentos son escasas, sobre todo entre los segmentos medios e inferiores con los superiores, y son moderadas entre medios e inferiores.³⁷ Esta dinámica se incorpora desde las universidades, y para todas las posiciones sociales. En las prácticas hospitalarias que observamos, los médicos en formación no establecen ninguna relación con jefes y auxiliares, lo que tampoco es promovido por los profesores. De la misma forma, a las instrumentadoras en las clases de la universidad se les advertía, como nos señaló una de ellas, que no podían ni hablar ni mirar al cirujano, para no distraerlo; esas son consideradas “mañas”, vicios.

Este capital social horizontal también tiene repercusiones en la cultura de la seguridad del paciente. Los abismos sociales entre segmentos hacen que la comunicación entre posiciones sociales diferentes sea limitada; se tienen que superar todas las barreras sociales que hemos descrito para poder entablar una conversación entre iguales, o aunque sea de confianza. Las comunicaciones se dan en una sola dirección, de arriba a abajo, y las que van de abajo a arriba son controladas, no legítimas, dominadas.

Por capital burocrático entendemos el poder que otorga el ocupar un cargo en la jerarquía

36 Siguiendo a Bourdieu (14) el *capital social* lo podemos definir como el conjunto de recursos ligados a la posesión de una red duradera de relaciones, a la pertenencia a un grupo, como conjunto de agentes dotados de propiedades comunes y que están unidos por lazos permanentes y útiles. Sus efectos se observan en los rendimientos diferenciales de otro capital cuando se movilizan dichas relaciones.

37 En algunos casos vimos relaciones de pareja entre jefes y auxiliares, pero nunca entre médicos y jefes o auxiliares. Las relaciones se limitan a las actividades del servicio, donde la comunicación puede ser muy reducida.

organizacional del hospital. Este capital está muy ligado a lo que Weber (19) llamó autoridad legal y legitimidad de carácter racional: “se obedecen las ordenaciones impersonales y objetivas legalmente estatuidas y las personas por ellas designadas, en méritos éstas de la legalidad formal de sus disposiciones dentro del círculo de su competencia”. En este sentido, en los hospitales estudiados el capital burocrático es mayor entre los coordinadores de los servicios que entre sus subordinados, pues sólo por su cargo se les confiere la potestad de orientar las prácticas de los demás agentes. Sin embargo, el capital burocrático es más eficaz si está legitimado por las otras propiedades pertinentes y secundarias, es decir, si el agente que lo posee tiene la estructura y la distribución de capitales culturales, sociales, económicos y simbólicos acordes con la posición social que presume el cargo.³⁸

El capital económico es un capital secundario en la estructuración del campo de los servicios de salud, por debajo u oculto detrás de los capitales pertinentes, como cualquier capital o propiedad secundaria. Sin embargo, vemos que en algunos casos pasa de ser un capital secundario a pertinente. Por ejemplo, en las salas de cirugía donde se presenta un cambio en la estructura del campo, se evidencia que la experiencia, como capital cultural pertinente para definir las distancias sociales entre los agentes del segmento superior ha ido perdiendo relevancia y lo comienza a compartir con el capital económico en sus formas objetivadas. En otras palabras, la distinción entre cirujanos ya no pasa por la experiencia, pues sólo quedan

38 Así como la ambigüedad sexual puede acarrear un resquebrajamiento en la legitimidad de los funcionarios, existen altas probabilidades de que suceda lo propio si no se tiene la clase social, la raza, la edad, o los capitales sociales y culturales que presupone el cargo. En uno de los campos vimos cómo la autoridad de un coordinador de servicio era puesta en duda porque su titulación y su edad pertenecían a los segmentos bajos del campo.



cirujanos jóvenes con diferencias en este sentido muy sutiles, sino por el uso de objetos de distinción económica. El conocimiento que da la experiencia compite con la ostentación económica. En consecuencia, la distinción entre las fracciones del segmento parte tanto del capital cultural como del capital económico. Los jóvenes médicos utilizan entonces, con bastante destreza, el capital económico, en sus formas objetivadas, y el capital simbólico, que le es inherente, para legitimar la distinción con los demás agentes sociales. Es por ello que uno de los agentes de los segmentos inferiores nos señalaba “cuando no hay cirujías, afuera está el show”, los médicos hombres y mujeres utilizan objetos de distinción de clase para marcar las diferencias entre ellos y con los demás agentes del campo (relojes, perfumes, cosméticos, etc.).

Esto nos hace ver que la pretensión de reducción de las diferencias entre agentes y segmentos para consolidar el trabajo en equipo dentro de los servicios hospitalarios debe tener en cuenta tanto los capitales y propiedades pertinentes como también los secundarios. Como lo señalan Long y colaboradores (20) en su estudio de una UCI en Australia, donde un equipo de trabajo compuesto por médicos, enfermeras y auxiliares se comprometió a realizar tomas de decisiones de manera democrática, y los resultados mostraron que los individuos tenían serios problemas para llevarlo a la práctica,³⁹ nuestro estudio observó campos donde este compromiso no existía, pero desde las oficinas de calidad se pretendía que los servicios realizaran prácticas de seguridad del paciente que requieren trabajo en equipo. Si el estudio de Long mostró que a pesar del compromiso en la práctica el

trabajo en equipo no funcionaba, en estos campos analizados la probabilidad que esto suceda es mucho menor.

