



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO DE HUMANIDADES EN SALUD
BIOETICA

**ADULTOS HOSPITALIZADOS: RELACIONES DE PODER, VULNERABILIDAD
Y RESPONSABILIDAD DESDE UNA ÉTICA DE EXTRAÑOS MORALES.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS

PRESENTA:

CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA

TUTOR PRINCIPAL: CARLOS ALFONSO VIESCA TREVIÑO
FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX.MX

FEBRERO DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CONTENIDOS	pag
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	7
CAPÍTULO 1. LA VULNERABILIDAD EN EL ESCENARIO HOSPITALARIO, UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL DE DETERMINACIÓN MULTIFACTORIAL	9
1.1 El comportamiento organizacional: responsabilidad y relaciones de poder como determinantes de la vulnerabilidad en el escenario del hospital.	13
1.2 Ética y responsabilidad en la interacción entre individuos y grupos: Aristóteles, Ricoeur y Bourdieu.	15
1.3 El comportamiento organizacional y las organizaciones hospitalarias.	20
1.4 Complejidad y comportamiento de la organización hospitalaria.	30
1.5 Campos sociales, hábitos, poder y vulnerabilidad en el en el hospital: Diálogos con Bourdieu desde el discurso de la cultura organizacional.	57
1.6 Extraños morales, poder y vulnerabilidad en el hospital: Diálogos con Tristram Engelhardt.	44
CAPÍTULO 2. NARRATIVAS, CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SISTEMAS DE VALORACIÓN MORAL Y LA DETERMINACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE LOS PACIENTES.	47
2.1 El problema de la autonomía.	49
2.2 Diálogos con Miranda Fricker: Injusticia epistémica y vulnerabilidad en el hospital.	51
CAPÍTULO 3. CASOS PARA EL ANÁLISIS.	53
3.1 Narrativas de la Vulnerabilidad desde el paciente y su familia: “La caída del Sr. Ángel”.	58
3.2 La formación médica y la atención del paciente hospitalizado.	72
CAPÍTULO 4. INJUSTICIA HERMENÉUTICA, PODER Y VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO	74
4.1 El hospital como comunidad hermenéutica y la generación de situaciones de injusticia epistémica discriminatoria.	75
4.2 La existencia de estructuras normativas formales e informales en el hospital.	79
4.3 Estructuras normativas informales en el hospital.	83
4.4 Estructuras normativas informales y su papel en la construcción de situaciones de vulnerabilidad.	85
CAPÍTULO 5. LA INTEGRACIÓN DE UN MODELO DE ABORDAJE PARA EL ANÁLISIS DE UN CASO	86
5.1 Abordaje Bioético retomando a Diego Gracia.	86
5.2 La integración de nuestro instrumento teórico.	92
CAPÍTULO 6. IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO.	95
6.1 Análisis del caso “La Caída del Sr. Ángel”.	97
6.2 “Gabriela”, vulnerabilidad del estudiante y la atención del paciente hospitalizado	103
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.	110
BIBLIOGRAFÍA	112

RESUMEN

OBJETIVOS: 1. Realizar un análisis teórico sobre el papel que juegan las estructuras normativas formales e informales en la determinación de situaciones de vulnerabilidad de los adultos hospitalizados, en un Hospital del segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2. Identificar aquellos conflictos éticos derivados del análisis crítico, desde una teoría de la responsabilidad, de las políticas y discursos de la “*cultura de la gestión de la calidad y seguridad, en la atención al paciente*”, adoptadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, retomando el papel de las estructuras normativas informales en la construcción de la vulnerabilidad de las personas. 3. Proponer de un modelo de gestión, desde un análisis de la responsabilidad, utilizando un aparato teórico que retome algunas propuestas de Ricoeur y Diego Gracia, vinculando la existencia de estructuras normativas informales, en la construcción de situaciones de vulnerabilidad, para la implementación de acciones correctivas y preventivas desde la Gerencia Hospitalaria.

METODOLOGÍA: Estudio cualitativo de un caso representativo, con análisis de datos secundarios. Construcción de un aparato teórico para el análisis bioético del caso y generación de recomendaciones.

RESULTADOS: Durante el análisis del caso se encontraron tensiones entre los sistemas valorativos de los distintos grupos que interactuaron en la relación formativa, dentro del contexto hospitalario, con la generación de conflictos. Este escenario se asoció a la generación de situaciones de injusticia epistémica. Los conflictos se manifestaron con componentes de marginación y de prejuicio, hacia los miembros de grupos subordinados. Se observaron lesiones a la autonomía, a la integridad del paciente y a la de su familia

*Dedico este trabajo a todos los estudiantes que buscan la felicidad, a través del asombro que ocasiona el descubrimiento y cuestionamiento continuo de lo dado por hecho, para la construcción de nuevo conocimiento, destinado a mejorar las condiciones de vida de nuestra sociedad.
Agradezco el eterno amor, apoyo y paciencia incondicional de mi cómplice, compañero y esposo
Juan Ricardo Ward Osornio.*

INTRODUCCIÓN.

En un trabajo previo de maestría analizamos las implicaciones bioéticas de la construcción de la vulnerabilidad en el paciente adulto mayor hospitalizado al final de la vida, en el contexto de un hospital público de la seguridad social mexicana.

Concluimos que la vulnerabilidad es un fenómeno multidimensional.

Asumimos que, así como pueden existir múltiples dimensiones de la misma, existen diferentes grados de vulnerabilidad. Un factor determinante de las diferentes condiciones de vulnerabilidad, son las relaciones de poder en las cuales ésta se desarrolla.

Al hablar de relaciones de poder retomamos el concepto propuesto por el filósofo francés Michel Foucault. El filósofo plantea a las relaciones de poder como un fenómeno dinámico que determina a los sujetos, es fundamental para la existencia de las sociedades y para la construcción de instituciones sociales.

Relaciona el concepto de “poder” con el de validación del conocimiento, mediante la construcción de mecanismos de legitimización para reproducir y reforzar las instituciones sociales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la presente investigación nos centraremos en las relaciones de poder y lo que llamamos estructuras normativas formales e informales, partiendo de los siguientes puntos:

1. Su papel en la construcción de situaciones de vulnerabilidad.

2. El análisis de las estructuras normativas formales e informales desde el contexto del discurso de la alta gerencia hospitalaria y la cultura de la gestión de la calidad y seguridad en la atención al paciente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. La responsabilidad desde una propuesta teórica que retoma propuestas de P. Ricoeur.
 - a. Responsabilidad personal
 - b. Responsabilidad profesional.
 - c. Responsabilidad como servidor público y la rendición de cuentas.

II. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. Desde un análisis teórico, ¿Qué papel juegan las estructuras normativas formales e informales en la determinación de situaciones de vulnerabilidad de los adultos hospitalizados en un Hospital del segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social?

2. ¿Qué conflictos éticos observados, desde una teoría de la responsabilidad, se derivan del análisis crítico de las políticas y discursos de la “cultura de la gestión de la calidad y seguridad, en la atención al paciente”, adoptadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, retomando el papel de las estructuras normativas informales en la construcción de la vulnerabilidad?

3. ¿Qué recomendaciones para un modelo de gestión, se pueden proponer desde un análisis de la responsabilidad, utilizando un aparato teórico que retome algunas propuestas de Ricoeur y Diego Gracia, vinculando la existencia de estructuras normativas informales en la construcción de situaciones de vulnerabilidad, para la implementación de acciones correctivas y preventivas desde la Gerencia Hospitalaria?

a. Responsabilidad personal

b. Responsabilidad profesional.

c. Responsabilidad como servidor público en una cultura de rendición de cuentas.

III. OBJETIVOS GENERALES.

1. Realizar un análisis teórico sobre el papel que juegan las estructuras normativas formales e informales en la determinación de situaciones de vulnerabilidad de los adultos hospitalizados en un Hospital del segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Identificar aquellos conflictos éticos derivados del análisis crítico, desde una teoría de la responsabilidad, de las políticas y discursos de la “cultura de la gestión de la calidad y seguridad, en la atención al paciente”, adoptadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, retomando el papel de las estructuras normativas informales en la construcción de la vulnerabilidad.

3. Proponer de un modelo de gestión, desde un análisis de la responsabilidad, utilizando un aparato teórico que retome algunas propuestas de Ricoeur y Diego Gracia, vinculando la existencia de estructuras normativas informales, en la construcción de situaciones de vulnerabilidad, para la implementación de acciones correctivas y preventivas desde la Gerencia Hospitalaria.

IV. METODOLOGÍA.

Estudio cualitativo de casos representativos con análisis de datos secundarios. (Denzin, Norman. 2011) (Flick, U. 2007) (Hays. D. 2012)

Análisis de datos secundarios:

Entrevistas en profundidad, entrevistas fenomenológicas de Siedman y observaciones realizadas durante la ejecución de las investigaciones:

- a. *“Repercusión de las relaciones entre el personal médico y la calidad de la Prestación de Servicios Médicos Institucionales”*
(Consejo y Chapela, Carolina. Viesca Treviño, Carlos A. 2004)

b. *“Adultos Mayores, Vulnerabilidad y relaciones de Poder: Conflictos Bioéticos en la solicitud de Renuncia Terapéutica”*

(Consejo y Chapela Carolina. Viesca Treviño, Carlos A. 2013)

Se retomaron narrativas y observaciones realizadas durante el pase de visita médico académico, en un servicio de cirugía de un HGZ del IMSS. Triangulación: Se eligió el pase de visita, siendo el evento que los entrevistados refirieron como el mayor momento de tensión en la relación docente –alumno.

Análisis de la literatura.

Construcción de un aparato teórico para el análisis bioético del caso y generación de recomendaciones.

CAPÍTULO 1.

LA VULNERABILIDAD EN EL ESCENARIO HOSPITALARIO, UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL DE DETERMINACIÓN MULTIFACTORIAL.

En el día a día de la atención hospitalaria, en hospitales públicos como lo son los del segundo nivel de atención del IMSS, podemos observar la presencia de algunas acciones y omisiones en el comportamiento del personal de salud que llegan a reflejarse en las quejas y denuncias sobre abuso, negligencia o maltrato.

Éstas denuncias son presentadas por los usuarios ante las oficinas de atención al derechohabiente y en ocasiones ante instancias externas como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Muy raras ocasiones llegan estas quejas a ser presentadas ante otras instancias como lo son el ministerio público o las instancias correspondientes de la Secretaría de la Función Pública.

Sin embargo, muchos otros eventos considerados nocivos por parte de los pacientes y familias, e incluso por la opinión pública no son señalados como faltas graves o incluso faltas, por parte del equipo de profesionales de la salud y trabajadores en la realidad cotidiana de la atención al interior del hospital.

¿Cómo es que éstas actitudes, acciones y omisiones, que pueden poner en riesgo la integridad de las personas usuarias de los servicios del hospital, pueden ser pasadas como tolerables y habituales por parte de los mismos trabajadores que las condicionan o que las observan?

La aceptación de ciertas actitudes y disposiciones relacionadas con las acciones y omisiones en el proceso de atención al paciente en el hospital se encuentra determinado por una serie de factores que permiten que el hospital como

organización se mantenga y reproduzca sostenida por lo menos en dos dimensiones que exploraremos en este apartado:

Las estructuras normativas formales, manifestadas en los procedimientos, normas y reglamentos, así como en la “infraestructura” explícitamente predispuesta para el funcionamiento de la organización.

Las estructuras normativas informales, manifestadas por las relaciones de poder sostenidas al interior de la organización, el comportamiento de los grupos que la componen, las reglas no escritas que permiten acciones y omisiones específicas, muchas veces se presentan en franca oposición a lo que en papel se describe como la forma en la cual debe de actuar la organización.

¿Qué relación guarda esta “habituación” de la disposición y acción ante eventos que comprometen la integridad de los usuarios con la construcción de la vulnerabilidad?

Aunque ésta pregunta parecería de respuesta obvia e inmediata, si consideramos que la posibilidad de que las acciones y omisiones lleven a la vulneración de la persona, es importante llevar esta afirmación a un análisis más detallado.

El concepto de “vulnerabilidad” que en adelante utilizaré, parte de reconocer su naturaleza multidimensional.

Las relaciones de poder sostenidas entre las personas, las narrativas generadas por las mismas, que confieren una identidad específica en torno a la enfermedad, la muerte y la propia vulnerabilidad, son tan solo algunas de sus determinantes.

En este orden de ideas, considero que la condición de vulnerabilidad, se determina también por la disposición específica en la cual se encuentra el sujeto, dentro de una o más relaciones de poder.

Si bien es importante reconocer la existencia de diferentes grados y formas de vulnerabilidad, no es del interés de éste trabajo dedicar más atención a la definición o construcción de alguna forma de tipología de la vulnerabilidad.

La bioética y la ética médica, deben de ser entendidas como herramientas de análisis crítico, para una toma de decisiones responsable, ante los conflictos morales emanados de la intervención de la ciencia y tecnología sobre la naturaleza y en el ejercicio de la profesión médica. (Consejo y Chapela, Carolina 2015).

Centraré entonces mi preocupación en la necesidad de construir un aparato teórico que articule las categorías de “relaciones de poder” y “vulnerabilidad” del paciente hospitalizado, visto desde el enfoque de la responsabilidad de aquellos que son los representantes en la estructura organizacional formal, de la dirección de los procesos hospitalarios.

Una de las dimensiones que explora el presente capítulo, parte de una aproximación hermenéutica de la construcción de la vulnerabilidad del paciente.

Si consideramos al hospital como un espacio social, en el cual se establecen sistemas para la validación de saberes y conocimientos específicos que permiten establecer reglas, lineamientos y referentes para el comportamiento y actividades de sus integrantes, podemos plantear la que estos sistemas de validación pueden

influir en la determinación de la vulnerabilidad de las personas que dependen del comportamiento de la organización, como lo son los pacientes.

Los saberes y conocimientos que los pacientes construyen sobre su propio proceso de salud, enfermedad y muerte, pueden ser excluidos o invalidados por el espacio social hospitalario al cual ingresan.

Estas exclusiones involucran también las dimensiones hermenéuticas de los procesos de validación moral.

En este capítulo, nos centraremos en el planteamiento y análisis del papel que guardan las relaciones de poder y las convenciones o normas morales, que adoptan la forma de lo que llamaremos “estructuras normativas informales”, sobre el comportamiento de la organización hospitalaria, y por lo tanto, sobre la construcción, agudización y mantenimiento de la vulnerabilidad del paciente hospitalizado.

Como segundo punto de interés orientaré la discusión hacia el papel de la responsabilidad aquellos que son los responsables formales en la dirección de los procesos hospitalarios, ante la existencia de dichas estructuras normativas informales que determinan la construcción de la vulnerabilidad.

1.1. El comportamiento organizacional: responsabilidad y relaciones de poder como determinantes de la vulnerabilidad en el escenario del hospital.

La vulnerabilidad tanto de los pacientes como de cualquier persona usuaria de los servicios públicos de salud, puede ser determinada por diferentes factores, entre los que se encuentran las relaciones de poder entre los diferentes actores que se encuentran presentes, en el escenario de la atención del paciente hospitalizado.

Si tomamos en cuenta la propuesta metodológica para el análisis de comportamiento organizacional que plantea Stephen P. Robbins, podemos analizar al menos tres niveles en una organización:

1. El nivel individual.
2. El nivel en el que el individuo interactúa en pequeños grupos
3. El nivel del conjunto de la organización.

(Robbins, Stephen 2014)

Podemos también retomar el esquema planteado por Robbins, para poner atención a los diferentes niveles en los cuales se pueden observar también relaciones de poder.

Para algunos autores como Michel Foucault, las relaciones de poder se encuentran presentes no solo en la dimensión de la interacción colectiva, sino que determinan al propio sujeto.

Si pensamos en la forma en la cual se comportan los grupos que componen al conjunto de las sociedades, podemos analizar la importancia de la relación sujeto -

grupo, para intentar explicar el comportamiento de un conjunto social como lo es una organización hospitalaria.

El sociólogo francés Pierre Bourdieu, aunque no se refiere directamente al concepto de poder, utilizado por Foucault, considera que existen determinantes, emanados de la interacción con el campo social en el que se desenvuelve el individuo, que moldean la forma en la cual éste percibe al mundo y actúa en él.

Por lo tanto, la interacción entre las personas que pertenecen a una organización, como lo puede ser la hospitalaria, puede ser analizada tomando en cuenta la dinámica de las relaciones de poder existentes en su interior y la forma que éstas adoptan.

Otro elemento de gran interés para analizar el comportamiento de la organización hospitalaria, es la forma en la cual, los grupos que la componen, establecen mecanismos de validación del conocimiento que se expresa a través de los discursos necesarios para generar identidad y cohesión.

La filósofa Miranda Fricker, plantea la existencia de “comunidades hermenéuticas”, que se generan en torno a formas específicas de validar el conocimiento y dar cuenta de la realidad. (Fricker, Miranda 2007).

Los discursos sostenidos para mantener los sistemas de validación del conocimiento de un grupo hermenéutico específico, pueden llegar a ser parte de procesos de dominación y coerción sobre grupos vulnerables y minorías.

Más adelante retomaremos a estos autores para continuar esta discusión en el contexto hospitalario.

La forma en la cual interactúan las personas al interior de una organización hospitalaria, se encuentra influenciada entonces por la disposición establecida de las relaciones de poder.

En este escenario, una de las principales preocupaciones, relacionadas con la forma en la cual se construye la vulnerabilidad de las personas en el interior del hospital, es la relación poder – responsabilidad – vulnerabilidad.

1.2 Ética y responsabilidad en la interacción entre individuos y grupos: Aristóteles, Ricoeur y Bourdieu.

En las relaciones que establecen las personas con los “otros”, pacientes, familiares y miembros de la organización, existe una dimensión de responsabilidad, misma que se encuentra estrechamente vinculada con la racionalidad de las personas y su posibilidad de existencia ética.

Aristóteles considera al sujeto, como el autor y causa de sus propias acciones. Por lo tanto, como señala François Raffoul, el sujeto que se considera agente racional, es capaz de realizar acciones regidas por su voluntad. Por lo tanto, la voluntad se encontrará en el centro de las definiciones de responsabilidad en la tradición occidental. (Raffoul, François 2010)

En su *Ética Nicomaquea*, Aristóteles establece la existencia de un campo de dominio en el cual podemos ejercer un poder que depende del alcance de lo que depende de nuestras acciones dirigidas por la voluntad. Otro elemento importante es la diferencia que hace entre el actuar por ignorancia (*di'agnoian*) y actuar en o a

pesar de saberse ignorante (agnoon). Esto lleva a distinguir la responsabilidad relacionada con la voluntariedad, de la irresponsabilidad, relacionada con la involuntariedad. Por lo tanto, la responsabilidad se desarrolla dentro de la esfera de control de la voluntariedad. (Raffoul, François 2010)

¿Es el acto u omisión posible de ser sujeto a castigo, a partir de la posibilidad que tiene el individuo de dar cuenta de los propios actos?

Aristóteles plantea la dimensión de responsabilidad desde el planteamiento de la imputabilidad y del castigo.

Considera el ejercicio de la libertad, como producto de la voluntad racional, por lo tanto, un ejercicio necesariamente virtuoso de las acciones, es decir teniendo a la responsabilidad como virtud. (Raffoul, François 2010)

La responsabilidad imputable al profesional de la salud, se puede entender desde esta aproximación, al menos en dos dimensiones: Como persona racional, posible de una agencia moral y como persona que juega un rol profesional, al cual la sociedad le brinda la confianza de realizar ciertas acciones a partir de ser dueño de un conocimiento reconocido por el colectivo.

Para avanzar en la dimensión ética de la responsabilidad como individuo, es necesario introducir la dimensión del “otro”, afectado por la acción u omisión del agente racional.

Podemos recordar la situación de “atestación” que plantea Paul Ricoeur, que ilustra la necesidad de reconocer la existencia de un “sí” o “self” de las personas, en el cual

el “otro” deposita su confianza de “cumplir una promesa”, sabiendo que tiene la capacidad de no cumplirla.

Paul Ricoeur plantea que la persona entra al mundo en un cuerpo. Acompañando a este cuerpo, se encuentra la conciencia y una forma de “ser – en-relación con otros”. Esto nos obliga adquirir de forma simultánea, la idea de “reflexibilidad” y la idea de la “otredad”. Esto nos permite pasar de una correlación débil entre alguien y cualquier otra persona, a una fuerte correlación entre el pertenecer al “sí” o “self”, en el sentido de “mío”, y “pertenecer al otro” en el sentido de “lo tuyo”. (Ricoeur, 1992).

