



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DE CONOCIMIENTO: BIOÉTICA

AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN
LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN
HUMANIDADES EN SALUD

PRESENTA:

HÉCTOR ISRAEL TORRES GARCÍA DE ALBA

TUTOR:

MYRIAM MARLENE ALTAMIRANO-BUSTAMANTE
GRUPO TRANSFUNCIONAL EN ÉTICA CLÍNICA, CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI, IMSS

Ciudad Universitaria, CD. MX., junio 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

- 0. INTRODUCCIÓN (p. 4)
 - PANORAMA GENERAL: LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN Y LA CLÍNICA (p. 4)
 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (p. 6)
 - PRIMERA HIPÓTESIS (p. 6)
 - SEGUNDA HIPÓTESIS (p. 8)
 - MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN (p. 8)
 - ESTADO DEL ARTE (p. 10)

- 1. LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y LA CALIDAD DE LA CLÍNICA: UN ESTUDIO DE LA RELACIÓN (p. 11)

- 2. EPISTEMOLOGÍA DE LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS (p. 24)
 - 2.1 ASPECTOS DESCRIPTIVOS (p. 25)
 - 2.2 CONOCIMIENTO TÁCITO (p. 32)
 - 2.3 CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO (p. 40)
 - 2.4 CONOCIMIENTO TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS (p. 48)
 - 2.4.1 CONOCIMIENTO TÁCITO: LA PERSPECTIVA KUHNIANA (p. 48)
 - 2.4.2 CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO: LA PERSPECTIVA AXIOLÓGICA (p. 54)
 - 2.4.3 CONFIANZA EPISTEMOLÓGICA (p.59)

- 3. HACER EXPLÍCITO EL CONOCIMIENTO TÁCITO (p. 63)
 - 3.1 ANTECEDENTES (p. 64)
 - 3.2 ESTUDIO DE CASO (p. 68)

ÍNDICE

3.2.1 MATERIAL Y MÉTODO (p. 73)

3.2.2 RESULTADOS (p. 81)

3.2.2.1 AXIOLOGÍA DE LA CLÍNICA (p. 81)

3.2.2.2 EL CONOCIMIENTO TÁCITO EN LA
CLÍNICA (p. 90)

3.2.2.3 LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS: EL
ROL DE LA AXIOLOGÍA Y EL
CONOCIMIENTO TÁCITO (p. 95)

4. DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS BIOÉTICAS (p. 99)

4.1 AXIOLOGÍA Y MEDICINA (p. 102)

4.2 ÉTICA MÉDICA VS. AXIOLOGÍA (p. 106)

4.3 SENSIBILIDAD ÉTICA (p. 107)

4.4 ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD (p. 108)

5. CONCLUSIONES (p. 111)

BIBLIOGRAFÍA (p. 116)

AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS



0. INTRODUCCIÓN

PANORAMA GENERAL: LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN Y LA CLÍNICA

La toma de decisión es una determinación y como tal, delimita la incertidumbre ante la duda cuando no la despeja. (Ponce de León R & Macías H, 2015) Como tal, de igual manera, implica conocimiento, reflexión y razonamiento. En un capítulo dedicado expreso a su análisis se aborda a detalle su definición, cuando menos para el propósito del presente trabajo, sin embargo, por ahora baste decir que, referida en este sentido, es conducto en que se desenvuelve una actividad profesional como también lo puede ser la medicina -y otras profesiones-, pues encausa las acciones que primordialmente la caracterizan.

Vista así, como el conjunto de sus acciones que de manera general y particular determinan su actividad, puede decirse que la medicina es una concatenación de las distintas decisiones que preceden a estas acciones puntuales y resultan en el *acto médico*. Desde vestir una bata, hasta establecer un diagnóstico, hay detrás de cada acción una disposición que, constantemente, toma la forma de una decisión. También es común, sin

embargo, que no reciba un foco de estudio prioritario (Ponce de León R & Macías H, 2015).

Qué está en los extremos de una toma de decisión médica es, en efecto, un tema poco recurrente en el ámbito de la formación que antecede a la actividad profesional, aun cuando su importancia es reconocida (Albert, 1978). Los efectos como resultado de la toma de decisión, por un lado, repercuten en la realización de los fines de la medicina y, a su vez, en sus actores y participantes. Y sus causas, como origen de estas, son contenedores para el sentido de la práctica de la medicina y sus cambios en el tiempo.

Ahí la razón de que sea objeto de este trabajo. La toma de decisiones médicas tiene una relación directa con la atención y la clínica, en la medida en que ambas son abarcadas por el *acto médico* y la actividad que es la medicina en el ámbito profesional actual. La actividad de la medicina actualmente también abarca otros contextos, pero es en estos -en los de la atención y la clínica- donde el *acto médico* acaece; entendido como procuración de salud al enfermo, su contexto es el de la primera línea de atención.

Los distintos contextos de la medicina como aspectos de lo que simultáneamente es una ciencia, una disciplina e incluso un arte, son todos ricos para el análisis ético y bioético. El de la atención y la clínica no es la excepción ni menos complejo que los demás, sobre todo porque considera directamente a ese otro que participa en pasivo -por oposición al agente que es su actor principal- de la misma: el paciente. Es también por ello que la toma de decisión en medicina es crítica, ya que sus consecuencias inciden e igualmente se manifiestan en este más allá de sus actores. Y es también por ello que su estudio resulta de importancia.

Hasta dónde llegan esas consecuencias; de qué manera o maneras lo afectan (al individuo o a la sociedad), y cómo repercuten en el ejercicio de la medicina actual, son solo algunas de las cuestiones para abordar dicho estudio. Asimismo, partiendo de esta relación entre la toma de decisiones médicas y la atención y la clínica, es también que toman relevancia cuestiones como la de valorarlas: ¿las buenas decisiones médicas producen una buena atención y clínica?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un factor en las falencias existentes en la atención y la clínica de los servicios de salud es que se toman malas decisiones médicas, aún cuando se tienen códigos éticos diseñados para reducirlas. Estos códigos éticos fallan en la transmisión efectiva de sus contenidos porque, por un lado, parten de principios *in abstracto* cuyo conocimiento -y por ende posterior ejercicio-, de hecho, se va desarrollando entre la teoría y la experiencia (Gillespie & Peterson, 2009). Por otro, porque minimizan que su aplicación práctica ocurre en la forma de la toma de decisiones médicas puntuales, o bien, en el conjunto de estas. Sin embargo, el estudio de la teoría de la decisión (Kaplan, 1983) -o bien de las decisiones médicas como tales- es frecuentemente subestimado cuando no se pasa por alto o se reduce al aspecto técnico-científico del juicio clínico, menospreciando el aspecto moral de la misma decisión médica que lo abarca (Numata *et al.*, 2020).

PRIMERA HIPÓTESIS

La *primera hipótesis* es que los componentes de la toma decisiones médicas, el técnico y el moral, tienen *dos dimensiones epistémicas*. La

primera es la del conocimiento explícito que es, en principio, transmisible de manera directa; la segunda es la del *conocimiento tácito*¹ que, en principio, no es explícito. Sobre esta distinción que es más que una mera regla lógica de inferencia se abundará en el capítulo de CONOCIMIENTO TÁCITO. El conocimiento implicado en la toma de decisiones médicas se forma en y/o desde ambas dimensiones de manera constante, por lo que son indisolubles.

La tesis que se propone en este trabajo es que la calidad de la toma de decisiones médicas depende en buena medida del *conocimiento ético-tácito*. Seguir reglas explícitas para llegar a una resolución ante una toma de decisión en una situación práctica, como los principios en los códigos de ética pretenden, no conduce a una aplicación inequívoca de los mismos. Ello porque solo consideran el conocimiento que contienen y este no implica el saber cómo aplicarlo necesariamente, de un caso a otro. Los principios de esta naturaleza son útiles, pero no agotan el conocimiento requerido para ejercer sus fines.

Como fundamento de lo anterior hago referencia a la perspectiva de Thomas Kuhn sobre la relación entre la ciencia y la práctica de la ciencia en *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), en que el esquema teórico que caracteriza paradigmáticamente a una disciplina científica se prueba constantemente por los científicos de su gremio y en la *praxis* de lo que denomina “*ciencia normal*” (Kuhn, 1962), aplicando sus métodos, técnicas, procedimientos, etcétera en cada caso. De entre los compromisos que se generan en esta relación para con el paradigma de cada ciencia, está uno axiológico en que el contexto particular de cada agente juega un papel relevante de cara al progreso de esa ciencia.

¹ Puede aparecer abreviado como CT en lo sucesivo.

SEGUNDA HIPÓTESIS

La segunda hipótesis es que el estudio práctico del conocimiento tácito y ético-tácito en un contexto médico específico acarrea la posibilidad de incidir en la calidad de la toma de decisiones de este. General como se plantea por la mayor dificultad que representa probarla, esta hipótesis se circunscribe en un debate vigente al interior del marco teórico del conocimiento tácito; este es, el de si es o no codificable. Por lo mismo, se irá esclareciendo a medida que avance la sección dedicada a abordar ambas posiciones.

En todo caso, se ofrecerá cuando menos un caso por cada postura y con estos el tratamiento del concepto (conocimiento tácito) en cada cual, contestando a las cuestiones que marcan sus diferencias fundamentales. La intención primordial de buscar probarla se encamina, en todo caso, a presentar cuando menos una perspectiva integral de lo que significa codificarlo y sus implicaciones para el trabajo.

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La hipótesis es que, así como hay una dimensión epistémica de conocimiento tácito en la toma de decisiones médicas², existe otra de lo que llamo *conocimiento ético-tácito*³ y este es un sustrato para las intuiciones morales que forman parte de esta (la TDM). Establecer esta distinción es útil en dos sentidos. Primero, en la medida en que enfatiza el aspecto moral de la toma de decisiones médicas que frecuentemente es relegado o supeditado al técnico, siendo que puede jugar un papel tan importante como aquel en

² Puede aparecer abreviado como TDM en lo sucesivo.

³ Puede aparecer abreviado como CET en lo sucesivo.

la generación de los juicios clínicos. Y segundo, en tanto se ofrece como categoría para pensarlo y estudiarlo. De manera indirecta, señala al juicio clínico como circunscrito en la toma de decisión médica que lo abarca, expresando una noción más amplia del acto médico con miras a una perspectiva ulterior a la medicina basada en evidencias (Sackett *et al.*, 2007) (Gutenbrunner & Nugraha, 2020) (Mantzoukas, 2008).

Esta es una investigación teórica elemental. Como tal, sus métodos son el análisis, las síntesis y la argumentación. Estos son los instrumentos para el estudio de la axiología y el conocimiento ético-tácito en la toma de decisiones médicas:

[1] Una descomposición analítica de la toma de decisión en el contexto de la medicina, examinando sus características, y desglosando para después clasificar los tipos de conocimiento de los que consta y cómo se relacionan. A partir de esta clasificación, continúo con:

[2] La revisión crítica de esta clasificación (la del conocimiento tácito y ético-tácito) y sus fundamentos desde la filosofía, así como su análisis en el contexto práctico de la medicina mediante la presentación de casos ejemplares concretos.

[3] La revisión crítica y síntesis de las perspectivas epistemológicas sobre los aspectos clave de los conceptos de CT y CET, principalmente la posibilidad de su codificación y sus implicaciones en el contexto del ejercicio actual de la medicina.

ESTADO DEL ARTE E INVESTIGACIONES PRECEDENTES

El estudio de la toma de decisiones médicas desde una perspectiva epistemológica se inserta en la discusión de los principios morales y epistémicos, y la relación entre ambos, en la tensión entre el binomio de la medicina basada en evidencias (Sackett *et al.*, 2007) y la medicina basada en valores (Fulford, 2004) (Marcum, 2008).

La propuesta de elaborarlo a partir del concepto de *conocimiento tácito* no es inédita, pues la literatura al respecto es abundante (Henry, 2006). Para el estudio de este elemento parto del trabajo de Michael Polanyi (1958, 1967) y su exégeta Harry Collins (2010). En lo que toca al concepto de *conocimiento ético-tácito* los antecedentes son comparativamente pocos y en la mayoría de los casos se hace un tratamiento diferente al que aquí se propone, abordando el concepto vinculado a la noción de *conocimiento moral tácito* (Van Der Zande *et al.*, 2014).

Finalmente, y de manera aledaña al marco teórico nuclear de la cuestión, el análisis y la propuesta presentados en este trabajo se enmarcan en la discusión sobre la bioética filosófica. Esta comprende el cuestionamiento de los alcances teóricos y prácticos de la aplicación del conocimiento filosófico a la bioética y su sustancia en términos de sus posibilidades concretas.

Es comúnmente argumentado que “aquellos en busca de pragmatismo y relevancia en la vida real harían bien en concentrar sus esfuerzos en el estudio de políticas públicas y legislaciones, y aquellos que buscan conocimiento acerca de nuestro pensamiento moral lo hicieren en la bioética filosófica y en tanto explicación de conceptos, argumentos, perspectivas y afirmaciones normativas” (Häyry, 2015).



*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



1. LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y LA
CALIDAD DE LA CLÍNICA: UN ESTUDIO DE LA
RELACIÓN



AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.



1. LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y LA CALIDAD DE LA CLÍNICA: UN ESTUDIO DE LA RELACIÓN

Establecer la relación entre la toma de decisiones médicas y la atención y la clínica, es materia de estudios cuantitativos-cualitativos, de método empírico, presentes y pasados (Evans, 1993). No es el propósito de este apartado ni de este trabajo llevar a cabo una investigación de dicha naturaleza, pero sí traerla a cuenta, si bien ya analizando de manera crítica tanto la literatura como la información en general que al respecto existe. El objetivo, en todo caso, es fijar un punto de partida para la consideración de esta relación y su papel en los argumentos que presentaré.

De acuerdo con el Anuario estadístico de 2017 publicado por la Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en ese periodo anual se registraron más de 15 mil asuntos que solicitaron la atención del organismo por los usuarios de los servicios de salud en México. Antes de desglosar las cifras, empero, es de utilidad especificar brevemente en qué consisten estos asuntos y cómo son clasificados por el organismo, para entender con mayor precisión la información que representan y por qué es valiosa para este apartado.

Los “mecanismos de solución de controversias” (CONAMED, 2017), o bien criterios usados para clasificar estas peticiones de asistencia por parte de los usuarios, están dictados por el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico que las organiza en cinco conceptos: Orientación, Asesoría especializada, Gestión inmediata, Proceso arbitral y Gestión pericial. Cada uno de estos es en la práctica un proceso que, sucesivamente, se pone en marcha cuando el que lo precede falla; es decir, no logra satisfacer la petición de asistencia del afectado. De tal suerte que, una vez recibida la solicitud, cabe la posibilidad de darle solución en al menos tres ocasiones antes que sea escalada al siguiente proceso.

La primera de estas ocasiones es inmediatamente después de la recepción y atención inicial de la solicitud, en que se ofrece información y orientación en general para dispersar dudas que no necesariamente requieren la intervención de personal médico o jurídico especializado. Si esta no es suficiente, se procede a una asesoría especializada, procedimiento que implica un análisis más detallado del caso en cuestión considerando la explicación de los aspectos médicos y jurídicos de este. Es solo cuando no se halla una solución a la afectación del usuario de los servicios médicos que se rebasa esta instancia y se documenta la misma como queja.

Los tres procesos hasta ahora descriptos forman parte de lo que el modelo engloba como una primera etapa (de Orientación y Gestión) de la atención al usuario. Las dos siguientes son de carácter conciliatorio y arbitral, respectivamente, siendo la diferencia más importante respecto de la primera que en estas se involucra a todas las partes, afectadas y afectantes, e implican un procedimiento pericial.

Debido a que son las quejas las que representan una inconformidad con los servicios de salud que persiste en el usuario aún pasada la asesoría personalizada, son las que resultan de mayor relevancia para este estudio.

Ello tanto porque apuntan a una probable falencia en la atención médica y/o la clínica, como porque comprenden en sus motivos la posibilidad de vincularla con la toma de decisiones médicas.

De los 15,878 asuntos, entonces, 1,964 calificaron como quejas concluidas (12.4%). Este conjunto, a su vez, se sub-clasificó en función al motivo que originó la queja y por grandes grupos de causas, mismos que se desglosan en la Tabla 1.

Tabla 1

Quejas concluidas por grandes grupos de motivos que las originaron, en 2017

Motivos por grandes grupos	Total	Porcentaje
Tratamiento médico	3,419	27.2
Problemas con el diagnóstico	3,217	25.6
Relación médico-paciente	2,289	18.2
Tratamiento quirúrgico	1,997	15.9
Deficiencias administrativas	1,032	8.2
Auxiliares de diagnóstico	392	3.1
Accidentes e incidentes	129	1.0
Atención del parto y puerperio	111	0.9
Total	12,586	100

Nota: Se observa un número total mayor en la tabla porque se considera más de un motivo por queja. Tomado de la Base de datos del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

De los ocho grandes grupos de motivos que se consideran, tres concentran los más altos números de ocasiones en que fueron mencionados

en la presentación de las quejas: aquellas que se asocian con el tratamiento médico (27.2%), las que se basan en problemas con el diagnóstico (25.6%) y las que señalan alguna forma de inadecuación en la relación médico-paciente (18.2%). Ya que son los más próximos en posible relación a la toma de decisiones médicas, estos tres tendrán también el foco en este apartado. Hacer mención del resto, sin embargo, es conveniente en tanto será útil para enfatizar el establecimiento de la relación que se busca, como se verá más adelante.

Se los llama “grandes grupos” porque engloban una serie de causas que motivan a las quejas si bien de manera más precisa, y ya que por sí aún quedan generales en su caracterización. Para el primer caso -el de las quejas cuyo motivo se asocia al tratamiento médico-, se tiene que ese 27.2% equivalente a las 3,419 menciones bajo este rubro, se desglosa a su vez en seis causas detalladas e identificadas como sigue: Alta prematura del tratamiento; Complicaciones secundarias: desinformación; Diferimiento; Negación del servicio; Secuelas: exceso terapéutico; Tratamiento inadecuado. Esta información puede apreciarse con mejor perspectiva en la Tabla 2.

Tabla 2

Causas detalladas como subgrupo del motivo de queja Tratamiento médico, en 2017

Motivo por causas detalladas	Total	Porcentaje
Tratamiento médico	3,419	27.2
Alta prematura del tratamiento	219	1.7
Complicaciones secundarias: desinformación	636	5.1
Diferimiento	956	7.6
Negación del servicio	113	0.9

Secuelas: exceso terapéutico	94	0.7
Tratamiento inadecuado	1,401	11.1

Nota: Los valores no aparecen ordenados en respeto a la jerarquía del reporte de origen. Fuente: Tomado de la Base de datos del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

Los “grandes grupos” de Problemas con el diagnóstico y Relación médico-paciente también contienen subgrupos de causas detalladas, mismos que se desglosan respectivamente en las Tabla 3 y Tabla 4.

Tabla 3

Causas detalladas como subgrupo del motivo de queja Problemas con el diagnóstico, en 2017

Motivo por causas detalladas	Total	Porcentaje
Diagnóstico	3,217	25.6
Diferimiento	847	6.7
Erróneo	619	4.9
Falta de información y consentimiento	648	5.1
Innecesario	280	2.2
Inoportuno	390	3.1
Omisión	433	3.4

Nota: Los valores no aparecen ordenados en respeto a la jerarquía del reporte de origen. Fuente: Tomado de la Base de datos del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

Tabla 4

Causas detalladas como subgrupo del motivo de queja Relación médico-paciente, en 2017

Motivo por causas detalladas	Total	Porcentaje
Relación médico-paciente	2,289	18.2
Falta de información	917	7.3
Información errónea o incompleta	935	7.4
Maltrato	437	3.5

Nota: Los valores no aparecen ordenados en respeto a la jerarquía del reporte de origen. Fuente: Tomado de la Base de datos del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

Marcar una relación entre las quejas de los usuarios de servicios de salud y la atención y la clínica sigue a la inferencia que estas representan cuando menos la opinión directa del paciente que se identifica afectado y, en ese sentido, es manifiesta. Y si bien es cierto que el medio de conciliación y arbitraje en que se ponen en marcha está diseñado para delimitar esta opinión -sopesando y validando sus fundamentos- y determinar responsabilidades si hace falta, el hecho que se erija en primer lugar muestra un claro descontento o insatisfacción y, como tales, el referente práctico de una experiencia.

Marcar la relación entre las quejas -y/o sus motivos- y la toma de decisiones médicas, en cambio, no es tan fácil. En principio, porque requeriría una norma de inferencia similar o equivalente; es decir, el referente práctico de una expresión directa que señalara la conexión por el

agente, por ejemplo, tras una intervención empírica (Labrie & Schulz, 2015). Sin embargo, el análisis de la información hasta ahora presentada es lo que persigue, ofrecer inferencias que igualmente sean admisibles para sostener esta relación.

La propuesta con este análisis es comenzar en sentido inverso y por descartar factores que menoscaban, ya sea por principio o probabilidad, la participación directa -cuando menos- del agente; en este caso el prestador de los servicios de salud. Así, puede formarse negativamente una noción de discreción en las causas detalladas que posibiliten vincularlas a la agencia del actor y, en ese sentido, a la toma de decisiones.

El primer factor que considero es el de la *infraestructura*. Con este concepto se quiere englobar a aquellos escenarios en que la actuación del agente se ve limitada o bien disminuida en algún grado por atribuciones y competencias respecto de terceros. Ahí las gestiones administrativas, la disponibilidad de recursos, etcétera. No toco aquí la idea de responsabilidad porque bien es suficientemente compleja cuando se la aborda desde un matiz moral, pero la idea subyacente es que en estos escenarios la mayor carga de injerencia en la cuestión es en principio ajena al agente o depende en lo menos de este.

Discriminar tres (Tratamiento médico, Diagnóstico y Relación médico-paciente) (CONAMED, 2017) de los ocho “grandes grupos” de motivos que figuran al comienzo, ya por sí ayuda a segregar escenarios atribuibles a dicho factor, pues fuera quedan aquellos como Deficiencias administrativas y Auxiliares de diagnóstico.⁴ Sin embargo, aun en los subgrupos de los tres

⁴ Estos dos “grandes grupos” también encierran subgrupos de causas detalladas que se desglosan como sigue. Deficiencias administrativas en: Demora prolongada para obtener el servicio; Falta de equipo insumos o personal; Falta de Medicamento; Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico, y Negación de la atención. Y Auxiliares de diagnóstico en: Diferimiento; Estudios innecesarios; Falsos positivos; Resultados inoportunos, y

seleccionados es posible identificar causas que tengan un grado de compatibilidad con el factor *infraestructura*. Y para afinar la delimitación de aquellos que puedan escapar, es que todavía cabe una clasificación ulterior.

El segundo factor es el de *contingencia*. En este concepto se engloban aquellos escenarios con un componente fortuito en los que, de igual manera, se pone la sustancia de la queja en un evento fruto de la casualidad que resta carga a la deliberación del agente; ahí los accidentes y las incidencias.⁵ Mientras que en el caso de los accidentes puede hablarse de eventos que escapen al control de los procesos, procedimientos y deliberaciones del agente, en el caso de las incidencias sí puede haber un grado de correspondencia y, en ese sentido, de corresponsabilidad.

El tercer factor es el de *consunción*. Este concepto quiere hacer referencia al agotamiento propio de la actividad, en particular el caracterizado como resultado del Síndrome de Burnout. Los efectos de extenuación inciden en el ejercicio de la profesión en el personal de salud (Bridgeman *et al.*, 2018) y distorsionan el juicio. Como tales, también califican para reparar en ellos como causas que no están enteramente en las manos del agente. De igual manera, este factor es importante porque servirá para introducir uno de los puntos centrales en el establecimiento de la relación entre la toma de decisiones médicas y la atención y la clínica, mismo que se expondrá en una sección más adelante.

Secuelas. Cabe traerlos a cuenta ya que enfatizan el punto de las causas no atribuibles al agente por sí mismo.

⁵ El subgrupo bajo Accidentes e incidentes incluye las siguientes causas detalladas: Administración de un medicamento que no correspondía; Trauma obstétrico para el producto; Trauma obstétrico para la madre; Presentación de accidentes; Presentación de caídas del paciente, y Presentación de infección intrahospitalaria.