Vista la distribución de las distintas especies y subespecies de capitales en el campo de los servicios de salud, consideramos que la estructura del campo apunta a ser de tipo segmentario. La distancia entre posiciones se determina por la fuerza que cada una tiene: la posición superior puede aumentarla hasta casi hacerse inalcanzable, creando barreras de entrada, y la inferior puede reducirla, buscando la legitimación de una especie de ficha, de capital, de la que tenga el monopolio. En este campo lo primero es lo preponderante. Esta idea se encuentra en línea con la *closure theory*, la cual señala que profesiones como la médica realizan una serie de estrategias que les sirven para excluir de las posiciones superiores a otras que ocupan posiciones más “bajas” (17).

La categoría analítica de segmento nos permite observar cómo la estructura del campo, esto es, el estado de la relación de fuerzas entre los agentes que se encuentran en distintos segmentos, permanece invariable: las luchas que se dan en la cotidianidad no llevan a poner en jaque la lógica asistencial ni las relaciones de fuerza entre las posiciones sociales que configuran el campo; las luchas conducen a mantener el *statu quo*, la reproducción del campo sin sobresaltos. Quienes tratan de subvertir el orden son rápidamente reprimidos por distintos mecanismos, como pasa con las barreras de acceso o con la deslegitimación de lo sucio o “maña”. No obstante, existen prácticas que sirven como válvula de escape ante esta presión y la gestión de la cultura de la seguridad del paciente en algunos casos ayuda en eso. Por ejemplo, la “cultura del reporte” en muchos casos es utilizada por los agentes sociales dominados como estrategia de resistencia, es decir, ponen en cintura, y a

³⁹ Long asevera que la calidad de la atención y la reducción de costos del servicio en buena parte residen en esa organización no jerárquica que permite una mejor comunicación entre los agentes que conforman el campo.

veces en aprietos, a quienes los vigilan.⁴⁰ Sin embargo, las principales luchas se realizan entre las posiciones dentro de los segmentos; no son intersegmento sino intrasegmento, no ocurren entre médicos y enfermeras o auxiliares, sino entre médicos. La lucha entre la lógica asistencial y la administrativa, por ejemplo, se da entre médicos que están insertos en una u otra. En esta lucha aunque lo asistencial aún tiene el dominio, lo administrativo ha ido ganando terreno: los asistenciales se han apropiado de lo administrativo, al saber articular la tradición médica con las tendencias gerenciales detrás del movimiento de la medicina científica; se han sabido subir a la ola.

Esta idea nos permite explicar por qué se mantiene el *statu quo* general del campo, pero se producen luchas muy interesantes entre los agentes que pertenecen a un mismo segmento. Aquí la lucha para modificar las leyes del campo no existe; por lo tanto, la historia se detuvo, “así debe ser”.⁴¹ La autonomía relativa, pero considerable de los médicos frente a los demás agentes del campo hace que los dominantes no estén en jaque. Los agentes de los segmentos inferiores y medios deben recorrer distancias sociales y sortear abismos misteriosos para afrontar la lucha. Mientras tanto, los médicos conocen el abismo y saben cómo sortearlo; están al tanto de las reglas del juego y las saben usar, pues son los legítimos propietarios de la lógica de la lógica asistencial, de

40 La “cultura del reporte” puede utilizarse como arma de lucha: aduciendo la confidencialidad el ataque a otro individuo sería directo, pero el atacante podría ocultarse, o romper esa confidencialidad y “regando el chisme” por los servicios, tratando de deslegitimar los capitales culturales y simbólicos del atacado.

41 Como nos señala Bourdieu (16), “en cuanto ya no hay lucha, es decir, resistencia por parte de los dominados, hay un monopolio de los dominantes y la historia se detiene. En todos los campos los dominantes ven su dominación como el fin de la historia –en ambos sentidos: como término y como finalidad– que no tiene un más allá y queda entonces eternizada.”

la lógica del campo de los servicios de salud. De esta manera, las probabilidades de que la lógica asistencial pierda su hegemonía y se impongan los *habitus* o los capitales más cercanos a los intereses de las jefes de enfermería, de las auxiliares o de los pacientes son limitadas.

La estructura de los campos de los servicios de salud, con sus abismos, su férrea jerarquización y la tendencia a la reproducción y a la conservación del *statu quo*, hace que las prácticas seguras venidas de la lógica administrativa y, por esa razón, percibidas como propias de segmentos medios no sean una prioridad para los médicos ni para los campos. La posición social dentro del campo y los capitales pertinentes y secundarios, las exigencias explícitas y tácitas de quienes gestionan la seguridad del paciente, desde el gerente de la calidad hasta las auxiliares de las oficinas de calidad, son muy relevantes pues definen la legitimidad de sus prácticas y de la orientación que pretende dar a las prácticas de los demás.

Prácticas de seguridad del paciente y los *habitus* en los servicios de salud

Los *habitus*,⁴² esos sistemas de disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar

42 La definición más completa que nos da Bourdieu (21) de *habitus* la encontramos en el *Sentido práctico*: “Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen ‘*habitus*’, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas pre-dispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin, sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta.”



de una cierta manera más que de otra, son específicos para cada campo social, pues resultan de la interiorización de lo social en el cuerpo (12), significando para estos casos específicos que las estructuras del campo social de la UCI, de hospitalización o de las salas de cirugía, que recién analizamos, son hechas cuerpo en los agentes. El *habitus* es ante todo aseverar que esas disposiciones son sociales: lo individual es social, lo personal es colectivo; en este sentido, la mente humana está socialmente estructurada (6).