Michel Johan explica sobre la situación de atestación del “self” en Ricoeur:

“La atestación remite más modestamente al tipo de confianza que el sí puede poner en sus palabras y en sus actos, sabiendo que esta confianza está siempre sujeta a sospecha. Pero sin esta ‘confianza’, sin esta atestación, nunca podría ver la luz la responsabilidad por el otro, a falta de un ‘sí’ para responder.” (Johan, Michel. 2014: Kindle 1408)

Cuando dos individuos entablan una relación, existe siempre la necesidad del reconocimiento como “sí” o “self” y como el “otro”, para lo cual el entorno social en el cual se presenta la relación, provee de elementos para validar las características que permitan definir al “otro” como merecedor de un estatus similar al “sí”.

Miranda Fricker, plantea la existencia de situaciones de injusticia epistémica, en las cuales se margina a la persona que proviene de una comunidad hermenéutica diferente a la del grupo dominante. (Fricker, Miranda 2007).

En éste escenario, el testimonio del “otro”, que pertenece a una comunidad hermenéutica diferente y menos empoderada, no es percibido por los miembros de la comunidad hermenéutica dominante de la misma forma.

Podríamos asumir entonces, que al menos uno de los “self” que interactúan, no es concebido como un “otro” similar a “sí”. Esto llevaría a la imposibilidad de una acción ética del “sí”, que lleve a asumir responsabilidad alguna sobre el “otro”.

Si pensamos ahora en la dimensión de vulnerabilidad que se genera o refuerza, ante el establecimiento de una relación de poder asimétrica en el escenario de la organización hospitalaria, necesariamente debemos de preguntarnos por el papel que juega la responsabilidad del individuo empoderado, que juega un rol específico al interior de la organización y ante la sociedad.

La responsabilidad asumida y asignada para un grupo de personas, que ejercen roles específicos y de las cuales la sociedad demanda comportamientos específicos.

Podríamos suponer entonces, que las personas responsables del proceso de atención del paciente hospitalizado, son también responsables de las acciones que llevan a salvaguardar, hasta donde sea posible su integridad, disminuir su vulnerabilidad y protegerlos de lesiones derivados de la atención médica, mediante la disminución de riesgos asociados con el comportamiento de los trabajadores de la salud e incluso de los familiares presentes.

El comportamiento de las organizaciones hospitalarias refleja la disposición de las relaciones de poder establecidas entre los diferentes miembros que las conforman.

Si consideramos al hospital como organización, el conjunto de valores morales que determinan el actuar de los diferentes actores, también juegan un papel fundamental tanto en el comportamiento organizacional, como en la determinación de la vulnerabilidad de los usuarios, si consideramos que en buena parte las decisiones en el proceso de atención están guiadas por éstos valores.

¿Cómo se establecen y reproducen los valores que dirigen en parte el comportamiento de los grupos al interior de una organización hospitalaria?

Para intentar responder esta pregunta, es necesario situarse en la dimensión social de la construcción de valores y la forma en la cual éstos son adquiridos por las personas al interactuar con los grupos sociales a los que se expone.

El sociólogo Pierre Bourdieu, desde lo que Johann propone como un “estructuralismo constructivista”, retoma el concepto aristotélico de “hexis”, como esa “disposición adquirida”, para hablar del “hábitus”, como un “sistema de disposiciones duraderas y transferibles” que determinan la forma de percibir y actuar de los individuos, así como su disposición ante el mundo. (Michel, Johann. 2014),

La dimensión de “hábitus” la retomaremos más adelante, ara discutir su papel en la validación y reproducción de ciertos comportamientos de las personas y los grupos dentro de la organización, que pueden condicionar la vulnerabilidad de los pacientes y diferentes actores, cuando éstos se encuentran en una situación de poder en desventaja.

1.3 El comportamiento organizacional y las organizaciones hospitalarias.

Los intentos de dar cuenta de la forma en la cual se comporta una organización como lo puede ser un hospital, han existido desde hace varias décadas.

Para poder aspirar a acercarnos a un mayor entendimiento de la forma en la cual se puede incidir en la modificación del comportamiento de los miembros de la organización hospitalaria, que llegue a influir en la disminución de la vulnerabilidad de los pacientes hospitalizados, es necesario hablar un poco sobre teoría de la administración y marcar nuestra distancia de las teorías “Científicas” o “Clásicas”.

La teoría de la administración reconocida en la bibliografía de la administración como “científica” es representada por las propuestas de Fredryck Taylor en el inicio de la era Industrial. (Taylor 1911). En esencia concebía al modelo de administración ideal, como aquel que domina un perfecto funcionamiento de una máquina. En éste modelo el diseñador o administrador determina la relación entre las partes.

Para Paul Plsek, los sistemas de salud pueden considerarse como “sistemas complejos con capacidad de adaptación”. Los define como “una colección de agentes individuales que cuentan con la libertad de actuar de formas que pueden no ser predecibles y cuyas acciones se encuentran de tal forma interconectadas que las acciones de un agente afectan a las de los otros”. Las relaciones en su interior, las estructuras y patrones adoptados por el comportamiento de sus miembros, determinan la forma en la que una organización en su conjunto se comporta. (Paul Plsek 2003)

Actualmente, los modelos sobre la alta gerencia y administración tradicionales, se enfrentan con un escenario social que requiere nuevos instrumentos teóricos y metodológicos que nos permitan entender el comportamiento de los integrantes de las organizaciones.

A principios del siglo XXI mucha de la atención en el terreno de la administración se ha centrado en el panorama complejo observado al interior de las organizaciones, derivado de escenarios sociales en los cuales las relaciones de poder se disponen de formas diferentes a las que en la formalidad se explicitan.

En su obra, "Modernidad Líquida", Bauman analiza las relaciones sociales desde una aproximación crítica a las teorías de la modernidad y post modernidad. Discute como las relaciones de poder descritas por muchos autores de la segunda mitad del siglo XX, pasaron de basar su argumentación de la existencia de un "vigilante" identificable o "gran hermano" que dirige su mirada coercitiva a la población sometida, a un desvanecimiento del ente que ejerce el poder, intangible y soluble. (Bauman, Zigmund, 2000. p31).

Sin embargo, Bauman pasa por alto algunas de las principales propuestas que realiza Foucault sobre el poder.

Para el filósofo francés Michael Foucault (1977), el poder no se considera como una propiedad o una posesión, ni como algo exclusivo de una clase dominante, estado o soberano, al que puede aspirar una clase oprimida, sino más bien como una estrategia. Los efectos de la dominación no surgen de la apropiación del poder por un sujeto, sino de sus maniobras, tácticas, técnicas y funcionamiento.

Una relación de poder no se constituye como una obligación o una prohibición que los más poderosos imponen a los menos poderosos, sino que los involucra, los envuelve y es transmitido por ellos y a través de ellos. (Foucault, M. 1996)

Foucault no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como “una situación estratégica compleja, como una multiplicidad de relaciones de fuerza... simultáneamente intencionales y a la vez no subjetivas”. (Barry, Smith. 1985).

Como lo comento en un trabajo previo (Consejo y Ch, Carolina 2008), a diferencia del análisis del poder economicista que realizan los filósofos del siglo XVIII, un concepto jurídico-liberal en el que el poder se considera un derecho –una posesión que puede ser transferida, cedida o alienada a través de un acto contractual–, Foucault plantea la necesidad de crear una forma alternativa, no economicista, de analizar el poder.

Un ejemplo de esta aproximación economicista es el concepto marxista del poder, en el cual, aunque en forma algo diferente, se conceptualiza en términos de su función, en el mantenimiento simultáneo de relaciones de producción y una forma de dominación de clases.

Otros autores como Nietzsche y Reich representan un antecedente de un análisis no economicista del poder. Nietzsche planteó que “El poder es una relación de fuerza”, asumiendo un esquema de “dominación-represión”, mientras que Reich postuló que “El poder es igual a represión”. (Foucault, M. 1997)

De acuerdo a la propuesta del filósofo, las relaciones de poder son conceptualizadas en términos de lucha y fuerza, así como los mecanismos a través de los cuales el poder es ejercido en términos de represión. Sin embargo, para Foucault estos puntos de vista son inadecuados para alcanzar el entendimiento de las relaciones de poder modernas.

De forma muy simple: el problema con el esquema “dominación-represión” radica en que, al reducir los mecanismos y efectos del poder o la represión, se niegan los elementos positivos y productivos de las relaciones de poder, es decir, esos factores que podrían identificarse como elementos constitutivos de las sociedades modernas. (Consejo y Ch, Carolina 2008).

Foucault, al abordar el cuestionamiento de ¿cómo se ejerce el poder?, parte de dos puntos de referencia. En primer lugar el discurso del derecho, que fundamentalmente ha delimitado y legitimado el ejercicio del poder en el mundo occidental desde la Edad Media. En segundo, los efectos de la verdad producidos y transmitidos por esta forma de poder que a su vez reproducen formas de poder.

En cualquier sociedad existen relaciones de poder que permean y dan a la vez cohesión y forma al cuerpo social. El establecimiento y puesta en práctica de tales relaciones está directamente correlacionado con la producción y circulación del Discurso de la verdad.

Para Foucault, el análisis debe de ubicarse dentro del ejercicio o práctica del poder, en el campo de sus aplicaciones y efectos y no en torno a posiciones o intenciones conscientes. Debe de enfocarse en la forma en la que las cosas funcionan al nivel

de la subyugación activa (en el acto de), al nivel en el que se llevan a cabo esos procesos continuos e ininterrumpidos que subyugan nuestros cuerpos, gobiernan nuestras expresiones, dictan nuestros comportamientos. (Barry S. 1985, p. 79.)

Para Foucault, el análisis debe de ubicarse dentro del ejercicio o práctica del poder, en el campo de sus aplicaciones y efectos y no en torno a posiciones o intenciones consientes.

Debe de enfocarse en la forma en la que las cosas funcionan al nivel de la subyugación activa (en el acto de), al nivel en el que se llevan a cabo esos procesos continuos e ininterrumpidos que subyugan nuestros cuerpos, gobiernan nuestras expresiones, dictan nuestros comportamientos.

El poder no es una “comodidad” o posesión de un individuo, grupo o clase, sino que circula a través del cuerpo social. Funciona como una cadena y se ejerce a través de una organización constituida como una red en la que todos estamos inmersos, la que llega a determinarnos y a la que a su vez determinamos.

Desde este punto de vista, los individuos no son agentes del poder, ni poseen el poder, su potencial no es “alienado” ni “oprimido” por él, al contrario, uno de los principales efectos del poder es que ciertos cuerpos, gestos, discursos, deseos, llegan a ser identificados y constituidos como individuos. El individuo es tanto efecto del poder como elemento de su articulación.

Foucault argumenta que el análisis debe de proceder desde un micro-nivel, de ahí el concepto de microfísica del poder. Esta forma ascendente de análisis permite revelar las historias particulares, técnicas y tácticas del poder, para revelar cómo

sus mecanismos han sido apropiados, transformados, colonizados y extendidos por formas más generales o globales de dominación. (Reshma J, Surender R. 2004)

Aunque el análisis de Foucault intenta revelar las interconexiones existentes entre los mecanismos del poder y las instituciones económicas y políticas, no asume en ningún momento la existencia de una teoría general ni intenta formularla. Para él las conexiones deben de ser determinadas en cada instancia a través del análisis.

Regresando a la obra de Zygmunt Bauman, una de las características de la sociedad que el autor estudia en las últimas décadas, es la fragmentación y dilución a partir de procesos de “individuación” de las personas.

Sin embargo, éste proceso no se refiere al triunfo de la autonomía conquistada por cada una de las personas para dirigir el propio destino, sino como un proceso en el cual se desvincula a los sujetos del colectivo, bajo una idea de que se ha alcanzado la meta máxima buscada por la modernidad: Alcanzar la libertad individual frente a la amenaza del totalitarismo.

El problema de los discursos emitidos por muchos defensores del “fin de la historia” radica en la idea de que las sociedades han alcanzado un estado en el cual ya no es necesario buscar una mayor libertad ya que la han alcanzado. (Bauman, Z. 2003)

La tragedia es la siguiente: el sujeto se encuentra solo, cargando la responsabilidad última de los propios actos, en constante movimiento que le dificulta como colectivo enfrentar los problemas que plantea la existencia en sociedad.

Los individuos buscan la aprobación de los otros pero el juicio mayor es el interno. El autor argumenta un escenario de inseguridad y de necesidad constante de auto afirmación.

Propone una diferencia entre “individuo” y “ciudadano”, recordando a Norbert Elias: “Elías reemplaza al “y” o el “versus” por el “de”; y al hacerlo, logra correr el discurso desde el plano del imaginaire de dos fuerzas trabadas en el combate mortal pero interminable de la liberación o de la dependencia hacia el plano de la ‘concepción recíproca’...la sociedad que da forma a la individualidad de sus miembros, y los individuos que dan forma a la sociedad con los propios actos de sus vidas poniendo en práctica estrategias posibles y viables dentro del tejido social de sus interdependencias”. (Bauman, Z. 2003. P 36,37)

Existe un proceso de “individuación” consistente en transformar la identidad humana de algo “dado” en una tarea, siendo los propios sujetos responsables de completar esa tarea. El individuo ya no busca un beneficio propio a través de contribuir como ciudadano a mejorar la ciudad, ahora busca bajo cualquier medio el beneficio individual, independientemente del beneficio de la ciudad.

Si retomamos estas propuestas que realiza Bauman, podríamos plantear a la organización hospitalaria como la “ciudad” y describir el fenómeno de la individuación en las personas que componen a dicha organización.

Se pierde un sentido colectivo de “ciudadanía” en la cual se considera que el beneficio de la institución a la cual se pertenece, está directamente relacionada con el beneficio propio como ciudadano.

El beneficio propio es el fin, siendo que la organización se presenta ajena. No existe identidad de pertenencia.

Si pensamos en el paciente dentro de la organización hospitalaria, podemos concluir que el riesgo de vulneración en el proceso de atención puede ser mucho mayor cuando existe una falta de identificación con la “ciudad-organización hospitalaria”, quedando el paciente siempre en un segundo plano.

Las relaciones de poder sostenidas entre los trabajadores de la salud y los usuarios de la organización hospitalaria, presentan disposiciones que pueden llevar a la lesión del más vulnerable.

Si por otro lado consideramos que la organización hospitalaria se puede analizar desde un enfoque de sistemas, podríamos asumir que el entorno o ambiente en el que se desarrolla, ejerce una influencia necesariamente sobre la misma.

Sin embargo, a pesar de lo que Bauman manifiesta en torno a la individuación de los sujetos, ante situaciones cambiantes, contingencias y condiciones adversas, muchas organizaciones consiguen reagruparse y enfrentarlas, adaptándose a las circunstancias, pero manteniendo una integridad básica.

A este fenómeno Andrew Zolli y Ann Marie Healy denominan Resiliencia. (Zolli, Andrew. Healy, Ann Marie. 2012)

A pesar de que los autores retoman en buena parte de la obra el fenómeno de “regresar a la forma original” después de haber sufrido cambios bajo un estrés específico, (Zolli, Andrew. Healy, Ann Marie. 2012 p 244-247), como una posible virtud y fortaleza, también existe fragilidad, y añadiría yo “la posibilidad de mantener

conductas que condicionan o ponen en riesgo la integridad de las personas”, lo que explicaría el fracaso de muchos modelos derivados de los discursos de la “Calidad y Mejora Continua”, que intentan promover la existencia de “organizaciones que aprenden”, las cuales reconocen los propios errores, riesgos y conflictos, para establecer acciones que lleven a disminuir los eventos adversos derivados de la atención durante la hospitalización de pacientes en las instituciones de salud.

Se puede entender que la cultura organizacional, promueva un comportamiento forjado por las circunstancias durante mucho tiempo, que lleve a que las “malas prácticas”, no sólo sean toleradas, sino que se conviertan en parte del “core” o “núcleo duro” de la organización. Si se intentan establecer a través de la imposición, políticas de funcionamiento que promuevan calidad y seguridad, probablemente se observen cambios mínimos después de una gran tensión y conflicto, regresando el comportamiento de los miembros de la organización, después de un periodo de desgaste, al comportamiento “indeseable” original.

Es importante en este punto entender que puede existir una comunidad moral específica al interior de las organizaciones hospitalarias, que defienda una estructura normativa factual, basada en valores compartidos por el grupo que puedan ir incluso en contra de las preferencias y sistemas normativos morales de los pacientes o familiares usuarios de los servicios del hospital.

Autores como Andrew Zolli, Ann Marie Healy, proponen que, ante la presencia de líderes, en muchos casos con poderes informales, que contribuyan mediante un liderazgo “traslacional” (Zolli, Andrew. Healy, Ann Marie. 2012, 295-316) a la formación de redes que lleven a la “normalización” de actitudes de “buenas

prácticas”, los cambios probablemente puedan verse de forma más estable y permanente, adoptándose como parte de esa forma “original” ante la cual se puede generar, ahora sí, una resiliencia considerada “virtuosa”.

La gran mayoría de los autores de las teorías administrativas, centran su preocupación en el ejercicio del poder desde los diferentes tipos de “liderazgos”. Sin embargo, considero que esto parte de un análisis superficial de la forma en la cual se disponen las relaciones de poder al interior de las organizaciones, el papel que juega la interacción de sus miembros y los procesos dinámicos en los cuales se establecen reglas de actuación basadas en consensos morales y sistemas de validación de la actuación.

Podemos asumir que al interior de las organizaciones, se pueden encontrar grupos afines a valores morales específicos que guían la forma de actuar y que pueden entrar en tensión con personas u otros grupos con posicionamientos morales diferentes, siendo parte de una organización en la cual conviven, en términos de Tristram Engelhardt “Extraños Morales” (Engelhardt H. Tristram 2012:102).

Ante estos escenarios, considero necesario el contemplar al “comportamiento organizacional” como un determinante de la vulnerabilidad, que debe de abordarse como un objeto de estudio complejo, en el cual se requieren de herramientas teóricas y metodológicas provenientes de diversas disciplinas, a lo que en parte aspiran algunos autores que introducen los conceptos de “complejidad” al discurso de la administración.

1.4 Complejidad y comportamiento de la organización hospitalaria.

La etnografía, antropología y sociología, son algunas de las disciplinas que pueden ser utilizadas en el análisis de objetos de estudio complejos como lo es el comportamiento de las organizaciones. Lo anterior, desde el terreno de las autodenominadas “ciencias de la complejidad”.

Darrouzet analiza diversos significados atribuidos a la complejidad, desde el lenguaje común, pasando por las denominadas “ciencias de la complejidad” hasta el “discurso de la complejidad emergente en la sociología, psicología social y antropología. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. pp 63.)

Darrouzet considera que la “situación de la complejidad” debe de ser reconocida “como el antecedente empírico y epistemológico de la mayoría de los trabajos etnográficos y antropológicos”. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. pp 63.)

Las llamadas ciencias de la complejidad, surgen en el último cuarto de siglo, para explicar desde el terreno de la física fenómenos como el comportamiento de fluidos o del clima.

En el terreno de la administración, parte de la crítica a la teoría de sistemas, en un intento de retomar aspectos de las “ciencias duras” y las disciplinas “interpretativas”, para describir fenómenos con comportamientos impredecibles.

Hasta ese momento la teoría de sistemas planteaba a las organizaciones en términos de su funcionalidad, ayudando a su análisis de sus partes como subsistemas inter relacionados y funcionales. Sin embargo, las propuestas teóricas

que defendían a ésta teoría, persistían en el intento de justificar la necesidad de establecer medios de control mediante jerarquías.

Reconocía la necesidad de analizar la información derivada de la observación “desde el frente de batalla”, sin embargo, este tipo de estudios raramente se llevaba a cabo en su interior como elemento gerencial indispensable. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. P 68.)

Ante la incapacidad de explicar con las teorías administrativas hasta entonces desarrolladas, la forma en la cual fenómenos socioculturales impactan el funcionamiento de las organizaciones, modelos derivados de las ciencias de la complejidad, fueron considerados como necesarios desde el terreno de la administración.

Es así como se abrieron las puertas no solo a las matemáticas, sino a la antropología, la sociología y psicología social en un intento de construir un campo interdisciplinario para abordar fenómenos complejos relacionados con el comportamiento de las organizaciones. (Darrouzet, Christopher et al. 2010 p69.)

En un capítulo derivado de un trabajo realizado en el Departamento de Asuntos de Veteranos/Administración de los Servicios de Salud de Veteranos el en los Estados Unidos de Norteamérica (US Department of Veteran Affairs/ Veterans Health Administration DVA/VHA), Darrouzet presenta el concepto de “puzzlers”, el cual se refiere al papel que realizan los directores, equipos de gobierno, planificadores y administradores en general, que pretenden entender cómo funciona y se comporta en los hechos una organización tan compleja como las instituciones de salud.