Identificados ya estos tres factores en los subgrupos de causas detalladas de los tres “grandes grupos” seleccionados es que ahora puede distinguírseles más finamente, entre aquellos que resultan menos próximos a la consecuencia de la agencia de sus actores y aquellos que muestran una estrecha conexión -o indicio más fuerte de la misma- con el juicio del agente, incluso así sea en términos de probabilidad o grado de compatibilidad. Como se dijo antes, establecer la relación de manera absoluta no es posible al margen de su estudio empírico.

En el caso de Tratamiento médico, las causas detalladas como Diferimiento (7.6%) y Negación del servicio (0.9%) pueden descartarse sin mayor elaboración con el factor de *infraestructura*. Menos claro es el descarte de la causa Alta prematura del tratamiento, pues también los factores de *contingencia* y *consunción* resuenan al sopesarla. Aquí es importante señalar que, si bien los tres factores pueden achacarse a las causas de una u otra manera y en alguna medida, lo que se busca es resaltar aquellas en que ninguno sea más sensato de achacar que el del mero juicio del agente, así sea comparativamente hablando. Por eso los refiero como *factores*, porque actúan en concomitancia. Del subgrupo, entonces, quedarían tres causas detalladas: Complicaciones secundarias: desinformación (5.1%); Secuelas: exceso terapéutico (0.7%), y Tratamiento inadecuado (11.1%).

Usando la misma pauta de inferencia en el caso de Diagnóstico, el subgrupo se quedaría sólo sin las causas Diferimiento (6.7%) y, en menor medida, Erróneo (4.9%). Pero se quedaría con las de Falta de información y consentimiento (5.1%), Innecesario (2.2%), Inoportuno (3.1%) y Omisión (3.4%).

En el subgrupo de Relación médico-paciente, por su parte, las tres causas que lo componen figuran de la siguiente manera: Falta de

información (7.3%), Información errónea o incompleta (7.4%) y Maltrato (3.5%).

De cara a la admisibilidad de dichas inferencias como suficientes para sostener la relación entre los motivos de las quejas y el juicio del agente médico, es preciso apuntar sus limitadores, así como sus fortalezas. Respecto de los primeros están las limitantes del reporte mismo. La especificidad de las causas no agota el universo de posibles situaciones que pretende especificar, de manera que se basa en una correlación con los hechos que está describiendo y, por tanto, una reducción de los motivos que están disponiendo al usuario de los servicios de salud a la queja.

El sub-registro de las quejas también es un limitador, ya que podría argumentarse que los números no son estadísticamente representativos frente al total de casos de atención y clínica que ocurren durante el año. Esto es porque los usuarios optan por no iniciar ningún proceso debido a razones de distinta índole: prioridad, poca o nula expectativa de solución, falta de información, etcétera (CONAMED, 2017).

Por el otro lado, existen consistencias en los reportes de la CONAMED que refuerzan las inferencias que se están señalando. Ante la idea que el factor *infraestructura* altera su incidencia en el sector público frente al privado (por el tipo de administración de los recursos o gestión en general), por ejemplo, están los números que mantienen los tres “grandes grupos” de motivos seleccionados en los primeros lugares de las quejas, sin importar el sector. Esto puede apreciarse en la Tabla 5.

Tabla 5

Grupos de motivos mencionados en las quejas por sector involucrado

Grupo de motivos	Total	Sector involucrado			
		Sector Público		Sector Privado	
		Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Total	12,586	9,267	100	2,959	100
Tratamiento médico	3,419	2,552	26.5	867	29.3
Problemas con el diagnóstico	3,217	2,462	25.6	755	25.5
Relación médico-paciente	2,289	1,699	17.6	590	19.9
Tratamiento quirúrgico	1,997	1,502	15.6	495	16.7
Deficiencias administrativas	1,032	929	9.6	103	3.5
Auxiliares de diagnóstico	392	293	3	99	3.3
Accidentes e incidentes	129	100	1	29	1
Atención del parto y puerperio	111	90	0.9	21	0.7

Nota: Se considera más de un motivo por queja. Tomado de la Base de datos del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

Finalmente, está el factor de *vigencia*. Si bien la repetición *per se* no implica necesidad para la relación, sí descarta que las incidencias de 2017 sean un caso aislado y único. El reporte de 2018 muestra consistencia en tanto que mantiene los mismos “grandes grupos” de motivos en los mismos lugares de incidencia por mención en las quejas (CONAMED, 2018). Si, los porcentajes se alteran en tanto que el número de quejas registradas es otro, pero la jerarquía entre estos prevalece y lo mismo aplica para sus subgrupos de causas detalladas.

Entonces, en general, las quejas que se registran anualmente por la CONAMED y sus causas y motivos son potencialmente un indicador de que la toma de decisiones médicas (Elstein *et al.*, 1978) juega un papel relevante en la calidad de los servicios de salud que se ofrecen al usuario e inciden, por tanto, en la atención y la clínica que son el ejercicio de la medicina.



*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



2. EPISTEMOLOGÍA DE LA TOMA DE DECISIONES
MÉDICAS



AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.



2. EPISTEMOLOGÍA DE LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

2.1 ASPECTOS DESCRIPTIVOS

LA TOMA DE DECISIÓN

A la resolución que se toma en una cosa dudosa, se le define como *decisión*. También a la muestra de carácter con que se lleva a cabo dicha determinación. Por toma de decisión también puede entenderse la deliberación -como proceso- y la resolución -como término y efecto de ese proceso-, que acontecen ante la duda. Para abordar la definición que se considera en la presente investigación, sirva un breve análisis que la desglose en lo que, a juicio, pueden ser sus partes.

Por un lado, el reconocimiento de una situación que provoca incertidumbre o simplemente pone frente al agente un escenario de alternativa en que, por otro lado, cabe la elección. Además, entre dicho reconocimiento de dada situación o circunstancia, y la elección realizada -que bien puede caracterizarse como un juicio formado-, cabe también un paso intermedio en que la reflexión tiene un papel. De tres momentos, entonces, puede hablarse al analizar la semántica de la toma de decisión: la

identificación de una circunstancia, la *reflexión* que le sigue y que, a su vez, antecede a la formación del juicio en que resulta la *elección*.

Es importante hacer notar un apunte adicional sobre las condiciones que circundan dicha elección cuando se concreta la toma de decisión. Al decir que hay lugar para que una elección suceda, sí me refiero a la oportunidad en que esta determinación es pertinente, pero señalarla únicamente como derivada de cierta ocasión minimiza su condición de indispensable: para que se concrete la toma de decisión, debe haber una elección precedida por la identificación de una situación de incertidumbre o escenario de elección. Esta fuerte reciprocidad quedaría debilitada si se la describiera como ocurrente, debilitando así también lo que puede describirse como una relación de necesidad entre ambos momentos.

Y ya que un agente puede identificar una situación de incertidumbre y aún mantenerse al margen -interrumpiendo el paso al momento de la reflexión o la elección final-, la determinación en que se concreta una toma de decisión observa su correspondencia con un factor adicional: el de la *motivación* del agente. Si la identificación de una situación de incertidumbre se corresponde con una motivación del agente para resolverla, entonces puede concretarse la toma de decisión, y es ahí que también descansa la mencionada relación de necesidad en el proceso.

Para que esta determinación ocurra, entonces, es preciso que se considere una motivación; es decir, un estímulo que lleve al agente al proceso de la toma de decisión. Sí, la motivación de dar solución a ese escenario de alternativa o situación de incertidumbre es inherente a la circunstancia misma a que se enfrenta el agente que toma la elección para superarla, si bien generalmente está ligada a un propósito ulterior. Así, el médico que lleva a cabo la toma de decisión, lo hace con miras a resolver el

misterio de una enfermedad (Ponce de León R & Macías H, 2015), a asistir a la persona que la padece, o inclusive a cuidar su reputación profesional.

Sobre los párrafos anteriores que traen a cuenta el factor de la *motivación* en la toma de decisión puede extenderse la discusión al punto de dedicar un capítulo completo y no es el objetivo principal del trabajo. Sí me detengo en ella, sin embargo, para establecer precisiones que pienso contribuyen a hilar de mejor manera la argumentación subsecuente.

En general, dos posturas antagónicas pueden ser revisadas al explicar la motivación humana: la *racionalista* y la que deriva del pensamiento de David Hume⁶. Aunque las distinciones y los matices llegan a ser tan finos como variados entre ambas, en esencia “la disputa es acerca de la capacidad de los principios o normas racionales para contribuir a la explicación de la motivación” (Wallace, 1990, p. 355). En este sentido y parafraseando a Wallace (1990), decantarse por la posición humeana equivaldría a sostener que la *motivación* no puede ser explicada racionalmente toda vez que los *deseos* siempre están presentes en cada una de sus ocasiones -las de la motivación (p. 366). La lectura que aquí recupero difiere de dicha posición. Más aún, de la implicación que la llamada razón práctica es restrictivamente instrumental en su función (McDowell, 1979). En reconocimiento de que la naturaleza de la motivación es más compleja que esto pues, adhiero el tratamiento de este término a lo mentado por Wallace (1990) en la siguiente sentencia, reivindicando así las posibilidades de una consideración en todo caso racionalista: “Muchos de los *deseos* que figuran en la *motivación* en sí mismos actitudes proposicionales motivadas (...) estados que admiten una explicación “racionalizadora” ulterior. Su presencia en las ocasiones de la motivación, por lo tanto, no excluye necesariamente la explicación puramente racional de la motivación” (p. 366).

⁶ Cf. Hume, D. *A Treatise of Human Nature*, Ed. Selby-Bigge, Clarendon Press. (1978).

LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

Desde un acercamiento de lo más general, la toma de decisión médica es la que acontece en el contexto de la medicina. Amplio como es este acercamiento, pues abarca la actividad de escuelas, academias, laboratorios, hospitales, instituciones públicas y privadas y más, una primera delimitación es que la aproximación que en este apartado se busca llevar a cabo toca, en principio, al entorno hospitalario.

De manera más específica, aunque no exclusiva, me concentro en la TDM concerniente a la relación médico-paciente ya que centrarse en ésta permite acotar dicho contexto al de centros de atención al paciente, como consultorios y clínicas, pero especialmente hospitales. La razón de lo anterior responde a que éste es el entorno en que la práctica clínica ocurre, primordialmente. Sus actores, por lo mismo, son potencialmente aquellos agentes que participan de este contexto: médicos, enfermeras, técnicos, residentes, pacientes, etcétera.

En otras palabras, la toma de decisiones en medicina, sobre todo en el contexto de la práctica clínica, “sigue a un proceso de deliberación que culmina en un acto (...) y éste [acto] es una actividad moral que implica los motivos del médico, que es quien toma la decisión, para efectuarse en el paciente, quien posee su autonomía y dignidad” (Ponce de León R & Macías H, 2015).

Entendido como tal, entonces, ese acto médico que es la toma de decisiones en medicina es también un acto moral y así es objeto de análisis para la bioética (Banning, 2008) (Dowding, 2009).

A la decisión médica también puede descomponérsele en dos componentes: uno *técnico* y otro *moral*. Ciertamente que, como acto médico, la toma de decisiones médicas es compleja ya que estos dos aspectos de esta son indisociables. Sin embargo, pueden distinguirse estos dos elementos para analizarla al asociar características a cada uno.

La toma de decisión médica es técnica en el sentido que se basa en el conocimiento de las ciencias de la salud. Es técnica en el sentido en que dispone de herramientas tecnológicas enfocadas al diagnóstico y tratamiento. Es técnica en el sentido en que reflexiona sobre posibilidades de la enfermedad desde un aparato teórico-científico, considerando inferencias clínicas, probabilidades estadísticas y expectativas de recuperación fundadas en la experiencia.

A la vez, la toma de decisión médica es moral en el sentido en que repercute sobre otra persona. Es moral en el sentido en que reflexiona sobre los valores del paciente y considera su vulnerabilidad como persona que padece la enfermedad, y en relación con el sistema de salud que lo atiende o el tratamiento que recibe (Sossauer *et al.*, 2019).

Entonces, como otra toma de decisión en general, la TDM implica *conocimiento*, tanto como entendimiento que se está ante una situación de encrucijada que genera confusión o duda, como arsenal de saber con que se hace frente a la disyuntiva. Implica de igual manera reflexión y también denota razonamiento. Y si bien se estarán tocando estos dos últimos elementos de manera indirecta durante el trabajo, el interés está puesto sobre todo en el primero, el de conocimiento.

De lo anterior se seguiría que ambos componentes referidos como constitutivos de la TDM, implican conocimiento. Apuntar hacia el conocimiento implicado en el aspecto técnico de la TDM es apuntar al acervo

que, en principio, posibilita de entrada encontrarse ante una toma de decisión médica; esto es, al amasado durante la formación y aún en el ejercicio de la profesión. Incluso al previo a la formación y que fue nutrido, afinado o adaptado para dar lugar al nuevo. Ahí los conceptos, fórmulas, procedimientos, procesos, técnicas y etcétera de los que consta la disciplina.

Apuntar hacia el conocimiento implicado en el aspecto moral, por su parte, involucra una caracterización no tan diferente, aunque así pudiera parecerlo. Igualmente sería apuntar a un acervo conformado durante la formación y aún en el ejercicio de la profesión, e incluso al previo a estas, así el contenido de este fuera distinto. Para distinguirlos podrían establecerse criterios comparativos como del tipo: por temporalidad, marcando la diferencia de tiempo que se dedica en la formación a los unos frente a los otros, por ejemplo. Sin embargo, una diferencia más clara y por tanto más común de admitir, sería el grado de objetividad/subjetividad atribuible a cada uno de ambos contenidos.

Mientras que los contenidos del conocimiento en el aspecto técnico de la TDM serían sujetos de mayor objetividad en la medida en que son intercambiables de manera específica entre pares -los agentes de la toma de decisiones-, los contenidos del conocimiento en el aspecto moral de la TDM tendrían un ingrediente de subjetividad en la medida en que son interpretables de manera más amplias entre pares. Son, en cambio, objeto de argumentación y debate así se estructuren en pautas de conducta deseable y hasta exigible inherentes a la profesión.

Si bien esta distinción refleja una condición entre ambos hasta cierto punto sostenible, presenta también problemas en su pretensión de describir el conocimiento implicado en medicina, quizá más que las diferencias que supone aclarar. Es incluso, bajo otras perspectivas epistemológicas, erróneo. Porque el conocimiento es también producto de “contemplaciones”

y “convicciones” de las personas, la dicotomía objetivo/subjetivo para caracterizarlo no es la más precisa (McHugh & Walker, 2015).

Aún el conocimiento regular de las ciencias es un objeto que entra en relación con el sujeto que lo estudia cuando se forma en estas, y como tal implica un proceso que le es particular en ese sentido. Por lo mismo, la separación respecto de su sentido de universalidad no es tan tajante.

Filtrar el conocimiento a través de las categorías epistémicas de *conocimiento explícito* y *conocimiento tácito* da cuenta de manera más precisa, como se argumentará, de la relación entre la ciencia médica y su práctica.

2.2 CONOCIMIENTO TÁCITO

Para identificar -o bien, caracterizar- cuáles aspectos de la toma de decisiones médicas tienen qué componentes de conocimiento (epistemológicos) y de qué tipo son estos, es que en este apartado se establecen los marcos conceptuales de referencia para estos elementos.

El significado de conocimiento tácito no es unívoco (Dampney *et al.*, 2002). Las formulaciones de su concepto son tan amplias como variadas son las teorías que alrededor de esta concepción se han generado. Las relevantes para este trabajo se encuentran en las definiciones que Michael Polanyi ofrece en su *Conocimiento Personal* (1958), y Harry Collins elabora, principalmente porque al primero se atribuye el origen del término que ha sido ampliamente abordado e interpretado desde entonces. Antes de delimitarlas, sin embargo, conviene dedicar algunas líneas a las ideas elementales que están alrededor del concepto para enfatizar su noción clave.

De lo general a lo particular, entonces, lo que distingue al conocimiento tácito del explícito es que el primero no es, en principio, decible. Es conocimiento que cuando se tiene no puede ser expresado a otros(s) del todo, o bien, no puede ser expresado con facilidad. La primera idea esencial del conocimiento tácito tiene qué ver con una condición de inefabilidad, o bien, de dificultad para ser verbalizado. Saberes conformados como resultado de adquirir experiencia en la repetición de acciones puntuales son del tipo que pertenecería a este conocimiento. Ahí también las habilidades -de tipo manual, por ejemplo-, y el saber-hacer algo (*know-how*) en una actividad, profesión y/u oficio determinados.

Otra idea básica del conocimiento tácito se relaciona con la escritura pues, a diferencia del explícito, no se adquiere directamente de libros,

archivos o documentos. Y aún más que la escritura, a una condición de codificación en la forma de datos o información o reglas que pueda ser inmediatamente enseñada y aprendida. Es común que, por lo mismo, se lo refiera contrapuesto a la idea de *articulado* (Polanyi, 1958).

Finalmente, el conocimiento tácito es aquel que reside *al interior* del cognoscente. Bien es cierto que planteado de este modo puede introducir problemáticas mayores de definición toda vez que es una perspectiva abordada desde diversos frentes en la epistemología. Para sortearlos -pues alargarian innecesariamente la presentación de los puntos clave del apartado- vale apuntar que esta descripción la uso en el sentido de enfatizar que es conocimiento dentro de la mente y la percepción del individuo por oposición a aquel conocimiento compartido. Está en estrecha relación con su comportamiento, sus intuiciones y sus juicios.

El ejemplo paradigmático que constantemente se trae a cuenta para representarlo es el de montar una bicicleta: no se aprende por medio de leer acerca de cómo hacerlo o incluso de “estar consciente de cada modelo físico o mecánico involucrado” (Collins, 2010, 99), sino más bien a través de demostraciones, experiencia y contacto con otros que saben hacerlo.

Otro, el reconocimiento facial. “Conocemos el rostro de una persona y somos capaces de reconocerlo de entre miles (...) y aún así, usualmente no sabemos decir con certeza cómo [lo hacemos], de manera que no puede ponerse en palabras” (Polanyi, 1967, 12).

El ejemplo que mejor se adapta al caso que aquí ocupa puede ser el de la instrucción que toma lugar entre un maestro y su estudiante o su aprendiz, en que el conocimiento se adquiere a partir de la percepción y de manera demostrativa -en la vista, a la escucha- y la convivencia constante, más que por medios de la educación formal como, ya se dijo, la lectura.

La conocida sentencia de Polanyi se mantiene vigente al captar la idea determinante tras el concepto de conocimiento tácito: “Conocemos mucho más de lo que podemos decir” (1958, 3). Y si bien Collins elabora sobre los conceptos aledaños -sobre qué significa la imposibilidad de ser explicado y en qué consiste la explicación misma- y lleva el análisis hacia una visión mecanicista del mundo cognoscible (2010, 80), su definición también comprende la idea esencial: “El conocimiento tácito es conocimiento que no es explicado” (2010, 1).

Otra idea crucial del pensamiento de Michael Polanyi y también para la argumentación subsecuente está en la distinción entre dos clases de *conciencia/estar-consciente* involucradas en todo acto consciente: la *focal* y la *subsidiaria*. Las cosas a las que estamos prestando atención y de las que somos activamente conscientes pertenecen a la primera y son del tipo de las imágenes que vemos en la mente, los objetos de esta que se corresponden con objetos externos o del mundo; el leer una oración, etcétera.

La conciencia subsidiaria, en cambio, tiene que ver con elementos y procesos inconscientes⁷, que no están en el panorama presente de la atención tales como *objetos* en el mismo contexto, pero en el trasfondo de lo que sucede; emociones y experiencias pasadas.

Ambas clases de conciencia tiene una relación de dependencia en la que la subsidiaria funge como un sustrato sobre el cual la focal adjudica significado *personal* -es decir, individual- a sus contenidos. Para Polanyi, así se configura la estructura de todos los actos de conocimiento (1967).

⁷ Más allá de algún contexto específico de la psicología y/o el psicoanálisis, estaré usando los términos inconsciente/subconsciente de manera intercambiable, con el solo propósito de enfatizar la intencionalidad o disposición intencionada de dirigir la atención a un objeto cognoscible.

Si bien la noción base del conocimiento tácito está esquematizada desde este planteamiento, la razón para que actualmente existan numerosas interpretaciones de esta está en los problemas que también cada una de las ideas hasta ahora referidas conlleva, cuando menos en sus tres acepciones más generales: la de *decibilidad*, la de *articulabilidad*, y la que toca a la *interioridad*, o bien, *interiorización* del conocimiento.

Y es que, si ha de sostenerse o de menos considerarse la idea que *algo*, un objeto del conocimiento no puede ser dicho, lo siguiente es determinar qué se está entendiendo por *decir algo*. Dejando de lado la pregunta por las causas últimas de las posibilidades del habla como evento físico -porque no cada cuestión es profunda ni amerita la exploración desde una perspectiva filosófica y algunas son más bien prácticas-, una afirmación así sí toca a discusiones epistemológicas-analíticas sobre el lenguaje. Esto es, hasta qué grado llega la imposibilidad del lenguaje.

Después hay que pensar en qué motivos específicos y en qué sentido están condicionado lo decible de ese objeto, si se refiere a una intuición como la noción incipiente de una idea que no asoma lo suficiente para identificarla; si tiene qué ver con la agencia del individuo en tanto que disposición o voluntad para no externarlo, o bien, si el condicionamiento se queda solo en la mera falta de vocabulario para articular la idea al margen del grado de posesión de tal idea.

Con la idea de interioridad del conocimiento, la problemática no es menos compleja así sea más concreta y, formulado como cuestionamiento, sería preguntar por qué tanto puede denominarse a un objeto un objeto cognoscible cuando sus criterios de consistencia -de que sea considerado conocimiento- son también internos; es decir, no tienen un parámetro de "objetividad" para ser delimitados. Ciertamente Polanyi (1958) desecha este

tipo de escepticismo radical de la filosofía tradicionalista (Descartes, [1641]1996), sin embargo, es un punto de crítica contemporánea por corrientes neo-kantianas (S. P. Turner, 2011).

Es precisamente en estas cuestiones que se inserta la contribución de Harry Collins al concepto del conocimiento tácito. Si bien la construcción teórica de Polanyi (1958) era una postura en estrecha relación con los postulados axiomáticos de la ciencia en su contexto, las categorías con que Collins elabora la propia haciendo una revisión crítica de la obra lo ponen en diálogo -que bien discusión- directo en el ámbito de esta, como se verá en los siguientes apartados.

Debido a que estas categorías son las que ponen el foco en la relación de la ciencia y el conocimiento tácito con mayor precisión, es que aquí se traen a cuenta, pues simultáneamente arrojan luz sobre la naturaleza del concepto. La discusión sobre sus limitantes, cuando menos para este trabajo, también será abordada como se verá más adelante.

En *Conocimiento Tácito y Explícito* (2010), propone tres categorías como instrumentos de análisis para mejor entender la noción del conocimiento tácito. La idea central de la noción sigue siendo su consistencia en función a su grado de *explicabilidad*, así que estas se dividen en función al grado en que el CT puede ser explicado. Así, establece tres grados: uno *débil*, uno *medio*, y otro *fuerte*. Contrario a lo que podría pensarse de entrada, sin embargo, esta “intensidad” está siendo referida en un sentido inverso; es decir, en qué medida o qué tanto el conocimiento tácito se “resiste” a ser explicitado.

El CT “fuerte” es el que denomina *colectivo* (CTC). El CTC es el de tipo más fuerte porque es conocimiento que se localiza en la sociedad. El cómo y por qué pasan las cosas en una sociedad amerita una explicación que no

puede conseguirse fuera la de experiencia en esa determinada sociedad, o bien, colectividad, y eso constituye el problema de la socialización (2010, 122). Para actuar de manera funcional en una sociedad se requiere de este tipo de conocimiento que, sin embargo, se mantiene inescrutable precisamente por su carácter colectivo; es decir, no es posible que sea agotado en la experiencia de tan solo un agente como parte de ese colectivo. Además, por lo mismo, su posibilidad de ser explicado se presenta constantemente lejana. Y “es fuerte” en la medida en que es uno que no puede hacerse explícito.