Se debe tener en cuenta que el *habitus* está, por un lado, socialmente estructurado y, por el otro, es estructurante. Para Bourdieu (22) el *habitus* está estructurado histórica y socialmente. Se presenta como una doble historicidad: es resultante de la encarnación histórica de los campos sociales, los que a su vez surgen del trabajo histórico de generaciones de agentes (12). De esta manera, el *habitus* produce prácticas que aseguran la permanencia de las experiencias pasadas. Cuando las prácticas expresan todo el pasado del que son producto, también muestran y ocultan a la vez su independencia relativa del presente inmediato. Por otro lado, el *habitus* es estructurante (23), pues es a partir de las estructuras que producen las percepciones –división del mundo en categorías–, las apreciaciones –distinción entre lo bello y lo feo, lo adecuado y lo inadecuado–, y las valoraciones –distinción entre lo bueno y lo malo– que se generan las prácticas del agente.

En la relación entre campo y *habitus* puede existir o no correspondencia: en condiciones objetivas similares se generan *habitus* similares, y esos agentes, que están inmersos en esas mismas condiciones, tendrán que enfrentarse a situaciones parecidas, lo que conducirá a que realicen prácticas homólogas. Esta generación de prácticas de los *habitus* parte de su cualidad prerreflexiva,

pues produce prácticas que están preadaptadas a las exigencias del campo que las produjo, razón por la cual los agentes deben considerarse no como “rationales” o “irrationales”, sino como “razonables”. Esta razonabilidad se presenta como un operador de cálculo inconsciente, que en la situación concreta y en el momento específico le permita al agente, estratégica y oportunamente, hacer las inversiones en capitales y anticipar las situaciones que le facilitan mejorar su posición y/o su acumulación de capitales (13). En este sentido los *habitus* implican la importancia de la urgencia temporal en la lógica de las prácticas: los agentes tienen que actuar, en el aquí y ahora, de forma oportuna y adecuada según la situación, sin suponer una reflexión previa. De allí nace el sentido práctico, esa aptitud de los agentes para moverse, actuar y orientarse en la posición social ocupada en el campo social, relacionada con la lógica de dicho campo y con la situación en la cual se está comprometido; en otras palabras, conlleva el encuentro entre el *habitus* y el campo social, mediado por la temporalidad y el ritmo del juego social (18).

Ahora analizaremos esos *habitus* que se estructuran a partir de los campos de los servicios de salud, de sus capitales culturales y simbólicos, de las propiedades pertinentes y secundarias, de las exigencias explícitas y tácitas. Analizaremos a continuación no un concepto abstracto y universal de “racionalidad” de los agentes, sino sus diferentes “racionalidades prácticas”.

Los capitales culturales incorporados de las UCI y de las salas de cirugía generan un *habitus*, una disposición al *saber hacer*, mediato en las primeras y de lo inmediato en las segundas. Sin embargo, la incorporación⁴³ de estos *habitus* difiere según

43 La interiorización de la estructura social en el *habitus* tiene dos vías distintas: por medio de la

la posición de esos agentes en el campo. El sistema de disposiciones o *habitus* del intensivista⁴⁴ define sus percepciones, valoraciones y prácticas bajo el encadenamiento de las duplas exterior/interior, superior/inferior, integrar/fragmentar, reflexionar/automatizar, orientar/extraviar, mientras los cirujanos tienen el *saber hacer* inmediato como la característica central de su *habitus* y es valorado según el tiempo que le dedican a cada uno de sus procedimientos quirúrgicos (rápido/lento) y, por el otro, por el dominio, la seguridad que tienen sobre la técnica quirúrgica y el conocimiento del cuerpo y sus tejidos (certidumbre/incertidumbre).

La participación del paciente o de la familia como integrantes activos en la prevención de incidentes tiene pocas probabilidades de suceder ante *habitus* como estos. Los médicos tienen los sistemas de disposiciones y sistemas simbólicos dominantes en los servicios y que subordinan a los que traen los pacientes. La participación del paciente es dependiente de la del médico.⁴⁵ Estos sistemas de disposiciones, al generar prácticas, son centrales para explicar por qué

incorporación de las condiciones de existencia y a través de la inculcación de un arbitrario cultural. El *habitus* se incorpora esencialmente en la socialización primaria, en las relaciones familiares y la economía doméstica (18). El *habitus* en la educación familiar incluye los *habitus* de los padres y, por lo tanto, sus condiciones de existencia, a su vez incorporadas en su historia social. El *habitus* primario se caracteriza por su durabilidad y permanencia, mediante la selección que realiza entre las nuevas informaciones, rechazando aquellas que puedan cuestionar su propia acumulación y, sobre todo, evitando la exposición a tales informaciones. El *habitus* también puede incorporarse a través de la inculcación sistemática de la educación formal. Este trabajo de inculcación perpetúa los principios de la arbitrariedad cultural interiorizada que constituye dicha acción pedagógica (22) y, en consecuencia, la estructura del campo social que oculta.

44 Los anestesiólogos son muy cercanos al *habitus* del intensivista, pues muchos de ellos tienen ambas especialidades y experiencias.