Darrouzet hace una alegoría al compararlos con aquellos que intentan resolver un rompecabezas, o acertijo. Sin embargo, no solo se refiere a aquellos trabajadores que se preguntan sobre el papel que juegan dentro de la organización y que la observan desde perspectivas diferentes y específicas, mismas que derivan de cada uno de sus contextos.

Estudia a la DVA/VHA como organización, desde la dimensión conceptual de la “complejidad”, para explicarnos como su objetivo de “entender” a la organización no es alcanzable, al menos no desde un referente de “comprensión o permanente”, pero que lo importante es plantear la “comprensión” o “entendimiento” dentro de la organización, como una necesidad cotidiana de todos sus miembros. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. pp 62.)

Quizá podríamos en este punto plantear una dimensión de “auto conciencia” de sus miembros que lleva a la construcción de una identidad dada:

“The concept of complexity throws some light on the reasons why many people in large organizations have turned into puzzlers by necessity, and hence, are ready candidates for para-ethnography. They are often affected by the operational difficulties that basset the large organization: the un availability of applicable clear – cut decisions; the often –conflicted consequences of directive actions; the inability of the organizational agent to understand actions for the resultant responses; and the insufficient functional coupling among parts”. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. P67)

Paul Plsek considera que el hospital como organización, es un sistema con subsistemas, embebido en sistemas, y que estos “co-evolucionan”:

“The boundaries of a complex system are somewhat arbitrary. We can say that a medical group is a complex system, which is embedded within a regional health care system, which is embedded within a national health care system, which is embedded within a political system, and so on. The evolution of each of these complex systems influences, and is influenced by, that of the other systems”. (Plsek, Paul 2003 p.4)

Plsek plantea la existencia de sistemas formales e informales de las organizaciones, los que, de ser ignorados plantearían una ceguera en el intento de entender su realidad compleja:

“At another level, we can also distinguish between formal and informal systems. Our efforts to innovate within the formal system of medical care, defined by hierarchical relationships involving bosses and subordinates, can be aided or thwarted by interactions within more informal ‘shadow systems’ (Stacey 1996) involving friends and colleagues discussing matters around a lunch table. Again, ignoring or wishing away this reality of complex systems is short-sighted”. (Plsek, Paul 2003 p.4)

Cuando existe la necesidad de reafirmar algún posicionamiento moral, en muchas ocasiones el trabajador o miembro de la organización, toma como referente a su grupo inmediato, para darle sentido a su papel, rol o situación específica, así como para reafirmar valores morales (Darrouzet, Christopher et al. 2010. pp 63,64.), por lo que podríamos añadir que quizá estos valores en muchas ocasiones podrían

construirse incluso, distantes a aquellos promovidos como la imagen moral de la organización.

Si tomamos en cuenta las observaciones derivadas del trabajo de Darrouzet, podríamos agregar que este comportamiento lleva a que se construya de forma paralela un sistema de valoración moral que podría influir en la forma en la cual el individuo y su grupo más cercano se comporten, ante un escenario específico, que condicione acciones que lleven a una mayor o menor vulnerabilidad de los pacientes dependientes de los servicios otorgados por la organización hospitalaria.

Darrouzet argumenta que en las organizaciones existe un problema de complejidad que involucra factores sociales distintivos, que denomina en mi propia traducción podría interpretarse como “el problema de la emergencia continua de prácticas de socialización cimentadas en fuertes referentes culturales”:

“We would also argue that in large organizations, there is a complexity problem of a distinctly human, social kind – what might be called the problem of continuously emergent cultural – sociality. However much management staff, acting as systems organizers, attempt to arrange things, no one at work (management included) is free of the irrepressible human demands for action, decision, and ambiguity.” (Darrouzet, Christopher et al. 2010. P67.)

Podríamos asociar este concepto con la idea Bourdiana de “campos culturales emergentes”, que plantean elementos de socialización propios de un campo, donde ciertas prácticas son validadas, como veremos más adelante en este capítulo. (Suartz, David 1997)

En una cita que realiza Darrouzet de la obra de Stacy “Complexity and Group Processes: A Radically Social Understanding of Individuals”, el autor analiza la dimensión narrativa de la persona, en el proceso de construcción de lo que yo llamaría una “identidad narrativa”, en la que se refleja la forma en la cual da cuenta de su pasado, da cuenta de sí mismo en su presente y se observa en el futuro en relación a los demás:

“Complex responsive processes of human relating have intrinsic capacity to pattern themselves in coherent ways... <and> that such patterning emerges in narrative forms, which can be described in terms of continually iterated themes patterning experience of being together. Again, by perpetually reconstruct of the past and in the process of constructing the future. And the future so constructed emerges as both continuity and potential transformation at the same time. The potential form transformation arises because iterative nonlinear interaction has the capacity to amplify small differences”. (Stacy 2003:327)

En el análisis de éste texto, Darrouzet plantea que para Stacy, la creación de patrones de significado que generan formas de “entendimiento”, emergen de formas que son muy parecidas en otros fenómenos complejos.

Las demandas a las que los individuos son sometidos por el grupo en su proceso de socialización diaria, en la micro comunidad que representa el trabajo, contribuyen a definir la acción, decisión y significación de decisiones y acciones, lo que lleva al fracaso a los intentos de control de la organización mediante modelos de “racionalización total del trabajo” entendido llanamente como el producto del

funcionamiento de sistemas, procesos, recursos y cosas (incluyendo a las personas):

“These demands emerge from the core of human sociality and insist on mattering. They interfere with attempts to totally rationalize work as systems, processes, resources and things. Thus for instance no one at work is free of the anxieties and attractions associated with the pull from the local communities of practice that always differentiate the organization into distinct groups and networks apart from the formal organization.” (Darrouzet, Christopher et al. 2010. P67.)

Derivado de lo anterior, Darrouzet plantea que ésta dimensión de relación en el espacio de trabajo con “los otros”, plantea un escenario de crítica y afirmación, que deriva en la influencia sobre nuestra visión del mundo y de nosotros mismos:

“No one can escape the way in which others provide critique or affirmation (often implicit and tacit, but sometimes quite explicitly, too) and thereby influence one’s own rendering of the world and of one’s own self. Many systems thinkers of the organization ignore or marginalize this self”. (Darrouzet, Christopher et al. 2010. P68.)

Podemos sugerir entonces, que en el contexto de la interrelación cotidiana con los demás, al interior de la organización hospitalaria, surgen estructuras normativas informales que fundamentan y validan nuestro comportamiento.

Estas estructuras responderán a las reglas de interacción desde la dimensión de éstos sistemas informales, paralelos o al margen de los formales.

Las normas surgidas de los sistemas formales pueden estar muy alejadas a las normas de los sistemas informales que exigen de las personas que los componen un comportamiento distinto al promovido en el discurso de la organización.

1.5 Campos sociales, hábitos, poder y vulnerabilidad en el hospital: diálogos con Bourdieu desde el discurso de la cultura organizacional.

Para intentar tener una mejor aproximación al proceso de construcción de la vulnerabilidad del paciente hospitalizado, el papel que juegan tanto los individuos que forman parte de la organización hospitalaria, como la organización en su conjunto, considero de gran utilidad algunos planteamientos formulados por Pierre Bourdieu, como es su concepto de "Habitus".

Para Bourdieu, el "Habitus" es el conjunto de sistemas de pensamiento, percepción, apreciación y acción del individuo, adquiridos en el espacio social e interiorizado a lo largo de su experiencia.

Pierre Bourdieu explica a la sociedad como el resultado de intercambio de capital al cual define como todo aquello que tenga valor simbólico en una sociedad determinada. Existen diferentes tipos de capital. Se pueden señalar como ejemplos al capital cultural, capital material y al capital simbólico, los cuales pueden tener un valor simbólico de intercambio. Un individuo que tenga el capital con el valor simbólico exigido por una comunidad específica, podrá pertenecer a la misma y

formar parte de esta red de intercambio, siendo la sociedad una red de redes. (Bourdieu 1990).

Bourdieu define “hábitus” como una “estructura estructurante, que organiza las prácticas y las percepciones de las practicas” de los individuos. (Bourdieu, Pierre En: Michel, Johann. 2014),

Propone también el concepto de “campo”, como “conjunto relacional de fuerzas y de sentidos que define las relaciones entre disposiciones, posiciones y tomas de posición de los individuos y de las clases en un mundo social dado”. (Bourdieu, Pierre En: Michel, Johann. 2014),

Según Johann Michel, “campo” y “hábitus”, son conceptos dinámicos, que “pretenden dar cuenta a la vez de resistencia al cambio y de los potenciales de transformación”, de “transposición de esquemas de visiones y de divisiones de mundos sociales unos dentro de otros”. La composición del hábitus, se constituye entonces por “lo impersonal colectivo”, es decir, por ciertos valores, normas y roles. (Michel, Johann. 2014).

Estos valores, normas y roles, necesariamente forman parte sustancial de las fuerzas que moldean el comportamiento de la organización hospitalaria.

El “campo” es un elemento que define la estructura del escenario social en el cual opera el “hábitus”. (Swartz, David. 1997. 121)

Permite desaparecer la dicotomía entre sujeto y estructura, entendiéndolas como el resultado continuo de las relaciones entre diversos elementos. (Chihu Amparán Aquiles, 1998)

Podemos considerar al hospital entonces, como un espacio de intercambio de capital simbólico, o Campo Social, y poner como ejemplo, el proceso disciplinario al cual el estudiante de medicina es sometido a lo largo de los años de presencia dentro de la organización:

El estudiante de medicina ingresa a una comunidad –a una red de intercambio de capital–, con características específicas: la comunidad médica perteneciente a una institución específica, con códigos, normas y valores particulares, a la cual va a intentar pertenecer y en la que buscará ser aceptado.

Cuando existe una diferencia importante entre estos códigos, normas y valores y los que el estudiante posee, el alumno no se somete plenamente a los de la comunidad; el capital del estudiante no tiene valor en esa red específica, resultando en la generación de conflicto.

El ambiente médico hospitalario puede rechazarlo, el médico en formación no logra formar parte de esta red de intercambio y finalmente, podrá no tener otra salida que renunciar a la carrera, a la especialidad, o al año académico, teniéndose que alejar de esa comunidad, de esa red de intercambio de capital. (Consejo, Carolina 2008)

En el hospital, el entorno les plantea al interno y al residente dilemas y contradicciones. Inicialmente este entorno puede llegar a ser intimidante.

Esta amenaza percibida se transforma con el tiempo, y conforme el interno y el residente transitan por los años de formación clínica las contradicciones percibidas llegan a desaparecer, se “adaptan” paulatinamente al medio.

El enfrentamiento con esta red particular de intercambio de capital, exige que adopten sistemas de percepción y pensamiento que determinarán nuevos sistemas de acción y participación en el medio hospitalario. Si el médico en formación logra hacerse de capital con el valor simbólico necesario, podrá formar parte integral de este grupo social, acomodándose como un nudo más en la red de intercambio. (Consejo, Carolina 2008)

La interacción cotidiana con este medio, el reforzamiento o anulación de formas específicas de pensamiento, percepción y acción, llevarán a la construcción de un “habitus” característico, en el que se podrían identificar los rasgos comunes de la red específica de intercambio de capital, de la que ahora el médico en formación hace parte.

Una definición muy simplificada pero explicativa de definir al conocimiento, es como el producto de la relación que el sujeto mantiene con el objeto. Los sistemas de pensamiento, percepción y acción, sistematizados e interiorizados a lo largo de la experiencia del sujeto, es decir el “habitus”, son resultado de la relación que éste tiene con la producción de conocimiento.

Según el mismo autor, el conocimiento puede existir tanto de forma consciente como inconsciente. A la entidad que adopta ese conocimiento inconsciente, Bourdieu la denomina “doxa”. (Bourdieu 1990)

Esta “doxa” es moldeada y determinada por la interacción que mantiene el sujeto con el medio, por las características del habitus, que el sujeto adopta a lo largo de su experiencia, pero también determina la morfología del habitus, estableciéndose

una interacción dinámica entre la doxa, el habitus y las redes de intercambio de capital que constituyen a la sociedad y que atraviesan a cada uno de sus miembros.

De esta manera, el intercambio de capital, la interacción con el medio social y la interiorización de sistemas de pensamiento percepción y acción, pueden entenderse como relaciones de fuerza, es decir – retomando a Michel Foucault–, como relaciones de poder (Consejo, Carolina, 2008).

Podemos entonces proponer, que las organizaciones hospitalarias, pueden presentar en su interior sistemas de relaciones de intercambio de capital simbólico basados en estructuras de validación moral específicos, que van a contribuir al moldeamiento de una “doxa” específica entre sus miembros.

Ésta doxa puede verse reflejada en un “hábitus” específico que determina la forma de comportamiento y acción de sus miembros. Pueden existir “hábitus” que normalicen una forma de relación con el paciente que contribuya a la construcción o agudización de su vulnerabilidad.

La determinación de la vulnerabilidad del paciente al ingresar al hospital, puede verse en parte determinada por las relaciones de poder que establece al interior del mismo, del capital simbólico con el que cuenta y del tipo de hábitus que presente.

Veremos más adelante como estas relaciones de poder, necesariamente involucran sistemas de validación y valoración de lo que Miranda Fricker denomina “testimonios” y dimensión hermenéutica en el proceso de percepción y significación del paciente en relación a su propio proceso de salud, enfermedad y muerte. (Fricker, Miranda. 2007)

Estas interacciones, se llevan a cabo en lo que Bourdieu denomina como “campo social”, que como discutimos antes, es el espacio metafórico en donde opera el hábitus y en el que se desarrollan las relaciones de poder.

Bourdieu considera que el “campo social” es una red o configuración de relaciones objetivas entre diferentes “posiciones”. Estas posiciones se encuentran definidas y determinan de forma impositiva el actuar de sus “ocupantes”, agentes o instituciones. (Bourdieu & Wacquant 1992:97En: Swartz, David 1997)

Swartz describe el campo social Bourdiando de la siguiente forma:

“Fields denote areas of production, circulation, and appropriation of goods, services, knowledge, or status, and the competitive positions held by actors in their struggle to accumulate and monopolize these different kinds of capital. Fields may be thought of as structured spaces that are organized around specific types of capital or combinations of capital”. (Swartz, David 1997.p117)

Éstos campos que denotan arenas de producción, circulación y apropiación de bienes, como son los conocimientos, validados, confieren un “estatus” específico a quienes los poseen o producen. Un ejemplo de esto es el “campo del conocimiento científico”, al que pertenecemos los médicos, que a pesar de que autoproclamamos contar con los más altos niveles de objetividad, se produce también desde el continente de un campo, con sus reglas y fronteras.

Para Swartz, Bourdieu a diferencia de Goffman, que plantea a los campos como “instituciones totales”, Althusser que plantea “Aparatos Ideológicos de Estado”, e incluso Foucault en su fase intelectual de la obra “vigilar y castigar” en la cual habla

de una forma de imponer el “orden y disciplina”, Bourdieu plantea que los campos son campos de enfrentamiento y tensión. Considera que éstos son sitios de resistencia y dominación, uno necesariamente relacionado con el otro. (Swartz, David 1997 p121).

Sin embargo, los campos capturan estos enfrentamientos como parte de una lógica de reproducción, donde difícilmente se pueden convertir en sitios de transformación social. (Swartz, David 1997 p121).

Si consideramos que los mecanismos de validación de un sistema hermenéutico específico existen dentro del hospital, formando un campo específico en el cual se encuentran tensiones, podemos asumir la existencia de sistemas de validación moral, que determinan las formas aceptadas de valoración moral de los fenómenos relacionados con los procesos de salud, enfermedad y muerte.

Ahora bien, si asumimos que existe una gran diversidad de formas de valorar y entender los procesos de salud, enfermedad y muerte, y que solo algunas se identifican con los promovidos por las comunidades hermenéuticas dominantes, en el interior de la organización hospitalaria, podemos señalar un escenario de riesgo para la vulneración y agudización de la vulnerabilidad de las personas “extrañas” a los sistemas de valoración dominantes.

1.6 Extraños morales, poder y vulnerabilidad en el hospital: diálogos con Tristram Engelhardt.

Cuando el campo del cual proviene el paciente o su familia no coincide con el campo con el que obligadamente interactúa dentro del hospital, existirán dificultades en el proceso de intercambio de capital simbólico, ya que el paciente o su familia pueden no contar con el capital requerido y ser sujetos a marginalización.

Necesariamente este proceso de marginalización contribuye a la construcción de la vulnerabilidad del paciente.

Tristram Engelhardt en sus trabajos tempranos introduce el término “extraños morales” que considero muy útil para entender mejor la forma en la cual se presentan estas tensiones en el contexto de la diversidad valorativa no solo en torno a la salud, la enfermedad, la muerte, sino a los comportamientos admisibles o no dentro de la relación trabajadores de la salud – pacientes y familiares.

En su obra titulada “The Foundation of Bioethics”, Tristram Engelhardt aborda el complejo problema que plantea la existencia de una rica diversidad moral entre comunidades e individuos. (Engelhardt, H Tristram, 1996:79-80).

Propone la existencia de un mundo moralmente fragmentado, formado por comunidades morales en las cuales el sujeto vive asumiendo normas morales a partir de las cuales emite juicios compartidos por su comunidad, pero en ocasiones sostiene una forma de “ética secular” sin contenido moral común que le permite poner en perspectiva los valores morales defendidos

por la comunidad específica con la cual se encuentra generando tensión. Es común observar como esto se traduce en la posibilidad de argumentar: “El paciente tiene derecho de hacer tal cosa, pero está equivocado”. (Engelhardt, H. Tristram. 1996:79-80).

Engelhardt considera que tanto el médico, como el resto del equipo de salud, juega un rol moral complicado, en este escenario de diversidad. Vive sus vidas al menos en dos dimensiones morales:

1) En primer lugar, en la dimensión de una comunidad moral a través de la cual construyen un contenido moral de significado personal. Es en términos de este mundo moral que sabe que compromisos vale la pena asumir y por qué razones vale la pena vivir o morir. Es en este contexto moral en el cual aprende “virtudes” y “vicios” concretos y se instruye en la formación de “un buen carácter”.

2) Sin embargo, en su práctica profesional, si toma conciencia de esta configuración moral personal, deberá de asumir la posibilidad de adoptar un cierto grado de neutralidad, segunda dimensión desde la cual deberá valorar sus acciones asumiendo la existencia de una moralidad social plural.

Tristram Engelhardt introduce el término “extraños morales” no para referirse a la imposibilidad de que los individuos entiendan la diversidad de sus posturas o el carácter de sus moralidades conflictivas:

“Moral strangers are not equivalent to moral aliens. The term “moral strangers” is used to indicate that when individuals do not share the same fundamental moral premises, rules of moral evidence, and rules of moral controversy, they

will not be able to resolve their moral controversies by sound argument or authoritative closure. Instead, their debates will continue ad indefinitum, at least with respect to achieving a solution warranted by a closure justified in terms of a sound rational argumentation or moral authority". (Engelhardt H. Tristram 2012:102).

Reconoce que estas afirmaciones nos llevan al menos a dos consecuencias de la puesta en práctica de lo propuesto en sus Fundamentos de Bioética:

La primera posibilidad es que los Fundamentos sean la base para generar la justificación del uso de fuerzas coercitivas para definir acciones, como sucede en muchas situaciones con las políticas de salud implementadas por el Estado, ante la necesidad de proteger la salud colectiva, como bien reconocido. (Engelhardt H. Tristram 2012:102)

Es en este punto cuando podríamos proponer que, más allá de la existencia de comunidades morales plurales en tensión, existen moralidades "normatizantes" o "disciplinarias" que provienen de un orden de poder específico que produce discursos en torno a lo que ha de ser asumido como bueno, malo, deseable e indeseable, que permiten a las instituciones funcionar, sometiendo al resto de las moralidades bajo estructuras normativas específicas.

Por lo anterior, consideramos que es indispensable incluir en el análisis del proceso de la toma de decisiones médicas, la forma de actuación ante problemas específicos y el consentimiento del paciente, desde la dimensión de las relaciones de poder, recuperando la interpretación de "poder" que propone Michel Foucault.

Es relevante además, partir de la existencia de mecanismos de validación del conocimiento en torno a la vida, salud, la enfermedad y muerte. (Foucault, Michel. 1980).

CAPÍTULO 2 NARRATIVAS, CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SISTEMAS DE VALORACIÓN MORAL Y LA DETERMINACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE LOS PACIENTES.