El segundo tipo de CT es el *somático* (CTS) y se corresponde con la gradación “media” de resistencia a ser explicitado. Este sería el caso específico del ejemplo paradigmático de montar una bicicleta y en tanto que la habilidad para mantener el equilibrio “se establece en nuestras vías neurales y músculos en formas de las que no podemos hablar” (Collins, 2010, 99) y al margen de estar completamente consciente de algún modelo teórico sobre el balance; su dominio se da con la práctica. A diferencia del CTC, este tipo de conocimiento es uno que se posee sin poder ponerlo en palabras del todo, pero conserva una vía de transferencia así sea por medio de entrar en contacto con los que ya lo poseen. Mientras que el CTC *está* en lo colectivo, por otro lado, el sitio del CTS *está* conferido al cuerpo y el cerebro de los individuos -que no la mente-. Este segundo apunte conlleva otra acepción de su carácter explicativo; esta es, que sus posibilidades de codificación residen en buena medida en los esfuerzos investigativos involucrados en la ciencia. Dicho de otra manera, ya que se trata de conocimiento ligado a los cuerpos y los cerebros de los individuos, cabe la posibilidad de hacerlo explícito usando los recursos disponibles de la ciencia -de la disciplina pertinente- para describir su aspecto físico, pues se consideran en el sentido de entidades físicas. El caso de las neurociencias, por ejemplo, sería uno de pertinencia.

El tercer tipo de conocimiento tácito es el *relacional* (CTR). Puesto de manera simple, se trata del conocimiento implicado en las maneras en que los individuos se relacionan. Hay que señalar que en esta tipificación también hay un aspecto *social* así acarree reparar en que, en algún sentido, los tres tipos de CT lo tienen. Sin embargo, para el caso del CTR y del CTC esto es particularmente claro y, por lo mismo, puede desdibujar la distinción entre el uno y el otro, por eso la precisión no sobra y se describe como sigue: si bien ambos se ponen en juego respecto de la sociedad, lo hacen a diferentes niveles. Mientras que el CTC se gesta en la forma en que la sociedad está *constituida*, el CTR lo hace en la forma en que esta está *organizada* (Collins, 2010, 86). Ahí que la disparidad entre sus posibilidades de explicitación comience a tornarse más definida, ya que mientras que las causas subyacentes a los procesos de una colectividad no son accesibles, en las relaciones de sus integrantes se comparte comunicación sobre el fenómeno de su contingencia. En otras palabras, el aspecto social del CTC es profundo en el sentido que lidia con la sustancia misma de la *socialidad* y, en cambio, el del CTR es superficial en el sentido que es lo que deriva de este sustrato entre sus individuos. Aquí no hay inaccesibilidad sino mera inclinación a transmitir -o no- el conocimiento que se posee.

En concreto, son cinco las maneras en que esto puede suceder: [1] conocimiento que se mantiene oculto de manera deliberada; [2] conocimiento que se transmite en la forma de indicadores ostensivos, como *indexicales*; [3] conocimiento que no se articula o expresa porque el sujeto cognoscente ignora la necesidad de hacerlo extensivo a algún remitente; [4] conocimiento que es empleado pero no expresado porque el sujeto cognoscente ignora que lo tiene; y [5] conocimiento que permanece tácito por contingencia, en un momento y lugar dados. (Collins, 2010, 91) Esta es la razón de que quede tipificado como el de menor resistencia -o *débil*- a volverse explícito.

Con relación al trabajo y en general a la corriente de teorías que observan en la noción de conocimiento tácito un concepto potencialmente generador de nuevos conocimientos, o bien, de análisis complementarios, la tipología de Collins (2010) ofrece un punto de partida clave; este es, una base para determinar en qué consiste el CT y por qué y cómo puede hacerse explícito cuando esta posibilidad está sobre la mesa.

Con lo expuesto hasta ahora, entonces, considérese el establecimiento del CT en los términos de sus formas de transmisibilidad descritas y en los niveles de explicitación abordados con sus tres tipificaciones generales como referencia para el tratamiento del concepto en lo subsecuente. Por otro lado, introducir esta clasificación y emplearla no necesariamente conlleva admitir cada uno de los postulados sobre los cuales está pensada. Me refiero en específico, aunque no exclusivamente, a la fina línea que durante el desarrollo del libro (Harry Collins, 2010) se desdibuja entre si se trata de un acercamiento epistemológico u ontológico al problema, debido a los compromisos que secundariamente derivan de sostener uno u otro planteamiento. Como precisión, el tratamiento de este sistema es, para el caso que a este trabajo ocupa, con miras a la primera perspectiva.

2.3 CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO

Siguiendo la consigna de evitar crear entidades innecesarias que potencialmente complicaran de manera gratuita el análisis, cabe señalar que la categoría del conocimiento ético-tácito resulta, en suma y durante todo el trabajo, la única que no cuenta con un referente teórico directo -en el marco de la investigación-. El antecedente bibliográfico de consideración particular es el trabajo *La dimensión ética del Conocimiento personal* de David Jenkins. (1981)

“¿Hay una dimensión de conocimiento propiamente llamada ‘ética’ que esté constituida por una noción de ‘correcto’ y ‘bueno’?” (Jenkins 1981, 6; cursivas añadidas.) Con esta interrogante en mente, Jenkins analiza en su obra la teoría que Michael Polanyi estructurara principalmente en su *Conocimiento Personal* (1958). Y aunque el planteamiento de Jenkins es enfático en apuntar que el propio Polanyi “está muy interesado [como puede verse en sus trabajos] en teoría social y política para responder a la cuestión moral de lo bueno y lo correcto” (1981, 6), lo cierto es que nunca aborda el problema de la existencia de ese dominio.

Con ese antecedente es que se embarca en la empresa de armar una teoría ética con base en reconstruir sus fundamentos a partir de lo que Polanyi sí aborda en sus obras y a través de sus nociones satélites sobre *valores, dinámicas sociales y moralidad*. Esto es, en resumidas cuentas, el eje conductor de su copioso estudio y es también una de las perspectivas en las que una relación entre ética y conocimiento tácito toman lugar.

No es, sin embargo, la lectura que se propone en este apartado sobre un posible concepto de *conocimiento ético-tácito*. Antes de entrar a la que sí se busca establecer aquí, vale señalar algunas ideas comunes con el

proyecto de Jenkins que coinciden más en forma que en contenido. La primera de estas está ligada, a su vez, a la intuición que en el pensamiento de Polanyi haya cabida para algo más que el conocimiento de la ciencia y sus dinámicas con el conocimiento tácito. En efecto, una de las preocupaciones primordiales para Polanyi es generar un contrapeso para el cientificismo y la tendencia de reducir todo conocimiento extraíble o producido a tan solo aquello que puede ser demostrado o, en este caso, explícito en tanto que valor para esta perspectiva objetivista. Por tanto, la pregunta por un tipo de conocimiento tácito que no sea de carácter científico es válida y pertinente, y Jenkins lleva este razonamiento, en principio, a los ámbitos del arte y la historia (1981).

Este cuestionamiento, sin embargo, también deja abierta la puerta para un tipo de conocimiento tácito de naturaleza moral y es ahí donde coincide con la consistencia del término que aquí se plantea. Si se observa en términos de contenidos del conocimiento tácito -los científicos y los morales-, en principio no presenta mayor problema sugerir la diferencia. Establecerla en todo caso no es tan simple, como se verá en el siguiente capítulo, y dado que aún contenidos tan dispares -bajo ciertas ópticas de pensamiento positivista- como los de estos ámbitos de hecho guardan relaciones estrechas en su base.

La segunda idea para traer a cuenta justamente tiene qué ver con este vínculo tan cerrado entre los contenidos del conocimiento tácito con aspecto científico y aquellos de orden moral, y es que su análisis incluye al concepto de *valor* del que se habla líneas arriba. Este componente axiológico también se elaborará en el siguiente apartado ya enmarcado en el contexto práctico de la medicina que es el relevante para este estudio.

El concepto de *conocimiento ético-tácito*, entonces, coincide hasta aquí con las reflexiones de Jenkins, pero difiere de ahí en más. Pero esto no

implica que también renuncie a la tarea de buscar en el pensamiento de Polanyi nociones de valor para conferirles un marco teórico de referencia.

Retomando, entonces, la distinción entre clases de conciencia de Polanyi (1967), puede decirse ya que la focal -que se tocó en el capítulo previo- es aquella actuando en la dimensión epistémica de lo explícito mientras que a la subsidiaria le corresponde el escenario de lo tácito. Así, los *objetos* cognoscibles de la segunda es que tienen un ingrediente de inconsciencia en el sentido de hallar camino hacia la constitución de una experiencia del mundo sin que sean necesariamente detectados o registrados.

En analogía, los objetos del conocimiento ético-tácito serían esas “pequeñas” piezas de conocimiento tácito que se conforman en su dimensión (*tácita*) -mediante experiencias presentes o pasadas que escapan a la conciencia inmediata-, y tienen como común denominador un componente moral. Ahora bien, es cierto que decir que tienen un componente moral es una señalización amplia y puede abarcar diversos contenidos, aprendizajes y en ese sentido conocimientos, según la lectura que se esté dando al tipo de moralidad en cuestión y sobre esto regresaré en el apartado de CT y CET EN EL CONTEXTO DE LA TDM.

Entendida como cánones implícitos de comportamiento dado uno u otro contexto determinado, la moralidad de esas piezas u objetos de conocimiento bien podría abarcar a aquellos relacionados en contenido -y en cierta medida así es- con el ejercicio de la medicina en su aspecto técnico. Bien puede decirse que comunicar un diagnóstico erróneo no es moralmente deseable, o que prescribir un tratamiento inadecuado es moralmente reprochable. En tanto que técnicos, sin embargo, y pese a que igualmente se configuran con base en los objetos del conocimiento tácito, es

comúnmente aceptado que pertenezcan a la conciencia de la atención focal -y a la dimensión epistémica del conocimiento explícito- por defecto.

Pasar por alto el deseo expreso de un paciente o vulnerar su autonomía por comportarse en una actitud paternalista, en cambio, opera con conocimientos que parecen menos explícitos en la medida en que el cognoscente cuenta con menos pautas articuladas para cada escenario posible (Barstow *et al.*, 2018). El componente moral del CET, entonces, es el del aspecto moral del ejercicio de la medicina.

Fuera del contexto de la medicina o la TDM -al que se dedicará el siguiente capítulo-, el conocimiento ético-tácito es más que solo comportamientos adoptados y replicados de manera subconsciente en una comunidad, contexto o entorno social determinado. El CET es el conjunto de estas experiencias del mundo que forman una noción moral más compleja -aunque con mayor margen de explicitación- con miras a un valor ético. Son, en este sentido, un sustrato de elementos inconsciente morales sobre los que se erige la posibilidad de significar el contenido ético personal.

Esa también es la razón por la que no hago referencia al concepto de *conocimiento moral tácito* para definirlo. En este sentido, el conocimiento ético-tácito es conocimiento tácito, pero no todo conocimiento tácito sería necesariamente CET. Vale enfatizar que la negación no es más tajante que la propia distinción entre ambas dimensiones epistémicas que, como ya se apuntó, son indisociables. No se persiguen como más que solo categorías conceptuales para referir el acto de conocimiento, y en particular el que toma lugar dentro del contexto de la medicina y en la toma de decisiones.

Ahora bien, si en principio he apuntado que el *conocimiento ético-tácito* son contenidos morales del conocimiento tácito, toca pues precisar a qué me refiero con ello exactamente, pues así planteado presenta todavía

ambigüedades. Si bien he señalado que los contenidos de este tipo de conocimiento son de aspecto moral, ahora explico en qué consiste que sean de este modo tratando la noción de moralidad de la que participan. Una vez más, el sistema conceptual de Collins es útil para conseguirlo.

Para ponerlo en términos de su clasificación de CT, la noción de *moralidad* que considero aquí sería equivalente a la noción de *colectividad* de la que Collins habla cuando aborda la tipificación del CTC. ¿En qué sentido? En el sentido que ambas se presentan como el sustrato último en que acontece el conocimiento. En el caso de la colectividad de Collins, esta representa el fenómeno de la *socialidad* que no es accesible a sus individuos y, por lo mismo, el conocimiento tácito que se genera a partir de esta es el más resistente a la explicitación. Vista desde esta perspectiva, la moralidad sería también ese nivel de menor *codificabilidad* en tanto la dificultad supuesta en explicitar a cada momento las causas últimas que impulsan los comportamientos y las conductas en un determinado contexto.

Ya que en la práctica -o en lo natural de la vida social, diría Collins- (2010) es complejo, difícil y lo menos común pensar constantemente en términos de causas últimas y motivos de primeros principios para comprender las acciones que se suceden de manera cotidiana, son también el aspecto del conocimiento menos explícito que se tiene. Buscar las últimas razones de las acciones que motivan la actividad natural de todo contexto en tanto que ámbito de la sociedad, implica una explicación que, en cierto modo, exige sortear las mismas dificultades descritas en el caso de la colectividad.

¿Por qué entonces hablo de contenidos de aspecto moral para caracterizar al conocimiento ético-tácito? Porque, así como *lo social* del CTC es sustrato para los otros dos tipos de conocimiento tácito (CTS y CTR), *lo moral* de estos contenidos hace referencia a esa inmanencia sobre la que,

potencialmente, podrían codificarse de alguna manera⁸. En este mismo sentido, los contenidos de aspecto moral en el CET tendrían a su vez elementos menos profundos que serían propensos a la explicitación, pues quedarían al mismo nivel que los del conocimiento tácito relacional (CTR). Esa es la analogía base.

En estricto sentido, definir al CET sería apuntar algo como “el conocimiento ético-tácito = contenidos éticos del conocimiento tácito”. Dado que una afirmación así es hasta redundante y no aporta un grado de explicación mayor, es que caracterizo su contenido como *de aspecto moral*. La idea elemental es la de remarcar la analogía de su relación, entre ético-moral, con la de los CTC-CTR, sobre todo por su posibilidad de ser codificado. Así, el elemento ético de los contenidos del CT estaría en posibilidades de hacerse explícito cuando menos en el mismo grado en que lo estaría el CTR. Igualmente, ambos entrarían al grupo de los tipos de conocimiento tácito de naturaleza *débil*.

Puesto en términos de interioridad, el CTC -y la moralidad- serían el núcleo del conocimiento tácito, y estarían abarcados por los CTS y CTR sucesivamente, de la misma manera en que los elementos éticos del CET estarían en el conjunto más amplio y también más próximo a la exterioridad. Usando como referencia un esquema de Collins (2010), en la Figura 1, la relación entre los contenidos y elementos del conocimiento ético-tácito quedarían circunscritos en los niveles análogos que se observan en la Figura 2.

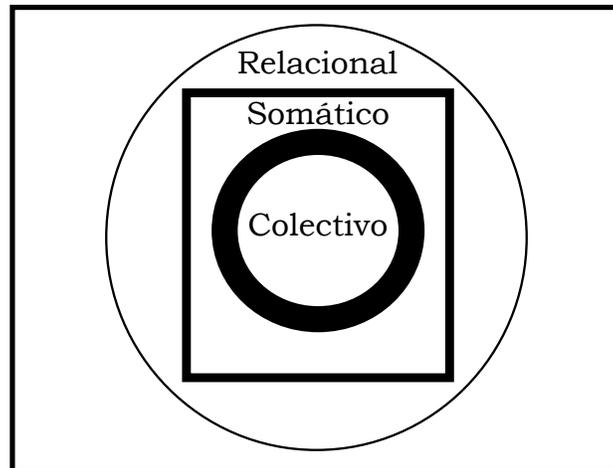
Ahondar en la consistencia de los elementos éticos pertenecientes al aspecto moral de los contenidos del conocimiento ético-tácito ya implicaría

⁸ Sobre las maneras de codificar el CT y sus implicaciones se tratará en la segunda parte del trabajo.

entrar en relación, por lo tanto, con el contexto específico de que se esté tratando, y es por eso por lo que serán tratados en el marco de la toma de decisiones médicas.

Figura 1.

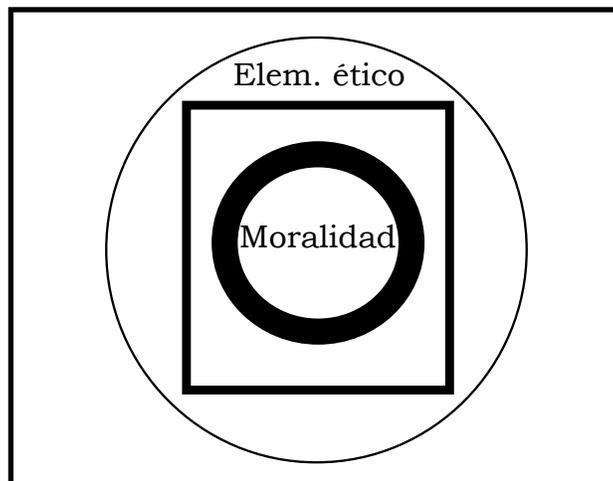
El terreno del conocimiento tácito.



Nota: El esquema enfatiza el nivel de interioridad, y en ese sentido de explicitación, de cada tipo de CT. Tomado de: Collins, Harry. *Conocimiento Tácito y Explícito*. Chicago: Chicago University Press. (2010, p. 158)

Figura 2.

El terreno del conocimiento ético-tácito.



Nota: El esquema enfatiza el nivel de interioridad, y en ese sentido de explicitación. Adaptado de: Collins, Harry. *Conocimiento Tácito y Explícito*. Chicago: Chicago University Press. (2010, p. 158)

En la Figura 2 no se marca una correspondencia con el tipo de CT somático porque su objetivo es meramente brindar un referente de analogía entre los conceptos ya expuestos para delimitar la definición de conocimiento ético-tácito y la razón por la cual no es usado el término más general de conocimiento moral tácito, como sí ocurre en la literatura (Van Der Zande *et al.*, 2014).

2.4 CONOCIMIENTO TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

2.4.1 LA PERSPECTIVA KUHNIANA

Desde la filosofía hay diversas perspectivas epistemológicas para sostener el papel del conocimiento tácito en la ciencia. La elaborada por Thomas Kuhn en *La estructura de las revoluciones científicas* (1962) se presenta como una de las más completas y que mejor sirven a la argumentación de este trabajo.

La naturaleza crítica de la ciencia productora de sus contenidos objetivos y, en ese sentido, de su desarrollo como avance, se pone en tela de juicio con el concepto que Kuhn aborda en su obra. Vista desde sus cambios y evolución en la historia, el progreso de la ciencia es un fenómeno que no ocurre de manera lineal; esto es, haciendo de su criticismo una regla. Por lo contrario, los momentos de criticismo efectivo son más bien específicos y no constantes, y de hecho ocurren de manera excepcional.

En este sentido, el progreso de la ciencia es un fenómeno cíclico en que los momentos específicos de su desarrollo se suceden y alternan a través de cuando menos cuatro etapas generales: la Pre-paradigmática, la de la Ciencia normal, la de Crisis y la de Revolución científica. La primera es la única que ocurre solo una vez para *cada ciencia*, mientras que las tres siguientes se pueden suceder repetidamente.

El *estado* en que la ciencia pasa la mayor parte del tiempo es el de la Ciencia normal, y la idea detrás de esta categoría es crucial para comprender su pensamiento. Por lo tanto, la mayoría de los científicos, la mayor parte del tiempo, se involucran en actividades que constituyen el quehacer de la Ciencia normal. Parafraseando a Kuhn, la etapa de la Ciencia normal es

como “resolver rompecabezas” (1962, p. 35), así que las actividades de sus actores toman esta forma. El acento de esta noción está en la cotidianidad de su condición, pero también en la cercanía de su solución respecto del que lo resuelve. En otras palabras, la naturaleza de la solución está al alcance de su propia habilidad y no presentan un enigma mayor para sus métodos pues se circunscriben a un terreno de familiaridad; esto es, un bagaje teórico predominante.

“Resolver rompecabezas”, entonces, significa justamente usar ese bagaje teórico predominante para atender problemáticas prácticas de la ciencia. Entendido como la *praxis* de la ciencia, en este sentido, es también el modo en que los contenidos de ese bagaje -los conjuntos de teorías y sus presupuestos metafísicos-, se hacen *explícitos*. Es aquí donde la idea de un *conocimiento tácito* en la ciencia tiene lugar. El argumento es que el conocimiento explícito de las “altas teorías” no sería suficiente *per se* para dar solución a un rompecabezas nuevo, pues requiere de la habilidad para reconocer cómo aplicarlo en cada caso y este conocimiento no está dentro del mismo, ya que estarlo implicaría el cuestionamiento paradigmático de ese bagaje teórico, no puede estar dentro del mismo. Por tanto, debe haber un saber-hacer (*know-how*) sobre el cómo aplicar el conocimiento explícito de las altas teorías a cada caso particular.

Es de esta manera que el conocimiento tácito funge como impulso para la ciencia en tanto sustrato para su desarrollo. Y es por ello por lo que también está en la antesala de la etapa de Crisis, donde un elemento de anomalía que desafía al esquema teórico presente desencadena el cuestionamiento paradigmático en esa ciencia. Kuhn (1962) también habla de compromisos ontológicos y epistemológicos que los actores de la ciencia -los científicos- establecen de al menos cuatro maneras: con sus tipos particulares de instrumentos, experimentos y pruebas a nivel de la *praxis*; con leyes y teorías; con presupuestos metafísicos y meta-teóricos que dan

forma al objeto de la ciencia en cuestión; y con el peso que ponen a la racionalidad, coherencia, cuantificación, observación y conmensurabilidad como valores centrales constitutivos del *ser-científico*.

Este último punto representa también la introducción del elemento axiológico en la conceptualización del conocimiento ético y juega también un papel crucial en la del conocimiento ético-tácito, como se verá en el siguiente apartado.

Sobre si estos compromisos son impuestos como reglas explícitas o codificadas, Kuhn argumenta que de hecho son lo contrario, si bien utiliza el término *implícitos*. Los argumentos que expone son dos:

El primero, que el universo de reglas explícitas “para explicar la consistencia de las tradiciones científicas [aquellas tras la imposición de dichos compromisos]” (Thornton, 2006) es limitado en tanto la investigación histórica ha fallado en presentar evidencia de las mismas. El segundo, que las reglas son implícitas porque la formación en ciencias tiene un contexto teórico determinado que está en estrecha relación con el contexto práctico de formadores y aprendices/estudiantes. El bagaje de las “altas teorías” no tiene una vía directa hacia el científico (Geddes & Harrison, 1997), pues es mediada por la experiencia de su contexto específico y la práctica, de manera que si aprende a aplicar métodos familiares para resolver rompecabezas que identifica similares no es necesariamente porque tenga *in abstracto* la regla sobre la similitud de esos casos.

Para exponer el caso de la transferencia de la *pericia* científica (o conocimiento tácito de la ciencia) al margen de la información codificada (o explícita), está el conocido ejemplo de Collins (1985) que expone como resultado de examinar los intentos para construir modelos funcionales de un láser de nuevo diseño, de varios laboratorios reputados:

Ningún científico tuvo éxito al construir el láser mediante el uso exclusivo de información encontrada en fuentes publicadas o escritas. Así, cada científico que se las arregló para copiar el láser obtuvo un componente crucial del conocimiento requerido a partir del contacto personal y la discusión. Un segundo punto es que ningún científico consiguió construir un láser TEA donde el informante era un intermediario quien no había construido el dispositivo él mismo. El tercer punto es que, aún donde el informante había construido con éxito el dispositivo y donde la información fluyó libremente hasta donde se pudo ver, el aprendiz no hubiera tenido éxito sin un periodo de contacto extendido con el informante y, en algunos casos, no hubiera tenido éxito en lo absoluto...