45 En este sentido Wiess (24) muestra en un estudio sobre hospitales israelitas cómo el 94% de los médicos rechazan el acceso de los pacientes a sus historias clínicas.

los médicos, en general, se distancian de las prácticas realizadas por las oficinas de calidad o de gestión clínica, de la manera como enfrentan las rondas de calidad o cualquier tipo de actividad de control administrativo.⁴⁶

Las prácticas de la seguridad del paciente (y en general la calidad) son asumidos por los médicos de los campos estudiados como una ola: ellos “se pueden subir a la ola”, como nos señaló uno de los intensivistas, pero si la ola siguiente cambia se suben también. Las actividades de calidad son pues percibidas como una ola, momentánea, efímera, con una forma aparente, pero sin ningún sustento anclado a la tierra. Desde la perspectiva de los médicos esto significa, obviamente, sin ningún sustento desde el *saber hacer* médico, desde la tradición y la autoridad de la medicina, como tampoco desde la medicina científica; en otras palabras, sin reconocer las leyes de los campos. Considerando estos *habitus* y esta forma de percibir las actividades de calidad, la incorporación de las prácticas de seguridad del paciente (que es el objetivo de cualquier acción de cultura de la calidad),

46 Las prácticas de la gestión de la seguridad del paciente, como las rondas de calidad, claramente son clasificadas por los intensivistas, anesthesiólogos y cirujanos como prácticas externas, y valoradas como inferiores. Además, lo administrativo tiene una lógica fragmentaria más que integradora, pues no se acopla a la lógica asistencial ni a su sistema simbólico; es automática, ya que sigue protocolos que no reconocen la lógica de las prácticas del campo pues “no ha probado paciente”; y finalmente, no tiene una orientación clara, pues a pesar que señala que lo que hace es por el bien del paciente, es percibido como ligado a los intereses privados de los administradores y de quienes gestionan la política de salud en el país. Para los cirujanos la gestión de la calidad es un no hacer, su temporalidad es lenta, llena de formalidades escritas, además que no les da certeza de que realizar estas prácticas, tal cual lo sugieren desde las oficinas de calidad, asegure un mejoramiento del paciente. Ambos esquemas clasificatorios están también detrás de prácticas como la revista médica o el manejo del cuerpo del paciente, los procedimientos quirúrgicos y la distribución de los espacios de las UCI o las salas de cirugía o de la temporalidad de los intensivistas, anesthesiólogos y cirujanos.



como se ha venido realizando, es bastante escasa; se desarrolla, pero encima de una ola, esperando que salga la siguiente pues en cualquier momento ésta se termina. Eso sí, los intensivistas, estratégicamente, están atentos para que esa ola no los ahogue. La calidad es percibida como un intento por debilitar la autonomía médica desde el ámbito administrativo, porque intenta revalorar los capitales, asignando a lo burocrático y a sus propiedades asociadas mayor poder y autoridad, y porque pretende modificar el lugar que ocupa la calidad con respecto al conocimiento médico en los sistemas clasificatorios que tienen los agentes del campo.

En general, el *habitus* de las enfermeras jefes se divide en dos componentes: el primero tiene que ver con un nivel inferior, o mejor, menos valorado de lo asistencial: de la triada de lo mediato, integrar-reflexionar-orientar en las UCI, y del *saber hacer* inmediato en las salas de cirugía.⁴⁷ La integración-reflexión-orientación realizada por las jefes es percibida como un ejercicio de cuidado, eminentemente femenino, atravesado por lo afectivo. Mientras que para los médicos existe una contraposición entre lo afectivo y lo racional, para las jefes de la UCI estos aspectos son complementarios, como nos lo indicó una de ellas: “los pacientes son como los hijos, los padres son los intensivistas y las madres son las jefes”. Pero la traslación de esta sagrada familia a la UCI traslada consigo también las estructuras de dominación de lo patriarcal, el padre racional y la madre afectiva.

47 El *habitus* de las jefes sigue los *habitus* de los dominantes en el campo, es decir, las enfermeras de la UCI tienen incorporada la triada y las de las salas de cirugía el *saber hacer* inmediato. Estos *habitus* en los segmentos superiores son muy valorados mientras que al descender de segmento se hace menor, al igual que lo hacen sus capitales y propiedades pertinentes y secundarias, y en buena medida por su vínculo con lo femenino.

Las enfermeras jefes se encuentran en una tensión entre sus *habitus*, entre pretender igualar el estatus de los médicos mediante la acumulación de capital cultural, sus *habitus* asistenciales y, por otro lado, servir como cadena de transmisión de la reproducción del campo. Compartimos con Butticié (25), quien estudia el caso argentino, que las enfermeras luchan para equipararse a los médicos y alcanzar su posición social, sustentadas en el conocimiento técnico/científico que ha logrado la profesión, es decir, en el capital cultural. Sin embargo, no la tienen fácil; la concentración de capitales y propiedades de los médicos, en los casos estudiados, es tan alta que el abismo sociocultural que los distancia de las enfermeras se hace y les parece a estas últimas infranqueable, lo que termina en el reconocimiento de sus limitaciones y la aceptación de la posición dominada dentro del campo.

El segundo componente se ocupa del control, el *habitus* administrativo. El *habitus* de control relacionado con lo administrativo que realizan las jefes implica, por un lado, múltiples repeticiones de prácticas y, por el otro, vigilar y castigar a otros agentes de los segmentos medios y bajos del campo. En las jefes más inclinadas hacia lo administrativo, el *habitus* del control y la repetición domina a los *habitus* asistenciales. En ellas sus prácticas sirven como cadena de transmisión entre el *habitus* y las prácticas de los médicos y las de los segmentos medio e inferior. Para ello tienen dos cartas con las cuáles juegan: por sus manos pasa buena parte de la acumulación del capital económico (asignación de turnos, contrataciones) y cultural (evaluaciones, actualizaciones) de las demás jefes y auxiliares.⁴⁸ Su papel es, entonces, garantizar

48 Esta situación se potencia bajo modalidades flexibles de contratación. Cuando la contratación tiene estabilidad, el control administrativo es menor que cuando los contratos tienen término definido. En este caso los individuos deben subordinarse para mantener su empleo, lo que refuerza la jerarquía.

la reproducción de todo el campo controlando la distribución de capitales, los *habitus* y las prácticas de los segmentos inferiores y, además, aceitando las relaciones entre los segmentos sociales superiores, reforzando la legitimidad del estado de cosas, vigilando y castigando a los que intentan subvertir el orden. Las jefes inclinadas por el lado asistencial prefieren un acople de los dos tipos de *habitus*, donde la triada de lo mediato de la UCI o el *saber hacer* inmediato de la cirugía subordinen al control. Es el control de las prácticas asistenciales.