Para entender mejor la forma en la cual la vulnerabilidad de las personas que participan de los procesos salud, enfermedad y muerte en las instituciones hospitalarias, es indispensable situar dichos procesos en sus contextos económicos, políticos, sociales y culturales.

Como lo señala Roberto Campos, en México existen trabajos como los de Eduardo Menéndez, que nos obligan a asumir la importancia de concebir al proceso salud enfermedad y muerte, tomando en cuenta las variables sociales, económicas y políticas, en una visión que supera muchas de las visiones de la antropología médica, basada únicamente en el comportamiento cultural.

(Campos Navarro, Roberto. 2016 XVIII)

Roberto Campos explica como Eduardo Menéndez, presenta un panorama en el cual existen” *Modelos hegemónicos, subalternos y de auto atención*”, en los cuales se manifiestan “*diferentes formas de construcción sociocultural de las estrategias de atención curativa y preventiva de los conjuntos sociales, donde la medicina académica ha establecido un dominio político/jurídico o hegemonía sobre las otras*

prácticas que son reducidas a un plano de subordinación y subalteridad". (Campos Navarro, Roberto. 2016. XVIII)

La organización hospitalaria puede ser analizada como un campo social en el cual se observa la interacción entre diferentes modelos de atención u auto atención, distinguiéndose entre ellos el modelo médico hegemónico.

El paciente puede provenir de un contexto social, político, económico y cultural que se manifiesta en la forma en la cual vive su propio proceso de salud, enfermedad y muerte.

La toma de decisiones en torno al curso del proceso de atención, además de ser influido por el contexto mencionado, necesariamente se sitúa también en un escenario dinámico de relaciones de poder.

En el siguiente capítulo analizaremos algunos de los problemas que nos plantea la pregunta en torno al ejercicio de la autonomía, para después abordar algunas propuestas que presenta la filósofa Miranda Fricker, que nos permiten introducir los conceptos de injusticia epistémica como elemento que contribuye a la construcción y agudización de la vulnerabilidad de las personas dentro de la organización hospitalaria.

2.1 El problema de la autonomía.

Uno de los factores frecuentemente asociados a la construcción de la vulnerabilidad es el grado de autonomía con el que cuentan los pacientes en el momento de la toma de decisiones. Sin embargo, el principio de autonomía como el elemento rector

en la bioética y bio-ley anglosajona y continental europea, presenta claras dificultades.

No se analiza a profundidad la relación que pudiera existir entre el contexto y coacción social sobre la libre toma de decisiones. Jacob Dahl Rendtorff y Peter Kemp exponen algunas de estas dificultades en la obra *Basic Ethical Principles in european Bioethics and Biolaw* (Rendtorff, Jacob D. Kemp, P 2000 28-29):

1) La autonomía es concebida como una condición ideal que se base en el completo autocontrol del individuo. Sin embargo, existen condiciones en las cuales el individuo puede presentar dificultades para controlar actos y deseos.

2) La capacidad de razonamiento puede estar limitada o ausente. El individuo puede contar con poca información o no entenderla.

John Harris plantea el problema que La identidad personal no siempre es estable. (Harris, John. En: Rendtoff et al 2000 p 29)

Una de las principales críticas a la promoción de la posible existencia de un individuo libre y autónomo que puede decidir sobre su propia vida se aleja mucho de la realidad que plantea el contexto del encuentro clínico y sus particularidades.

Esta crítica presupone a un individuo sin vínculos sociales y a la ausencia de diversidad. Asume una plena capacidad de tomar decisiones sin ninguna interferencia de terceros.

Rendtorff y Kemp, presentan al contexto clínico de la toma de decisiones terapéuticas, como una situación extrema en la cual, los pacientes se encuentran

vulnerables ante la enfermedad y la incapacidad de resolverla sin alguna influencia de terceros.

“To focus on autonomy alone makes one forget the fragile and vulnerable components of human condition requiring care and respect for de human person. But this account brakes with autonomy as the only justification of a liberal society and therefore a more elaborated concept of the protection of human person is needed”. (Rendtorff, Jacob D. Kemp,2000 p.29)

Esta influencia de terceros se presenta ante una pluralidad de contextos culturales y sociales de la cual emanan valores diversos en torno a la salud, enfermedad, vida y muerte.

Algunos autores argumentan que la diversidad y la libertad no se pueden plantear como los valores absolutos, plantean el papel de la vida en comunidad basada en el reconocimiento de valores comunes como condicionantes de la autonomía. (Koenig, Barbara. En: Reich Warren 2005. pp215-222)

Siguiendo con esta línea discursiva, el concepto dominante de “autonomía”, es el resultado de un “universalismo abstracto”, el cual no considera la realidad cotidiana de la vida humana. El individuo necesariamente se encontrará siempre situado en una multiplicidad de contextos y situaciones vitales, en las cuales la dependencia que tiene de los otros será de gran importancia para la toma decisiones. (Rendtorff y Kemp 2000 p.30)

Esto lo podemos observar en el papel que juegan los familiares en la elección de opciones terapéuticas y decisiones trascendentes durante el proceso de atención a

los pacientes hospitalizados, independientemente del grado de competencia reconocido.

Otro factor fundamental es la construcción narrativa de la propia identidad del individuo como elemento vinculado con su interacción social.

Se hace mandatorio entonces, analizar lo anterior desde la dimensión de las relaciones de poder establecidas entre los actores que participan en el proceso de toma de decisiones en el contexto del acto clínico y su relación con la construcción de estructuras epistémicas en torno a la salud, enfermedad y muerte.

2.2. Diálogos con Miranda Fricker: Injusticia epistémica y vulnerabilidad en el hospital.

La filósofa británica Miranda Fricker, plantea una aproximación que reconoce como marxista –feminista, en el análisis de la relación poder – conocimiento, afirmando a existencia de condiciones de “injusticia epistémica”. Ésta se puede presentar en el contexto de la confrontación de distintos modelos de conocimiento surgidos de diversidades epistémicas entra grupos vulnerables y grupos empoderados de personas.

La enfermedad, sus interpretaciones valorativas y la construcción de escenarios posteriores a la toma de decisiones, se encuentran profundamente vinculadas con la experiencia vivida por el paciente. El paciente puede sostener un testimonio que parte de la dimensión existencial del “estar enfermo”. Su testimonio se construye como narrativa y que sostiene como conocimiento.

Éste conocimiento se enfrentará al conocimiento construido y defendido por los otros actores en el proceso de toma de decisiones.

Cuando encontramos lo antes descrito, embebido en una relación de poder asimétrica, en la cual existe un sistema de validación del conocimiento dominante, es posible esperar una situación de injusticia, que Fricker definiría como “Injusticia Testimonial”. (Fricker, Miranda. 2007. Kindle ed. pos. 260)

La filósofa sostiene que, cuando existe una participación hermenéutica en situaciones de inequidad respecto a algunas áreas significativas de la experiencia social, (como lo son la enfermedad y la muerte), los miembros de los grupos en desventaja, se encuentran “hermenéuticamente marginados”.

Ésta noción de marginación la define como moral y política, la cual indica subordinación y exclusión de prácticas de especial valor para el participante. (Fricker, Miranda. 2007. Kindle ed. pos. 1966)

En el caso que nos ocupa, podemos situar esta exclusión en el proceso de la toma “informada de decisiones” en el contexto de la atención médica y por lo tanto en la determinación de la vulnerabilidad de los pacientes hospitalizados.

La preocupación por la injusticia epistémica, la podemos llevar también al terreno de la formación médica en el contexto de la práctica clínica y la atención al paciente hospitalizado como podremos analizar más adelante.

CAPÍTULO 3 CASOS PARA EL ANÁLISIS

A continuación, analizaremos un caso para posteriormente analizarlos mediante la implementación de un instrumento teórico con el fin de identificar factores que condicionan la vulnerabilidad de los protagonistas y una discusión final sobre posibles intervenciones y recomendaciones:

1. El primer caso es el del Sr “Ángel”. Se centra en la “carera del paciente” narrada por su hijo. Se analizarán en un segundo momento, diversos factores que exacerban el grado de vulnerabilidad, tanto del paciente como de su familia.
2. El segundo caso es el de “Gabriela”, médico interno de pregrado. Presento una narrativa, derivada de la observación no participativa del pase de visita y entrevistas en profundidad. El caso se elige para analizar situaciones de injusticia epistémica en los procesos de formación médica y atención clínica.

Los casos que se narran, se presentaron en el escenario de un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, del segundo nivel de atención de la Ciudad de México

El hospital se encontraba realizando esfuerzos para implementar un Modelo de Competitividad, sustentado en la gestión de riesgos y mejora continua de sus procesos. (IMSS, 2016). Sin embargo, no había tenido el éxito esperado, con dos años de esfuerzo para su implementación.

Este modelo tenía como sustento el “Modelo de Gestión de Calidad en Salud, 2016” de la Secretaría de Salud, (Secretaría de Salud 2016); y como antecedente el “Modelo de Gestión para la Calidad Total, hacia la competitividad adaptado al Sector

Salud” impulsado por la Secretaría de Salud en la administración previa. (Secretaría de Salud 2010).

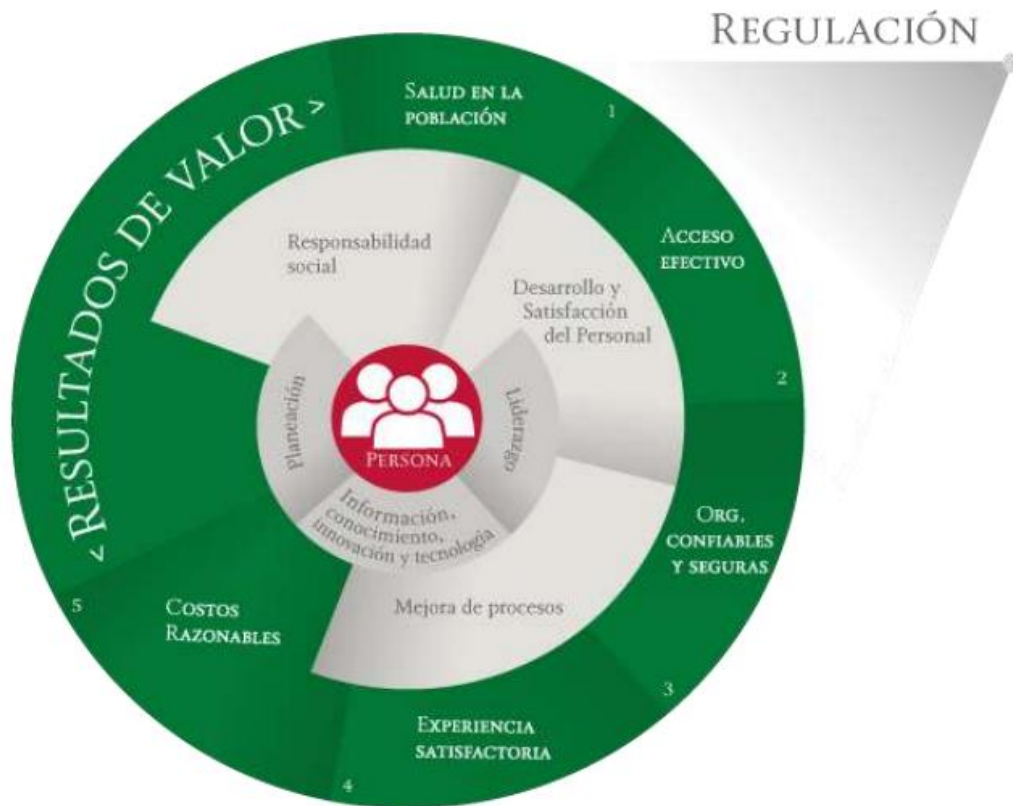
Estos modelos tenían el objetivo de “Mejorar la calidad de los servicios para atender las necesidades y expectativas en salud de la población usuaria” para lo cual se requerían de “servidores públicos que en un ambiente de innovación vivan y apliquen en su quehacer diario los principios y valores de la calidad”, así como “Promover la auto-evaluación del sistema de gestión de calidad en salud que contribuya a la identificación de áreas sólidas y las oportunidades de mejora”. (Secretaría de Salud, 2016.p12).

El modelo partía de los siguientes principios:

1. Congruencia de la organización.
2. Compromiso y competencias de los dirigentes.
3. Anticiparse para la acción.
4. Participación del Capital Humano.
5. Enfoque Sistémico.
6. Enfoque basado en procesos.
7. Desarrollo de alianzas.

(Secretaría de Salud, 2016.p12-19).

MODELO DE GESTIÓN



(Secretaría de Salud, 2016. P20).

Para esto era necesaria la instauración de un Sistema para la Gestión de la Calidad.

Este Sistema para la Gestión de la Calidad, es producto del concepto de “Organizaciones que aprenden” (Senge, Peter. 2010), de la teoría de sistemas en la gerencia de organizaciones, así como de las propuestas del movimiento de la “Calidad Total”. Estas propuestas contemplan no solo a los usuarios externos, como lo pueden ser los pacientes y su familia, contempla también a los trabajadores y miembros de la organización como usuarios internos.

Una de sus autoridades narró cómo después de realizar un ejercicio de auditoría interna, a 10 meses de haber intentado introducir nuevas políticas para mejorar la

seguridad y calidad de atención a los pacientes detectaron una fuerte resistencia al cambio.

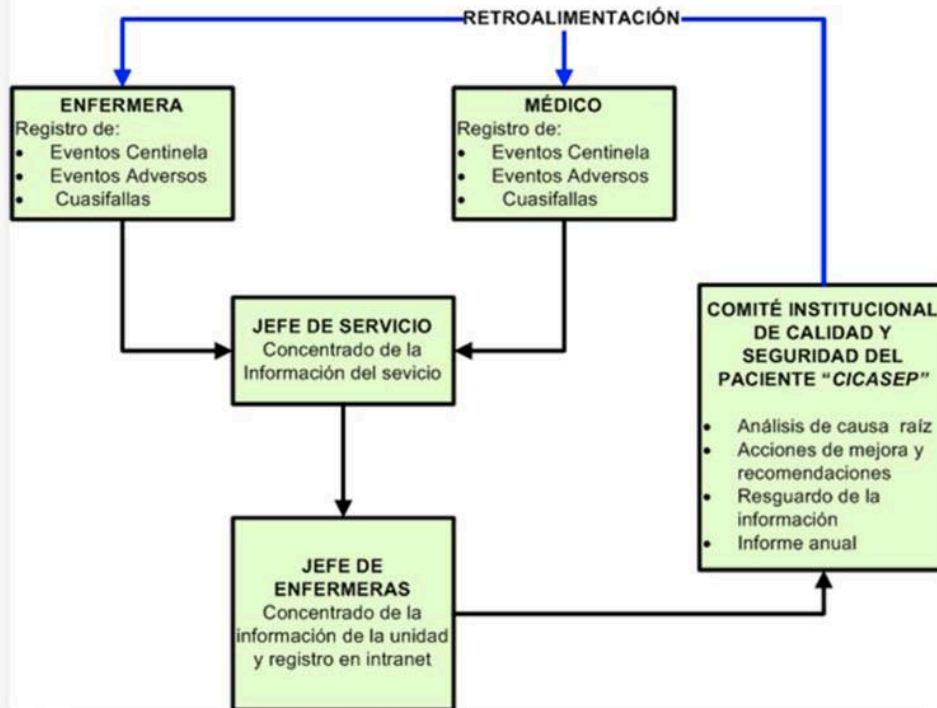
Al intentar explicar las causas de lo observado, detectaron que algunas de ellas se encontraban fuertemente relacionadas con la “pobre disposición del personal para la notificación de problemas graves detectados en el proceso de atención”.

Por esta situación el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (VENCER), uno de los sistemas establecidos para garantizar la seguridad del paciente no había funcionado como se había previsto.

El sistema VENCER es una herramienta cuyo propósito es sistematizar el manejo de “eventos centinela¹” a través del mecanismo de identificación, notificación, análisis de “causas raíz”, establecimiento de lineamientos para la implementación de acciones correctivas y preventivas, dirigidas a “fomentar un proceso de mejora continua para la seguridad de los pacientes”. (IMSS. 2013).

¹ En el lenguaje utilizado por el sistema VENCER (IMSS 2013), un evento centinela es un hecho inesperado que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave y cualquier otra variación en un proceso que pudiera producir un resultado adverso grave. Un evento adverso es el daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente. Una cuasi-falla se refiere a un error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.

SISTEMA VENCER II (mecanismo de registro en 2º nivel)



El hospital había implementado campañas, en las cuales se difundía la “carta de los derechos de los pacientes”, las “Metas Internacionales para la Seguridad de los Pacientes”, la necesidad de fortalecer una adecuada relación médico paciente, elaborando mantas y posters de colores que vestían las paredes del hospital.

Los trabajadores conocían de memoria las metas referidas, portaban en sus gafetes pequeñas ilustraciones y cuadros para recordarlas cuando alguna autoridad se las solicitara.

El hospital, como la gran mayoría de los hospitales públicos del segundo nivel de atención, era considerado como un hospital escuela. En él se impartían cursos de medicina y carreras afines de pregrado, además de cursos de especialización.

Es en este escenario donde se desarrolla las siguientes entrevistas y narrativas².

3.1 Narrativas de la vulnerabilidad desde el paciente y su familia: “la caída del Sr. Ángel”.

El señor Ángel de 60 años de edad, había sido diagnosticado con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes, ya en un estadio avanzado, el cual exigía el inicio de alguna forma de tratamiento de sustitución de la función renal.

Inicialmente no deseaba que se iniciara la diálisis peritoneal sin embargo terminó sometido a dicho tratamiento. Durante el proceso de atención, presentó complicaciones que lo llevaron a recurrir a la hemodiálisis.

La progresión de la enfermedad lo llevó a sufrir problemas circulatorios e infecciosos que terminaron en la amputación de ambos miembros inferiores.

Una tarde, durante el traslado de una sesión de hemodiálisis al hospital, el camillero volcó accidentalmente la camilla del señor Ángel, presentando traumatismo craneoencefálico y fractura craneal.

² Para salvaguardar la identidad de los actores se sustituyeron los nombres. La redacción puede presentar inconsistencias ya que fue tomada de las entrevistas originales con mínimas modificaciones que se realizaron para que el lector tenga un mejor entendimiento de las circunstancias.

Ante lo sucedido, el camillero junto con el chofer de la ambulancia, decidieron llevarlo a su domicilio para evitar reportar el accidente, ya que consideraron que “era ya alguien con enfermedad terminal”.

Ante esta situación su hija amenazó con “llamar a una patrulla” si se negaban a transportarlo al servicio de urgencias, razón por la cual fue conducido al hospital donde se corroboraron las lesiones.

En una entrevista, al preguntarle al hijo asignado a la tutoría del padre, si se había dado algún seguimiento, la respuesta fue la siguiente: *“Al principio mi hermana quería demandar, pero después nos arrepentimos porque temíamos algún tipo de represalia en el hospital hacia nuestro padre, ya que no tenemos a donde más llevarlo para que lo atiendan”.*

ENTREVISTA

Hijo: Soy de Puebla, soy armador de tanques. Estudié el primer semestre de petroquímica.

Entrevistador: ¿Usted tiene un familiar internado aquí?

Hijo: Sí mi papá.

Entrevistador: Cuénteme cómo es que él llegó a estar internado aquí en el hospital, desde que empezó todo...

Hijo: Su estado por decirlo, más grave empezó desde una caída que tuvo en Puebla, Se subió a una escalera pero ya tenía la falla renal. Ya estaba diagnosticado que era para diálisis, solo que él no la quería. Estaba controlándose solo con diuréticos

por la retención de líquidos. En casa se le intentaba llevar una dieta más balanceada. Desgraciadamente no quería. Aguantó solo 15 días la dieta y después ya no. Siguió comiendo igual. Como caminaba, se salía y se iba a comprar cosas al mercado. Tenemos el mercado muy cerca.

Él empieza a sufrir más sus crisis cuando se nos cae de la escalera, tiene fractura craneoencefálica. Ingresamos el 26 de febrero del año pasado. Traía una presión altísima, más de doscientos. Primero fuimos a CLASCO, para que nos atendiera alguien de CLASCO, después nos mandaron a Apizaco. Les pedí que nos mandaran para acá para el DF. Pero no, no tenían correspondencia, me mandaron a Puebla. Le hicieron la tomografía y desde ahí empezaron con lo de la diálisis, diálisis pero él no aceptaba. Entonces llegamos aquí en la clínica cuatro días después y lo empezaron a atender. Le hicieron otra tomografía por que no me mandaron los resultados.