En suma, el flujo del conocimiento fue tal que, primero, viajó solo donde hubo contacto personal con un practicante exitoso; segundo, su paso fue invisible por lo que los científicos no sabían si tenían la experiencia necesaria para construir el láser sino hasta que lo intentaron; y tercero, fue tan caprichoso que las relaciones entre maestro y aprendiz pudieron o no resultar en la transferencia de conocimiento. Estas características del flujo de conocimiento hacen sentido si un componente crucial de la habilidad para construir un láser es 'conocimiento 'tácito'. (p. 71)

Relevante como resultado de un trabajo empírico, Collins concluye que el conocimiento tácito encontrado en este experimento fue de naturaleza *personal, invisible y caprichosa*. En este ejemplo se ponen en juego los elementos que mencionaba desde la argumentación de Kuhn sobre las relaciones entre la teoría y la práctica en la ciencia, y cómo el conocimiento que debería aplicarse en función a principios -a los de la información codificada- fallan en agotar las posibilidades del saber -o los saberes- para llevar a cabo lo que dictan.

Para exponer el caso de la medicina en concreto hay más que suficiente literatura al respecto. Una corriente dentro de este marco teórico que la ejemplifica se erige como apología de la categoría de *intuición* en el juicio clínico y se basa en el concepto de *conciencia subsidiaria* tocado en el capítulo de CONOCIMIENTO TÁCITO (Braude, 2012). Dado que, como ya se apuntó, las distinciones entre las conciencias *focal* y *subsidiaria* no son fijas sino más bien se refieren a que son dos dimensiones en que la atención transita de cara a los objetos cognoscibles de mundo, y lo que en un momento está en una puede ya estarlo en la otra al siguiente.

En *Conocimiento Personal* (1958), Polanyi ofrece el ejemplo de un estudiante de medicina aprendiendo a “leer” una radiografía, para demostrar cómo ocurre el conocimiento tácito en el contexto de la práctica médica:

Primero, el estudiante está completamente desconcertado. Esto porque él puede ver en la radiografía imágenes de un tórax solo sombras del corazón, las costillas, con algunas manchas como telarañas en medio de estos... Después, mientras continúa a la escucha por algunas semanas, mirando con atención siempre nuevas

imágenes de diferentes casos, un entendimiento tentativo se formará en él. Y eventualmente, si persevera de manera inteligente, un panorama rico de detalles significativos se le será revelado: de variaciones fisiológicas y cambios patológicos, de cicatrices, de infecciones crónicas y signos de enfermedad aguda. Él ha entrado a un nuevo mundo. Él aún ve solo una fracción de lo que los expertos pueden ver, pero las imágenes definitivamente están haciendo sentido ahora y, por tanto, la mayoría de los comentarios hechos sobre esta. Él está a punto de comprender lo que se le está enseñando; le ha “hecho clic”. (p. 101)

Esta forma de razonamiento tácito que ofrece Polanyi no se limita a la interpretación o lectura de una radiografía, pues sirve de modelo para pensar en el razonamiento clínico -y en ese sentido en la TDM- ya considerando esta categoría, la del *conocimiento tácito*.

2.4 CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

2.4.2 LA PERSPECTIVA AXIOLÓGICA

Si el punto de partida para identificar la *dimensión epistémica* del *conocimiento tácito* es el análisis kuhniano del conocimiento científico en su relación teoría-práctica, el punto de partida para identificar la dimensión epistémica del conocimiento ético-tácito es el de los compromisos epistemológicos y ontológicos con que caracteriza al *ser-científico* en su ejercicio. Particularmente, el que introduce el componente *axiológico* a la discusión.

Como ha sido una constante en la exposición de las categorías epistemológicas hasta ahora tratadas, la distinción entre estas no es tajante en el sentido que no llega a un nivel de determinación que podría leerse como resultado de un compromiso ontológico. No es, pues, que existan *de facto* los tipos del conocimiento explícito y tácito, cuando menos no más allá de su sustancia epistemológica para dar cuenta de un fenómeno de *cognoscibilidad*. Lo mismo es predicable de la distinción entre las conciencias focal y subsidiaria y, por supuesto, de la que distingue al CT del CET.

Lo anterior implica que sus contenidos tampoco gozan de una delimitación definitiva ya que están en constante tránsito entre el uno y el otro. De tal suerte que hablar de un contenido cognoscible en específico como CET en un momento dado, también puede serlo CT en otro. Más aún, pueden guardar una relación tan estrecha al grado de ser objetos de ambos al tiempo. En principio, la idea central con el *conocimiento ético-tácito* es que ocurre sobre todo en el aspecto moral de la toma de decisiones médicas.

Para mejor identificarlo en un caso concreto, sirva la descripción del ejemplo (Campbell *et al.*, 2008) en el Recuadro 1.

Recuadro 1.

Conocimiento ético-tácito en la toma de decisiones médicas

De madrugada, una mujer acude al servicio de urgencias de un hospital a causa de un dolor intenso en la espalda que se irradia hacia el costado y la parte baja del abdomen, acompañado de ligera fiebre. Tras la valoración primera y la sospecha de litiasis renal, se le administran analgésicos y se ordena el servicio de gabinete correspondiente. Urocultivo, TAC de abdomen y pelvis sin contraste, y ultrasonido renal confirman nefrolitiasis y se procede a la admisión a piso para su tratamiento. El médico residente presenta el caso a la paciente e informa de la posibilidad de intervención quirúrgica. La paciente pide expresamente evitar, en la medida de lo posible, llegar a esa instancia y se comienza tratamiento con terapia expulsiva para resolución espontánea del cuadro. Posteriormente, 12 horas más tarde, el médico-especialista que pasa ronda con residentes comunica al paciente que ha agendado el quirófano para ureterolitotomía endoscópica y los preparativos para la misma. El paciente manifiesta desconcierto y molestia porque no se le consultó antes. El médico-especialista insiste con el argumento que es la vía más rápida y efectiva para resolver el cuadro. El paciente accede a someterse al procedimiento al día siguiente si se continúa con la terapia expulsiva hasta entonces. Esa noche, la paciente reporta hallazgos en el filtrado de la orina a la enfermera en turno. Al día siguiente, el médico-especialista prepara la intervención por considerar no concluyente el hallazgo y, con reticencia, la paciente cede. La ureteroscopia concluye sin hallazgos y se da de alta a la paciente el mismo día.

Lo que de entrada parece un razonamiento clínico bien fundado por parte del médico-especialista y que de hecho puede argumentarse correcto, es sujeto de consideraciones adicionales. Si bien el juicio clínico es acertado y la opinión profesional sensata, también queda para el análisis la experiencia del paciente en el contexto de esta línea de decisiones médicas. Puede argumentarse también, por otro frente, que la actitud del médico-especialista es de carácter paternalista (Rodríguez-Osorio & Domínguez-Cherit, 2008) o bien puede ser descripta como dominante sobre la del paciente. En efecto, el médico-especialista infravaloró la expresa negación de la paciente de someterse a un procedimiento como el descrito.

Hablando primeramente de conocimiento tácito y de las posibilidades de ubicarlo en términos de la conciencia focal y subsidiaria en este contexto particular, tocaría comenzar por la intuición del médico-residente que sospecha sobre el cuadro de litiasis renal y encamina sus métodos de verificación a comprobarlo. Como en el ejemplo de Polanyi, puede tratarse de un momento temprano en su formación en que los signos somáticos, clínicos y los de las imágenes especializadas toman sentido de a poco.

Esta no sería la única situación en que cabría ubicarlo. Entre los residentes que acompañan al médico-especialista hay lugar para el conocimiento tácito sobre el que se van codificando de a poco las directrices del conocimiento explícito en el razonamiento clínico. El aprendizaje que una ureteroscopia en casos litiasis renal es la mejor toma de decisión médica permanecerá entre la conciencia focal y la subsidiaria del agente en formación de cara al siguiente caso similar que enfrente. Este es uno de los casos más mencionados cuando se toca la transferencia de conocimiento tácito, pues sucede como fruto del contacto directo con el individuo experto. Es también el escenario en que la formación del médico se desarrolla

constantemente y determina en buena medida la calidad de la toma de decisiones que estará tomando con miras al ejercicio profesional.

En el aspecto técnico de la TDM, lo anterior parece claro. Sin embargo, también hay cabida para pensar al CT desde su aspecto moral; esto es, el que entra en relación con el paciente ya considerado desde la condición de este y no del agente de la TDM. En la actitud del médico-especialista también pueden identificarse indicios del papel del CT cuando lleva a cabo su razonamiento, por ejemplo, el de la supeditación del estado emocional del paciente a los consabidos efectos prácticos del método para remediar su malestar somático. Esto puede sonar obvio y hasta chocante pues no es difícil generar un consenso que avale que utilitariamente, por ejemplo, la decisión es moralmente correcta. En otras palabras, la importancia que puede haber en la molestia del paciente desmerece ante aquella de resolver el cuadro de la enfermedad. Pero no es tan simple.

Ya antes mencionaba el elemento axiológico introducido con la teoría de Kuhn (1962) porque atraviesa directamente a los científicos de la ciencia -a los agentes de la actividad- y, en este sentido, a los médicos de la medicina. El valor de la objetividad, tal como es mencionado, es bienpreciado en el ámbito de la clínica, así como el de la racionalidad y la coherencia y, en cierta medida -en términos de los compromisos epistemológicos con la disciplina-, así debe serlo. Pero qué tan objetivo puede ser este valor cuando también está mediado por la experiencia tácita de quien lo aprende, es la cuestión que la separa de su aspecto de universalidad.

Si se planteara que el valor de la racionalidad en la clínica significa disponer adecuadamente del bagaje teórico de la formación y la experiencia para servir desinteresada y congruentemente a los fines de la medicina y curar una enfermedad, se estaría ante un contenido explícito con el que es

difícil estar en desacuerdo; esto es cierto. Si en cambio esa racionalidad se formase -o conformase- tácitamente en la mente del médico como un valor que implica desechar por defecto todo asomo de emoción porque pudiera resultar -o de hecho resulta- un apasionamiento, ¿se mantendría también como uno admisible?

Una concepción como la segunda implicaría aceptar que la racionalidad termina donde la emoción comienza y esto no necesariamente es así, pues las emociones también “son un tipo de racionalidad [y] pueden destrabar situaciones prácticas en las que la información es completa o inconsistente” (Campos, 2018). En el caso concreto del ejemplo, para el médico-especialista aparece un orden tácito en su proceso de razonamiento en que el estado emocional del paciente queda por debajo de su método para “resolver el rompecabezas”, o bien fuera de toda consideración seria, pues la naturaleza de ese valor no es compatible con la del valor de ser racional - en esa racionalidad- u “objetivo”.

Para la paciente que experimenta su vulnerabilidad y la muestra a través de su reticencia ante el procedimiento, el valor de sosiego -en el sentido de lo opuesto al miedo de su experiencia- queda jerarquizado de otra manera. Es en esta confrontación axiológica que entra en juego el *conocimiento ético-tácito*. El *agente* de la toma de decisiones médicas no aplica sus conocimientos explícitos de manera imparcial pues esto, como ya se dijo, requiere de conocimiento tácito. Cuando este conocimiento tácito incide sobre todo en el aspecto moral de la TDM, es conocimiento ético-tácito, pues equivale a incidir en los valores del *paciente* de la TDM.

Porque ambos aspectos (componentes) de la toma de decisiones médicas son indisociables, tampoco hay una separación absoluta entre el CT y el CET. Por lo contrario, y como ambos conocimientos se originan en la conciencia subsidiaria, participan en la TDM en la forma de intuiciones

que inciden en ambos aspectos. Volviendo al ejemplo, así como el CT tras el razonamiento que precedió al juicio clínico -priorizar la intervención-, el CET tras menospreciar la angustia del paciente y el valor de su autonomía derivó en que se descartara la posible alternativa -continuar con la terapia expulsiva-; también un juicio clínico.

La implicación de esta perspectiva ética del conocimiento tácito, en suma, es que “lo que el agente considera aceptable puede no serlo para la persona sobre quien se decide, quien sufre las consecuencias de esa decisión” (Campos, 2018).

2.4.3 CONFIANZA EPISTEMOLÓGICA

Uno de los apuntes más significativos de Jenkins en su interpretación sobre Polanyi (Jenkins, 1981) es que hay un aspecto moral indisociable detrás de cada inclinación para llevar a cabo un objetivo, incluso los objetivos que son los propios de una disciplina -como la medicina- científica y están delimitados dentro de su teleología y, en principio, fuera de las inclinaciones del agente. Ello, porque persiguen su seguimiento desde una visión descomprometida que garantice sus principios de eficacia en concordancia con sus valores de objetividad, validez y consistencia.

Es de los más significativos porque pone la discusión donde justamente entra en tensión el papel del agente de cara a la ciencia y a sus valores (como los mencionados en el párrafo previo o los referidos desde la perspectiva de Kuhn). El meollo de la cuestión es que la entereza teórica de todo principio, su rigidez conceptual y su paradigma de objetividad necesariamente quedan en relación con el sujeto que va hacia ella -la ciencia- para configurar sus conocimientos en consecuencia. Y, tal como ha

sido la observación constante en el desarrollo del trabajo, ven reducido su sentido de universalidad.

La ciencia son sus científicos de la misma forma en que la medicina son sus médicos, en otras palabras. Y son los agentes y los valores de estos agentes los que, a su vez, también modifican los valores de la disciplina en su relación con su aspecto social; es decir, con el mundo. Este choque axiológico manifiesta sus consecuencias especialmente en el contexto y ámbito de la medicina por la naturaleza de la disciplina y porque es relacional de manera inmediata. Es en esta tensión que una noción como la de *confianza epistemológica* adquiere sentido para ser pensada -la tensión- de manera práctica. En palabras de Zagzebski (2009), es ineludible:

Hay muchas razones para pensar que aquellos aspectos de uno mismo en los que uno confía [creencias, emociones y actitudes epistémicas como la meticulosidad] me empujan a aceptar el principio de la confianza, el principio según el cual debo confiar en otros tanto como confío en mí y por las mismas razones por las que confío en mí. (p. 3)

En general, el principio de confianza es una manera en que las personas nos relacionamos con los otros pues, en la medida que reafirma los valores que son relevantes para uno, establece los puentes necesarios para identificarlos en el otro. Admitido esto, la idea de confianza epistemológica encuentra su contexto en un nivel menos abarcador y de cara a situaciones concretas que suceden en lo cotidiano, en escenarios más bien prácticos que parten de una relación de dependencia -cuando menos unidireccional-, pero que adquieren relevancia en el contexto de la medicina.

Puesta en un contexto contemporáneo, es tanto como atenderla en el acto de pedir y ofrecer un servicio. Para remediar la descompostura de un auto, por ejemplo, se entabla una relación de confianza con el especialista que posee el conocimiento ya sea de la técnica, los métodos y la teoría. Por un lado, en el sentido que cuenta con los recursos de saber de que, en principio, se carecen (ahí que sea dependiente en cuando menos un sentido). Pero por otro, porque se espera que los aplique en beneficio del que requiere remediar el problema y a sabiendas que su beneficio está implicado en ese proceso.

El acto de confiar comienza con el diagnóstico, pues se descansa en el especialista, el desconocimiento propio sobre la materia así sea en distintos grados, pero se entiende que la relación es asimétrica en función justamente del conocimiento en posesión. Luego continúa hacia la transmisión de ese conocimiento que se configura en la mente de quien lo recibe si bien ya en términos más básicos; esto es, que no se requiere conocer los principios físicos y mecánicos del motor de combustión interna de ciclo Otto para comprender que algo no va bien y debe corregirse. Ya que el bagaje gnoseológico es comparativamente superior, sin embargo, el abanico de alternativas para remediar la descompostura puede ser significativamente más variado en el especialista que en el que solicita su servicio. Y es aquí donde la relación de confianza adquiere aspectos epistemológicos, pues, a través de ese conocimiento de otro se está mediando una relación con un estado de cosas del mundo que, en principio afecta no solo al intermediario de esa relación. Es aquí también donde cabe el cuestionamiento por la libertad de decisión sobre ese estado de cosas *propio*. Para efectos del ejemplo, puede significar pagar de más innecesariamente por una pieza, o fiarse que el servicio acordado efectivamente se realizó; para efectos del trasfondo, significa dejar los aspectos morales de una decisión en manos de otro por los aspectos técnicos

de la misma, siendo que las consecuencias las sufre quien es paciente y no agente en la toma de esa decisión.

En el caso del contexto médico, las repercusiones son evidentes. Trayendo a cuenta el ejemplo de litiasis, los aspectos morales de una decisión que correspondía al paciente fueron determinados por el médico-especialista que asumió su mejor juicio en una situación que, por los resultados del caso, bien pudo dejarse al margen. Con *confianza epistemológica* me refiero así al conjunto de aspectos que se ponen en manos del agente de la TDM y que éste toma desde su jerarquía axiológica, que no es la misma que la del paciente. Ciertamente que, como se ha dicho, son indisociables por la naturaleza de la actividad, pero también es cierto que tácitamente se relega al aspecto moral sobre el técnico.



*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



3. HACER EXPLÍCITO EL CONOCIMIENTO TÁCITO



AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.



3. HACER EXPLÍCITO EL CONOCIMIENTO TÁCITO

Ya apuntaba antes que el significado del CT no es unívoco. El estudio del conocimiento tácito no es específico, ni exclusivo de la medicina (Nicolini *et al.*, 2008) y existe abundante literatura al respecto desde otras disciplinas para las que también se presenta como un concepto llamativo. Por esto, más bien se trata de un término polisémico que se interpreta de diversos modos según la teoría que lo postule. En general, la idea base permanece de una a otra aplicación, pero eso no evita que sus acepciones sí puedan diferir en gran medida, al punto de resultar hasta contradictorias, más que controversiales.

De entre esas acepciones, quizá la más debatida sea la posibilidad de convertirlo en conocimiento explícito. La exégesis sobre la postulación del concepto original que se le atribuye a Polanyi (1958) ha derivado en posturas antagónicas en lo que toca a esta posibilidad.

3.1 ANTECEDENTES

Quizá el caso más representativo de la postura que defiende que el conocimiento tácito puede hacerse explícito es la que se encuentra en el

concepto de gestión del conocimiento (*knowledge management*). Se trata de un enfoque multidisciplinario en el diseño de procesos para adquirir, aplicar y compartir conocimiento con miras a mejorar el desempeño y la ventaja competitiva de una organización. La idea tras esta postura es básicamente que las organizaciones tienen la capacidad de crear valor (Lyman *et al.*, 2019) a partir de los *activos* de conocimiento dentro de estas. El trabajo de los japoneses Nonaka y Takeuchi con su teoría de la creación del conocimiento organizacional (1995) es uno de los referentes más significativos en este sentido, que no el único (Nezafati *et al.*, 2009).

Tomando como punto de partida la filosofía de Michael Polanyi, explican que la creación de conocimiento está basada en el conocimiento tácito, un conocimiento que es difícil de articular y está encarnado en la acción humana. La clave de la idea de la creación de conocimiento tiene que ver con convertir el CT en conocimiento explícito (Nonaka & Takeuchi, 1995). Esta externalización del conocimiento tácito (también referida como explicación o codificación) describe la articulación del CT de un individuo (sus ideas, creencias, intuiciones, etc.) en palabras.

Al otro lado de la discusión, están representantes como el propio Harry Collins, quien replica que la codificación del conocimiento tácito no es posible en los términos en que lo pretende una teoría como la de Nonaka y Takeuchi. Principalmente, porque tergiversan la noción de Polanyi al señalarlo (al CT) y reducirlo a “algo que está escondido o algo aún no articulado que solo está esperando a ser explicado o descubierto” (Harry Collins, 2010).

Ya de vuelta en el contexto de la medicina, estas divergencias no han impedido que se pongan en marcha estudios cualitativos sobre conocimiento tácito con miras a que su codificación (Cox Iii & Hill, 2008),

en alguna medida, para optimizar distintos aspectos de la práctica médica como la seguridad del paciente (S. Turner *et al.*, 2014).

Esfuerzos como los de este último tipo, sin embargo, se enfrentan al que considero es el obstáculo más importante para probarse exitosos o bien útiles: el de caer en un *objetivismo* desmedido que sin más está en la base de la crítica que el CT representa como alternativa a las reglas explícitas y los principios.

Esto es particularmente relevante con lo que he caracterizado en este trabajo como conocimiento ético-tácito. Si se asume que los valores del paciente, por ejemplo, pueden ser agotados por principios -y en ese sentido codificados- entonces se estaría incurriendo en un enfoque *principialista* (Beauchamp & Childress, 2001) del tipo que figura en los códigos de ética *in abstracto*.

Pensar que ciertos valores éticos, como ya se argumentó antes, pueden ser codificados en una serie de principios es operar sobre la falsa suposición sobre la naturaleza de la racionalidad o, en palabras de McDowell, un prejuicio sobre esta (McDowell, 1979).

Habiendo ya señalado esto, sin embargo, no debe descartarse la posibilidad de usar las categorías conceptuales del conocimiento tácito y del conocimiento ético-tácito para repensar el acercamiento a las dinámicas sociales y de aprendizaje de un determinado contexto (Billay *et al.*, 2007), toda vez que se marquen sus limitantes. Y gran parte de establecer las limitantes tiene que ver con establecer sus compromisos (Greenhalgh *et al.*, 2008). Comprometerse con una “alta teoría” como la que podría significar el contenido de un código con principios éticos, por ejemplo, caería en el error que ya se señaló.

Tratada ya la cuestión sobre qué es codificar, en este apartado se aborda el cómo se codifica en el ámbito de las ciencias de la salud, desde una revisión en la literatura sobre los casos existentes.

En general, se ha visto que cuando el instrumento cualitativo de estudio (Jacobi & Siminoff, 2008) se dirige a rastrear el CT de un grupo o un individuo (Farčić *et al.*, 2020) observando de cerca la pretensión de externalizarlo en su totalidad, puede establecerse un compromiso *moderado* con las codificaciones esperadas. Moderado en el sentido que no esperaría escalar a principios que objetiven la subjetividad de los casos que en primer lugar pretenderían resolver. Dos ejemplos: la implementación de un cuestionario de 50 reactivos y opción múltiple *acerca de* principios pedagógicos, que fueron clasificados en función a si requerían conocimiento declarativo o procedimental (McLeod *et al.*, 2006) (Drake, 2019) (Se agrega el segundo caso en ANEXO 1).

Incluso el conocimiento tácito relacional de Collins que está en la “primera línea” de explicitación, como ya se vio, no es enteramente codificable, pero establecer ese marco teórico resulta un punto de partida fundamental con miras a evaluar los resultados efectivamente.

De acuerdo con M Van Der Zande *et al.* (2014), hay tres acepciones de conocimiento tácito con que pueden trabajarse en un estudio de corte cualitativo:

[1] “El conocimiento tácito a menudo significa hacer algo inteligentemente de manera intuitiva. Trabajadores experimentados ordinariamente revelan un tipo de ‘conocimiento’ que no derive de un acto previo de deliberación. Aunque alguien pueda ser capaz de articular reglas correspondientes antes y después, no se necesita de ninguna auto-instrucción durante el curso de la acción”.

[2] “Al reflexionar sobre nuestras acciones podemos intentar hacer descripciones del conocimiento que está implícito en ellas. (...) Así, las descripciones de este conocer-en-proceso son siempre construcciones; esto es, ‘intentos de poner en forma explícita un tipo de inteligencia que comienza siendo tácita y espontánea”.

[3] “En un sentido más fuerte, el conocimiento tácito significa que incluso un tercero es incapaz de describir acciones inteligentes en términos de reglas”.

En franca relación con los postulados de Collins (2010), la idea detrás del objetivo que se busca con los estudios es el rastreo de contenidos del conocimiento que se hagan explícitos, si bien no de manera directa y no en la forma de respuesta directa ante una pregunta. Para el caso de los cuestionarios, el foco está puesto en el ejercicio de reflexión supuesto en el llenado de reactivos y ante preguntas que indagan por los valores del individuo y en relación con los del contexto. Repensar un mismo escenario en retrospectiva también se piensa como una circunstancia en la que nuevas intuiciones toman forma y dirigirían la atención entre, por ponerlo en términos del análisis, las conciencias focal y subsidiaria.