Las prácticas de seguridad del paciente son mejor aceptadas y llevadas a cabo por las enfermeras jefes que por cualquier otro agente del campo, precisamente por la doble dimensión de su *habitus*, lo asistencial y el control. Es más, la calidad y la seguridad del paciente entran subrepticamente a la lógica asistencial a través de la puerta que abren estas dos dimensiones, pues así el control que ejercen en sus prácticas asistenciales no es del todo ajeno al control que implica la gestión de la seguridad del paciente. Por eso en los campos, y en el campo de los servicios de la salud en general, es obvio, natural, que las enfermeras sean quienes manejen la gestión de la calidad y de la seguridad del paciente.

La composición del *habitus*, antes que hacerse simple, cuando se desciende en las posiciones sociales de los campos de los servicios de salud se hace más compleja. Las auxiliares que bajo un proceso de inculcación corto no incorporan del todo la lógica asistencial, se sirven de otras lógicas, de otros sistemas de disposiciones y de clasificación

que traen de su vida por fuera del hospital: su *habitus* doméstico. Pero al ser ellas el principal objeto de control por parte de las enfermeras, también deben saber lidiar esta situación. En consecuencia, el *habitus* de las auxiliares se configura de la relación entre tres especies: 1) el *habitus* asistencial (lo mediato de la triada en la UCI y el *saber hacer* inmediato de las salas de cirugía); 2) la sumisión ante el control, lo administrativo; y c) la lógica doméstica.

Este *habitus* doméstico se sumerge en una lógica del sentido común, de lo privado. El sentido común inunda lo doméstico de las auxiliares y, a la vez, es el mismo sistema clasificatorio con el que los pacientes y sus familiares se aproximan a lo que sucede en la UCI; por lo tanto, las posibilidades de establecer una relación entre auxiliares, familiares y pacientes son considerables (sobre todo si pertenecen a la misma clase social). Este sentido común del *habitus* doméstico de las auxiliares en la UCI tiene dos pilares: el cuidado doméstico⁴⁹ y la colectivización de sus prácticas. El primero permite entender, desde el sentido común, el cuerpo biológico del paciente (*habitus* de la triada) y su relación con lo afectivo, lo individual y lo social, lo familiar. Es control, pero de un par. Los médicos buscan domesticar un cuerpo, mientras que las auxiliares lo perciben como un igual en una posición de desventaja; es uno como ellas, pero enfermo; un objeto controlado y por controlar, como ellas son controladas.

La lógica colectiva consiste en apoyarse constantemente en unas redes sociales fuertes que posibilitan sobrevivir en un escenario adverso. Esta lógica permite que haya una gran solidaridad entre auxiliares

Pero también trae un desapego a la institución y a las disposiciones que se tratan de inculcar desde la gerencia, sus valores, principios corporativos, etc. La flexibilización laboral en salud trae un mejoramiento del control de los agentes de corto plazo. Ambas situaciones son problemáticas para los cambios culturales en la seguridad del paciente.

⁴⁹ El cuidado doméstico de las auxiliares es distinto al cuidado de las enfermeras, que se sustenta más en la lógica médica asistencial, a la cual se le pretende dar una base científica, racional y, por ello, dominante.



donde un grupo de éstas cuidan un grupo de pacientes, donde las familias extensas cuidan de los hijos de las auxiliares cuando salen a trabajar, etc.⁵⁰

Frente a este entorno adverso, las auxiliares combinan estratégicamente estos *habitus*: unas veces parecen acoplarse perfectamente a la lógica del intensivista o al *saber hacer* del cirujano, otras al reproceso y control de la jefe, y otras al sentido común de los pacientes y sus familiares, a su cercanía.⁵¹

No obstante, lo doméstico también trae consigo jerarquías, asimetrías en las relaciones de poder, etc., que pueden reforzar y, por lo tanto, legitimar la superioridad de los otros *habitus*. De esta forma, las auxiliares aceptan su condición de dominadas al tiempo que establecen relaciones de dominación con los pacientes; pero esto ya no a través únicamente de los *habitus* médico y de enfermera, o del sistema simbólico, sino también mediante la lógica doméstica dominante/dominado, más claramente sustentada en el género, la raza, la generación o la clase social. En lo doméstico, lo tácito se vuelve explícito. El *habitus* doméstico es fuertemente casti-

gado por intensivistas y jefes. Lo femenino, lo afectivo, lo colectivo no permea la lógica biomédica ni la administrativa. La gestión de la seguridad del paciente centra sus actividades en controlar, vigilar y castigar a las auxiliares: las rondas de calidad, por ejemplo, son supremamente punitivas para ellas; les genera ansiedad por contestar lo correcto antes que facilitar su reflexión o la inculcación de conocimientos en sus *habitus*. La cultura de la seguridad del paciente es más punitiva mientras más abajo se encuentre un agente en la estructura social, y es más flexible cuando éste tiene una posición dominante.

Las múltiples configuraciones de los *habitus* presentes en los campos de los servicios de salud traen consigo también una variedad de representaciones colectivas sobre el mundo social y, en nuestro caso, de lo que es la seguridad del paciente. Además, estas representaciones colectivas, al estar estructuradas a partir de la estructura social, no se modifican solamente con “capacitaciones, entrenamientos o mecanismos de difusión”; deben estar acompañadas de cambios sociales, de una redistribución de capitales, de exigencias explícitas e implícitas y de los *habitus* de todos los agentes.