De aquí comienza su estado en declive por lo del golpe. Convulsiona al mes de la caída y el 10 de mayo me habla por qué ya quería él que le pusieran lo de el catéter, porque ya no aguantaba la comezón del cuerpo. Pues para aliviarle la comezón pues nosotros le comprábamos cremas para que le aliviaran la comezón. Cuando el ya no aguantaba y se comenzaba a sangrar y ya presentaba algunos rasgos de enfermedad hepática, aceptó. Afortunadamente le funcionó muy bien. Desde el 15 de mayo que se lo colocaron hasta el 14 o 13 de septiembre que fue donde le dio una peritonitis y fue cuando perdió la cavidad peritoneal. Fue cuando le pusieron el catéter "acuca" o no sé cómo se pronuncia (Mahurkar). Le pusieron la macuca y lo trasladaron al siglo XXI. Estuvo un mes en Centro Médico. Afortunadamente

empezó a reaccionar. Ya iba a empezar otra vez a caminar y el 29 de diciembre, en un traslado lo tiran de la camilla y vuelve a sufrir fractura cráneo encefálica y posterior a eso ya su estado ha estado en declive. Cada vez ya cada vez se mueve menos. Sigue comiendo afortunadamente, y pues, su colchoncito para las escaras y todo lo demás. Sufre una amputación hace 15 días, por consecuencia al parecer de que se contaminó con pseudomonas una herida que tenía y tuvo que sufrir la amputación.

Entrevistador: ¿Por qué él no quería la diálisis?

Hijo: La falta de información.

Entrevistador: ¿Pero qué les decía? ¿Qué creía el que iba a pasar? ¿Qué sabían ustedes de la diálisis?

Hijo: Nosotros sabíamos que no era lo que él pensaba la diálisis. Nosotros desde hacía ya cinco años le estuvimos comentando que era un medio preventivo para evitarle posibles males más fuertes. Solamente que como él estaba activo trabajando iba a traer una bolsa colgando que le iba a impedir moverse.

Entrevistador: ¿En que trabajaba?

Hijo: Igual que yo, laborábamos en la misma empresa los dos. Elaborábamos pipas, tanques. Era un trabajo rudo, precisamente por eso ha soportado tanto, porque tenía una condición física "hipertremenda". De fines de semana nuestro descanso era ir a trabajar al rancho. Trabajábamos en fines de semana y en la noche nos veníamos. Por eso está muy fuerte el hombre. Le decían que se tendría que pensionar por incapacidad si se hacía la diálisis. Él pensaba que su pensión le iba a dar muy

poquito, fue el motivo principal para no querer dializarse. Quería cumplir primero los 60 años antes de que lo pensionaran. Y la falta de información del procedimiento. Porque él pensaba que era traer colgando una bolsa.

Entrevistador: ¿Y él sabía que pasaría si no lo dializaban?

Hijo: Sí, y al principio me hizo prometerle, y eso sí siempre se lo he dicho a los médicos, porque desde que estuvo malo me decían que yo firmara el consentimiento, pero también respetando la decisión de él no lo hice. El todo el tiempo dijo que no. No quería y no quería, entonces a puro tratamiento le estaban quitando lo hinchado.

Entrevistador: ¿Y cómo llegó él a aceptar?

Hijo: Hay de una forma bien extraña. Lo que luego pasa. Que un extraño te tiene que decir. Platicando en urgencias con un señor que tenía diálisis le platicó de los beneficios, de lo mejor que se iba a sentir, que se le iba a quitar la comezón, de las toxinas, que iba a poder volver a comer carne, aunque fuera una vez a la semana. Lo motivó.

Entrevistador: Me comenta que tuvo este accidente con la camilla. ¿Qué pasó? ¿Qué hicieron ustedes? ¿Cómo se sintieron?

Hijo: Pues mi hermana se súper espantó, se enojó. Querían mandárnoslo a la casa después del golpe los camilleros. Ya había ido a su sesión de hemodiálisis a centro médico. A cinco pasos de la ambulancia dicen...dicen que se les atoró la rueda y pasan la camilla encima de mi paciente y le fracturan el cráneo. Me lo querían llevar a la casa. Querían deslindarse de las responsabilidades mandándolo a la casa los

de la ambulancia. Mi hermana se opone y otra persona que venía con otro en la ambulancia dice: “no, vamos a tu clínica”. Y lo traen aquí al hospital. No querían traerlo pero la señora les dijo a los de la ambulancia: “No, ahorita paramos aquí a una patrulla y ustedes tiene que llevarlo”. Lo traen a regañadientas, tienen que dar los datos. Los reciben en urgencias y le mandan a hacer otra vez una TAC. Tuvo mucha atención. Cada vez que veníamos a las visitas tenía tres o cuatro tutores revisándolo.

Mi hermana entabló una demanda. Nada más que desistió pensando que...no quería que le fueran a agredir hospitalariamente a mi paciente.

Entrevistador: ¿Creían que si procedían con la demanda iba a haber una represalia?

Hijo: Exactamente. Es lo que pensaba, por esto se retiró la demanda.

Fue mucho enojo porque fueron tres personas las que llevaban la camilla. Es imposible que entre tres personas no pudieran sostener un cuerpo. Entonces sí, sí...a mi si me indignó. Al principio si quería saber yo quienes eran, por cualquier cosa que le pasara. Pero después pensamos “lo están atendiendo ya y todo y de por si su estado es muy grave”.

Entrevistadora: ¿Cómo fue que se decidió que se amputara? Me había comentado usted que le generó mucha tristeza esa posibilidad.

Hijo: Los doctores hablaban todo el tiempo enfrente de él de la amputación. Él empezó a decaer su estado de ánimo. El sí sabía. Hace mucho tiempo a su hermana le quitaron dos piernas y él estaba consciente de que podía vivir sin una pierna o sin las dos. Usar una prótesis y el caminaba. A él le preguntaron los doctores, pero

como él no podía responder yo tuve que tomar la decisión de amputar o dejarlo que falleciera con la infección. Entonces yo fui el causante de la amputación.

Entrevistador: ¿Usted ya había hablado con él de esto?

Hijo: Sí y No. Me dijo que prefería darse un balazo antes de estar padeciendo todo eso. Pues como ahora sí todas las decisiones que han sido por mi papá yo las he tomado, siempre y cuando sean...no... es que es muy confuso. Porque tanto lo veo sufrir, como no lo puedo dejar morir así, de dolores o simplemente abandonarlo.

Entrevistador: ¿Y usted en estos últimos días se logra comunicar con él?

Hijo: Poco.

Entrevistador: ¿Llega a responder “Sí” o “No” ante las cosas que se ofrecen?

Hijo: Sí. Le digo “¿Papá te molesta algo?” y me dice “sí, me duele la pierna”. Luego le digo “¿Cuándo te muevo te lastimo?” y me dice “sí, me lastimas”. Pero osea, cada vez es menor la comunicación.

Entrevistador: ¿Con quién vive él?

Hijo: Con mi mamá y con los dos hermanos menores. La hermana mayor vive aparte.

Entrevistador: ¿Quién lleva sus medicamentos? ¿Quién se encarga de llevarlo a sus consultas?

Hijo: Mi hermana menor.

Entrevistador: ¿En casa quién sale a trabajar en el día y con quién se queda?

Hijo: Yo salgo a trabajar, se queda con mi hermana la menor. Como no trabaja...ya no quiso estudiar. No quiso estudiar la secundaria y como no se ha casado ella se ofreció. Dijo: "No se preocupen. Yo me quedo durante el día, ustedes me apoyan en la tarde y en la noche".

Entrevistador: ¿En casa normalmente está sentado o acostado?

Hijo: Últimamente está postrado. Ya no hay tanta movilidad. Le compramos cama de hospital para sentarlo, para estarlo moviendo y un colchón para que no se le hagan tanto las escaras.

Entrevistador: Tiene nietos, me platicaba que cuando está con ellos si responde.

Hijo: Tiene dos nietos. Cuando está con ellos está más activo. El núcleo familiar también lo fortalece.

Entrevistador: ¿Han platicado con él en algún momento del proceso de la muerte, del fallecer?

Hijo: Sí. Incluso antes de que estuviéramos más...su capacidad mental estuviera más deteriorada lo habíamos platicado. Me dijo que quiere que lo entierren en su tierra. En Puebla.

Antes de venir aquí a la transfusión, le preguntamos: "Papá ¿ya estás cansado?", y nos dijo "Sí". "¿Quieres estar todavía con nosotros o ya quieres partir?" "Quiero estar todavía con ustedes porque me siento bien". Por eso lo trajimos también. Él no quiere morirse. Él desgraciadamente cuando sufrió el accidente lloró mucho. Porque él pensaba que se iba a morir. No quería morirse. También eso es lo que me motivó a la amputación.

Entrevistador: Hubo un incidente hace algunos días cuando les habían dicho que ya se iba a ir a su casa, ¿Qué fue lo que pasó?

Hijo: Lo que pasa es que mi hermana, la que se queda en el día, normalmente se encuentra aquí todo el día. Si no va a diálisis se encuentra hasta las cuatro, cinco de la tarde, desde las siete de la mañana. En ningún momento se nos informó que iba a ser dado de alta. El Dr. XX había manejado una “pre alta”, acerca de que posiblemente con los resultados de una radiografía, podía darse de alta. Entonces los Dr. YY y OO manejaron que ya estaba dado de alta. Que el Dr. XX lo había dado de alta informando a las enfermeras que ya no lo dejaran entrar a su cama y que se fuera inmediatamente a la casa. Solamente que querían que firmara mi hermana el alta. Entonces, digo, pues rara vez andamos firmando altas. Yo le dije “es un alta ‘voluntaria’ me imagino”. Entonces mi hermana se opone. Sin previa valoración de las placas no se lo lleva. Si analizan las placas y le dicen que se puede ir nosotros nos lo llevamos. Me habla al trabajo que viniera a verlos, porque sí, se le habían opuesto entre los dos, estaban con mi hermana.

Nos comentaron que pues ya lo dejáramos partir, que para qué lo hacemos sufrir, que ellos en su caso ya lo dejarían, que hay inyecciones muy buenas para el dolor y bueno...tanta cosa que nos dicen.

Pues les hago hincapié que si tanto quieren, que le practiquen la eutanasia. Yo deslindándome de la responsabilidad porque yo no voy a firmar la eutanasia. Desgraciadamente si lo estamos haciendo sufrir mucho, pero que su cuerpo deje de funcionar ya es cuestión de religión también. Entonces no podemos hacerlo

nosotros. Al estarlo viendo agonizar, por eso lo traemos. Si se puede hacer algo que bien, si no se puede hacer algo también.

Entrevistador: ¿Qué fue lo que más les molestó de la actitud de los médicos?

Hijo: Se parecían como cuando te van a embargar, nada más que cuando te embargan te avisan y hay unos que ni te avisan. Llegamos y nos dijeron: “¿Saben qué?, ¡Fuera!. No sé el mecanismo. Siempre nos hemos manejado con médicos, bueno cada quién tiene su opinión, pero nos dicen: “¿Sabe qué señorita?, su papá se va de alta cuando llegue de hemodiálisis, se va a su casa, ya no viene para acá” “Ha muy bien”, y nos vamos tranquilos. Tenemos tiempo para arreglarle sus cosas en casa, tener listo el coche y todo lo demás. Pero se nos avisa el estado en el que nos lo entregan, no nada más de que llegó de hemodiálisis y vallase. Esa fue la principal molestia y la falta de diagnóstico.

Entrevistador: ¿Usted conoce el documento de voluntades anticipadas?

Hijo: No, lo desconozco.

Yo estoy decidiendo ahorita por él, pero el resto de la familia se molesta. Por ejemplo, si yo firmo, en dado caso de que estuviera intubado que lo desconectarán, todo el mundo se enojaría.

Entrevistadora: ¿Cuál es la relación que tiene con sus otros familiares que participan en la discusión sobre la toma de decisiones?

Hijo: Participan mis dos hermanas y mi mamá.

Entrevistadora: ¿Cómo es la relación con su mamá?

Hijo: Es...es que, muchas veces cuando las personas están mal preparadas son más instintivas. Se dejan guiar más por lo visceral. Ella me dice: "No, es que yo preferiría que Dios se lo llevara a que le hagan esto. Yo preferiría que Dios esto", pero nunca dice que ya no. Siempre dice: "Que hagan lo imposible". Es la única que nos ha puesto peros. Sin embargo, se le explica lo que se le está haciendo y queda tranquila.

Cuando lo de la pierna yo me sentía muy culpable. Mis hermanas dicen: se hizo lo que se tenía que hacer, y mi mamá decía que no debería de haber pasado esto. Nos dicen que hay inyecciones muy buenas, pero yo sé que esas infecciones de esas bacterias corren de volada. En cualquier momento, si no se corta la infección, se sigue.

Entrevistadora: ¿Él con quién tenía más relación cuando trabajaba y estaba activo?

Hijo: Con un primo que es contador. Él crio a muchos sobrinos. Aparte de nosotros crio a siete sobrinos más, entonces todos ellos están muy relacionados, aunque casi todos viven en Puebla. Tiene una hermana, pero sufrió la des fortuna de ver como fallecía la otra hermana a la que le cortaron las dos piernas, no se quiere acercar.

Entrevistadora: ¿Él ha manifestado algo en torno a querer ver a sus otros familiares?

Hijo: Le da gusto que lo vean, porque hay familia que no sabíamos que estaban en el DF. Eso lo anima.

Entrevistadora: ¿Cómo lo vio usted después de la visita que le hicieron después de que lo amputaron?

Hijo: Un poquito animado, nada más que ya cuando está solo quien sabe que es lo que piense. Porque se deprime.

Entrevistador: ¿Usted sabe lo que es la eutanasia?

Hijo: Sé que es una muerte en la que te asisten para que te mueras. Lo que no se es qué es lo que les hacen.

En este punto, el entrevistador explica lo que es la eutanasia y la situación jurídica de la misma en la ciudad de México y en el país.

Hijo: Creme que de haber estado aprobada, yo no hubiera hecho sufrir tanto a mi papa. El problema son mis hermanas.

Entrevistador: ¿Qué religión practican?:

Hijo: Somos católicos, nada más que yo soy más heterodoxo que los demás. Creo en Dios, no creo en los santos, respeto las creencias pero hasta ahí.

Entrevistador: ¿Cuando ustedes han estado hospitalizados aquí, cómo se han sentido tratados por los médicos?

Hijo: En la mayor parte bien...ha habido roces por la forma de expresarse pero hasta ahí. No lo han agredido de que llegue uno y tenga moretones o le pongan soluciones de más. Siempre le han dado diagnósticos que luego cambian, de acuerdo con el doctor que esté, pero siempre ha sido tratado bien.

Entrevistador: ¿Qué opina de los recursos con los que cuenta el hospital?

Hijo: A veces son un poco escasos. Por ejemplo, hace poco las radiografías. No hubo material para imprimirlas y verlas. Ahora lo manejan en discos, pero uno ahora

sí que queda sin material para que una segunda opinión te diga si es parecido el diagnóstico o no.

Cuando nos mandaron una TAC no sé si hicieron mal el formulario, me regresaron porque no le habían puesto contraste, pero el por ser paciente renal no podía administrarse contraste y no me la hicieron.

A veces las ambulancias no vienen o llegan tarde. Se entiende por la cantidad de pacientes. También somos pacientes, nada más que cuando nos dicen seis horas después que no llega la ambulancia pues si nos molestamos. Nosotros preguntamos a los médicos si sus niveles están aceptables.

En casa se nos recomendó darles lo más que pudiéramos claras de huevo, porque el esta bajo de albúmina y aquí casi no se le dan. Nosotros incluso hemos estado abusando porque se las hemos traído un poquito para también ayudarle. Si mastica nada más que le dan puras papillas.

Entrevistador: ¿Han recurrido algún otro método curativo como medicina alternativa?

Hijo: Nos habían recomendado homeópatas y todo eso, nada más que desgraciadamente él estaba ya en una etapa muy avanzada. La medicina alterna es como preventiva. Por más que se le dieron las agüitas y eso pues ya no.

Entrevistador: ¿Su esposa recomendó algo para mejorar su estado de salud?

Un té de hiervas que venden en el mercado de sonora, no me acuerdo de que, de esos de hiervas, que de pingüica y no sé que tanto... Es medicina herbolaria.

Estuvimos con un doctor que era director de la facultad de medicina ahí en Puebla, tenía un consultorio. Ese doctor patentaba sus propias ampollitas de vitaminas, extractos y tés. Le estuvimos tratando durante ocho años con él la diabetes. Mientras estuvo el doctor con vida, él estaba íntegro. Sí, no bajaba su azúcar de 180 pero él se mantenía bien porque las vitaminas lo mantenían muy activo.

Entrevistadora: ¿Además de eso se ponía insulina o tomaba pastillas?

Hijo: Tomaba creo Bi-euglucón, pero uno de esos tés que le daban era para el azúcar. Hasta que cosa rara, poco después que muere su hermana, muere el doctor y los hijos se quedan con el consultorio, pues ya no fue lo mismo. Las vitaminas ya no eran las mismas, el té ya no era el mismo, los mismos extractos. El Dr. Se llevó las recetas.

Entrevistadora: ¿Cómo se sienten con que ya lo van a dar de alta?

Hijo: Pues felices porque ya sabemos que siempre que lo dan de alta, significa que está bien entre comillas, porque sabemos que ya no va a estar bien. Allá en casa nosotros lo cuidamos lo mejor que podemos. Estamos 24 horas con él. Todos se alegran de que una vez más se levantó.

FIN DE LA ENTREVISTA

3.2 Narrativa sobre la formación médica y la atención del paciente hospitalizado: Gabriela.

Durante el desarrollo de nuestro trabajo consideramos importante analizar las situaciones de vulnerabilidad que también se pueden encontrar en los miembros del equipo médico, en especial en aquellos que se encuentran en un proceso de formación para alcanzar el rol de profesional de la salud.

Por lo anterior presentamos la narrativa de un caso representativo retomado del escenario del pase de visita médico académica, en un hospital del segundo nivel de atención.

Gabriela llevaba ya tres semanas en su rotación por el servicio de cirugía y aún sentía miedo al iniciar el pase de visita. No había podido dormir durante la guardia y sentía una sensación de obnubilación ligera mientras terminaba de imprimir la última de 10 historias clínicas realizadas en el turno nocturno. “*¿Dónde están todos mis expedientes?*” gritó el Dr. Anaya. Gabriela miró su reloj y se percató que ya eran las 07:10 am, el pase de visita matutino había iniciado sin ella.

Corrió al primer cubículo con una torre de expedientes metálicos y los colocó rápidamente en la mesita de cada uno de los pacientes. “*Muy bien Gabriela ya que llegas tarde dime ¿por qué no se transfundió a la Sra. Martínez ayer como les indiqué?*”. Ante la paciente se encontraba el jefe de servicio, los médicos adscritos, residentes e internos, mirando inquisitivamente a la interna.

Refugió la mirada en su libretita de apuntes y recordó que la Sra. Martínez era diabética e hipertensa, con insuficiencia renal crónica. Era la tercera ocasión que se

sometería a retiro de catéter por infecciones peritoneales asociadas a la diálisis. Se le había indicado la colocación de un catéter para hemodiálisis. Tenía una hemoglobina de 10 g/dL y el día anterior el médico internista le había comentado que no requería transfundirse antes del procedimiento.

La Sra. Martínez Permanecía hipertensa y solo había orinado 100 ml en 8 horas. Estaba en espera de la colocación del catéter desde hace dos días y ya se observaban niveles sanguíneos elevados de urea, creatinina y potasio. *“¿No me vas a contestar? ¡Es tu paciente! ¿Qué no la conoces?”* preguntó el Dr. Anaya.

Gabriela sintió que un ligero temblor le recorría el cuerpo, mezcla de indignación y desesperación. Sabía que conocía a su paciente, y pensó que, por su estado hemodinámico, niveles de potasio y dificultad para orinar no se debía considerar a la transfusión como condicionante del procedimiento, por lo que intentó explicar la situación: *“La Sra. Martínez tiene una hemoglobina de 10 g/dL y falla renal crónica, por lo que creo que es esperable este nivel de hemoglobina y creo que no es urgente que se transfunda para el procedimiento como comenta el internista en la nota de interconsulta ya que...”* en ese momento y con visible impaciencia el Dr. Anaya interrumpió a Gabriela *“¿Crees o sabes?, ¿Dime donde leíste que esto es así?”*.

Gabriela sintió como todas las miradas de los presentes, incluyendo la de la paciente se clavaban en ella. *“No me acuerdo, le pido una disculpa voy a ir a leerlo”*. *“Al parecer esta interna no quiere ser médico”* Contestó el Dr. Anaya dirigiéndose a su audiencia con una sonrisa burlona, ante las risas de sus subordinados, para luego dirigirse al siguiente paciente.