3.2 ESTUDIO DE CASO

En el contacto directo, siguiendo con los postulados de Collins (2010), también reside el tipo de CTR que tiene una resistencia baja a la explicitación y que puede volverse representativo cuando se analiza en distintos integrantes de una misma comunidad o contexto, cotejando respuestas y discriminando el contenido subyacente a preguntas específicas. El caso del conocimiento que se transmite en la formación de

las residencias médicas, por ejemplo, se aborda en este contacto directo registrado a través de una entrevista semiestructurada (Guía en ANEXO 2) cuya codificación se muestra en el Cuadro 1 y que indaga:

- [1] Prácticas de aprendizaje
- [2] Dinámicas de aprendizaje
- [3] Trayectoria de aprendizaje
- [4] Factores extenuantes

Recuadro 2. Extracto de entrevista semiestructurada.

4. Residencia hospitalaria

4.1 Perspectiva de la residencia

nosotros le llamamos ‘medicoblasto’ o como ‘en formación’ pues ya cuando estás en el internado que de cierto modo ya tienes como responsabilidades; que ya eres médico, pero todavía no tienes título... 4.1.1

4.2 Dinámicas de aprendizaje

si a ti se te llega a olvidar algo delante del paciente ¡bueno!... a mí me ha pasado o nos llegan a humillar o te dicen que no sabes nada, que no sirves para nada, que para qué fuiste médico o mil cosas... 4.2.1

Sino muchos se dedican como a humillarte, como a hacerte menos... 4.2.2

he visto compañeros que no tienen nada de actitud y que les vale madre, que nada más están ahí por estar y eso influye también mucho, 4.2.3

Entonces es la actitud de los dos; del estudiante por querer aprender, y del maestro por querer transmitir todos sus conocimientos y experiencias. 4.2.4

entonces a lo mejor el que estaba adelante pues sí agarraba, el que estaba en medio pues agarraba la mitad y el de atrás pues ya no escuchó nada... 4.2.5

...te digo, tienes que destacar; si tú no destacas, te vas quedando rezagado... 4.2.6

'okay', pero como R2 es muy diferente por el tipo de guardias, (eh) por cómo te pueden llegar a presionar... 4.2.7

Entonces ya estás haciendo trabajo doble más aparte todos tus pendientes que ya tenías... entonces sí es difícil porque aparte eso en todo tu día normal tienes que meter las clases, pero a veces estás en la clase y te tienes que salir porque a tu paciente le faltó tal laboratorio o porque a tu paciente no se lo quieren llevar a ¡no sé! ...a rayos x, o porque tu paciente (este) te llevó algo administrativo y te pueden llegar a sacar de las clases y entonces ya no tuviste el conocimiento que tenías que reforzar; ya no lo tiene tampoco tienes el tiempo para leer los artículos de todos tus pacientes -lees como los principales, a los que te dan tiempo... y entonces te empiezas como a atrasar (atrasar) y eso es el día a día más aparte, pon tu, los fines de semana te toca guardia y no está tan pesada entonces te pones a repasar pero pues ya no pudiste repasar lo de toda la semana que te quedó pendiente; repasas pues nada más lo que tiene prioridad o lo que tú consideras como más importante... 4.2.8

entonces el paciente: "¡ah! pues entonces él tuvo la culpa, ¿no?" ... y tú la regaste, entonces eso sí puede llegar a afectar mucho en tu aprendizaje, porque entonces te quita las ganas y la actitud de... ¡o sea, te desanima, pues! ...y te cansas, porque no te pasa solo una vez en el día, te puede pasar muchas veces durante toda tu semana, y entonces eso te agota, te fatiga... 4.2.9

Sí, muchas experiencias en el internado y durante la residencia... pero hay una en específico que, pues sí me marcó y sí me afectó bastante, y fue durante el internado... estaba el maestro de ortopedia, era un señor ya tenía un poco de edad, y era de un carácter como muy fuerte, muy militarizado. Entonces nos había pedido que nos aprendiéramos cierto tema y que le íbamos a exponer después del pase de cita, y éramos dos compañeros y yo pero este doctor te presionaba de cierta manera que aunque tú te hayas aprendido todo y hayas pasado toda la noche en vela aprendiéndote ese tema, enfrente de él se te olvidaba absolutamente todo, que te ponía la mente en blanco por la presión y el maltrato; porque sí era maltrato... tenía y te presionaba, y te presionaba, y te humillada de cierta manera que tú te quedabas con la mente en blanco que no podías decir nada porque obviamente como era una persona de jerarquía, no te podías defender. Y entonces nada más lo único que tenías o podías hacer era quedarte callado, aguantar todos sus regaños y pues literalmente agachar la cabeza, o sea aguantar, pues todo lo que salía de su boca eran humillaciones malos tratos, muchas cosas, aunque tú te supieras el tema de memoria no te prende el foco... literal, terminando eso, a mí la verdad me hizo hasta llorar, o sea, me

presionó de cierta manera que era tanto mi coraje de no poder decir nada... empecé a llorar y entonces agarró y me dijo “eso era todo lo que quería, que lloraras... te dije que un día te iba a hacer aguantar hasta tu máximo y esto es tu máximo...” y me dijo “ya límpiate las lágrimas y vamos al pase de visita”... y obviamente pues con los ojos rojos en una mala situación me hizo enfrentarme a los pacientes y seguir pues la vida normal, y me veía y me decía “¡ya, ya cálmate! No pasa nada, supéralo y a ver si terminando ese momento incómodo y mal momento se te viene todo el tema la memoria” ... O sea, no puede ser que yo me lo sé y no pude decirle absolutamente nada... no ni cómo defenderme, porque te empezaba a enredar de cierta manera que pues nunca ibas a saber lo que él quería que tú supieras, entonces esa humillación, te digo, se queda en la memoria y es una marca que dices no me va a volver a pasar, pero así te afecta obviamente en cómo te desenvuelves. 4.2.10

Sí, claro, muchas veces... y llegas a actuar de manera automática por querer ser estricto, por querer que tus compañeros de menor nivel aprendan... sí llegas a replicar esas actitudes a lo mejor no tan crueles o tan mi manera tan ruda, pero si te llegas a poner en un plan de “pues las cosas son así y hazlo ya rápido”, porque también, lo que te decía hace rato, depende mucho de la actitud... si obviamente tú ves que el R menor tiene una buena actitud y que le está echando todas las ganas, que quiere aprender pero que ahorita no está respondiendo porque está cansado o está post-guardia, o que no está reaccionando por cierto problema que tenga, lo entiendes... pero cuando tienen una mala actitud de que les vale madres, no les importa si el paciente está bien o no, que no se hacen responsables por sus pacientes, ahí es cuando entra como tu parte y empiezas a replicar esas actitudes de “no me importa si no comiste, si no dormiste pero quiero que me hagas tal cosa”... 4.2.11

4.3 Prospectiva

entonces para mí los ingredientes como principales serían una buena cordialidad entre él, el maestro y el estudiante; 4.3.1

que haya espacios en los hospitales 4.3.2

que haya espacios suficientes para aprender o que hubiera como más hospitales 4.3.3

Pues... en primera, que hubiera un mejor sueldo hacia los médicos o residentes, o sea que la beca (eh)... aumentarla, porque muchos llegan a ser papás de familia porque ya tienen como su vida, entonces si su vida es un relajó por decisiones económicas, por problemas personales, no estás como al cien, ¿no?... en la cuestión de tu trabajo o en la cuestión de

ser residente; la primera sería como la parte económica: mejorarla... La segunda, las básicas: dormir pero en cuestión de que las guardias fueran de 12 horas o que no estuvieran como tan pesadas, porque a parte de la guardia tú tienes que hacer tu turno normal; eso es lo que yo veo que no esa bien porque afecta mucho esa relación médico-paciente... (eh) si tú no descansas (eh) no vas a reaccionar, no vas a ver cosas que a lo mejor estaban a simple vista y tú no las viste; vas a estar a lo mejor (mm) cierto día de mal humor o vas a estar fastidiado, y todo eso es como una cadenita, un ciclo; es un ciclo vicioso... entonces si no hay un buen descanso pues todo lo demás no (este) no va a funcionar o no va a desarrollarse de la manera adecuada. La otra pues que el ambiente o el lugar en donde nosotros podemos llegar a descansar (eh) pues que sea como el indicado, o sea adecuado, porque muchas veces son pocas camas para la cantidad de residentes que somos, entonces tienes que compartir cama o a veces están todas llenas y tú ya no entraste... (eh) entonces eso también afecta si no tienes como un buen lugar de descanso (eh) en donde puedas irte a tomar 5 minutos para poderte despejar tu mente y estar como más tranquilo y tener una mejor actitud para seguir en el día y seguirle (este) buscando y buscando la mejora para tus pacientes; si no hay ese lugar como para descanso no pues no vas a poder como relajarte; esa es otra (eh), te digo, una buena alimentación porque pues muchas veces en los hospitales no hay (eh) adecuada alimentación, o cuando te tocaba ir a comer te tocó que un paciente se pusiera mal y entonces ya no fuiste a comer porque el comedor solamente está de tal a tal hora... entonces, que a los residentes hubiera como o que se apartaran las comidas, o que hubiera como más opción que el residente pudiera buscar alimento en el momento que pueda, no nada más con horario, como normalmente es... (eh) qué otra... (mm) te digo, el que las guardias de fines de semana pues poderlas como intercambiar porque a veces no se llegan a dar permiso, porque pues, si tú no estás bien con tu familia (eh) esos sacrificios te afectan... porque dices "(mmm) podría estar con mi familia este sábado o este domingo pero estoy aquí macheteándole"... entonces, sí amas mucho tu profesión pero también si tu familia, te vas alejando o te vas aislando de toda, de todos los ambientes familiares y de las reuniones y así, (eh) también quieras o no eso te afecta a ti como persona, porque a veces son situaciones importantes en las que tú no estás presente y que la verdad lo tomas como un sacrificio, así de "pues voy a sacrificar el estar con mi familia por algo que quiero o por mi meta", pero si las guardias fueran diferentes (eh), no se tendría como que sacrificar tanto; eso también afecta demasiado. 4.3.4

en cuanto a dinámicas sociales... Pues que las jerarquías no sean como tan marcadas; o sea, sí está bien que cada uno tengan sus años de experiencia y se valora que el R1 y el R2, R3 y así sucesivamente y el médico de base, ¿no?... eso se respeta, pero no por tener una jerarquía vas a hacer menos a la persona... (eh) también la otra es en cuanto actitud de

aprender; la mayoría entramos con el 100% de actitud pero te topas con maestros que no... más bien doctores que no quieren ser maestros, que no les importa que aprendes o no, el chiste es que le saques el trabajo y pues seguir adelante no en tu año de residencia; ese es una hay... otros -no generalizo- pero hay otros que son muy buenos maestros, que les encanta estar enseñando delante del paciente, que les encanta tomar el ejemplo... fue el caso que estás viendo porque al fin y al cabo es tu paciente, es no sólo la enfermedad sino el caso clínico que estás viendo y enseñarte en base a eso, y así te enseñan con un ejemplo se te va a quedar para toda la vida. En cambio, si tú no nada más agarras el artículo pues no se te va a quedar o nada más te lo vas a aprender de memoria y ya no lo relacionas, pero si tú lo ves con un paciente, ese paciente en tu vida se te haga olvidar porque yo me acuerdo en muchos pacientes que llegue a ver como estudiante -y son cosas que se te quedan en la memoria- y que lo relacionas y que la próxima vez que tú los vuelvas a ver dices “¡ah! esto es como el paciente, entonces ya sé quién es; ya sé cómo le voy a hacer” y la empiezas a buscar, y entonces esta relación que generas del aprendizaje teórico, la parte teórica con el aprendizaje en cuanto a tu paciente, en cuanto a una persona porque no nada más es la pura enfermedad ¿no?, estás viendo a una persona, aún ser que siente, a un ser que le duele, que le molesta, que tiene mucha historia y mucha vida... si tú lo relacionas con eso, se te queda grabado 100%... entonces eso es como fundamental para que tú puedas aprender pero, te digo, no todos los maestros o todos los doctores lo ven, cada quien obviamente aprendemos de diferente manera, cada quien le gusta enseñar a su forma pero también que en esa manera como enseña que sea didáctico; lo que te digo con relación a que te digan el porqué de las cosas, eso es muy importante. 4.3.5

Si bien un registro codificado puede no ser representativo, el aplicarlo a un grupo específico involucra la extracción de conocimientos que no se estén transmitiendo explícitamente dentro del mismo.

3.2.1 MATERIAL Y MÉTODO

Como parte de la investigación sobre la relación entre axiología y conocimiento ético-tácito con la toma de decisiones médicas, presento en este apartado la valoración de una entrevista semiestructurada relativa a la historia de vida y la formación de personal de salud a partir de un enfoque

hermenéutico, método empleado por Sueiras *et al.* (2017) con el objetivo de obtener “un entendimiento de la interacción entre los valores personales y de trabajo del personal de salud con su práctica profesional” (Sueiras *et al.*, 2017, p. 3).

En paralelo con dicha metodología (Sueiras *et al.*, 2017), los aspectos considerados para conducir la evaluación en el instrumento se acotan como sigue:

- **Influencia en decisión vocacional:** Se indaga en los elementos que motivaron la elección vocacional, atendiendo a los antecedentes en la historia de vida del entrevistado. También se recaban datos demográficos como edad, sexo, rol en el sistema de salud, afiliación a la institución, año de ingreso y localidad (Sueiras *et al.*, 2017, p. 4).
- **Trayectoria académica y profesional:** Centrado en la formación académica, se ahonda en los antecedentes académicos, objetivos académicos y profesionales, en el panorama general del entrevistado referente al compromiso con el estudio y su concepción del aprendizaje, y sus tiempos de estadía.
- **Ambiente laboral:** Se busca un mejor entendimiento de las dinámicas y prácticas de aprendizaje en el entorno de trabajo, y su evolución en relación con las interacciones del resto del personal médico (R⁹ mayores, profesores, etcétera) y los valores que entran en juego en este desarrollo.
- **Relación médico-paciente:** Siguiendo el hilo de una entrevista abierta, se lleva al entrevistado a expresarse sobre los efectos que los factores

⁹ Médico residente.

extenuantes en el ambiente de trabajo tienen en la práctica profesional y de manera directa con los pacientes. La atención queda puesta en los valores que enuncia de manera tácita y explícita.

El objetivo de este estudio es sentar un antecedente que muestre relaciones posibles entre axiología, CET y la toma de decisiones médicas en la práctica clínica. En lo que toca a participantes, entonces, se invitó a un médico residente de segundo año en la especialidad de cardiología y en un hospital de tercer nivel ubicado en la Ciudad de México. Los criterios seguidos para su realización se establecen a detalle en la guía de entrevista en anexo (ANEXO 2), si bien contemplan los lineamientos del consentimiento informado y anonimidad.

Para el análisis de la transcripción de la entrevista, primero se llevó a cabo una codificación en categorías generales que comprendiesen la esencia de los aspectos relevantes a indagar antes descritos, mismas que se desglosan en el árbol de categorías correspondiente (ANEXO 2.1). Posteriormente y tal como Sueiras *et al.* (2017) igualmente lo señala, también se siguió el método estipulado por De Hoyos *et al.* (2013, p. 3) y que integra cinco etapas: “primero, familiarizarse con los datos mediante (...) la inmersión en los datos en bruto varias veces; segundo, la identificación de un marco teórico; tercero, codificarlo; cuarto, esquematizarlo; quinto, interpretarlo” (Sueiras *et al.*, 2017, p. 5), si bien con variaciones en torno a los contenidos de esta estructura metodológica.

Análisis hermenéutico

Como precisión, cabe señalar que el acercamiento inicial al texto de la transcripción se llevó a cabo orientado por un enfoque hermenéutico que permitiera una comprensión más profunda de su contenido (Lindseth & Norberg, 2004). A su vez y en congruencia con la propuesta metodológica de

Sueiras *et al.* (2017), retomar elementos de la teoría de la interpretación de Paul Ricoeur (1976) para el análisis y la interpretación, posibilita que el entendimiento del objeto de estudio se vea optimizado de manera constante toda vez que implica un movimiento dialéctico (Sueiras *et al.*, 2017, p. 6).

Ya porque dicho “objeto” de estudio es de hecho la o las experiencias vividas por los entrevistados o bien narradores de las mismas, para generar conocimiento válido en la investigación cualitativa es indispensable sostener un enfoque crítico en todo momento, y “la filosofía fenomenológica-hermenéutica de Ricoeur representa una inspiración fructífera para diseñar métodos de interpretación que generen nueva información en torno a la experiencia de *ser-en-el-mundo*” (Simonÿ *et al.*, 2018, p. 2) de sus actores.

Este tratamiento no es extraño al panorama de las ciencias de la salud¹⁰ y, visto como proceso, se desdobra en tres pasos que integran los movimientos dialécticos antes señalados: la “lectura ingenua” (*naïve reading*), el análisis estructural y la interpretación crítica que a su vez da pauta para la discusión. Citando a Dreyer & Pedersen (2009), este proceso “abarca movimientos entre la explicación y la comprensión en los que reside una validación inherente de las preconcepciones y presunciones iniciales” (p. 2). A modo de esquema, este proceso se aprecia en la Figura 3.

Así, el primer paso corresponde a lo que Ricoeur describe como “*lectura ingenua*”, “una apreciación inicial de la transcripción de la entrevista tan abierta como sea posible y que permite una comprensión holística” (Sueiras *et al.*, 2017, p. 7). Lo que se busca con este tipo de aproximación es el reconocimiento de un significado inicial considerando el texto como un todo (Simonÿ *et al.*, 2018), en este caso, el que concede

¹⁰ Cf. Pedersen B. D. *Sygeplejepsis: Sprog & erkendelse* [La práctica de la enfermería: Lenguaje y cognición] (Tesis doctoral). Aarhus: The Faculty of Health Science, Universidad de Aarhus, Dinamarca. (Pedersen, 1999)

edificar un andamiaje semántico para examinar la axiología y el conocimiento tácito en la clínica. En el segundo paso está la ordenación estructural de dichos significados, y en el tercero, la interpretación de sus relaciones.

Figura 3.

Ilustración del proceso de análisis e interpretación crítica.



Nota: Ilustración adaptada de *A Ricoeur-Inspired Approach to Interpret Participant Observations and Interviews*, por Simonj et al. (2018) *Glob Qual Nurs Res*.

Superada la aproximación inicial y ya discriminada en función al árbol de categorías antes mencionado, se establecieron dos marcos teóricos para la posterior identificación de los datos recabados: uno axiológico y otro de conocimiento ético-tácito. Para el marco axiológico, se recupera el tratamiento de Echeverría (2008) si bien ceñido a las categorías conceptuales de *valores epistémicos*, *valores morales*, *valores sociales* y

valores básicos (Echeverría, 2008, pp. 15–17). Para el marco teórico del conocimiento ético-tácito, se extraen las ideas principales de Insch *et al.* (2008) en los conceptos de *habilidades cognitivas* (*cognitive skills*), *habilidades técnicas* (*technical skills*) y *habilidades sociales* (*social skills*) (Insch *et al.*, 2008, pp. 564–568). Dispuestos en esquema, ambos marcos conceptuales se ordenan como se aprecia en la Figura 4.

Ya definidos los referentes teóricos subyacentes a la determinación de códigos a emplear en el análisis estructural de la transcripción, los datos se vertieron en el software Atlas.ti 9.0. De acuerdo con Sueiras *et al.* (2017), el objetivo de este procedimiento es identificar el contenido relevante mediante su descomposición sistemática hasta sus partes más elementales (p. 7) de la siguiente manera:

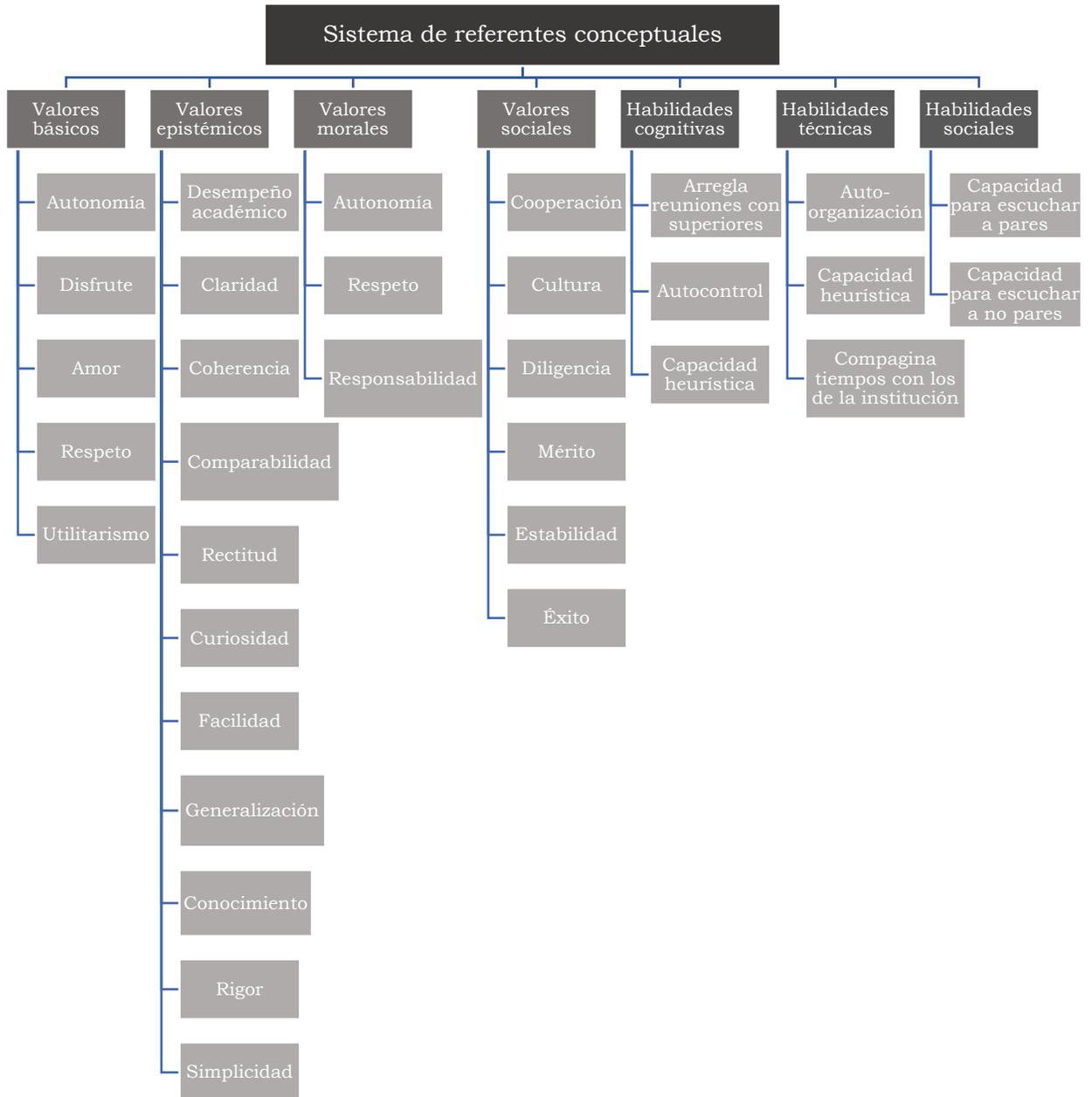
“Un análisis estructural (...) implica codificar las entrevistas transcritas y dividir las en sus partes componentes para identificar contenido significativo. Cada *unidad de sentido* es condensada, abstraída y organizada en *unidades de significado*, subtemas y temas. Llamamos *unidad de sentido* al significado que es condensado a partir de una interpretación hermenéutica. Así, las unidades de sentido tienen un exceso de significado que nos permite tener patrones significativos compartidos a través de una función heurística” (p. 7).

El resultado de dicha codificación se muestra en la forma de tres redes constituidas atendiendo al tiempo el cuarto paso de esquematización de la metodología en cuestión. La primera de estas redes (Figura 6) se centra en las coincidencias funcionales entre citas de lo expresado por el entrevistado con los *valores epistémicos* considerados en la familia de códigos. La

segunda (Figura 7), diagrama las relativas al *conocimiento tácito* y, la tercera (Figura 8), integra elementos de ambas desde una *perspectiva axiológica* más integral, teniendo como eje las familias de valores que se identificaron para este caso en la práctica de la medicina.

Figura 4.

Esquema de los marcos teóricos establecidos para la codificación de valores y elementos del conocimiento ético-tácito.