Las relaciones de fuerza que sustentan esta estructura de los campos de los servicios de salud se encuentran encubiertas, disimuladas; no son evidentes para los agentes sociales; y por lo tanto se imponen como legítimas, lo que les añade una fuerza mayor. Esta imposición de la arbitrariedad del campo y del sistema simbólico que lo fundamenta a partir del poder arbitrario de los segmentos superiores a los inferiores, es un ejercicio continuo de violencia simbólica en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana de los servicios estudiados.⁵² De

50 Obviamente, esta lógica va en contra de la individualización que está detrás de la administración y del modelo biomédico que busca insertar los individuos en su orden atomizado, mecánico y donde la responsabilización individual es central para poder focalizar su vigilancia y control. Por lo tanto, lo colectivo entra en jaque cuando los recursos son escasos en un sistema que premia el egoísmo, pues para sobrevivir se valora al que pasa por encima de los demás; se recompensa la insolidaridad.

51 Boutticié (25) nos indica que la estrategia de las auxiliares para sostener su propia posición e imagen hacia sí mismas “es recurrir a la desvalorización de aquellos que se distancian del paciente –ya se trate de médicos o licenciados enfermeros–, asumiendo, desde una perspectiva tradicional de la profesión, que lo relevante reside en el contacto directo con el paciente”; pero según lo aquí dicho, su representación de sí mismas no sólo reside en el contacto con el paciente, sino que puede partir de cualquiera de los tres *habitus* vistos, desde lo asistencial, el control o lo doméstico. De esta forma, se adaptan a la correa de transmisión del servicio y de su campo social; propician la reproducción del campo.

52 La efectividad del sistema simbólico se expresa en la aceptación de los segmentos inferiores, más

esta forma, las supuestas prácticas coordinadas y cooperativas que se realizan en el campo son más bien un manto que vela las prácticas jerárquicas y de dominación entre segmentos, que hace pasar las luchas entre posiciones sociales del campo como problemas de comunicación entre agentes o de simple incumplimiento de normas. Modificar las prácticas de seguridad del paciente implica, por consiguiente, hacerle frente al campo, sus estructuras y lógicas, y a la violencia simbólica que lo legitima.

Peligros y ausencias de la teoría bourdieusiana para aproximarse a la cultura de la seguridad del paciente

Un peligro de trabajar con Bourdieu es que puede llevar rápidamente al fatalismo, es decir, las relaciones entre los conceptos de campo y *habitus* pueden hacer pensar que las estructuras sociales son difícilmente transformables, inmutables, pues son casi unas máquinas de reproducción social. En este artículo se percibe algo de ello. Sin embargo, el mismo Bourdieu incorporó el concepto de estrategia que permite entrever un espacio, así sea limitado, a través del cual se pueden generar innovaciones y cambios sociales (26).⁵³ Las estrategias son aquellas prácticas que partiendo de lo develado, alejándose del conocimiento intuitivo, permiten reco-

allá de toda duda, de su posición dominada, de la menor valoración de sus capitales y, por ende, de la supuesta neutralidad del trabajo cuando es en “equipo, cooperativo y coordinado”. El sistema simbólico, al incorporarse profundamente en los *habitus* de los agentes, naturaliza las relaciones de dominación y hace percibir y valorar a los dominantes y dominados que su posición y las de los otros son las que deben ser, y además se justifica y vale la pena luchar por mantenerlas así.

53 Según Fernández, es el concepto de estrategia el que le permite a Bourdieu hablar no ya simplemente de un agente social, sino más bien de lo que él denomina un agente actuante.

nocer las barreras que imponen el campo y los *habitus* para llevar a cabo un cambio. Con estas líneas pretendemos dar el primer paso, es decir, indicar cuáles serían esas limitaciones de la estructura social y de las disposiciones de los agentes que entorpecen explícita y, sobre todo, tácitamente cualquier idea de cambio. Cualquier cambio cultural implica modificar la estructura del campo y los *habitus* de los agentes, es decir, hacer una reflexión de la situación, haciendo conscientes a los agentes sociales de la arbitrariedad de las relaciones entre posiciones en las que se hallan inmersos, del proceso de incorporación de esas estructuras de manera no consciente, y de la legitimidad, fuera de toda discusión resultante, y a partir de ésta propender por la redistribución de capitales culturales y simbólicos y de las disposiciones que se desprenden. De todas maneras, luego de trabajar con Bourdieu queda en el ambiente la pregunta: ¿y el individuo dónde queda?

Un segundo peligro de trabajar con Bourdieu en la seguridad del paciente, y en general con la cultura organizacional de un hospital, es centrarse en la producción de los servicios de salud, y no en el consumo de ellos. En este sentido, en esta investigación encontramos vacíos al enfocarnos en los funcionarios del hospital y no incluir a los pacientes y sus familiares, en particular en este tipo de servicios donde el “consumidor entra directamente a la fábrica”. Es decir, los procesos de producción y de consumo de los servicios de salud muchas veces se traslapan, de suerte que diferenciar los agentes envueltos en uno o en otro es un despropósito; esto especialmente en servicios como hospitalización, y en una menor medida en la UCI y en salas de cirugía, donde el paciente tiene unas posibilidades mínimas de realizar alguna práctica.