Gabriela caminó en silencio detrás del grupo de galenos. Esa misma mañana cuando se acercó a la Sra. Martínez para tomarle una muestra, la paciente le dijo a la enfermera *“no quiero que me tome la muestra un practicante, mejor llámele al médico”*

El hospital es el escenario de diferentes interacciones tanto del equipo multidisciplinario de salud, con los pacientes y familiares, como entre los miembros del propio equipo.

Las relaciones de poder que se establecen y reproducen en la organización hospitalaria, determinan la forma en la cual se construye, profundiza y sostiene la vulnerabilidad de las personas sujetas a una relación de poder desventajosa.

Retomaremos más adelante los casos presentados durante la implementación de un instrumento teórico para el análisis bioético.

CAPÍTULO 4 INJUSTICIA HERMENÉUTICA, PODER Y VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

A pesar de que los objetivos explícitos en el discurso del hospital como organización, puedan fundamentarse en la búsqueda de la calidad y seguridad en la atención a los pacientes, además de promover un código de conducta para los servidores públicos, existen mecanismos que validan conductas y refuerzan valores que, en ocasiones, pueden ser considerados antagónicos al discurso formal de la organización.

En el presente capítulo propondremos la existencia de reglas informales que rigen las acciones y el comportamiento de los miembros de la organización hospitalaria,

jugando un papel de referente normativo. Por lo tanto, las llamaremos a partir de este momento “Estructuras Normativas Informales”.

Analizaremos también, el papel que juegan las relaciones de poder en la construcción de la vulnerabilidad de las personas, en el contexto hospitalario.

4.1 El hospital como comunidad hermenéutica y la generación de situaciones de injusticia epistémica discriminatoria

Partiendo de lo hasta ahora discutido, podemos afirmar que en el hospital se generan diferentes actividades de construcción e interacción epistémica, en el contexto de sistemas de validación del conocimiento que refuerzan su estructura de relaciones de poder.

Para el filósofo francés Michel Foucault, las relaciones de poder se encuentran presentes en todos los momentos de interacción social. El poder se encuentra directamente relacionado con la producción y validación del conocimiento, así como con la generación de discursos y narrativas sobre la “verdad”, que permiten que un sistema institucionalizado de relaciones de poder se sostenga, mediante diferentes formas de control social.

Un aspecto fundamental de su propuesta, radica en la posibilidad productiva y liberadora que también pueden derivar de la producción de nuevo conocimiento y nuevas formas de validarlo.

Si partimos de esta definición de poder, podemos considerar que en el hospital existen estructuras de relaciones de poder, que generan narrativas y discursos de validación del conocimiento y validación moral.

Como lo señala Miranda Fricker, el problema se genera cuando nos hacemos el siguiente cuestionamiento:

Una premisa que se suelen sostener en las discusiones sobre el valor del conocimiento, es aquella que afirma que, “el conocimiento es más valioso que la mera creencia verdadera”. Ante esta premisa nos debemos de hacer la pregunta de “¿qué hace al conocimiento más valioso que la mera creencia verdadera?”.

Es aquí donde los sistemas de validación, de las estructuras normativas de las instituciones y grupos dominantes que las componen, definen el valor de una creencia o se asigna la titulación de la creencia a conocimiento, si reúne los requisitos establecidos.

La interacción entre los grupos que componen la organización hospitalaria, pueden ser analizados desde la mirada de algunas de las propuestas más recientes de la epistemología social recientes, mismas que proponen la existencia de “Comunidades Hermenéuticas”.

Uno de los factores que permiten la cohesión de los diferentes grupos sociales al interior del hospital, para diferenciarse como “Comunidad Hermenéutica”, es lo que Sanford C. Goldenberg denomina “Normas de Creencia Mutuas”. Éstas se observan cuando un interlocutor plantea una afirmación en base a una creencia sobre el mundo o una verdad, compartida por las personas que lo escuchan. En general se refiere a una afirmación o negación en el contexto de una creencia mutua.

Podemos añadir que estas “Normas de Creencia Mutuas”, se sustentan en un conjunto de valores epistémicos compartidos.

Si recordamos los esfuerzos por delimitar aquellas condiciones basadas en la capacidad de autodeterminación del paciente, que permiten considerar por ejemplo, al consentimiento como informado (Beauchamp Tom L. 1997 p.193), nos encontramos con al menos otros tres problemas:

1) La diversidad en la interpretación de la salud, la enfermedad y la muerte y los mecanismos de validación epistémica de una institución o espacio social dado para determinar si el consentimiento fue informado.

2) La producción de discursos de validación epistémica dada dentro de las relaciones de poder entre médicos, paciente y familiares para reconocer que información e interpretación es válida.

3) La producción de discursos de validación moral en torno a las posibles decisiones.

En el análisis que realiza de “la medicina como epistemología moral”, el médico y filósofo Alfred I. Tauber, afirma que a finales del siglo XIX, el discurso moral en torno al paciente en el ámbito de la atención a la salud en occidente, dio un importante giro positivista. Éste giro llevó a un discurso que promovió valores morales tales como “Objetividad,” “des apasionamiento” y “neutralidad:

“I wish to emphasize the reification of the patient as a consequence of positivism, and highlight the moral consequences of that approach. In doing so, I endeavor to show that a set of values -- objectivity, dispassion, neutrality--- have governed the clinician’s scientific persona, and have displaced another set of values --- empathy, moral self-consciousness---

that should have an equal claim on the doctors professional attitudes and carácter".(Tauber, Alfred I. 2005. p.26)

El autor enfatiza la relación existente entre el espectro de actitudes morales, promovidas en el discurso médico y sus tipologías de valores, con las demandas del contexto histórico. Considera que, en la formación médica contemporánea, fuertemente influida por este cambio valorativo, se encuentran dos componentes en polos distantes, "pobremente tejidos el uno con el otro":

Por un lado, en "un locus más antiguo", reside la idea de la medicina como "el arte del cuidado", con una serie de valores que involucran una "preocupación compasiva" por el otro o "empatía". En otro polo, se sitúa el "ethos científico" de la medicina. Éste se ve reflejado en la promoción del diagnóstico y tratamiento con bases en el método y experiencia científica, como esencia de la medicina contemporánea. Tauber considera que el "ethos científico" del sistema educativo y las demandas técnicas del hospital, reflejan un "set de valores" que sitúan a las preocupaciones empáticas por el otro, en una situación de subordinación, a pesar del creciente interés en la incorporación de temas de ética médica en los programas universitarios. (Tauber, Alfred I. 2005. p.28)

Tauber recuerda el papel que juegan los valores morales en la construcción del conocimiento:

"For instance, we constantly choose to pay attention to certain elements of our experienced world and ignore the vast majority. Values determine what we study". (Tauber, Alfred I. 2005. p.47)

Considera que esto es evidente en el ámbito de la atención a la salud. Desde las decisiones que determinan las políticas de salud hasta la atención brindada al paciente como individuo, el cuidado ofrecido es determinado por una suerte de “destilación de opciones valorativas”.

La toma de decisiones es un proceso complejo. En éste proceso se encuentran involucrados factores relacionados con el conocimiento construido por las partes, en torno a la enfermedad, a vida y la muerte.

Este conocimiento es valorado y ponderado por sistemas de validación, estrechamente vinculados con el aparato moral de la institución y la estructura de relaciones de poder en la cual se gesta la toma de decisiones.

Cuando existen diferencias en los sistemas valorativos, entre los protagonistas de la toma de decisiones, se presentan tensiones y conflictos en la relación clínica.

Como se comentó en el capítulo anterior, la relación médicos - pacientes, médicos-familiares y familiares – pacientes, son también relaciones de poder. Existe una estrecha relación entre la forma en la cual se disponen estas relaciones de poder y las dimensiones epistémicas, surgidas de los contextos antropológicos y sociales de los participantes en la toma de decisiones.

4.2 La existencia de estructuras normativas formales e informales en el hospital.

En el marco de una situación de relaciones de poder particulares, se producen estructuras de valoración moral que pueden organizarse como estructuras

normativas con validez en espacios sociales específicos como el hospital o la familia.

Estas estructuras normativas no necesariamente serán compartidas por el conjunto de la sociedad, ni necesariamente se reflejarán en los códigos normativos de las instituciones. Constituyen una forma de normatividad que llamaremos “Normatividad Informal”. Estas estructuras de validación moral, atravesadas y definidas por relaciones de poder, también definen como ciertas formas de conocimiento, interpretaciones y acciones serán consideradas como válidas.

¿Cómo se establecen estas características, que llegan a ser validadas?

No es nueva la suposición de que estructuras de poder específicas construyen aparatos de validación del conocimiento y producción de “verdades” si recordamos el extenso trabajo que el filósofo francés Michel Foucault aportó en la materia.

Sin embargo, tomando en cuenta el contexto de nuestra discusión, es pertinente señalar que, así como se producen mecanismos de validación y producción de conocimientos que sustentan una estructura de poder, se generan sistemas de valoración y juicio moral que surgen de dichas estructuras y a su vez las determinan y moldean.

Si continuamos con este orden de ideas, no es suficiente permanecer en una defensa teórica del consentimiento informado, sustentado en condiciones de autonomía y libertad absolutas, pero desvinculadas de la realidad de una relación social concreta.

Debemos analizar esta toma de decisiones, a la luz de la situación concreta que guardan las personas dentro de las estructuras normativas informales de las instituciones, la forma en la cual se disponen las relaciones de poder entre los actores, el posicionamiento epistémico – valorativo, adoptado por el paciente y su condición de vulnerabilidad. Finalmente, el consentimiento en el ámbito de la atención a la salud, debe de plantearse desde una ética de la responsabilidad

4.3 Estructuras normativas informales en el hospital.

Definiremos como “estructuras normativas” formales al conjunto de reglamentos, principios, protocolos, discursos representativos de la identidad “oficial” que una organización presenta como referente para el comportamiento y acciones de sus integrantes. (Consejo y Chapela, Carolina. Carlos A, Viesca Treviño. 2016)

Definiremos como “estructuras normativas informales” al conjunto de “reglas no escritas” que determinan la forma de comportamiento de los grupos y personas que componen la organización, determinadas por los valores morales y epistémicos que en un momento específico se presentan como dominantes, en el contexto de las relaciones de poder sostenidas dentro de la organización, y la estructura que estas adoptan. (Consejo y Chapela, Carolina. Carlos A, Viesca Treviño. 2016)

Estos sistemas normativos formales e informales, podrían corresponder a los sistemas formales e informales de las organizaciones, planteadas por Plseck. (Plseck 2003)

Podemos sugerir entonces que, en el contexto de la interrelación cotidiana entre los individuos, al interior de la organización hospitalaria, surgen estructuras normativas informales que fundamentan y validan el comportamiento de los grupos.

Las normas surgidas de los sistemas formales pueden estar muy alejadas a las normas de los sistemas informales que exigen de las personas que los componen, un comportamiento distinto al promovido en el discurso de la organización hospitalaria.

Las estructuras normativas informales, están determinadas por el mantenimiento de ciertas disposiciones en las relaciones de poder y los discursos dominantes de validación, tanto de valores morales como de valores epistémicos, que las mantienen y reproducen.

Consideremos entonces, dos dimensiones de valoración que pueden formar parte de los sistemas normativos al interior del hospital al que se integran los estudiantes, al iniciar sus ciclos clínicos:

1. Valoración Moral.

Para definir los conceptos de “valoración moral” y de “valores morales” debemos recurrir a los orígenes del significado de “moral”, la cual proviene de la palabra griega “moros” (ἠθος), traducida como “hábito”. Por lo tanto, para nuestra discusión nos referiremos a “ese espacio externo y público, espacio colectivo en el cual se construyen normas valorativas, como lo son las normas que una sociedad específica puede construir en torno a lo considerado como bueno, malo, correcto e incorrecto, deseable o indeseable”. (Consejo y Chapela, Carolina. 2015)

La moral, objeto de estudio de la ética como filosofía práctica, puede considerarse como un conjunto de valores producidos en el seno de una comunidad específica, ubicada en un contexto histórico, social y cultural específico, lo que necesariamente la define como plural.

Podemos suponer la existencia de sistemas de validación moral, que adoptan un carácter normativo a través de estructuras normativas que generan cohesión y permiten su reproducción.

2. Valoración epistémica.

En los últimos años, dentro de la epistemología analítica, ha crecido la preocupación por indagar sobre la forma en la cual asignamos un valor a un conocimiento específico, y como justificamos y validamos este valor. A este movimiento dentro de las investigaciones epistemológicas, se le ha denominado “giro del valor”. (Fernández, Miguel A. 2011).

Podemos denominar “valoración epistémica”, al proceso de asignación de un valor a un conocimiento o creencia específica.

4.4 Estructuras normativas informales y su papel en la construcción de situaciones de vulnerabilidad.

A continuación, nos centraremos en el papel de los procesos de valoración epistémica, las comunidades hermenéuticas dentro de la organización hospitalaria, y la posibilidad de identificar situaciones de injusticia epistémica discriminatoria, en las dos dimensiones que propone la filósofa Miranda Fricker: La injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica. (Fricker, Miranda 2007 y 2013)

En el presente trabajo definimos como “estructuras normativas” formales al conjunto de reglamentos, principios, protocolos, discursos y representativos de la identidad “oficial” que una organización presenta como referente para el comportamiento y acciones de sus integrantes.

Un ejemplo de normas formales, directamente relacionadas con el intento de regir el comportamiento de las personas, que juegan roles específicos, dentro de las organizaciones hospitalarias públicas, son códigos de conducta como el siguiente:

“Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las y Los Servidores Públicos del IMSS”, (IMSS 2016-2) basado en el “Acuerdo que tiene por objeto Emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés”, publicado el 20 de agosto de 2015, en el Diario Oficial de la Federación.

(Diario Oficial de la Federación 20.08.2015)

En el discurso que se observa en estos códigos, se utilizan las categorías de “principios” y “valores”, para enunciar una serie de características del actuar de las personas, deseable y exigible al servidor público, en este caso, a cargo de la atención del paciente y su familia.

PRINCIPIOS	VALORES
Legalidad	Buen trato y vocación de servicio.
Honradez	Respeto a los Derecho Humanos y a la igualdad.
Lealtad	Integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos.
Imparcialidad	Superación personal y profesional.

(IMSS, 2016 -2)

El conjunto de códigos deontológicos expresados también como reglas y normas, forman parte de las estructuras normativas formales.

Identificamos entonces, como “estructuras normativas informales”, al conjunto de “reglas no escritas” que determinan la forma de comportamiento de los grupos y personas que componen la organización. Son determinadas por los valores morales y epistémicos que en un momento específico se presentan como dominantes, en el contexto de las relaciones de poder sostenidas dentro de la organización.

La forma que adoptan las estructuras normativas formales e informales, así como las tensiones que generan entre sí, necesariamente afectan la forma en la que se construyen, profundizan y reproducen las vulnerabilidades de las personas que participan de la organización hospitalaria.

Las dificultades que enfrentan los directivos a cargo de las organizaciones hospitalarias, al intentar implementar los modelos de calidad y mejora continua, o al intentar promover formas de comportamiento específico de la organización, pueden en parte explicarse, por el importante papel que juegan las estructuras normativas informales.

CAPÍTULO 5. LA INTEGRACIÓN DE UN MODELO DE ABORDAJE PARA EL ANÁLISIS DE UN CASO

Diego Gracia fue por muchos años, director del departamento de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Este médico y filósofo, intenta rescatar las aportaciones de diferentes propuestas teóricas y metodológicas, para el análisis y discernimiento bioético en el escenario clínico.

Sus incursiones en el campo iniciaron en 1986 cuando realizó una estancia en varias universidades estadounidenses. Si bien su influencia partió del liberalismo y principalismo anglosajón, Intenta ofrecer un modelo integral, pretendiendo entender la complejidad de los conflictos morales observados (Abel, Francesc. (2010)

Además de demostrar una fuerte influencia del filósofo español Xavier Zubiri, retoma a los filósofos Martin Heidegger y Paul Ricoeur, para incursionar en una ética hermenéutica, que lo llevará a plantear la necesidad de construir una ética de la responsabilidad (Gracia, Diego. (2004).

5.1 ABORDAJE BIOÉTICO RETOMANDO A DIEGO GRACIA.

Diego Gracia realiza una clasificación que, aunque no es exhaustiva, nos permite tener una idea general de los principales métodos de análisis propuestos. Todos ellos tienen el mismo objetivo: articular la dimensión “técnica” del acto médico con la “ética”. Gracia habla de “lenguajes de la ética clínica” al referirse a estos diferentes métodos. (Gracia, Diego 2001)

La propuesta del lenguaje de la “virtud” y el “vicio”.

Es la base de la “ética médica clásica” encontrada en los trabajos de Aristóteles, retomada y reinterpretada por San Agustín que trata no de hechos o actos sino de *hábitos y virtudes* y retomada por Gregorio Marañón quien considera que lo que hemos llamado hábito o carácter debe de llamarse “vocación”, de la cual “brota” la ética profesional.

Esta tradición encuentra exponentes mayores en los trabajos de James F Drane, E. Pellegrino y en la escuela Ibérica de Zubiri y Laín Entralgo. Reconoce varias dimensiones del acto médico a las que asocia virtudes: Dimensión médica, espiritual, volitiva, afectiva, social, religiosa/Benevolencia, veracidad, respeto, amistad, justicia, religiosidad.

El lenguaje de los hechos y de los valores.

Analiza los hechos técnicos de carácter “pre moral” continuando con la dimensión ética propiamente en el terreno de lo moral. Una dimensión se ocupa de los hechos y la otra de los valores.

Este tipo de abordaje se ha denominado “análisis decisional”. Supone la posibilidad de tomar decisiones aún en condiciones de incertidumbre, desde la racionalidad.

Se enfoca más en las consecuencias que en los valores, parte del cálculo de la utilidad esperada de cada a alternativa existente y después de analizar todas, busca la que es óptima, sin embargo, se aleja de la ponderación individual en un contexto de diversidad de valores y deseos derivado de una dimensión subjetiva.

Se utilizan comúnmente algoritmos de decisión en busca de una utilidad objetiva y práctica. Como método, presenta los siguientes pasos:

- 1) Describe todos los hechos del caso.
- 2) Describe los valores relevantes de los médicos, pacientes, familia, institución hospitalaria y sociedad.
- 3) Determina el principal valor amenazado.
- 4) Determina los posibles cursos de acción que pueden proteger al mayor número de valores involucrados.
- 5) Elige un curso de acción.
- 6) Defiende este curso de acción a partir de los valores que le fundamentan.

El lenguaje de los “casos y máximas”.

Reconoce que no existen hechos sin valores y analiza ambas dimensiones en los casos. Albert R. Jonsen presenta una propuesta para la toma de decisiones ético-clínicas: Considera el caso como un conjunto de Hechos, opiniones, máximas y valores. (Jonsen, Albert. 2010)

Al presentar el caso, parte de la revisión de las indicaciones médicas, el diagnóstico y pronóstico, los objetivos terapéuticos, la eficiencia/eficacia, la utilidad/futilidad de los procedimientos.

Analiza, entonces cuatro tópicos:

- 1) Indicaciones médicas.
- 2) Preferencias del paciente.

3) Calidad de vida.

4) Factores contextuales.

Analiza las preferencias del paciente desde el principio de autonomía, observando la capacidad de elección, consentimiento informado, el rechazo, las decisiones de directivas previas y sustitución.

La calidad de vida es analizada tomando en cuenta la evaluación subjetiva de un espectador con respecto de la experiencia subjetiva de otro, así como los sesgos que esto supone. Lo anterior siempre tomando en cuenta el contexto económico, social y cultural.

Cuando estos factores se aplican a un caso concreto, constituyen la morfología del caso, su forma y estructura en tanto que problema. Para resolver el caso se detectan las máximas más importantes y principios involucrados. Reconoce una taxonomía que utiliza para clasificar casos que puedan ser similares, aunque siempre con particularidades diferentes, para plantear soluciones a problemas razonables.

El lenguaje de los “principios y consecuencias”.

Las propuestas agrupadas por Gracia por el uso de este “lenguaje”, intentan partir de máximas, aunque el problema radica en la pluralidad en el sistema de referencias desde donde se establecen las mismas.

Al ser estas máximas contingentes e históricas, se puede adoptar una postura que Gracia considera meramente “constructivista”, aceptándolas como una construcción social. Las máximas serían, el resultado de la ponderación en cada caso concreto de los principios y sus consecuencias en cada caso.