Nota: El desglose semántico se jerarquiza en función a los códigos determinados para la evaluación de la transcripción, la familia de códigos a la que pertenecen y la superfamilia que los engloba.

3.2.2 RESULTADOS

3.2.2.1 AXIOLOGÍA DE LA CLÍNICA

El núcleo de los sistemas de valores de la práctica clínica corresponde a los *valores epistémicos*. De la familia de *valores epistémicos*, siete de sus miembros se refirieron con mayor recurrencia por parte del entrevistado. Siguiendo la metodología de constituir unidades de significado a partir de unidades de sentido, estas referencias se identificaron tanto de manera explícita como implícita y con el siguiente orden de frecuencia: *Desempeño académico* (6), *Conocimiento* (5), *Claridad* (5), *Coherencia* (5), *Comparabilidad* (5), *Curiosidad* (4) y *Rigor* (3), como se aprecia en la Figura 5.

Figura 5.

Valores epistémicos por nivel de ocurrencia.



En aras de esclarecer el proceso metodológico de análisis e interpretación, presento en la Tabla 6 elementos seleccionados tanto de la transcripción como de los aparatos teóricos de que extraigo las referencias conceptuales en cuestión, así como la correlación establecida entre estos, a partir del trabajo de Simoný *et al.* (2018). Antes, sin embargo, estipulo el recuento semántico de los elementos a presentar respaldados por el trabajo

de Echeverría (2008) para establecer definiciones de lo entendido por *Desempeño académico* (hace referencia al éxito académico y las notas calificativas), *Conocimiento* (hace referencia a adquirir nuevas teorías o cualquier información cognitiva nueva, o una mejora en la previamente adquirida) y *Rigor* (la cualidad de estar atento al detalle y seguir un conjunto preciso de reglas) (pp. 15–17).

Tabla 6.

Resultados del análisis estructural e interpretación crítica implementados, correspondiente a los valores epistémicos de la clínica.

Unidades de sentido: “Lo que se ve/observa”	Unidades de significado: “De lo que se habla/de qué es la observación”	Tema
E1: “...en medicina las jerarquías son muy marcadas y sí afectan demasiado en cuanto a tu aprendizaje (...) esto que te estoy contando es como estudiante (...) porque cuando eres estudiante, el chiste es que aprendas, pero no te humillan o no te dicen que no sabes...”	La transición al entorno educativo de la residencia representa un reacomodo de los criterios del médico en formación para lograr el éxito académico, toda vez que le hace replantear sus estrategias de aprendizaje de cara a una enseñanza más adversa con comparación con los años previos de estudio	Desempeño académico

y pregrado. Esto incide en su aprovechamiento académico y en el desempeño que se apoya en este para desarrollarse como profesional.

<p>E1: "...al fin y al cabo es tu paciente, es no sólo la enfermedad sino el caso clínico que estás viendo y enseñarte en base a eso, y así si te enseñan con un ejemplo se te va a quedar para toda la vida. En cambio, si tú nada más agarras el artículo pues no se va a quedar o nada más te lo vas a aprender de memoria y ya no lo relacionas, pero si tú lo ves con un paciente, ese paciente en tu vida se te va a olvidar porque yo me acuerdo de muchos pacientes que llegue a ver como estudiante</p>	<p>La relación entre la calidad del aprendizaje y sus efectos sobre el paciente no solo es clara en el entrevistado, sino que se ve optimizada cuando existe una atmósfera didáctica en las dinámicas educativas. El residente expresa con certeza el vínculo entre mostrar interés genuino por el paciente y mejorar sus conocimientos tanto en su papel de estudiante como de profesional de la salud. La atención puesta por el médico profesor o médico en jerarquía superior hacia el</p>	<p>Conocimiento</p>
--	--	---------------------

son cosas que se te quedan en la memoria- y que lo relacionas y que la próxima vez tú los vuelvas a hacer” y la empiezas a buscar, y entonces esta relación que generas del aprendizaje teórico, la parte teórica con el aprendizaje en cuanto a tu paciente, en cuanto a una persona porque no nada más es la pura enfermedad ¿no?, estás viendo a una persona, aún ser que siente, a un ser que le duele, que le molesta, que tiene mucha historia y mucha vida...”

E1: “...llegas a actuar de manera automática por querer ser estricto, Se entiende que el médico residente no menoscaba la

Rigor

por querer que tus importancia del apego a compañeros de menor lineamientos de trabajo nivel aprendan... sí como valor para su llegas a replicar esas ejercicio, pero también actitudes a lo mejor no evidencia que estos tan crueles o tan a mi pueden viciarse a manera tan ruda, pero través de replicar si te llegas a poner en actitudes de enseñanza un plan de “pues las que no solo no son cosas son así y hazlo óptimos, sino que ya rápido”, porque tampoco se es también, lo que te consciente de los decía hace rato, mismos depende mucho de la inmediatamente y se actitud...” continúan esparciendo sin reparo.

Nota: Tabla adaptada de *A Ricoeur-Inspired Approach to Interpret Participant Observations and Interviews*, por Simonÿ *et al.* (2018) Glob Qual Nurs Res.

A su vez, se establecieron patrones de ocurrencia ligados a la identificación simultánea de elementos asociados al conocimiento tácito, mismos que se muestran como satélites en el extremo superior izquierdo de la Figura 6 y son: *Autocontrol (Habilidades cognitivas)*, *Capacidad para escuchar a pares (Habilidades sociales)* y *Capacidad heurística* (pertenece tanto al subconjunto de *Habilidades cognitivas* como al de *Habilidades sociales*).

Siguiendo el entramado teórico de Insch (2008) que sostiene al “modelo del conocimiento tácito como el procesamiento de información y el concepto de *esquema cognitivos*” (p. 564), en este apartado se retoman tres

de sus definiciones para delimitar los temas y subtemas al interior del análisis interpretativo. Un *esquema cognitivo* es una “representación mental de alguna estructura de conocimiento que se genera como producto de un procesamiento de información previo y de la interacción con el ambiente social” (p. 564).¹¹

Así, hablar de *habilidades cognitivas* para Insch (2008) equivale a referir los esquemas sobre el concepto de uno mismo; es decir, del conocimiento tácito que se tiene de uno mismo con respecto a la eficacia de desempeñar alguna tarea en particular (p. 564). En tanto, las *habilidades técnicas* “se mantienen en esquemas de eventos o guiones cognitivos asociados con los procesos, prácticas o maneras en que los individuos típicamente desempeñan una tarea varias veces (p. ej. manejar de la casa al trabajo)” (p. 566). Y finalmente, bajo la premisa que la gente -los individuos- no desempeñan tareas en solitud o ajenos a los demás individuos, “la dimensión social del CT involucra un entendimiento de cómo interactuar con otros” (p. 567, abreviatura agregada).

Tal como se muestra en la Figura 4, estos tres términos se jerarquizan como conjuntos que a su vez abarcan diversos subconjuntos de distintos referentes conceptuales (subtemas dentro de los temas), cada uno de los cuales conserva una línea específica de referencia con su respectivo concepto ordenador. Así, en cada caso se tiene cuando menos uno de estos para corresponder a cada una de las mencionadas *habilidades*, también como elementos del conocimiento tácito en los valores epistémicos de la clínica.

¹¹ Cf. Markus, H., & Zajonc, R. (1985). *The cognitive perspective in social psychology*. En G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 137–230). Nueva York: Random House.

Comienzo por traer a cuenta el de la *Capacidad para escuchar a pares*, cuya de noción de fondo no precisa de mayores delimitaciones definitorias en tanto resulta explicativa por sí en gran medida, pues hace justa referencia a la condición de prestar atención a lo dicho por un símil en el entorno laboral. Inserta en el contexto teórico de Insch (2008), sin embargo, no desmerece la acotación de formar parte de las *habilidades sociales* toda vez que refiere “conocimiento acerca del manejo respecto de subordinados y las interacciones con pares” (p. 562). En la interpretación crítica encuentra cabida, por otro lado, cercana al valor epistémico de *Desempeño académico* en tanto que de la experiencia narrada por el entrevistado puede extraerse cuando menos la certeza de la respuesta reactiva del mismo en la forma de los cambios que han supuesto -y sufrido- sus dinámicas de aprendizaje al llegar a un nuevo entorno educativo, uno regido por mecanismos sociales inéditos en su formación que van condicionando las estrategias posibles para enfrentarlos y lograr el éxito evaluativo. Así, el conocimiento relativo a la observación concienzuda del colega queda como condición de posibilidad para la aprehensión del nuevo modelo instructivo y no necesariamente del todo explícita en la inmanencia en que se desarrolla el proceso mismo del aprendizaje.

Con *Capacidad heurística* se quiere mentar la posibilidad de buscar la solución a un problema mediante guías empíricas; es decir, se trata del conocimiento generado a partir de parámetros de instrucción implícitos que implican la experiencia y métodos no formales (Eraut, 2000, p. 119). Y si bien podría defenderse su relación simultánea con el *Desempeño académico* en la medida en que implícitamente el médico residente se adapta a los cánones sociales involucrados en el aprendizaje de su nuevo entorno, esta conexión es todavía más directa con el tema del *Conocimiento* mismo. Lo más relevante -e interesante- en esta interpretación es, con todo, que para expresar los indicios de esta *capacidad* el entrevistado triangula su identificación a través del paciente; en particular, del interés dedicado al

paciente en consulta. En este movimiento *cognitivo* no solo se resalta la fuerte influencia de una pedagogía consciente y atinada en la concepción -y configuración- de un *valor epistémico* en la clínica que orbita en su *dimensión técnica*, sino que también se arroja luz sobre el espectro de su punto de contacto con la *dimensión moral* de esta; a saber, el que toca al *otro* en su calidad de paciente.

Para Insch (2008), finalmente, hablar de *Autocontrol* implica una forma de *esquema cognitivo* para conducirse en un entorno y manejarlo efectivamente, englobado en el conjunto de *habilidades cognitivas* (p. 569). Como tal, subyace en la narrativa del médico residente entre el reconocimiento de las actitudes “heredadas”, reproducidas y fomentadas irreflexivamente, y la consciencia de sus efectos negativos para las dinámicas de formación que están estrechamente ligadas con los *valores epistémicos* en cuestión; en particular, con el del rigor. Además, contrapuesto en perspectiva con lo apuntado sobre los elementos del CT en la clínica hasta ahora, articula una noción que como denominador común pone en evidencia al subgrupo entero: los matices de las diferencias entre seguir un conjunto preciso de reglas y pautas maquinalmente, y aplicar reflexivamente el conocimiento que pretenden encausar para producir los efectos que encarnan en su finalidad. Esto, en esencia, es lo que ya apuntaba en el planteamiento del problema con respecto a la observación de principios *in abstracto* para realizar el cambio deseado en un estado de cosas relativo a la clínica más allá del criterio de cumplimiento formal que acarrearán. En este particular caso, el *Rigor* conlleva al elemento tácito del *Autocontrol*, así sea en un sentido negativo, para mediar las mencionadas diferencias.

Figura 6.

Red de valores epistémicos en la clínica, con citas.

3.2.2.2 EL CONOCIMIENTO TÁCITO EN LA CLÍNICA

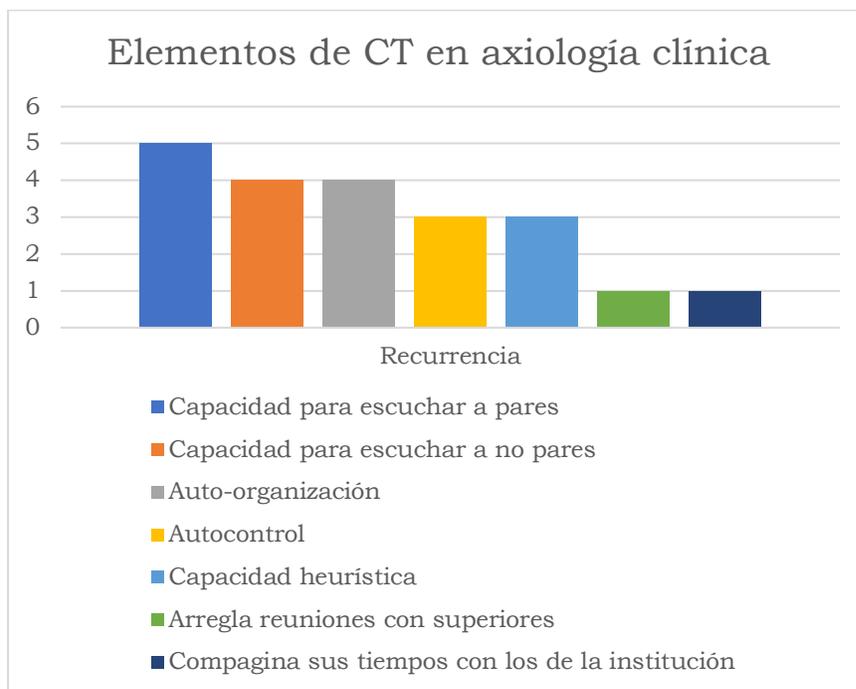
Es cierto que ya el CT se aborda en la sección previa, sin embargo, tan solo a partir de relaciones más generales con los valores de la clínica, de suerte que la validez de las interpretaciones es suficiente para introducir un panorama que lo incluya así sea de manera indirecta. En esta sección entonces trato todos los elementos del CT en la axiología de la clínica bajo dos diferencias sustanciales. La primera, que ahora son estos los que ordenan el análisis como derivadores de significado y ya no derivados, y segunda, que las relaciones con los valores provienen de intersecciones directas en la red interpretativa de resultados.

El desglose completo de los elementos del conocimiento tácito por nivel de ocurrencia queda como sigue y se ilustra en la Figura 7. *Capacidad para escuchar a pares* (5) encabeza la incidencia seguido de *Capacidad para escuchar a no pares* (4) y *Auto-organización* (4). Les siguen *Autocontrol* (3) y *Capacidad heurística* (3), y finalmente aparecen *Arregla reuniones con superiores* (1) y *Compagina sus tiempos con los de la institución* (1). En el cruce relacional figuran con particular importancia los valores de *Diligencia (social)* y *Conocimiento (epistémico)*, ya sea de manera implícita o bien a través de un subtema intermedio.

Cuando los elementos del CT son la raíz de la interpretación crítica, se alcanza primordialmente a dos valores del sistema axiológico de la clínica. En continuidad con el hilo temático de los *valores epistémicos* de la sección pasada, atiendo al primero de ellos; el de *Conocimiento*, bajo la definición ya antes establecida (Echeverría, 2008, p. 16). El fragmento base se muestra en el Recuadro 3.

Figura 7.

Elementos asociados al conocimiento tácito en el sistema de valores de la clínica por nivel de ocurrencia.



Recuadro 3.

Fragmento de la transcripción de la entrevista como unidad de sentido para la interpretación crítica de los elementos del CT en la axiología médica.

“Si tú desde que estás iniciando la carrera no vas y te mueves y le buscas para acceder a hospitales o acercarte a maestros que te puedan meter pues (...) te puedes quedar en las aulas y no, no pasar como de lo teórico. Entonces, si tú tienes la actitud, así como de buscar, pues tienes como mayor experiencia para... para conocer los hospitales, hacer guardias cuando se supone todavía no debes, te vas a hacer guardias con tus maestros o con tus amigos y te metes a hospitales a (...) aprender de cómo es el ambiente”.

En principio, se apunta que hay *Conocimiento* en la medida en que se habla de la adquisición de nueva información respecto a lo esperado o lo previamente adquirido sobre el ejercicio de la disciplina y las competencias necesarias para conseguir sus objetivos. Dentro del relato, con todo, pueden bien identificarse elementos de los subconjuntos propuestos por Insch (2008), comenzando por el de *Capacidad heurística*.

Toda vez que la nueva información se ha formado a través de un canal no formal del aprendizaje y sí mediante experiencias de observación (quizá a los estudiantes de semestres superiores destacados) y comparación (con aquellos que se han quedado “rezagados” cuando las evaluaciones en el aula sugerirían lo contrario) que no son explícitas dadas las diferencias entre el alumnado que así lo sugieren. Las *habilidades* en juego son tanto *cognitivas* como *técnicas*, pues se orientan a un mejor desempeño en un entorno específico.

Por otro lado, está también el de *Capacidad para escuchar a pares* que ya tocaba en la sección anterior. El médico residente señala el valor que las relaciones con profesores y colegas tienen para con el ejercicio de la clínica en que derivará la formación académica. No solo esto, sino que también se identifica en él la *habilidad social* que lo ha llevado a conseguir un puesto como el que ahora posee en la residencia. Ello implica que su actitud proactiva para establecer vínculos con los demás fungió como herramienta cognitiva para el desarrollo del *conocimiento* sobre la práctica.

Aunque con matices, sin embargo, lo dicho hasta ahora bien queda en línea con lo apuntado antes. Es por ello por lo que el siguiente valor tiene especial importancia. Y es que en los cruces relacionales se intersectó también al de *Diligencia* (extracto en Recuadro 4) que no es otra cosa que el ser persistente al realizar un esfuerzo para conseguir un resultado (Echeverría, 2008).

Recuadro 4.

Extracto de la entrevista vinculado a un valor de tipo social.

“... tener una buena actitud, el ser amable, ahora sí que el “vamos con todo”, el “vamos a luchar por usted y vamos a salir adelante porque no nada más es usted”, puede salir adelante sin incluirte en su equipo y hacerte como parte de que el paciente crea y que vea que de verdad te preocupas por él; eso es muy importante como para hacer un buen estudiante... tienes que, te digo, ser muy empático... también tiene que haber mucha amabilidad, tienes que tener la actitud para pues... en el momento se necesita tú estar ahí porque es alguien importante para ti, o sea, todos los pacientes son importantes, entonces si te importa en el momento y ahora que se necesite, tú vas a estar ahí y hasta vas a salir corriendo para ver qué carambas está pasando con tu paciente... pero, te digo, tienes que tener como esa disposición”.

Y resulta importante porque pone el foco en el contacto con un sistema de valores de la clínica que abarca a la *dimensión técnica*, pero no se agota en esta, abriendo la puerta para que otros factores epistémicos de la práctica -comúnmente relegados cuando quedan ajenos a dicha dimensión- sean considerados. Los *valores sociales* representan un puente entre el aspecto técnico y moral (Echeverría, 2008) de la disciplina, pues en estos convergen factores formativos que inciden en el desarrollo de las habilidades necesarias para la mejora continúa que además se aprenden al interior de las relaciones con otros.

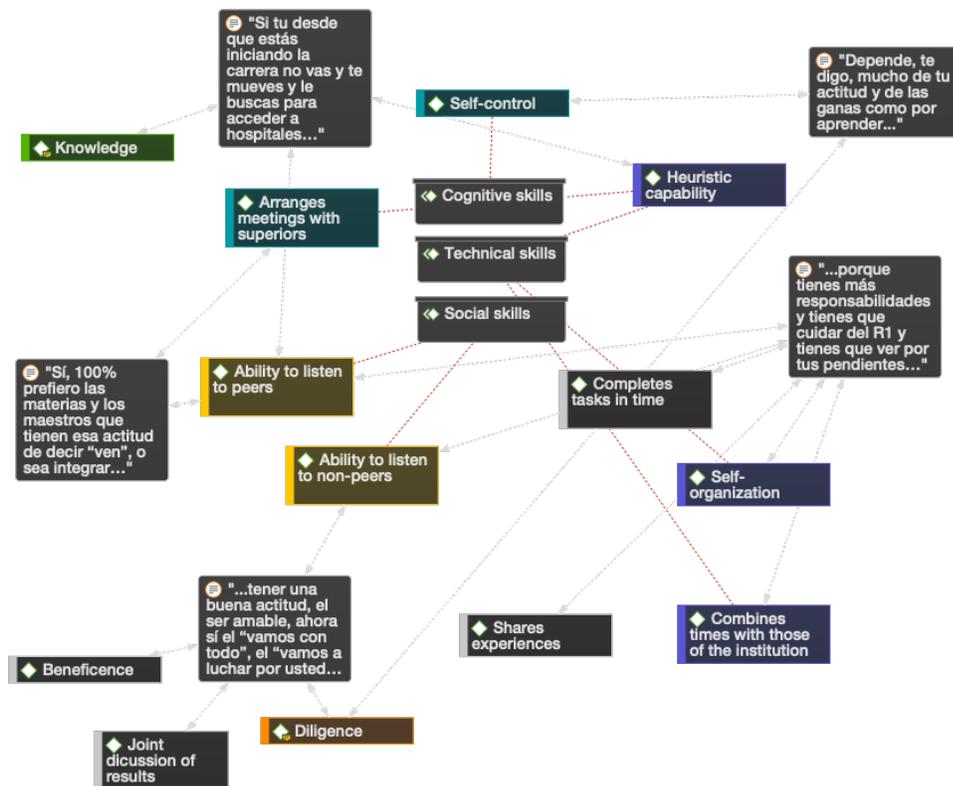
Así se introduce la habilidad social de *Capacidad para escuchar a los no pares* como elemento del CT en este sistema y tras el valor de *Diligencia*.

Este elemento no debe ser subestimado ni minusvalorado para la identificación y el fortalecimiento de las competencias clínicas, incluso las relativas a su aspecto técnico. En la narración del residente, la conciencia de un paciente que se sabe valorado impacta los resultados del proceso clínico en su diagnóstico, resoluciones y aprendizaje de cara a futuras intervenciones.

Parece obvio, pero no siempre lo es que en la propia narrativa del paciente residen más que solo los indicios epistémicos para reconocer y manejar signos sintomáticos, pues estos son tan experienciales como el proceso de enfrentarlos desde un bagaje conceptual, cultural y emocional distinto al del observante que los interpreta. En la Figura 8 puede apreciarse mejor el sistema relacional en cuestión.

Figura 8.

Red de elementos del conocimiento tácito en la práctica clínica, con citas.



3.2.2.3 LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS: EL ROL DE LA AXIOLOGÍA Y EL CONOCIMIENTO TÁCITO

Los sistemas de valores en la ciencia, y en particular en medicina, no se agotan con los *epistémicos*, ni con los *sociales* (Echeverría, 2008, p. 15). Tampoco con los *morales*, pero estos también forman parte de su columna vertebral axiológica. En palabras de Echeverría (2008), valores como la *Autonomía* (la capacidad de tomar decisiones), la *Responsabilidad* (la cualidad de ser capaz de responder por nuestros actos) y el *Respeto* (consideración por los sentimientos, deseos, derechos y tradiciones de otros humanos) “son relevantes en los diversos contextos de la actividad tecnocientífica, por lo que merecen estudios detallados” (p. 16).

Por otro lado, estos sistemas -como se ha visto- están atravesados en la práctica por elementos del conocimiento tácito que los configuran de un actor a otro mediante la experiencia. *Epistémicos* o *sociales*, cada valor tiene componentes de naturaleza empírica que van llenando los *esquemas cognitivos* en que se actualizan constantemente cuando son recuperados de cara a cada situación específica y contextual que acaece para el individuo que la vive. Son aplicados, sí, pero no aplicables; esto es, que no son disociables de las acciones en que aún así se manifiestan y es en esta condición en que precisamente radica su carácter tácito.