La teoría bourdieusiana no da muchas pistas sobre la interrelación de *habitus* distintos en una posición o en un individuo. El desarrollo



teórico de Bourdieu indica que a partir de una posición social en un campo específico se estructura un *habitus* particular. Sin embargo, en nuestro estudio pudimos encontrar que existen posiciones sociales que conjugan una multiplicidad de *habitus* en el desarrollo de su sentido práctico. Vimos que enfermeras, pero sobre todo auxiliares, al no soportar un proceso de inculcación de la estructura social tan riguroso como lo hacen los médicos durante la universidad, no sólo no desplazan estos *habitus* en su trabajo, sino que son una pieza central para realizar sus prácticas correctamente en el campo. El proceso productivo y reproductivo de la UCI, salas de cirugía y hospitalización necesita que el *habitus* doméstico de las auxiliares emerja y sea utilizado en las prácticas cotidianas. Sin embargo, las relaciones entre sus distintos *habitus*, el mediato y el inmediato, el administrativo y el doméstico no tienen un soporte teórico desde Bourdieu y, por lo tanto, son un vacío que otras investigaciones pueden solventar. La teoría queda en deuda con la cultura de la seguridad del paciente.

Finalmente, encontramos que al sistema teórico de Bourdieu le falta profundizar en el papel que tiene el capital social, en especial la configuración de las redes sociales. Esta debilidad nos condujo a que las redes sociales tuviesen un análisis de menor envergadura durante el estudio, subordinado entonces a los capitales culturales y simbólicos. Consideramos que esta debilidad debe subsanarse en nuevas investigaciones al incluirse análisis más complejos de redes sociales y evidenciar mejor sus relaciones con las demás especies de capital y con los *habitus*.

Conclusiones para aproximarse a la cultura de la seguridad del paciente

En el estudio pudimos encontrar que la cultura de la seguridad del paciente está

estrechamente vinculada a la estructura y la historia particular de la organización hospitalaria, conjuntamente con las disposiciones de los agentes que trabajan en ella. Vimos que dependiendo de la posición social que ocupa el agente, sus prácticas seguras variarán en relación con el acumulado y las características de los capitales culturales y simbólicos y de las exigencias tácitas como el género, la raza, la generación o la clase social del campo de la prestación de los servicios de salud. Además, estas condiciones estructurales, externas y coercitivas, son incorporadas por los agentes y hacen parte de sus *habitus*, de sus sistemas de disposiciones para percibir, valorar o realizar prácticas. El éxito de la cultura de la seguridad del paciente, tanto de quienes prestan los servicios de salud como de quienes gestionan la calidad, dependerá de entender estas leyes y características del campo de los servicios de salud y de los *habitus* de sus agentes y de definir a partir de allí estrategias acordes, pertinentes y oportunas. Se necesita, por lo tanto, un ejercicio de reflexión y hacer consciente lo social y lo cultural de las organizaciones hospitalarias, pero que se escape en el saber cotidiano. Modificar las prácticas de la seguridad del paciente implica reconocer las limitaciones que impone la estructura social: las estrategias pueden estar entre dos polos, las de subversión, marcadas por la herejía o la “ruptura crítica”, asumidas cuando se buscan modificaciones estructurales, o estrategias más conservadoras y ortodoxas, que son las que generalmente encontramos en los servicios. Se necesita, entonces, tomadores de decisiones en el Estado y en las IPS que estén interesados en modificar realmente las prácticas y que, por esa razón, estén abiertos a asumir las dificultades e incomodidades propias de la revelación, de realizar estrategias creativas y audaces, y además capaces de sospechar de los estudios y las acciones que desconozcan lo estructural y pretendan cambios soportados únicamente en el indi-

viduo. Esta es la clave para integrar la política institucional de seguridad del paciente con los procesos asistenciales.

Discusión

Entre las principales preocupaciones que aquejan a la Seguridad del Paciente es el conocer ¿cómo aproximarse a las causas de los eventos adversos para poder prevenirlos? y ¿por qué los profesionales de la salud, o el personal administrativo o los pacientes hacen tales o cuales prácticas que pueden conllevar a un evento adverso?

En este sentido el estudio IBEAS (27), realizado en hospitales de América Latina, pretende responder a la primera pregunta a través del señalamiento de un conjunto de prácticas que conllevaron al evento adverso y que agrupan en los “factores causales del evento adverso”. Entre estos factores encontramos los relacionados con la medicación, con la gestión, con la comunicación, con el diagnóstico, con los cuidados y otros y que incluyen prácticas que van desde la omisión de dosis y medicación, citación errónea hasta comunicación médico-enfermera o manejo inadecuado del paciente. El estudio del IBEAS se queda allí, en el señalamiento de dichas prácticas, pero como vimos en esta investigación las prácticas de los profesionales de la salud están definidas a su vez por aspectos estructurales del campo y por las disposiciones de los agentes, es decir, por la cultura organizacional. Para cambiar dichas prácticas se deben entender las prácticas y su relación con el campo y los hábitos que las hacen posibles y a partir de allí reconfigurar sus procesos históricamente construidos. Por tanto, señalar las prácticas es quedarse a mitad de camino.

Otras investigaciones como las de Barbosa y colaboradores (28), pretenden abordar la cultura de la seguridad como una serie de prácticas administrativas a través de dimensiones como las políticas del hospital, los procedimientos, la composición de la fuerza de trabajo, el manejo de la comunicación, y los reportes de eventos adversos. Sin embargo, centrarse en estas no permite observar las prácticas no administrativas (que son las más importantes en los servicios hospitalarios) y las relaciones que se establecen entre ambas. Enfocarse en el deber ser de las prácticas administrativas desdibuja lo que en realidad sucede en los servicios que es lo que se quiere reorientar.