Desde el método Principalista, se consideran dos momentos:

- 1) Un momento a priori, en el que se analizan los principios “prima facie”. Por ejemplo, autonomía justicia, beneficencia, no maleficencia.
- 2) Un segundo momento “a posteriori”, en el cual se analizan “principios reales y efectivos”. (Gracia, Diego. 1993)

Se jerarquizan los principios *prima facie* en conflicto, surgidas de situaciones concretas a la luz de consecuencias previstas. La jerarquía puede variar según la percepción que cada actor tenga de la situación concreta.

Se intenta tener en cuenta al mayor número de perspectivas sobre el hecho, para realizar un análisis lo más rico posible, antes de tomar decisiones.

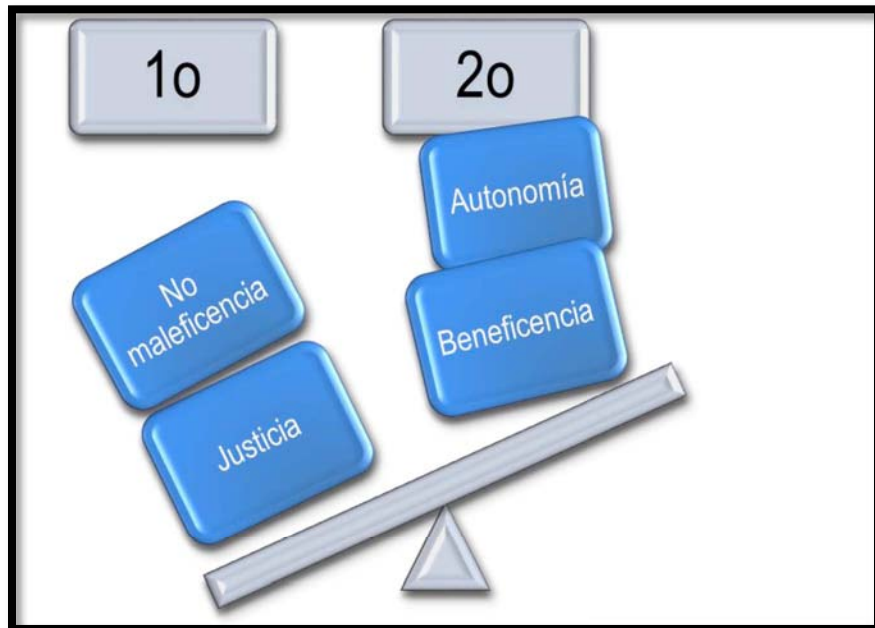
Diego Gracia, como otros autores, prefiere realizar un abordaje analítico integral que combine los métodos descritos, señalando la existencia de diferentes “niveles” de problematización, según el contexto en el cual se presente el problema.

Reconoce que el conflicto ético en los hospitales suele estar en el nivel de los principios y las consecuencias, y tiene que ver con la posibilidad o no de realizar ciertas acciones técnicas, siendo entonces el método de principios y consecuencias el ideal para el análisis y toma de decisiones.

Gracia considera que, para el análisis, lo más adecuado es partir de la historia clínica, “prolongando” la historia clínica “clásica”, de modo que no solo sirva para

tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, sino que también decisiones morales.
(Gracia, Diego 2001. 95-97)

Uno de los problemas que enfrentan las propuestas derivadas del principalismo es el conflicto entre principios. Diego Gracia plantea la necesidad de realizar una ponderación entre principios, adoptando a la No maleficencia y a la justicia, como principios que deben de prevalecer sobre los de autonomía y beneficencia, cuando éstos se ven confrontados. (Gracia, Diego. 2001)



Uno de los elementos ausentes en la mayoría de las propuestas heredadas del Principalismo anglosajón, es la dimensión antropológica que nos podría permitir detectar otros procesos valorativos con énfasis en las prácticas y representaciones que los actores producen de los factores que llevan a la presencia de conflictos

valorativos. Se han planteado por otro lado, propuestas que llegan a caer en un relativismo moral que no permite aspirar a establecer consensos.

Al aceptar que la muerte, la vida, la salud y la enfermedad son fenómenos sujetos a la construcción de significados e interpretaciones que dependen de los contextos históricos, culturales y sociales, se hace evidente la necesidad de construir teorías y metodologías con aplicación práctica, que partan de una aproximación hermenéutica y fenomenológica, para el análisis de los conflictos morales surgidos de la práctica médica en una sociedad plural.

Lo anterior entendiendo la necesidad de encontrar dentro de la diversidad fines en común que permitan construir consensos a partir del diálogo, como lo plantea Tristram Engelhardt, en sus primeros trabajos, al aceptar la posibilidad de construir un diálogo entre “extraños morales”. (Engelhardt, Tristram. 2006. pp 18-46)

Existe una dimensión fundamental que debe de contemplarse: La dimensión de las relaciones de poder existentes entre los diferentes actores involucrados en la toma de decisiones y por lo tanto, diferentes condiciones de vulnerabilidad.

5.2 LA INTEGRACIÓN DE NUESTRO INSTRUMENTO TEÓRICO.

Dado lo hasta ahora discutido, es necesario integrar en un instrumento teórico las propuestas arriba desarrolladas, para el análisis bioético de casos de vulnerabilidad, generada o agudizada, en escenarios hospitalarios.

Una vez integrado el caso, se propone seguir los siguientes pasos:

- 1) IDENTIFICAR EL PROBLEMA**
- 2) DEFINIR LOS HECHOS CONTEXTUALES**
- 3) IDENTIFICAR SUS COMPONENTES VALORATIVOS**
- 4) IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE REGLAS Y ESTRUCTURAS NORMATIVAS FORMALES/ESTRUCTURAS NORMATIVAS INFORMALES (REGLAS NO ESCRITAS)**
- 5) IDENTIFICAR LA DISPOSICIÓN DE LAS RELACIONES DE PODER**
- 6) IDENTIFICAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL PROCESO INTERPRETATIVO**
- 7) IDENTIFICAR LA EXISTENCIA DE SITUACIONES DE INJUSTICIA EPISTÉMICA**
- 8) IDENTIFICAR SITUACIONES DE VULNERABILIDAD**
- 9) ANALIZAR LOS DIFERENTES GRADOS Y FORMAS DE RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES.**
- 10) PONDERAR LAS DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS CON LOS PRINCIPIOS DE NO MALEFICENCIA/ JUSTICIA.**
- 11) RECOMENDACIÓN DE INTERVENCIÓN.**

HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS TEÓRICO



CAPÍTULO 6. IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO:

A continuación, retomaremos el caso del Sr. Ángel para implementar el instrumento de análisis propuesto.

6.1 LA VULNERABILIDAD DESDE EL PACIENTE Y SU FAMILIA. “LA CAÍDA DEL SR. ÁNGEL”.

1) PROBLEMA IDENTIFICADO
En la narración derivada de la entrevista con el hijo del Sr. Ángel se encuentra las siguientes situaciones:
<ol style="list-style-type: none">1. El señor Ángel de 60 años de edad, había sido diagnosticado con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes, ya en un estadio avanzado, el cual exigía el inicio de alguna forma de tratamiento de sustitución de la función renal.2. Inicialmente no deseaba que se iniciara la diálisis peritoneal sin embargo y en un contexto de progresión de la enfermedad y aumento de la sintomatología, decidió someterse a dicho tratamiento. Durante el proceso de atención, presentó complicaciones que lo llevaron a recurrir a la hemodiálisis.3. La progresión de la enfermedad lo llevó a sufrir problemas circulatorios e infecciosos que terminaron en la amputación de ambos miembros inferiores.4. Una tarde, durante el traslado de una sesión de hemodiálisis al hospital, el camillero volcó accidentalmente la camilla del señor Ángel, presentando traumatismo craneo encefálico y fractura craneal.5. Ante lo sucedido, el camillero junto con el chofer de la ambulancia, decidieron llevarlo a su domicilio para evitar reportar el accidente, ya que consideraron que “era ya alguien con enfermedad terminal”.6. Ante esta situación su hija amenazó con “llamar a una patrulla” si se negaban a transportarlo al servicio de urgencias, razón por la cual fue conducido al hospital donde se corroboraron las lesiones.7. Al preguntarle al hijo asignado a la tutoría del padre, si se había dado algún seguimiento, la respuesta fue la siguiente: “Al principio mi hermana quería demandar, pero después nos arrepentimos porque temíamos algún tipo de represalia en el hospital hacia nuestro padre, ya que no tenemos a donde más llevarlo para que lo atiendan”.8. El chofer de la ambulancia, presente en la caída del paciente, decide no denunciar a su compañero.

2) HECHOS CONTEXTUALES

1. SOCIOECONÓMICOS:

El señor Ángel nacido en una comunidad cercana a la ciudad de Puebla, cuenta con estudios de secundaria. Católico. Proviene de una clase media baja. Trabajó en una pequeña empresa como armador de tanques lo que lo llevaba a realizar una gran actividad física. Cuenta con una red social de apoyo fuerte por parte de sus hijos para enfrentar el proceso de enfermedad. Sin embargo, depende de los recursos de atención del IMSS dado que no cuenta con la capacidad económica de atenderse en instituciones privadas. El hijo cuenta con estudios de bachillerato y un semestre de licenciatura. Trabaja como armador de tanques en la misma empresa en la cual trabajó su padre, con lo que obtiene prestaciones de seguridad social. La hija cuenta con estudios de primaria, trabaja dedicada al hogar.

2. MÉDICO TÉCNICOS:

Paciente masculino de 60 años de edad, con el antecedente de Traumatismo Cráneo Encefálico(TCE), por caída que provocó fractura y hematoma subdural dejando como secuelas neurológicas episodios comiciales de presentación variable Diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 de larga evolución. Enfermedad Renal Crónica KDOQI V, que requirió tratamiento sustitutivo de la función renal, inicialmente con colocación de catéter de Tenckhoff y diálisis peritoneal. Presentó eventos de peritonitis en varias ocasiones y disfunción peritoneal, por lo que se colocó catéter Mahurkar iniciando Hemodálisis. Retinopatía Diabética Proliferativa avanzada. Hipertensión Arterial secundaria a Enfermedad Renal Crónica. Dislipidemia asociada a la ERC. Hiperuricemia asociada a ERC. Con recuperación inicial de la marcha que se ve interrumpida por lesiones derivadas de caída: Durante un traslado del hospital a la unidad de Hemodiálisis del hospital subrogado por el IMSS, el camillero vuelca accidentalmente la camilla, cayendo el paciente al suelo donde sufre nuevo TCE que provocó nueva fractura de cráneo sin otros eventos asociados, nueva postración. Presenta deterioro progresivo de las funciones mentales superiores atribuido a problemas crónico degenerativos subyacentes, sin focalización ni evidencia de asociación directa al TCE. Por complicaciones vasculares asociadas al Pie Diabético fue sometido a amputación supra condílea de ambas extremidades. Tiene dependencia absoluta para realizar las actividades cotidianas como el baño, la alimentación y movilización.

Durante su última hospitalización, el médico tratante consideró que posterior a la realización de hemodiálisis, no había motivos para continuar la hospitalización, dado que el pronóstico global para la vida era malo a corto plazo, aunque se encontraba suficientemente estable para trasladarlo a su domicilio.

3. INSTITUCIONALES:

El hospital en el cual es atendido, es una unidad del segundo nivel de atención del IMSS en la Ciudad de México. Como la gran mayoría de los hospitales de su tipo, no cuenta con hemodiálisis. Desde hace ya varios años, el instituto subroga los servicios de hemodiálisis a una empresa privada. Los pacientes que se encuentran hospitalizados, se trasladan dos o tres veces por semana para recibir sesiones de hemodiálisis. Al terminar cada sesión se regresan al hospital de origen. En algunas ocasiones cuando los pacientes se encuentran estables, los médicos autorizan que el paciente se dé de alta del hospital de origen, antes de llevarlo a la sesión de hemodiálisis, para que al término de la misma se envíe a su domicilio.

3) Problemas valorativos

Paciente:

1. Con conocimiento de los efectos adversos de no apegarse al tratamiento dietético le es más importante poder decidir qué comer.
2. Evitó lo más que pudo la diálisis peritoneal, dado que su trabajo requería esfuerzo físico y libertad de movimiento, siendo en un inicio más importante el prolongar lo más posible la forma de vida misma que le confiere una identidad específica en la narrativa que construye sobre su propia vida.
3. Cuando el prurito derivado de las altas concentraciones de urea fue insoportable, la diálisis cobro mayor valor. Ante la evidencia de riesgo inminente de muerte manifestó su miedo a morir y su deseo imperante de vivir.
4. Más allá de las opiniones de sus hijos y la de los médicos, fue más importante la opinión de un paciente que ya se dializaba para decidir iniciar el tratamiento.
5. El nunca aceptó que le amputaran la pierna dado que eso significaba para él la pérdida de su movilidad y autonomía.

Hijo: El hijo considera importante el poder dar el mejor tratamiento disponible a su padre, sin embargo al inicio valora más importante el respeto a la libre voluntad de su padre en el proceso de toma de decisiones, a pesar de la insistencia de los médicos.

Cuando su padre manifiesta su miedo a morir, consideró más importante esa manifestación que la propia negativa a ser amputado, por lo que sobre su voluntad acepta que se someta al procedimiento, siendo ahora la búsqueda de mayor tiempo de vida cobra mayor que la libre voluntad de su padre. Considera que la eutanasia debería de ser un recursos disponible para los pacientes.

Hija: Ante la caída del paciente y la negativa inicial del camillero a brindar apoyo considera más valioso garantizar la continuidad de la atención y la seguridad de su padre, es más importante que denunciar la intención del camillero por no hacerse responsable de su caída. Considera que el hospital es un sitio adecuado para que al final de la vida le brinden a su padre todas las atenciones necesarias. Considera que la eutanasia nunca debería de ser una opción para los pacientes.

Médicos: Los médicos tratantes desde un inicio consideran más valioso el inicio del tratamiento sustitutivo de la función renal, solicitándole al hijo que firme el consentimiento informado, partiendo que la idea de beneficio que debe de seguirse es la de prolongar las posibilidades de vida del paciente, aunque esto implique imponer una decisión sobre la autonomía del paciente.

En la última hospitalización consideraron que el tratamiento que se estaba ofreciendo era futil y que por la deteriorada calidad de vida del paciente en el hospital era preferible que falleciera en su domicilio.

Camillero: Otorga un mayor valor al evitar cualquier conflicto en el cual se le responsabilice de la caída del paciente, en relación al riesgo que implica el no llevar al paciente a que sea valorado en el servicio de urgencias.

Familiar del otro paciente compañero de traslado: Prioriza la seguridad del paciente afectado, con un nivel de preocupación similar al que tendría por su propio familiar.

4) Estructuras normativas formales/estructuras normativas informales (REGLAS NO ESCRITAS)

1. Existen reglamentos y manuales de procedimientos para el proceso de atención, referencia, contra referencia y alta de los pacientes hospitalizados en el segundo nivel de atención. / **Independientemente de los manuales de procedimientos es usual y se acepta que el médico decida enviar a su casa al paciente que se traslada a un servicio de hemodiálisis sin una revaloración en el hospital, aunque esto no forme parte de los procedimientos. (Así se hace).**
2. Existen reglamentos que obligan a obtener un consentimiento informado del paciente, cuando éste cuenta con las capacidades y competencias establecidas en la ley/ **En la práctica es de común consenso y que es más importante el consentimiento que brinda el familiar que el del paciente, especialmente cuando se trata de un adulto mayor ante una decisión que involucra riesgo para la vida del paciente, además de riesgos de quejas de los familiares de haber un resultado adverso para la vida.**
3. Existen protocolos para la identificación de eventos centinela como lo es la caída de un paciente que permiten analizar las causas, y establecer barreras de seguridad que permitan prevenir nuevas situaciones similares. / **Cuando un compañero se equivoca o comete una falta es mejor no denunciar ya que cuando a mí me suceda, el compañero me protege. Por lo tanto, es inmoral denunciar al compañero.**
4. La ley regula la actividad de los profesionales y trabajadores de la salud, quienes deben ante ella responder por sus actos ./**Ante el riesgo percibido de que alguien pueda dañar a su paciente dentro del hospital o de que no le brinden la atención que requiere en represalia los hijos consideran preferible no denunciar, siendo que perciben su propia actitud pasiva como esperable y normal en estas circunstancias, sin considerar otro curso de acción posible.**

5) Disposición de las relaciones de poder

Paciente – familiares: A pesar de que cuenta con el apoyo de sus hijos quienes respetan en la gran mayoría de los casos su autonomía en el proceso de toma de decisiones, se encuentra en una relación de poder asimétrica en la cual al final debe someterse a la voluntad de su hijo ante la necesidad de amputarle sus miembros inferiores.

Paciente – médicos: El paciente en ningún momento es percibido por el médico como una persona con derecho a decidir, estableciéndose una relación vertical, en la cual el familiar es el único que cuenta con voz en el proceso de toma de decisiones.

Paciente – camillero: El paciente se encuentra a merced de las decisiones que tomen tanto el camillero como el chofer de la ambulancia, siendo que en sus manos se encuentra llevarlo a recibir la atención que necesita.

Paciente – paciente: El paciente, aunque situado en una relación entre pares que se espera horizontal, tiene una mayor posibilidad de considerar la opinión de otro paciente con el cual se identifica, que la de sus propios familiares, para guiar su proceso de toma de decisiones.

Hija – médicos: La hija se considera en una situación de debilidad ante los médicos y miembros del equipo de salud, al grado tal que teme denunciar la conducta del camillero y del chofer de la ambulancia, permanece pasiva ante la posibilidad de que no lo lleven a valoración en el servicio de urgencias después de la caída.

Ante la indicación del alta de su paciente, intenta defenderse ante una relación que percibe de agresión hacia su padre y hacia ella al negarse a firmar el “alta voluntaria”, sin embargo, necesita del apoyo de su hermano a quien considera con mayor empoderamiento ante los Galenos.

En ambos casos se sitúa en una relación de poder asimétrica con elementos percibidos de coerción.

Hija – hijo: Establece con su hermano una relación de poder asimétrica en la cual deposita su confianza en el conocimiento del hermano y mayor empoderamiento ante los Galenos.

Hijo – paciente: Siendo el representante legal de su padre, el hijo cuenta con la posibilidad de tomar decisiones en el momento en el que se considera a su padre incapaz de hacerlo por sí mismo. Sostiene una relación de poder asimétrica en el que es favorecido.

Hijo – galenos: Cuenta con mayores recursos interpretativos para participar de la comunidad hermenéutica de los médicos, por lo que se sitúa en una relación asimétrica con mayor empoderamiento que su hermana.

Familiar del paciente acompañante – camillero y chofer: La familiar de otro paciente que acompaña en el traslado al Sr. Ángel, se presenta empoderada ante el chofer y camillero, ante el agravio observado, ejercido en contra del paciente y su hija. Ante la amenaza de “llamar a una patrulla” para obligarlos a regresar al hospital, los somete a su voluntad lo que permite que regresen para recibir una valoración médica.

6) Diferencias significativas en el proceso interpretativo

Entre muchas otras, existen diferencias significativas entre el médico y familiares con el paciente, en el proceso interpretativo sobre la diálisis peritoneal. Sin embargo, el paciente presenta un proceso interpretativo cercano al del otro paciente que le permite compartir una misma comunidad hermenéutica. Frente a la evolución de la enfermedad, existen diferencias en la percepción de causalidad entre acciones y efectos entre el paciente y los médicos. Los familiares, ante la indicación de firmar un “egreso voluntario” no distinguen la fundamental naturaleza de voluntariedad del acto, mismo que se impone por parte del médico. Los médicos presentan una diferencia significativa en la interpretación de lo que se considera una “buena” o “mala” calidad de vida.

7) ¿Injusticia Epistémica?

El paciente se sitúa desde un inicio en una situación de marginación hermenéutica, dado que los Galenos, por el simple hecho de pertenecer a la comunidad hermenéutica de “pacientes renales”, no toman en cuenta su opinión, incluso antes de que la exprese. Se encuentra en una situación de injusticia testimonial, dado que al dar cuenta de su proceso de padecer y sus preferencias, es ignorado por los médicos. No cuenta con los recursos interpretativos suficientes, para poder comprender los riesgos y beneficios del tratamiento dialítico. Éstos los consigue a través de otro paciente, que funge como “interprete” entre dos comunidades hermenéuticas diferentes.