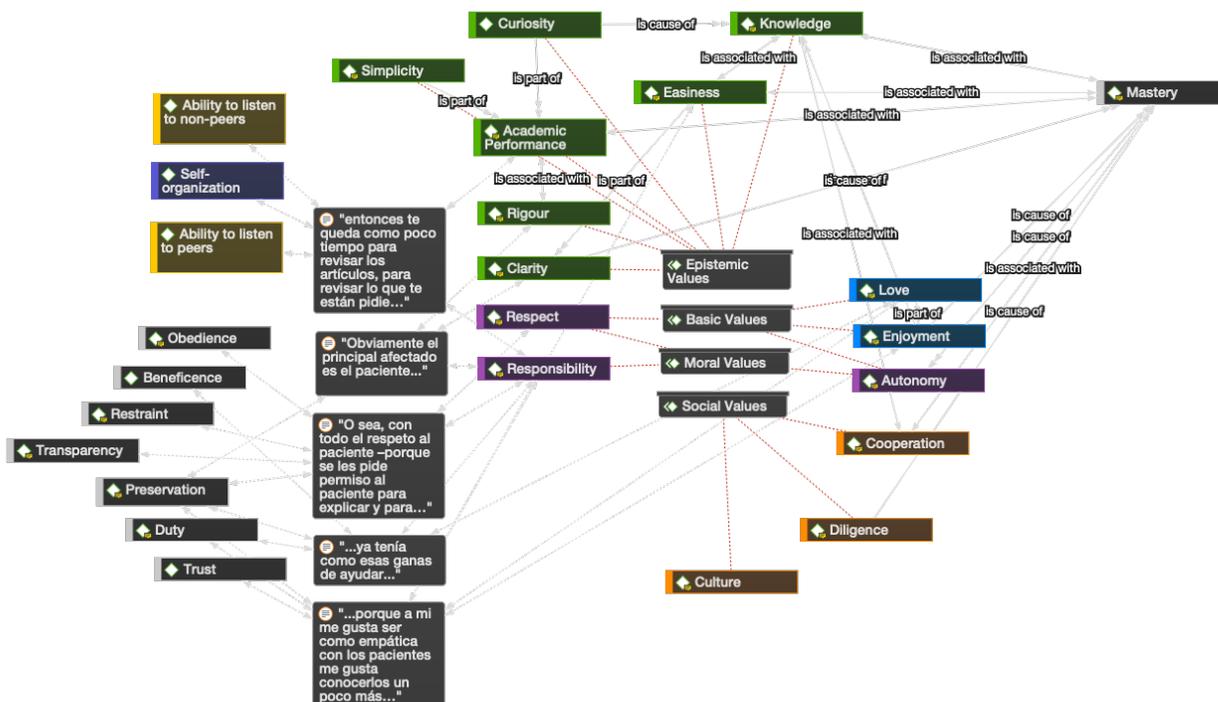
En este sentido, los *morales* no escapan a dicha caracterización. Todavía los principios más simples que los enuncian representan apenas el esquema (*cognitivo*) que pretende dar orden y forma a un cúmulo de experiencias previas mediante un criterio de noción común entre estas. No hay significados unívocos que los agoten y por lo mismo es posible que sus esquemas se alteren al grado de resignificarlos por completo de un momento a otro y de una experiencia a otra. Ejemplo de esto es el reacomodo que

puede surgir de una jerarquía de valores en un individuo tras un ejercicio reflexivo sobre los esquemas mismos (Altamirano-Bustamante *et al.*, 2013).

El matiz que tiene un espacio en el caso de los *valores morales* y que ya se teorizaba en el capítulo anterior, queda como una caracterización adicional sobre el CT y pone énfasis en su naturaleza relacional: el *conocimiento ético-tácito*. Y no se halla menos intrincado en la praxis, como puede observarse en la Figura 5.

Figura 9.

Red axiológica integral: sistemas de valores y sus relaciones con el conocimiento tácito en la clínica.



Ya sea que se observe con el enfoque de la Medicina Basada en Evidencias o de la Medicina Basada en Valores (Peile, 2013), la práctica médica como ejercicio profesional se desarrolla sobre un sustrato de

conocimiento tácito que se manifiesta en las decisiones -como se apuntaba al comienzo de la investigación- que sus actores toman (Eraut, 2000). Los valores también son una forma de conocimiento acerca de “dominios de estímulos específicos” que guían el comportamiento (Insch *et al.*, 2008, p. 564) y están presentes en la praxis de las ciencias (Echeverría, 2008) al margen del paradigma que orquesta la toma de decisiones en estas.

Presentar las redes en esta sucesión pretende también marcar los puentes de relaciones que se van construyendo entre códigos desde una a otra, comenzando con los *valores* que se hallan insertos en la práctica de la medicina desde una perspectiva *técnica*, y llegando a los que la atraviesan desde un enfoque *moral*. En congruencia con el planteamiento teórico en las primeras secciones de este trabajo, esta disposición también abona a la defensa que ambas perspectivas no solo no están dissociadas, sino que tampoco puede discriminárselas tan tajantemente.

Valores como el de *Diligencia* que representan la actitud y efectividad depositada en los procesos cotidianos de la clínica, y se traducen en minutos de atención, calidad y vida para el paciente, son un ejemplo de ello. Y ello también adquiere claridad cuando se observan las intersecciones en las relaciones que cada código (y por ende, valor) guarda con la capacidad/habilidad “*técnica*” de *Maestría*, entendida como el dominio de una disciplina que se basa en la relación con el otro.

La complejidad axiológica de la clínica trasciende “el dominio epistemológico de valores de la MBE¹², pues no se limitan a describir, explicar o predecir lo que ocurre en el cuerpo humano” (Altamirano-Bustamante *et al.*, 2013, p. 2). Es por ello que el CET, con todo, adquiere

¹² Medicina Basada en Evidencias, en lo sucesivo.

mayor sentido en la medida en que se fortalece el paradigma de la MBV¹³, toda vez que se integra con la perspectiva holística de la persona en relación con su dignidad (Altamirano-Bustamante *et al.*, 2013).

¹³ Medicina Basada en Valores, en lo sucesivo.



*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



4. DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS BIOÉTICAS



AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.



4. DISCUSIÓN Y PERSPECTIVAS BIOÉTICAS

Habiendo apuntalado hasta ahora que la toma de decisiones médicas es compleja desde una perspectiva axiológica (de Hoyos *et al.*, 2013) y que esta, a su vez, queda intrincadamente atravesada por conocimiento tácito, sigue considerar sus implicaciones. Y si se conceden como válidas las relaciones propuestas hasta este punto entre estos tres dominios (el de la TDM, la axiología y el CT), la más relevante es la que toca a los efectos de los dos últimos sobre el primero; en otras palabras ¿en qué medida puede influirse -y cómo- en la toma de decisiones médicas desde el estudio de su axiología y conocimiento tácito?

Y es que bajo la postura que defiende la medición y codificación del conocimiento tácito todavía la interrogante queda vigente. Antes de intentar resolverla, me detengo a fincar los términos de valoración: si la toma de decisiones médicas es compleja, es porque la clínica -el ejercicio práctico de la medicina que se viene tratando desde el comienzo del trabajo-, lo es. Sentenciar que una decisión es buena o mala no es menos complejo. Los juicios éticos deben hacerse con responsabilidad y cautela.

Como ya apuntaba en el Capítulo 2, un juicio clínico puede cabalmente ser correcto cuando satisface los métodos del diagnóstico

diferencial y genera los resultados esperados en el tratamiento de un padecimiento (Kienle & Kiene, 2011), aún cuando se relegue el aspecto moral de la decisión llevada a cabo para con el paciente. Esto, sin embargo, no la hace errónea. Evitar sentencias tan tajantes como esta es una manera de no restar peso a la valoración de la TDM en los términos que aquí planteo, es por ello por lo que la articulo en la forma de *decisiones oportunas* y *decisiones precipitadas*.

Zanjada la precisión, continúo a la cuestión: ¿cómo el estudio de la axiología y el conocimiento tácito pueden incidir en la toma de decisiones médicas *oportunas*? Uno de los antecedentes más claros con respecto al primer dominio -el axiológico- queda bien expuesto por el estudio de Altamirano-Bustamante *et al.* (2013) en que se señalan las dificultades que los clínicos enfrentan al momento de “ponerse en contacto con sus propios valores” (Peile, 2013, p. 1). Este análisis muestra el reacomodo en la jerarquización de valores que cada participante expresa después de un episodio introspectivo y reflexivo que elabora la perspectiva que sobre estos tienen, y los resultados reflejan un reforzamiento de los más relevantes para su práctica profesional. (Altamirano-Bustamante *et al.*, 2013).

En paralelo con este principio de interiorización basado en el ejercicio reflexivo sobre saberes asumidos por los actores de la práctica clínica es que el estudio del conocimiento tácito toma importancia y encuentra un motivo y una vía para explorar métodos efectivos para medirlo y/o codificarlo. En este sentido, su estudio se edificaría sobre la conexión entre identificarlo y optimizar el desempeño de los actores en un ámbito profesional -toda vez que “su medición está ceñida al dominio en que el conocimiento se adquiere”- (Insch *et al.*, 2008, pp. 562-564), para llevarlo al dominio axiológico descomponiendo los valores de la clínica en las actitudes, *motivaciones* y saberes que orientan a la toma de decisiones.

En la literatura existen perspectivas éticas y (bio)éticas que empatan con esta lectura en tanto que comparten las preocupaciones elementales que mejor se describen al interior del paradigma MBV, como los modelos hermenéuticos (Betan, 1997). En las siguientes secciones se recuperan los que considero compatibles de cara al fortalecimiento de la Medicina Basada en Valores, así como las acotaciones semánticas correspondientes al uso de los términos en cuestión.

4.1 AXIOLOGÍA Y MEDICINA

Siendo que el conocimiento ético-tácito entra en juego al centro de la confrontación axiológica, los valores toman también un papel relevante en este trabajo. Para el caso de toma de decisiones en medicina, esto implica a los valores del agente que decide y los del paciente que está al otro lado para experimentar los efectos de esa decisión. Pero también involucra a los valores de la medicina en general (Fulford, 2004).

Son, de hecho, los valores de la medicina los que funcionan como brújula en ese aparato teórico sobre el cual el agente vuelve constantemente para dar solución a las situaciones que se presentan en su ejercicio. Porque estos no son necesariamente valores éticos, es que su discusión se torna indispensable. En la medida en que el agente los aplica, también los adopta y en buena medida a eso se refiere el compromiso que este admite respecto de dichos valores (ya se había mencionado el de la racionalidad y la objetividad). De tal suerte que, en algún grado, también son los suyos.

Los del paciente, que es el receptáculo -por así decirlo- del juicio clínico, son los únicos que no necesariamente reconocen este compromiso. Esto es importante al momento de zanjar la cuestión tras definir qué constituye a una buena toma de decisión y qué hace que sea mala. De

acuerdo con Nicholas Rescher, su estudio supone tres tareas: “[1] la fundamentación de una concepción *genética* de valor que provea una base unificada para la amplia variedad de contextos en que la evaluación toma lugar, [2] el estudio de la fenomenología de la valuación en general, y [3] el desarrollo de un sistema de axiomas de valor codificando las reglas universales de la valuación” (1969, p. 50-51).

La clasificación que partiendo de este planteamiento hace Rescher toca gran parte de las ideas y problemáticas que entran a interpretación en las distintas teorías de valor que existen. La naturaleza de *valor*, por ejemplo, bien como objetiva o subjetiva. En el primer caso, sería pensarlo como propiedad de un objeto, “independiente al pensamiento, emociones y experiencia y con la consecuencia que las experiencias de ese valor sean apropiadas (correctas) o inapropiadas (incorrectas)” (1969, 52); es decir, como un criterio de adecuación. Su contraparte sería encontrarlo en la mente y ligado a los deseos del sujeto.

En las “altas teorías”, esta problemática se filtra en términos de un valor intrínseco y otros instrumentales, o bien, de *valores como fines* y *valores como medios*. Estos aparatos éticos parten de una concepción en que existe un valor como fin al que se supeditan los segundos, así la virtud (Aristóteles), el deber o la buena voluntad (Kant), y el bien común (Mill). La problemática radica en que más de un valor puede ser un valor como fin.

Con respecto a la segunda tarea, la cuestión subyacente es qué puede ser valuado, y las categorías para pensarlo son las mismas: se habla de *valuación objetiva* cuando algo se valora porque es valioso *-per se-*, y de *valuación subjetiva* cuando algo es valioso porque se valora. Y esto introduce una idea útil para desarrollo de este apartado; esto es, el carácter *relacional* de la asignación de valor, por un lado, y el *racional*, por otro (Rescher, 2004).

Rescher apunta que “cuando algo es valorado racionalmente existe, *ex hypothesi*, una razón para valorarlo que constituye el fundamento para su evaluación positiva (o negativa)” (Rescher, 1969, 57). Es por ello que la justificación tras la preferencia de un estado de cosas sobre otra es un componente intrincado en los valores (Rescher, 2004, 25), y por ello esta racionalidad es la base de la tercer tarea de la axiología.

En suma, la noción de *valor* es difícil de precisar. Aquí se trae a cuenta la exposición de Rescher porque también es una de sus definiciones de este concepto que se presenta de gran compatibilidad con la línea de razonamiento del estudio: “un valor representa un eslogan capaz de proporcionar la racionalización a una acción al encapsular una actitud positiva hacia un estado de cosas presuntamente beneficioso” (Rescher, 2004, 9). Y es útil en la medida en que resalta las ideas clave que se han tocado en el desarrollo del trabajo, ahí la noción directa de una racionalidad amplia y la indirecta de internalización en el agente en términos de su codificación.

Sobre el carácter relacional de los valores, desde una perspectiva ética, también se extraen ideas clave, como en el caso del conocimiento ético-tácito y su vínculo para la toma de decisiones médica entre el bagaje axiológico del agente y el del paciente. Además, afina la distinción entre este (el CET) y el que podría señalarse como conocimiento moral tácito en tanto que la moralidad a que refiere queda difuminada en términos de observación de comportamientos y conductas generales en el contexto de la medicina, y por oposición al reconocimiento de preferencias únicas, preocupaciones y expectativas puntuales que cada paciente trae consigo al encuentro clínico (Churchill, 1977) que deben ser integradas en la TDM si es que persiguen servir al paciente (Thornton, 2006).

En este sentido, en todo caso, podría hablarse de valores morales y no morales pues el énfasis de la idea relacional y racional seguiría puesto de manera clara en la TDM. Así, en síntesis y parafraseando a Quine, el valor que asigno al bienestar de mi vecino es moral, y el que en cambio asigno a una cáscara de cacahuete no lo es (Quine, 1981).

Para entonces abordar la cuestión de en qué consiste la toma de decisiones médicas buena en la atención y la clínica, habría que tocar dicho factor, el del reconocimiento de la confrontación axiológica entre agente-paciente y también el de agente-paciente-contexto, en buena medida inextricable de la primera relación. El sentido de dicho reconocimiento es inherente -para no decir complementario- al aspecto tanto técnico como moral de la TDM, así cada cual tome de sus respectivos marcos teóricos sus contenidos.

Lo que a veces ocurre en la TDM es el empleo de una racionalidad elementalmente utilitaria que discrimina el peso de un valor sobre otro y los jerarquiza en consecuencia -comúnmente de manera tácita- en el razonamiento del juicio clínico, provocando así el menosprecio de su aspecto moral frente a la dominancia del técnico. Como los efectos de razonar únicamente desde el aspecto técnico son directos o bien fuertes sobre el estado de cosas que representa la enfermedad, entonces están justificados. Y como los efectos desde el aspecto moral se presentan en comparación -configurados en un valor de racionalidad estrecho- como indirectos o laxos (como mejorar el estado de ánimo del paciente), entonces no son reprochables. Como ya se vio, sin embargo, el aspecto moral también guarda conocimiento valioso para incluso producir un juicio clínico de mejor calidad.

4.2 ÉTICA MÉDICA Y AXIOLOGÍA DE LA MEDICINA

En varios aspectos, los principios de que constan la ética médica y la axiología de la medicina coinciden, así como sus objetos de estudio. Cuestiones como la determinación de lo bueno, lo deseable o lo valioso en el ejercicio de la medicina son abordadas por igual desde ambos frentes, también sus justificaciones. Sin embargo, las diferencias importan, pues comprenden también sus limitaciones entre sí y para con el campo de la medicina en que adquieren sentido.

En general, hablar sobre ética médica es tratar sobre los principios que rigen la actividad en su carácter normativo. Sus referentes prácticos son por lo mismo los códigos de conducta, aunque también involucra la reflexión constante sobre los mismos, y su objeto de estudio es la moral. Señalar que algo es o no ético dentro de la medicina implica por tanto un orden de valores que son compartidos en un determinado contexto.

La diferencia fundamental frente a la axiología es el *meta-análisis* presupuesto en determinar por qué el valor que es ético en primer lugar es valioso, y por ello su objeto de estudio es algo más amplio. Esto porque los valores de la medicina, desde esta perspectiva axiológica, no son todos morales. Mientras la ética médica puede explicar por qué el valor de salud es deseable, la axiología preguntaría por los fundamentos para que la salud sea considerada un valor en primer lugar. Y, en efecto, esto guarda una relación estrecha con la teleología de la medicina, si bien desde distintos niveles.

Siendo que el espectro de pensamiento de la axiología es vasto, “la axiología médica lidiaría con las tensiones en los valores humanos creados por el progreso de la medicina en sí mismo; definiría cómo la medicina

contribuye a reestructurar y re-sintetizar un sistema de valores para el hombre contemporáneo, y definiría aquellos valores que determinasen el comportamiento social y personal de cada médico” (Pellegrino & Thomasma, 1981).

4.3 SENSIBILIDAD ÉTICA

Partiendo de la confrontación axiológica tratada en el capítulo 2, existen diversas perspectivas (bio)éticas que integran el aspecto moral de la toma de decisiones médicas si no como prioritario, sí al mismo nivel de consideración que el técnico. El concepto de *sensibilidad ética (Ethical Sensitivity)* tiene precisamente este enfoque de abordar la atención y la clínica desde el reconocimiento de los valores del paciente. Más aún, comprende un acercamiento al mismo desde un punto de vista predominantemente moral y principalmente encaminado a responder ante la vulnerabilidad y sufrimiento del este.

Por su planteamiento, funge constantemente como un eje para el análisis cualitativo de la calidad humana de los servicios de salud y, por lo mismo, guarda estrecha relación con las ideas clave de los estudios sobre las dinámicas sociales de los entornos hospitalarios: el ejercicio de la reflexión sobre la praxis, la autoevaluación y el desarrollo de la conciencia como actor del ámbito clínico (Van Der Zande *et al.*, 2014). Inserta en la corriente de la bioética con métodos empíricos, esta corriente emplea principios, categorías y pautas conceptuales del conocimiento tácito y sus teorías para estudiar las variables de la experiencia que los agentes médicos construyen constantemente, con miras a incidir en un ejercicio de la actividad que equilibre la práctica basada en evidencias.

4.4 ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

Fincada también en la confrontación axiológica, aunque bien desde una óptica distinta, la ética de la responsabilidad también se presenta como una propuesta que fundamenta, desde la filosofía y en particular desde la hermenéutica, la relevancia de la consideración por *el otro*. Su principal exponente es Ricoeur y una de sus aportaciones bióéticas más importantes es la fundamentación del uso de la narración como *método*. (Domingo Moratalla, 2008).

En efecto, cuando lo que está en juego es el conocimiento tácito del otro como reflejo de sus valores en la relación del encuentro clínico, la ética de la hermenéutica queda como un instrumento valioso de cara a la teleología de la práctica médica, pues plantea esta relación clínica como encuentro intersubjetivo que transforma a los participantes. Es en particular dentro de esta relación que la narrativa adquiere predominancia pues se ponen en juego los valores fundamentales de cada participante que la compone en la medida en que componen la identidad de cada cual: la autonomía –vinculada a los proyectos de vida de los pacientes–, su salud; y el ejercicio del médico en términos de competencia para la actividad que otorga sentido a su profesión y así, a su modo de ser en el mundo. Así, no solo el paciente entra a esa relación con posibilidad de transformarse, sino que el médico se enfrenta en cada ocasión a la posibilidad de mejorarse como tal. La dimensión de la narrativa también replantea el padecimiento de los pacientes y lo recoloca en su sitio de origen: entendido como conflicto ético y la experiencia moral como situaciones que se expresan en un relato. El paciente busca en última instancia el alivio de tal padecimiento solo a la luz de cómo este altera su escala de valores dentro de su proyecto de vida y no sólo como la solución técnica a un estado estrictamente anormal de salud.

Como narrativa, por su parte, su dimensión epistémica es más como un paradigma por sí que tan sólo un complemento de la práctica clínica, pues ofrece la posibilidad de pensar el conocimiento de la misma de manera más amplia y menos vertical; es decir, ya no estaría pensando en ética y medicina como algo complementario sino como un solo ámbito que desdobra sus contenidos fuera de las dicotomías tradicionales y de la incesante especialización que busca atender cada dimensión de la persona por su cuenta (la psicológica, la emocional, la orgánica, etc.).



*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



CONCLUSIONES



5. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES DE LAS HIPÓTESIS

La primera hipótesis del trabajo, que los componentes de la toma de decisiones médicas -los denominados el *técnico* y el *moral*- tienen *dos dimensiones epistémicas*, queda argumentada pues, desde el apartado teórico que Kuhn (1962) expone en *La estructura de las revoluciones científicas*. La afirmación se apoya en que los conocimientos que el paradigma presente ofrece al agente no contienen por sí ni en sí mismos el o los conocimientos para su aplicación a cada caso diferente al que se enfrente, y precisan pues de más que reglas *explícitas* para conseguirlo.

El conocimiento tácito, entonces juega un papel crucial en lo que para él es la *ciencia normal*, o bien, el quehacer cotidiano de la ciencia cuando los momentos de crisis que posibilitan los cambios de paradigmas no están ocurriendo (lo que ocurre la mayor parte del tiempo). En este sentido, la medicina como ciencia no escapa a esta descripción. Y dado que la ciencia no es entidad que desenvuelva sus procesos en el mundo al margen de los científicos que la practican y la ejercen, en los juicios de estos está la dimensión epistémica del conocimiento que no es explícito.

En el caso del estudiante de medicina que aprende a interpretar una radiografía, extrayendo el instinto de las intuiciones que van configurando su proceso de aprendizaje, se vio que el conocimiento tácito *está* como una suerte de sustrato que soporta la constitución de habilidades elementales para el ejercicio de la medicina. Ahí se hace clara su relación con el aspecto técnico de la toma de decisiones.

En el caso del médico-especialista que deja guiar su razonamiento a través de una actitud paternalista (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019) en la

atención, en cambio, se vio que el conocimiento tácito (*ético-tácito*) más arraigado es capaz de reconfigurar conceptos que son de valor para el ejercicio de la medicina, como el de la objetividad infalible en el objetivo de procurar bienestar al paciente. Ahí se muestra su relación con el aspecto moral de la toma de decisiones.

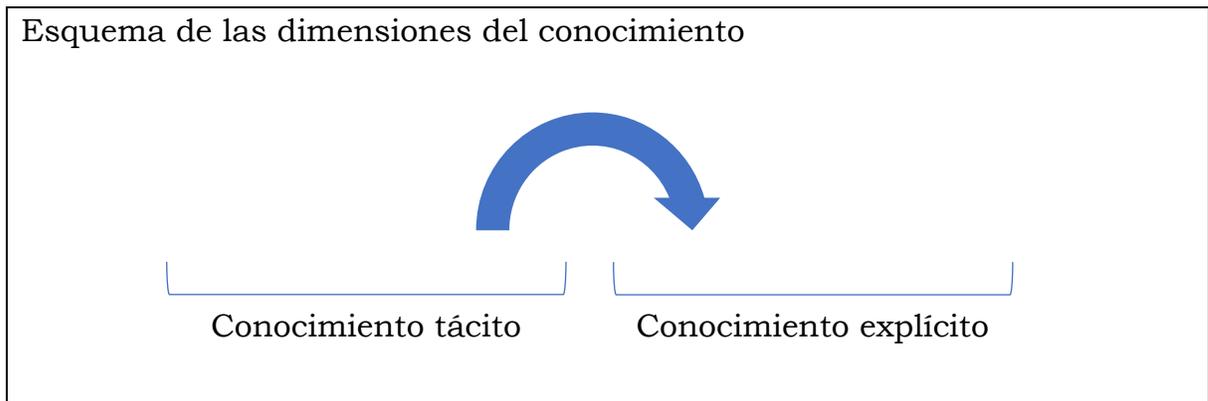
La segunda hipótesis del trabajo, que el estudio práctico del conocimiento tácito y ético-tácito en un contexto médico específico acarrea la posibilidad de incidir en la calidad de la toma de decisiones de este, queda tratada a la luz del establecimiento de sus limitaciones. Antecedentes hay, como se apuntó, de estudios que se apoyan en la posibilidad de su codificación para procurar la génesis de nuevos conocimientos. El punto crítico en este sentido es tener claros los compromisos epistemológicos con que se lidia en cada caso.