Un aspecto “central” en estas investigaciones sobre el tema es la comunicación entre los profesionales de la salud (28, 29). Pero, esta comunicación es entendida como la transmisión de información de un emisor a un receptor, por lo tanto los problemas se reducen a deficiencias en la emisión o recepción del mensaje de seguridad del paciente, sin reconocer la complejidad de relaciones en las que la comunicación se desarrolla. Sumergir la dinámica comunicativa en las relaciones del campo y en los esquemas de los hábitos permite repensar la calidad de la comunicación en los servicios hospitalarios. De esta manera la comunicación fluida entre médico y auxiliar de enfermería en la toma de una lista de chequeo prequirúrgica en medio de una estructura social jerárquica radicalmente vertical y segmentada puede suceder como lo señalan los protocolos, pero estas características del campo y los hábitos de los agentes la hace difícilmente posible y trae consigo más bien estrategias de parte y parte para ignorar una norma administrativa más o como herramienta de lucha dentro del campo con fines distintos o



hasta contraproducentes a la seguridad del paciente. Es decir, la comunicación es central pero entendiéndola como parte de la cultura del servicio.

Siguiendo el mismo argumento podemos señalar que el problema de la cultura de seguridad no es esencialmente la confidencialidad, confianza o no punición como a veces se sugiere (28, 30) sino las relaciones de poder en aspectos culturales, simbólicos, económicos y sociales que las restringen o facilitan. La perspectiva propuesta aquí tiene una gran ventaja y es que reconoce el peso de la estructura sobre las prácticas de los agentes y por tanto no tiende a culpabilizar individuos. Estudios como el español (31) hacen hincapié en la dotación del personal y en el ritmo de trabajo, sin embargo, cabría preguntarse que tanto las relaciones entre los agentes permiten que esto se matece.

Finalmente, las estrategias preventivas que se deducen de muchas de estas investigaciones se orientan a la educación prolongada para cambiar “creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas” (29). Estas estrategias tendrán efectos a corto plazo pero sin impactos a largo plazo verdaderos. Los profesionales de la salud se aprenderán nuevos conceptos, cambiarán algunas prácticas pero un cambio en la cultura como acá la entendemos será restringida.

En general estas investigaciones intentan acercarse a la cultura de la seguridad del paciente en los servicios hospitalarios observando el deber ser administrativo en un mundo clínico, además, no intentan indagar sobre aspectos que están detrás de las prácticas, que no son evidentes ni conscientes para los propios entrevistados y que se encuentra a nivel de las estructuras sociales. Por lo tanto, al entender las prácticas, la comunicación y la confidencialidad como

cuestiones administrativas quedan vacías, sin cultura. En estos abordajes pareciera que al enfrentar el error humano se olvidan de la cultura, de los humanos.

Referencias bibliográficas

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Norma técnica sectorial en salud. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. 2009.
2. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de mayo de 2006. Consultado en <http://www.minprotecciónsocial.gov.co>.
3. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. 2008.
4. Carles P. Sociology is a Martial Art. Documental. 2002.
5. Wacquant L. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. Rev Sociol Polít. (Curitiba). 2002, Nov.; 19: 95-110.
6. Bourdieu P. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. México: Taurus; 2002.
7. De la Garza E. Hacia dónde va la teoría social. En Tratado Latinoamericano de Sociología.
8. Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI; 1973.
9. Bourdieu P. La lógica de los campos. Zona Erógena. 1993; (16).
10. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. London: Sage; 2000.
11. Yin YK. Case Study Research: Design and Method. Thousand Oaks. California: Sage; 1994.
12. Sandelowsky M. Using Qualitative Research. Qualitative Health Research. 2004; 14 (10): 1366-86.
13. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
14. Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2000.
15. Pinell P. Un asunto de Estado. Higiene y control de los “salvajes del interior”. La Recherche. 1995, Supplément La santé et ses métamorphoses; (281): 20-3.
16. Bourdieu P. Homo Académicus. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.

17. Coburn D. Medical Dominance Then and Now: Critical Reflections. *Health Sociology Review*; 2006, Dec., 15 (5): 432-43.
18. Bauman Z. *La sociedad sitiada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
19. Weber M. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
20. Long D, Forsyth R, Iedema R, Carroll K. *Health Sociology Review*. 2006; Dec. (15) 5. ProQuest Nursing & Allied Health Source, p. 506.
21. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus; 1991.
22. Bourdieu P, Passeron JC. *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. España: Editorial Popular; 2001.
23. Martín E. *Habitus*. En Reyes R., director. *Diccionario crítico de ciencias sociales [publicación electrónica]*. Universidad Complutense, Madrid. Consultado en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>, 2004.
24. Weiss M. *For Doctor's Eyes Only: Medical Records in Two Israeli Hospitals*. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1997; 21: 283-302.
25. Buttice C. *El campo ocupacional de la enfermería*. Documento de trabajo. Consultado en: www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/1-Sociales/S-022.pdf, 2005.
26. Fernández O. *El estructuralismo constructivista. Curso de teoría sociológica francesa*. Universidad de Costa Rica, 2006.
27. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud Estudio IBEAS. *Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*, 2009. Consultado en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
28. Barbosa LC, Cárdenas E, et al. *Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá*. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2008; (1): 19-28.
29. Ortiz, Z. *Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes*. Primera edición. Buenos Aires, 2007. Consultado en: <http://www.saluginvestiga.org.ar/pdf/libros/2007/seguridad.pdf>
30. Franco, A. *La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema*. *Colombia Médica*. 2005; 36 (2).
31. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*, 2009.