8) Vulnerabilidad

- 1) El paciente al contar con un proceso de enfermedad que depende de la atención de los demás. De recursos con los que el mismo no cuenta, se puede considerar vulnerable.
- 2) El paciente depende de los demás para resolver las necesidades más fundamentales como alimentarse.
- 3) Al pertenecer a una comunidad hermenéutica marginada es más vulnerable que los demás, pertenecientes o cercanos a la comunidad hermenéutica empoderada.
- 4) El mismo hecho de encontrarse en una situación de injusticia epistémica e injusticia testimonial puede considerarse como un acto de vulneración.
- 5) El hecho de ser considerado menos importante brindarle atención ante la lesión sufrida durante el accidente condiciona una doble vulneración.
- 6) El que no se consideren sus preferencias en relación al proceso de muerte o en la definición de lo que significa “calidad de vida”, profundiza la vulnerabilidad ya presente.
- 7) El dominio de las estructuras normativas informales, sobre las estructuras normativas formales destinadas a la protección del paciente y a la calidad de atención, es uno de los determinantes centrales en la profundización y mantenimiento de su vulnerabilidad

9) Responsabilidad

Paciente: El Sr. Ángel contó hasta muy avanzado el proceso de enfermedad, la capacidad de comunicar sus preferencias en relación a las decisiones sobre el tratamiento, sin embargo, no contaba con los recursos interpretativos y acceso a la infraestructura y tecnología, que solo los médicos y la institución médica podía proveerle. En un segundo momento el Sr. Ángel pierde la capacidad de decidir por sí mismo, quedando en manos de terceros. Podemos asumir que en un primer momento, puede asumir una responsabilidad sobre las consecuencias de sus actos al rechazar el tratamiento, siendo que siempre tenemos que considerar la incapacidad de cualquier persona para contar con un entendimiento absoluto de las circunstancias.

Podemos asumir que al perder autonomía, presenta una pérdida de la responsabilidad atribuible a los eventos y acciones que se generen en ausencia de su voluntad.

Hijo: El hijo se encuentra en un contexto de mayor empoderamiento, en el cual cuenta con la posibilidad de tomar decisiones, incluso en contra de la voluntad del Sr. Ángel, por lo que presenta un nivel mucho mayor de responsabilidad.

Médicos: Podemos proponer que los médicos presentan diversos niveles de responsabilidad.

1. Responsabilidad personal ante la vulnerabilidad del otro.
2. Responsabilidad profesional sobre los propios actos ante el otro y ante la sociedad.
3. Responsabilidad institucional ante la organización a la cual representan.
4. Responsabilidad legal y responsabilidad como servidores públicos.

10) No Maleficencia/ Justicia

En el caso analizado, encontramos una profunda vulnerabilidad del Sr. Ángel como paciente.

Todas las acciones que los familiares realizan durante la hospitalización, parten de la necesidad de protegerlo, ante un entorno que se presenta amenazante. El hijo intenta balancear la ponderación de riesgos y beneficios en el proceso de toma de decisiones partiendo de un análisis de una percepción de justicia, centrado en las necesidades del paciente.

Los médicos centran su atención en la propia idea de “beneficio” sin tomar en cuenta las preferencias del paciente y en su momento, las preferencias del paciente comunicadas por su hijo, ante la imposibilidad de que el paciente mismo las manifieste.

Las acciones sugeridas de tratamiento “por beneficio del paciente” no contemplaban en el momento sugerido, la lesión que la imposición del inicio temprano de la diálisis peritoneal podría tener sobre el paciente, tomando en cuenta sus diferentes dimensiones.

Dado que las circunstancias y contextos son cambiantes, el paciente puede cambiar sus preferencias. Los médicos omiten preguntar sobre las preferencias del paciente cuando deciden que la hospitalización no genera ningún beneficio dado el estado avanzado de la enfermedad del paciente e imponen el egreso a domicilio, lesionando tanto los intereses en torno a las condiciones de muerte que podría desear el paciente, como los de la familia.

Finalmente, las prioridades del camillero y el chofer lesionan la integridad del paciente, por lo que se presenta una situación de clara injusticia en la ponderación de intereses, riesgos y beneficios.

11) Recomendaciones

RECOMENDACIONES:

1. Establecimiento de estrategias para identificar situaciones de riesgo de vulneración de las personas ante el dominio de normas informales que permitan entornos de coerción.
2. Establecimiento de estrategias para mejorar los procesos de comunicación efectiva con el paciente y su familia que permitan de forma continua verificar y actualizar las preferencias del paciente, para centrar en ellas las acciones relacionadas con la atención médica, en la medida de lo que los procedimientos, la capacidad de la institución y las leyes vigentes permitan.

6.2 “Gabriela”, Vulnerabilidad del estudiante y la atención del paciente hospitalizado.

Dentro de la organización hospitalaria, podemos observar diferentes relaciones de poder entre el equipo multidisciplinario de salud, así como condiciones que permiten la construcción y reproducción de la vulnerabilidad de algunos de sus integrantes.

Cobra importancia el papel que juegan las estructuras normativas informales en los procesos formativos del personal de salud.

Los nuevos instrumentos teóricos ofrecidos por el campo emergente de las llamadas ciencias de la complejidad, han llegado a las discusiones de la Investigación en Educación, con las que autores como Deborah Osbergh, han hecho un llamado de alerta para cuestionan la tradición de asumir que el mundo del cual damos cuenta en el aula, a través del lenguaje y la representación, puede ser separado del propio proceso del conocer, tal y como defienden las corrientes críticas de la Hermenéutica post Heideggeriana. (Osbergh, Deborah. 2008)

Esto lleva a que en ciertos contextos como lo son los procesos de construcción del conocimiento de un estudiante, que parte de un proceso interpretativo en torno a un fenómeno específico, (por ejemplo, la percepción del alumno en la exploración clínica, frente a la información adquirida en los libros o brindada por el tutor), se puedan presentar discrepancias en la forma en la cual el que habla y el que escucha y valida, dan cuenta del mismo fenómeno.

En ocasiones, a pesar de que el alumno pueda encontrarse en el camino de llegar a la misma conclusión que el tutor, expresando su testimonio de una forma diferente a la esperada por el docente, éste último impide que el alumno concluya su proceso de construcción del conocimiento.

El alumno tendrá que adoptar las formas de validación y expresión del conocimiento exigido por el tutor y la comunidad hermenéutica dominante, para poder continuar siendo parte del grupo.

Las dimensiones narrativas del grupo, junto con los sistemas de validación epistémica, estarán estrechamente relacionadas en la forma en la cual se aceptará o no el ingreso de un nuevo miembro y la adaptación del mismo al entorno, como es el caso del ingreso del estudiante al campo clínico del hospital.

Por lo tanto, los mecanismos de validación epistémica, formarán parte de las estructuras normativas informales que permitirán la continuidad y reproducción de las estructuras de poder existentes, como propusimos en un trabajo previo en el que señalamos la existencia de estructuras normativas formales e informales al interior de las instituciones hospitalarias. (Consejo y Chapela, Carolina 2015)

Cuando el estudiante de medicina ingresa a una comunidad hermenéutica, diferente a la de la institución educativa de la cual proviene, e intenta desarrollar un proceso de aprendizaje crítico y auto dirigido, como lo plantean los programas fundamentados en el constructivismo, puede enfrentarse a un entorno de tensiones y resistencias, al no contar con los mismos valores epistémicos.

Cuando existen tensiones entre los sistemas valorativos de los distintos grupos que interactúan en la relación formativa, dentro del contexto hospitalario, es esperado que se generen conflictos, mismos que pueden llegar a manifestarse con componentes de marginación y de prejuicio, hacia los miembros de grupos subordinados, entre los que se pueden encontrar a los estudiantes o residentes de menor jerarquía. Este escenario permite la generación de situaciones de injusticia epistémica.

Fricker propone que todos los individuos tienen la necesidad de que los miembros de la comunidad en la cual se desenvuelve, reconozcan su capacidad de conocer o dar cuenta del mundo (capacity as knower), y contribuir a la “capacidad de entendimiento” colectivo de la comunidad.

En sus últimos trabajos, la autora replantea la categoría de “Injusticia epistémica” desarrollada en sus primeras obras para considerarla como un “concepto paraguas, abierto a nuevas ideas”. (Fricker, Miranda. 2007)

Dentro de éste “paraguas”, propone la categoría de “injusticia epistémica discriminatoria”, misma que diferencia de la “injusticia epistémica distributiva”, la que

se refiere a la falta de equidad en la distribución de bienes epistémicos como la educación o la información, concepto que no retomaremos en esta discusión.

La injusticia epistémica discriminatoria, puede manifestarse al menos en dos dimensiones:

1. Como injusticia testimonial cuando la persona o grupo de personas que escuchan definen un bajo nivel de credibilidad al testimonio de una persona que habla en base a un prejuicio.
2. Como injusticia hermenéutica cuando existe una brecha entre los recursos interpretativos colectivos y los recursos interpretativos de una persona que quiere hablar, poniéndola a ésta última en desventaja, cuando intenta dar sentido a su experiencia. La injusticia hermenéutica ocurre antes de la acción comunicativa. Sucede cuando un sujeto que se encuentra en una situación de marginación hermenéutica, (pertenecen a un grupo que no cuenta con acceso a una participación equitativa, en la generación de significados sociales). (Fricker, Miranda 2013)

Fricker sostiene que, cuando existe una participación hermenéutica en situaciones de inequidad respecto a algunas áreas significativas de la experiencia social, (como lo son la enfermedad y la muerte), los miembros de los grupos en desventaja, se encuentran “hermenéuticamente marginados”.

Ésta noción de marginación la define como moral y política, la cual indica subordinación y exclusión de prácticas de especial valor para el participante.

DISCUSIÓN:

Retomando la relación docente alumno, en el proceso de exploración del paciente cuando el alumno pretende dar cuenta de los hallazgos y posibles significados de los percibido para la integración del razonamiento clínico, es frecuente observar una minusvaloración del testimonio otorgado por el mismo.

En alguna de las ocasiones el fundamento del profesor para rechazar el testimonio del alumno se fundamenta en la expresión semántica inadecuada a la formulación esperada, pero cuando el alumno refiere que el testimonio emitido parte de una creencia mas no un conocimiento certero sobre los hallazgos encontrados la respuesta del docente suele ser desprecio al esfuerzo racional del alumno, exigiendo que exponga los mecanismos de validación del juicio emitido.

Cuando se rechaza un testimonio del alumno, por el hecho de provenir del alumno podemos asumir que nos encontramos ante una situación de injusticia epistémica discriminatoria.

Cuando el tutor margina el testimonio del alumno, al exigirle responder con recursos interpretativos con los que no cuenta, respaldado por otros miembros del equipo médico, quienes sí comparten estos recursos interpretativos, podemos asumir que se presenta una situación de injusticia hermenéutica.

Podemos concluir que los escenarios hospitalarios, que presenten riesgos de propiciar la generación de situaciones de injusticia epistémica discriminatoria, son escenarios en los cuales los estudiantes, internos y residentes presentan un estado

de mayor vulnerabilidad para el adecuado desarrollo de su proceso de formación médica.

La relación de poder asimétrica en la cual se observan situaciones de injusticia epistémica discriminatoria, también se puede llegar a observar en la relación que sostiene el paciente con alumno.

Es frecuente encontrarse circunstancias en las cuales el paciente o familiar desacredita la opinión del estudiante, interno o residente, al observar la forma en la cual los médicos o compañeros de mayor jerarquía marginan su testimonio y sus juicios clínicos.

Si el médico en formación adquiere las habilidades para adaptarse a la comunidad hermenéutica empoderada que lo margina, puede llegar a superar dicha marginación, adquiriendo eventualmente los recursos interpretativos del colectivo.

Dado que la injusticia epistémica discriminatoria, puede presentar en el contexto de la confrontación de distintos modelos de conocimiento surgidos de diversidades epistémicas entra grupos vulnerables y grupos empoderados de personas, el alumno puede aprender a reproducir las prácticas de marginación hacia otras personas y grupos vulnerables.

Esto se puede observar en la transformación de la relación de poder que el alumno sostiene con el paciente y su familia, a lo largo de sus años de formación médica en el hospital. Cuando la comunidad de médicos de mayor jerarquía, le otorgan gradualmente el reconocimiento de “conocedor”, el paciente lo sitúa también en una situación privilegiada en la relación de poder.

Como lo señala Havi Carel, los pacientes son especialmente vulnerables a encontrarse ante situaciones de injusticia epistémica. (Carel, Havi. James, Kidd Ian. 2014)

La enfermedad, sus interpretaciones valorativas y la construcción de escenarios posteriores a la toma de decisiones, se encuentran profundamente vinculadas con la experiencia vivida por el paciente. El paciente puede sostener un testimonio que parte de la dimensión existencial del “estar enfermo”. Su testimonio se construye como narrativa y que sostiene como conocimiento.

Éste conocimiento se enfrentará al conocimiento validado y defendido por los miembros del equipo médico, y frecuentemente por los miembros de su propia familia, en el proceso de toma de decisiones sobre su proceso de atención médica.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Durante el análisis del caso se encontraron tensiones entre los sistemas valorativos de los distintos grupos que interactuaron en la relación formativa, dentro del contexto hospitalario, con la generación de conflictos.

Este escenario se asoció a la generación de situaciones de injusticia epistémica.

Los conflictos se manifestaron con componentes de marginación y de prejuicio, hacia los miembros de grupos subordinados.

Se observaron lesiones a la autonomía, a la integridad del paciente y a la de su familia:

1.Las estructuras normativas informales dominantes, permitieron la generación de entornos propicios a la vulneración de las personas, reproducción y mantenimiento de la vulnerabilidad.

2.Las prácticas de injusticia epistémica discriminatoria, en el contexto hospitalario, aumentan las condiciones de vulnerabilidad del médico en formación.

3.Una vez internalizadas y aceptadas las normas informales de la organización, los egresados de estos ambientes formativos, presentan el riesgo de reproducir las acciones de injusticia discriminatoria, hacia pares, subordinados y pacientes.

4.Estos ambientes y comportamientos organizacionales, deben ser identificados e intervenidos. Dada la complejidad del objeto de intervención, es necesaria la intervención de las instituciones educativas en coordinación con las de salud.

5.Para poder orientar las estrategias de intervención, se deben de realizar mayores esfuerzos de investigación cualitativa en los escenarios hospitalarios durante el proceso de atención al paciente y su familia. Lo anterior, junto con la investigación

en educación y en el comportamiento organizacional, aprovechando las herramientas metodológicas de las ciencias de la complejidad, nos permitirá proponer intervenciones efectivas, que permitan disminuir la normalización de los eventos de injusticia epistémica discriminatoria.

6.Finalmente se debe de partir ante los casos que se presenten del análisis de las dimensiones de Poder - Vulnerabilidad – y Responsabilidad, en un contexto de diversidad de comunidades hermenéuticas y extraños morales.

TEMAS PENDIENTES PARA LA INVETSIGACIÓN

Es fundamental analizar el papel que juegan los dueños de los procesos de atención al interior de las organizaciones y los responsables de los diferentes niveles de gobierno en las instituciones hospitalarias, para establecer estrategias que reconozcan a las estructuras normativas informales como fundamentales para cualquier intento de intervenir en el comportamiento organizacional.

Las intervenciones derivadas de un mejor entendimiento de la organización hospitalaria, pueden ser el fundamento para orientar estrategias que contribuyan, no solo a disminuir la vulnerabilidad de los pacientes en los procesos de atención, sino que también a garantizar la integridad y disminuir la vulnerabilidad que se presenta en las relaciones de poder que se establecen entre los miembros del equipo multidisciplinario de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abel, Francesc. Terribas, Núria. (2010) The Dynamics of the Bioethical Dialogue in Spain. En: Pessini Leo, Lolas, Stepke, Fernando. Ed. Ibero-American Bioethics: History and Perspectives. P&M Springer. Kindle ed. p 3646
2. Bourdieu P, Passeron JC., (1990) An invitation to reflexive sociology. En: Consejo y Chapela, Carolina. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos. Bol Mex His Fil Med 2008; 11 (1): 16-20
3. Bourdieu & Wacquant (1992) En: Swartz, David (1997) Culture and Power: The sociology of Pierre Bourdieu: 97.
4. Bourdieu P. (1997). Outline of a theory of practice. EN: Consejo y Chapela, Carolina. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos. Bol Mex His Fil Med 2008; 11 (1): 16-20
5. Carel, Havi. James Kidd Ian. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. Med Health Care and Philos. (2014); 17:529-540
6. Chihu Amparán Aquiles (1998) Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Número 1998 Sección de Previa p.p.179-198.
7. Consejo y Chapela, Carolina. Viesca, Treviño, Carlos A. (2004) Repercusión de las relaciones entre el personal médico y la calidad de la Prestación de Servicios Médicos Institucionales. Trabajo de Investigación realizado durante el Servicio Social en Investigación, de la Licenciatura de Médico Cirujano, Facultad de Medicina UNAM/IMSS No. de registro 2004-3702-001
8. Consejo y Chapela, Carolina. Viesca Treviño Carlos A (2013) Adultos Mayores, Vulnerabilidad y relaciones de Poder: Conflictos Bioéticos en la solicitud de Renuncia Terapéutica. Tesis para obtener el Grado de Maestría en Ciencias. Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Facultad de Medicina UNAM.

9. Consejo y Chapela, Carolina. (2015) Los límites de la Bioética En: Torres Vilorio Ed. Temas Selectos de Medicina Interna. México: Colegio de Medicina Interna de México. A.C. / Nieto Editores. p.p 33-38.
10. Denzin, N. (2011) The SAGE Handbook of Qualitative Research, SAGE. London. p 5
11. Engelhardt, H Tristram (2006) En: Global Bioethics. The Collaps of Consensus. M&M Scrivener Press. Massachusetts, USA. pp18-49. Op. Cit p18-49.
12. Fernández, Miguel A. (2011). Normas, virtudes y valores epistémicos. Ensayos de epistemología contemporánea. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Filosóficas.
13. Flick, U. (2007) Designing Qualitative Research. SAGE London. P227
14. Fricker, Miranda. (2007) Epistemic Injustice. Power & the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press.
15. Fricker, Miranda Epistemic justice as a condition of political freedom? Synthese (2013);190:1317-1332.
16. Gobierno de la República (2015) DOF, 20.08.2015. <http://www.gob.mx/segob/documentos/comite-de-etica-y-de-prevencion-de-conflictos-de-interes> consultado en octubre del 2016.
17. Gracia, Diego. (1993) "Principios y metodología de la bioética". Labor Hospitalaria. Aragón, España. pp. 175-183.
18. Gracia, Diego. (2001) Bioética Clínica. Ética y Vida. Estudios de Bioética 2. Editorial el Búho p85-97
19. Gracia, Diego. Como Arqueros al Blanco. Estudios de Bioética Ed. Tricastela Madrid. 2004. pp197-225
20. Hays. D. (2012) Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings. Guilford, NY. P207-208. y 250.
21. IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación en Salud (2013) MANUAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS CENTINELA Y RIESGOS IMSS (VENCERII).

22. IMSS (2016) Norma que Establece las Disposiciones para la Implementación y Mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad "MC". México.
23. IMSS (2016-2) <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/codigo-conducta.pdf> consultado en octubre del 2016.
24. Jonsen, Albert R. (2010) Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7ed. Mc.Graw Hill Medical. Kindle ed. NY. USA. pp2-8.
25. Michel, Johan. (2014) Ricoeur y sus Contemporáneos. Bourdieu, Derrida, Deleuze, Foucault, Castoriadis. Biblioteca Nueva. Ed. Siglo XXI. Madrid.
26. Osbergh, Deborah. (2008) From Representation to Emergence: Complexity's challenge to the epistemology of schooling. En: Mason, Mark. Comp. Complexity Theory and the Philosophy of Education. West Sussex: Wiley-Blackwell.
27. Plsek, Paul. (2003) Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. En: Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence – Based Innovations. Conferencia realizada en Washington D.C Enero 27-28, 2003 National Institute for Health Care Management Foundation, National Committee for Quality Health Care <http://www.nihcm.org/pdf/Plsek.pdf> consultado el 09.05.15
28. Raffoul, François. (2010) The Origins of Responsibility. Indiana University Press.
29. Ricoeur, Paul. (1992) Onself as Another. The University of Chicago Press. Chicago.
30. Secretaría de Salud (2010) Modelo de Gestión para la calidad total hacia la competitividad adaptado al Sector Salud. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_206.pdf Consultado en abril 2016.
31. Secretaría de Salud (2016) Modelo de Gestión de Calidad en Salud <file:///C:/Users/Carolina%20Consejo/Downloads/MODELO%20DE%20GES>

[TION%20DE%20CALIDAD%20EN%20SALUD%202016%20\(1\).PDF](#)

Consultado en octubre 2016

32. Senge, Peter.(2010) Crown Business. The fift Discipline. The Art & Practice of the Learning Organization. Michgan.
33. Swartz, David. (1997) Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu. The University of Chicago Press. Chicago.