El argumento más fuerte en este respecto está en que la codificación del conocimiento tácito no se da ni ocurre de manera inmediata, como algunos de los ejemplos referidos pretenden sostener. Es común tener la creencia -y operar con ella- que el conocimiento tácito está latente en el subconsciente y tan solo esperando a ser descubierto, como si de una sesión con el psicoterapeuta dependiera (Harry Collins, 2010). Pero conceptualizar así al CT es equivalente a comprenderlo solo parcialmente.

Una de las consecuencias de pensarlo en este modo es admitir -intencional o ingenuamente- que es finito; es decir, que puede agotarse. Con esto no me refiero a la imposibilidad de que un agente reciba o produzca un conocimiento nuevo, sino más bien al entendimiento del conocimiento explícito como una categoría que puede agotarlo. Quienes operan con esta creencia están asumiendo que todo CT puede ser codificado en la medida en que solo necesita de la atención focal para ser “descubierto” y esto no es así, cuando menos no de manera directa.

Dar por buena esa transición “inmediata” es reducir la dimensión del conocimiento tácito y probablemente del explícito. Es imaginar que las dimensiones epistémicas de ambos tipos de conocimiento como una suerte de contenedores en que sus contenidos cambian constantemente de lugar, en el proceso del aprendizaje (como trato de esquematizar en la Figura 10).

Figura 10



El problema principal con entenderlas de este modo es que supone que son medibles y limítrofes. Y establecer límites tan tajantes entre ambas tiene varias implicaciones. En primer lugar, plantea que todo el conocimiento tácito es finito en la medida en que puede hacerse explícito, y asumir que todo CT es codificable es equivalente a tener cuando menos una vaga visualización de esos límites, dónde comienza y dónde termina. Pero, a su vez, visualizar esos límites significaría que ya se le conoce en su totalidad antes incluso de que transite al contenedor de lo explícito y entonces su dimensión se reduce a solo encontrar las palabras adecuadas para articularlo.

Puesto en términos de las conciencias focal y subsidiaria, por otro lado, sería equivalente a sostener que, en la medida en que puedo ver dónde

termina el conocimiento tácito, solo haría falta dirigir la atención hacia ese punto para explicitarlo. Pero esto implicaría también al presupuesto que se puede estar en la conciencia focal de manera absoluta en algún punto, y salir de la subsidiaria en el evento.

OBJETIVOS DEMOSTRADO EN ESTE TRABAJO

EPISTÉMICOS

Que incluso los elementos más explícitamente codificados de la medicina basada en evidencias se apoyan sobre una base considerable de conocimiento tácito. Que, además, es un componente que no puede eliminarse y, por tanto, está presente en la toma de decisiones médicas de manera constante.

Por otro lado, este conocimiento tácito no solo está presente en el aspecto técnico de la toma de decisiones médicas, sino también en el moral. Aún más, su relación es tan estrecha que puede alterar y e incluso definir la calidad del juicio clínico, pese a que se pase por alto en la práctica.

Que, por lo anterior, incluso los valores de racionalidad y objetividad con que el agente configura sus juicios no lo son en un sentido de absoluta universalidad, toda vez que toman constitución a partir de la experiencia.

ÉTICOS

Que el apego a las reglas explícitas de los aspectos tanto técnicos como morales de la toma de decisiones médicas no agota la posibilidad de establecer un juicio inadecuado. Sobre esto, que el reconocimiento de la

confrontación axiológica entre *agente* y *paciente* incide en la calidad de la TDM.

Que el reconocimiento del conocimiento tácito en el encuentro clínico posibilita el ejercicio de una medicina más próxima a los fines de la basada en valores, si bien colocándolos donde residen en la práctica: en las personas que hacen de sus actores, más que en la medicina como tal, entendiéndolos como codificaciones abstractas. Ello hace de las éticas de la responsabilidad -como la de Ricoeur- (Domingo Moratalla, 2008) y propuestas como la *sensibilidad ética* (Weaver *et al.*, 2008) instrumentos conceptuales valiosos para el encuentro clínico, ya desde otra perspectiva.

Finalmente, que este trabajo es útil para prevenir la aplicación poco crítica de los preceptos de la medicina basada en evidencias en la práctica con miras a la calidad de la toma de decisiones, pero también para no caer en la aplicación indiscriminada de los de la medicina basada en valores cuando derivan en principios abstractos. Así, el aparato conceptual ofrecido para repensar la toma de decisiones médicas encuentra en su estructuración teórica y explicativa las posibilidades de su incidencia en el ámbito, como un trabajo de bioética filosófica debe hacerlo.





*AXIOLOGÍA Y CONOCIMIENTO ÉTICO-TÁCITO EN LA
TOMA DE DECISIONES MÉDICAS*



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- Albert, D. A. (1978). Decision Theory in Medicine: A Review and Critique. *The Milbank Quarterly*, 56(3), 362–401.
- Altamirano-Bustamante, M. M., Altamirano-Bustamante, N. F., Lifshitz, A., Mora-Magaña, I., de Hoyos, A., Ávila-Osorio, M. T., Quintana-Vargas, S., Aguirre, J. A., Méndez, J., Murata, C., Nava-Diosdado, R., Martínez-González, O., Calleja, E., Vargas, R., Mejía-Arangure, J. M., Cortez-Domínguez, A., Vedrenne-Gutiérrez, F., Sueiras, P., Garduño, J., ... Reyes-Fuentes, A. (2013). Promoting networks between evidence-based medicine and values-based medicine in continuing medical education. *BMC Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-39>
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: Models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 187–195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01791.x>
- Barstow, C., Shahan, B., & Roberts, M. (2018). Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice. En *American Family Physician* (Vol. 98, Número 1).
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. OUP.
- Betan, E. J. (1997). Toward a hermeneutic model of ethical decision making in clinical practice. *Ethics and Behavior*, 7(4), 347–365. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0704_6
- Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F., & Yonge, O. (2007). A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. En *Nursing forum* (Vol. 42, Número 3, pp. 147–155). <https://doi.org/10.1111/j.1744->

6198.2007.00079.x

- Braude, H. D. (2012). *Intuition in Medicine: A Philosophical Defense of Clinical Reasoning*. University of Chicago Press.
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Campbell, K. H., Dale, W., Stankus, N., & Sachs, G. A. (2008). Older adults and chronic kidney disease decision making by primary care physicians: A scholarly review and research agenda. En *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 23, Número 3, pp. 329–336). <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0492-x>
- Campos, J. A. C. (2018). *Genesis y consecuencias de dilemas bioéticos a partir de controversias científicas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Churchill, L. R. (1977). Tacit components of medical ethics: Making decisions in the clinic. *Journal of Medical Ethics*, 3(3), 129–132. <https://doi.org/10.1136/jme.3.3.129>
- Collins, H. (1985). *Changing Order: Replication and Induction in Scientific Practice*. Sage.
- Collins, Harry. (2010). *Tacit and Explicit Knowledge*. The University of Chicago Press.
- CONAMED. (2017). *Anuario Estadístico, Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Recuperado el 12 de abril 2018

de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/399836/Anuario_Estadistico_CONAMED_2017.pdf

CONAMED. (2018). *Anuario Estadístico, Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Recuperado el 22 de enero 2019 de: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/72966>

Cox Iii, R. W., & Hill, M. L. (2008). *Tacit Knowledge and Discretionary Judgment*. 10(2), 151–164. <https://doi.org/10.2753/PIN1099-9922100204>

Dampney, K., Busch, P., & Richards, D. (2002). The Meaning of Tacit Knowledge. *Australasian Journal of Information Systems*, 10(1). <https://doi.org/10.3127/ajis.v10i1.438>

De Hoyos, A., Nava-Diosdado, R., Mendez, J., Ricco, S., Serrano, A., Flores Cisneros, C., Macías-Ojeda, C., Cisneros, H., Bialostozky, D., Altamirano-Bustamante, N., & Altamirano-Bustamante, M. M. (2013). Cardiovascular medicine at face value: A qualitative pilot study on clinical axiology. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-3>

Descartes, R. (1996). *Meditations on First Philosophy*. Cambridge University Press.

Domingo Moratalla, T. (2008). Bioética y hermenéutica. *Veritas*, II (2007), 281–312.

Dowding, D. (2009). Commentary on Banning M (2008) A review of clinical decision making: Models and current research. *Journal of Clinical Nursing* 17, 187-195. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 309–311.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02471.x>

Drake, R. G. (2019). e-Roster policy: Insights and implications of codifying nurse scheduling. *Health Informatics Journal*, 25(3), 844–857. <https://doi.org/10.1177/1460458217724579>

Dreyer, P. S., & Pedersen, B. D. (2009). Distanciation in Ricoeur's theory of interpretation: Narrations in a study of life experiences of living with chronic illness and home mechanical ventilation: Feature. *Nursing Inquiry*, 16(1), 64–73. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00433.x>

Echeverría, J. (2008). *Filosofía de la práctica tecnocientífica y valores*. Ministerio de Ciencia e Innovación de España.

Elstein, A., Shulman, L., & Sprafka, S. (1978). *Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning*. Harvard University Press.

Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70(1), 113–136. <https://doi.org/10.1348/000709900158001>

Evans, A. (1993). A study of the referral decision in general practice. *Family Practice*, 10(2), 104–110. <https://doi.org/10.1093/fampra/10.2.104>

Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>

- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Ribera Casado, J. M., & Cruz Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in psychology*, *10*(JUN), 1460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>
- Fulford, K.W.M. (2004). Ten Principles of Values-Based Medicine. The Philosophy of Psychiatry: A Companion. Ch. 14. J. Radden. Nueva York, Oxford University Press, 205 – 234
- Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (1997). Closing the gap between research and practice. En *British Journal of Psychiatry* (Vol. 171, Número SEPT., pp. 220–225). Royal College of Psychiatrists. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.3.220>
- Gillespie, M., & Peterson, B. L. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: The situated clinical decision-making framework. *Nursing Education Perspectives*, *30*(3), 164–170. <https://doi.org/10.1043/1536-5026-030.003.0164>
- Greenhalgh, J., Flynn, R., Long, A. F., & Tyson, S. (2008). Tacit and encoded knowledge in the use of standardised outcome measures in multidisciplinary team decision making: A case study of in-patient neurorehabilitation. *Social Science and Medicine*, *67*(1), 183–194. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.006>
- Gutenbrunner, C., & Nugraha, B. (2020). Decision-Making in Evidence-Based Practice in Rehabilitation Medicine: Proposing a Fourth Factor. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, *99*(5), 436–440. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001394>

- Häyry, M. (2015). What do you think of philosophical bioethics? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 24(2), 139–148. <https://doi.org/10.1017/S0963180114000449>
- Henry, S. G. (2006). Recognizing Tacit Knowledge in Medical Epistemology. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 27(3), 187–213. <https://doi.org/10.1007/s11017-006-9005-x>
- Insch, G. S., McIntyre, N., & Dawley, D. (2008). Tacit knowledge: A refinement and empirical test of the academic tacit knowledge scale. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142(6), 561–580. <https://doi.org/10.3200/JRLP.142.6.561-580>
- Jacobi, L., & Siminoff, L. A. (2008). *Empirical Methods for Bioethics: A Primer* (2008a ed.). Elsevier.
- Jenkins, D. O. (1981). *The Ethical Dimension of Personal Knowledge*. Loyola University Chicago.
- Kaplan, M. (1983). Decision Theory as Philosophy. *Philosophy of Science*, 50(4), 549–577. <https://doi.org/10.1086/289139>
- Kienle, G. S., & Kiene, H. (2011). Clinical judgement and the medical profession. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 621–627. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01560.x>
- Kuhn, T. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press.
- Labrie, N. H. M., & Schulz, P. J. (2015). Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: Results

from a content analysis. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 572–577. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.017>

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

Lyman, B., Jacobs, J. D., Hammond, E. L., & Gunn, M. M. (2019). Organizational learning in hospitals: A realist review. En *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 75, Número 11, pp. 2352–2377). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.14091>

Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 214–223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>

Marcum, J. A. (2008). Humanizing Modern Medicine. En *Humanizing Modern Medicine*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6797-6>

McDowell, J. (1979). Virtue and Reason. *Monist*, 62(3), 331–350. <https://doi.org/10.5840/monist197962319>

McHugh, H. M., & Walker, S. T. (2015). “Personal Knowledge” in Medicine and the Epistemic Shortcomings of Scientism. *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(4), 577–585. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9661-5>

McLeod, P. J., Steinert, Y., Meagher, T., Schuwirth, L., Tabatabai, D., & McLeod, A. H. (2006). The acquisition of tacit knowledge in medical education: Learning by doing. *Medical Education*, 40(2), 146–149.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02370.x>

- Nezafati, N., Afraze, A., Mohammad, S., & Jalali, J. (2009). A dynamic model for measuring knowledge level of organizations based on Nonaka and Takeuchi Model (SECI). *Scientific Research and Essay*, 4(5), 531–542.
- Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. En *International Journal of Management Reviews* (Vol. 10, Número 3, pp. 245–263). <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00219.x>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press.
- Numata, H., Noguchi-Watanabe, M., Mukasa, A., Tanaka, S., Takayanagi, S., Saito, N., & Yamamoto-Mitani, N. (2020). Medical Care-Related Decisions among Patients Diagnosed with Early Stage Malignant Brain Tumor: A Qualitative Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 7. <https://doi.org/10.1177/2333393620960059>
- Pedersen, B. D. (1999). *Sygeplejepsis: Sprog & erkendelse [Nursing practice: Language and cognition]*. University de Aarhus, Dinamarca.
- Peile, E. (2013). Evidence-based medicine and values-based medicine: Partners in clinical education as well as in clinical practice. En *BMC Medicine* (Vol. 11, Número 1, pp. 1–3). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-40>
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1981). Toward an axiology for medicine: a response to Kazem Sadegh-zadeh. *Metamedicine*, 2(3), 331–

342. <https://doi.org/10.1007/BF00882079>

Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Routledge & Kegan Paul Ltd. <https://doi.org/10.2307/3119338>

Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Doubleday & Company, Inc.

Ponce de León R, S., & Macías H, A. E. (2015). El ejercicio actual de la medicina. En *El Significado Actual De "Primum Non Nocere"*.

Quine, W. V. O. (1981). *Theories and Things*. Harvard University Press.

Rescher, N. (1969). *Introduction to Value Theory*. Prentice-Hall.

Rescher, N. (2004). Value Matters. En *Value Matters*. DE GRUYTER. <https://doi.org/10.1515/9783110327755>

Rodriguez-Osorio, C. A., & Dominguez-Cherit, G. (2008). Medical decision making: Paternalism versus patient-centered (autonomous) care. En *Current Opinion in Critical Care* (Vol. 14, Número 6, pp. 708–713). <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328315a611>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (2007). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical orthopaedics and related research*, 455(7023), 3–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Simoný, C., Specht, K., Andersen, I. C., Johansen, K. K., Nielsen, C., & Agerskov, H. (2018). A Ricoeur-Inspired Approach to Interpret Participant Observations and Interviews. *Global qualitative nursing research*, 5, 2333393618807395.

<https://doi.org/10.1177/2333393618807395>

Sossauer, L., Schindler, M., & Hurst, S. (2019). Vulnerability identified in clinical practice: A qualitative analysis. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0416-4>

Sueiras, P., Romano-Betech, V., Vergil-Salgado, A., De Hoyos, A., Quintana-Vargas, S., Ruddick, W., Castro-Santana, A., Islas-Andrade, S., Altamirano-Bustamante, N. F., & Altamirano-Bustamante, M. M. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLoS ONE*, 12(7), e0181514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181514>

Thornton, T. (2006). Tacit knowledge as the unifying factor in evidence based medicine and clinical judgement. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-1-2>

Turner, S., Higginson, J., Osborne, C. A., Thomas, R. E., Ramsay, A. I. G., & Fulop, N. J. (2014). Codifying knowledge to improve patient safety: A qualitative study of practice-based interventions. *Social Science and Medicine*, 113, 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.031>

Turner, S. P. (2011). Starting with tacit knowledge, ending with Durkheim? *Studies in History and Philosophy of Science Part A*, 42(3), 472–476. <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2011.03.002>

Van Der Zande, M., Baart, A., & Vosman, F. (2014). Ethical sensitivity in practice: Finding tacit moral knowing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 68–76. <https://doi.org/10.1111/jan.12154>

Wallace, R. J. (1990). How to Argue about Practical Reason. *Mind*, 99(395), 355–385.

Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 607–618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x>

Zagzebski, L. (2009). Confianza epistémica y conflicto epistémico. *Diánoia*, 54(62), 27–45.

(ANEXO 1)

La siguiente es la propuesta inicial del instrumento de medición de conocimiento ético tácito que habrá de aplicarse a estudiantes y profesionales de la medicina para establecer qué tipo de conocimiento tácito se trasmite en la profesión médica.

Instrucciones: La siguiente encuesta es anónima y confidencial, busca sondear los comportamientos éticos de los profesionales de la salud. En la sección (II) de la encuesta conteste respecto a su formación académica, mientras que la sección (III) conteste respecto a su experiencia profesional en la práctica clínica.

I. Datos demográficos:		
<p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Casado</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo</p> <p><input type="checkbox"/> Unión libre</p>	<p>Especialidad:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Año que cursa:</p> <p><input type="text"/></p>	<p>Promedio de la carrera:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Promedio de la especialidad:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>Edad: <input type="text"/></p>	<p>Ocupación del padre:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nivel educativo del padre (Marque el nivel más alto completado):</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Profesional técnico</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Posgrado</p>	<p>Ocupación de la madre:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nivel educativo de la madre (Marque el nivel más alto completado):</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria</p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Profesional técnico</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Posgrado</p>

<p>Ingreso familiar mensual combinado:</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de \$2,500</p> <p><input type="checkbox"/> \$2,501 - \$5,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$5,001 - \$10,000</p> <p><input checked="" type="radio"/> \$10,001 - \$17,500</p> <p><input checked="" type="radio"/> \$17,501 - \$25,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$25,001 - \$32,500</p> <p><input type="checkbox"/> Más de \$32,500</p>	<p>Usted supone que su ingreso familiar mensual es:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy inferior al de la mayoría de las familias.</p> <p><input type="checkbox"/> Considerablemente inferior al de la mayoría de las familias.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ligeramente inferior al de la mayoría de las familias.</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ligeramente superior al de la mayoría de las familias.</p> <p><input type="checkbox"/> Considerablemente superior al de la mayoría de las familias.</p> <p><input type="checkbox"/> Muy superior al de la mayoría de las familias.</p>	<p>Años de antigüedad en la profesión</p> <p><input type="text"/></p> <p>Año de titulación de la licenciatura</p> <p><input type="text"/></p>
--	---	---

II. Responda a las siguientes preguntas del 1 al 6, respecto a su actividad como estudiante. (1) refiere a nunca tengo ese comportamiento y 6 siempre tengo ese comportamiento y sus puntos intermedios.

¿Qué tan frecuentemente usted?:	Nunca lo Hago (1)					Siempre lo Hago (6)
1. Mantiene una actitud positiva	<input type="checkbox"/>					
2. Se siente interesado en los contenidos de las clases	<input type="checkbox"/>					
3. Tiene un lugar cómodo para estudiar	<input type="checkbox"/>					
4. Mueve su horario de clases para poder tomar clases con amigos	<input type="checkbox"/>					
5. Escucha a otros estudiantes cuando le dan recomendaciones positivas o negativas acerca de los profesores	<input type="checkbox"/>					
6. Entre sus actividades diarias dedica tiempo al estudio	<input type="checkbox"/>					
7. Decide estudiar antes de tener actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>					
8. Jerarquiza sus actividades escolares, sociales y familiares	<input type="checkbox"/>					
9. Prepara con anticipación los temas de clase	<input type="checkbox"/>					
10. Organiza grupos de estudio con sus compañeros	<input type="checkbox"/>					
11. Completa su tarea y trabajos a tiempo	<input type="checkbox"/>					
12. Falta a clases	<input type="checkbox"/>					
13. Duerme lo suficiente	<input type="checkbox"/>					
14. Se alimenta sanamente	<input type="checkbox"/>					
15. Asiste a clases de forma regular	<input type="checkbox"/>					
16. Es puntual para llegar a clases	<input type="checkbox"/>					
17. Asiste a clases fuera de su currícula	<input type="checkbox"/>					

(Anexo 2)
Guía de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA.	
Guía de entrevista: semiestructurada	
A indagar: prácticas de aprendizaje / dinámicas de aprendizaje / trayectoria de aprendizaje / factores extenuantes /	
Sujeto: Médico residente 2º año	
Tiempo estimado: 40-60 minutos	
INTRODUCCIÓN	Cambios y correcciones
“Hola, mi nombre es ----- y soy ----- ... maestría en Bioética... GTEC... programa de valores en el aprendizaje... para la formación... sin repercusiones...”	
Componentes	
-Presentación -Proyecto en general -Aportación -Objetivos -Consentimiento informado (implícito) -Anonimato	
Preguntas detonantes	Observaciones
1. ¿Por qué médico y por qué tu especialidad? - Bagaje axiológico = qué valores trae a conversación tácitamente / por qué esos - Bagaje cultural = factores de vocación, dedicación, aspiración, etc.	¿Qué te llevó a estudiar medicina? ¿Por qué eso es importante para ti? ¿Puedes hablarme de alguna experiencia que te marcara para tomar la decisión? ¿Volverías a elegirla? ¿Por qué?
2. ¿Por qué este hospital? - Antecedentes académicos - Objetivos académicos y profesionales - Panorama general de compromiso con el estudio y concepción de aprendizaje - Tiempos de estadía	¿Cómo escogiste tu especialidad? Dentro del catálogo, ¿qué nivel de exigencia piensas que tiene respecto del resto comparativamente? ¿El nivel de dificultad tuvo qué ver en tu decisión? ¿Por qué? Como estudiante, ¿cómo te consideras? Pláticame sobre tu proceso de

	elección de este hospital, ¿qué consideraste?, ¿cómo fue el proceso para ti?
3. ¿Cómo ha sido tu experiencia de aprendizaje? / ¿cómo aprendes? / ¿cómo has aprendido aquí?	¿El hospital y la especialidad han cumplido tus expectativas? ¿Qué consideras que sea lo más importante para aprender en éstos? ¿Por qué?
-Prácticas de aprendizaje -Dinámicas de aprendizaje (R mayores) -Trayectoria de aprendizaje -Factores extenuantes -Antes y ahora	Me gustaría conocer sobre tus procesos de aprendizaje... si te pidiera que pensaras en una situación en la que te hayas identificado adquiriendo un conocimiento o aprendizaje (poner ejemplo), ¿cuál escogerías? ¿Ha cambiado desde que ingresaste? ¿Cómo?
4. ¿Qué significa 'aprender' para ti?	Imagina que te toca dar una clase sobre "el aprendizaje" o "cómo aprender"... ¿cómo la darías? ¿cómo explicarías a otro este concepto? ¿cuál sería la meta del aprendizaje? Ejemplo concreto previo de transmisión: ¿Cómo ha sido tu aportación al aprendizaje de un R1..? ¿Cómo has enfrentado situaciones difíciles de aprendizaje?
-Finalidades profesionales y académicas -Comprensión de la instrucción y la práctica	
5. Cuéntame/pláticame una situación o circunstancia en la que hayas aprendido	¿Qué crees que sea relevante de esa experiencia? ¿Cómo harías para repetirla o replicarla?
-Experiencia educativa	¿Cuáles factores cambiarías?

(Anexo 2.1)
Árbol/cuadros de categorías.

1. Formación
1.1 Trayectoria académica
1.2 Motivación
1.3 Valores de elección profesional
1.4 Factores de decisión

2. Profesión
2.1 Perspectiva de la profesión
2.2 Valores de la profesión
2.3 Relación aprendizaje-valores de la profesión

3. Institución formadora
3.1 Perspectiva de la institución
3.2 Contexto de la institución

3.3 Dinámicas de aprendizaje

4. Residencia hospitalaria
4.1 Perspectiva de la residencia
4.2 Dinámicas de aprendizaje
4.3 Prospectiva

5. Aprendizaje
5.1 Valores del aprendizaje
5.2 Contexto de aprendizaje
5.3 Figuras mentoras
5.4 Eficacia
5.5 Relación aprendizaje-profesionalidad