

Valores en medicina: etnografía de sus representaciones en un hospital de cardiología en México

*Grupo Transfuncional en Ética Clínica*¹

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Resumen: *El fortalecimiento de una medicina que considere como un binomio inseparable la Medicina Basada en Evidencias (MBE) y la Medicina Basada en Valores (MBV) es uno de los desafíos actuales de las ciencias biomédicas. Ambos paradigmas inciden directamente en el proceso de las decisiones clínicas durante la práctica diaria del personal de salud. Esta investigación pretende acercarse, a través de la reconstrucción etnográfica antropológica, al personal de salud en activo en un hospital de alta especialidad en México, para conocer los valores que despliegan en su quehacer cotidiano a partir del análisis de la correlación entre aspectos como la formación académica, la historia de vida y su discernimiento ético en la relación médico-paciente. Este estudio es una aproximación metodológica cualitativa transfuncional a la práctica médica contemporánea. Se encontró que para los entrevistados son valiosos los aspectos éticos de la práctica clínica que están relacionados con la justicia, la benevolencia y la confianza, a la vez que se buscan mejoras en el ambiente institucional para poder realizar de manera integral sus funciones, incluyendo una atención más humana hacia los pacientes.*

Palabras clave: *medicina basada en evidencias, medicina basada en valores, etnografía, axiología, ética clínica*

Abstract: *Ethnography and values in medicine: qualitative study of clinical practice in a cardiology hospital in Mexico. The strengthening of a medicine that considers an inseparable pairing of the Medicine Based on Evidences (MBE) and the Medicine Based on Values (MBV) is one of the current challenges of the biomedical sciences. Both paradigms directly affect the process of the clinical decisions during the daily practice of health professionals. This research aims to approach -through ethnographic anthropological reconstruction- health personnel working in a highly specialized hospital in Mexico, so as to understand the values displayed in their daily working environment from the analysis of the correlation between aspects such as career education, life history and their ethical discernment in the doctor-patient relationship. This study is*

¹ Rodrigo Nava Diosdado, Carmen Flores Cisneros, Jorge Méndez Jiménez, Ana B. Serrano Zamago, Adalberto de Hoyos Bermea, Sergio Ricco Monge, Nelly F. Altamirano-Bustamante, Myriam M. Altamirano-Bustamante

a qualitative approach to cross-functional contemporary medical practice. It was found that the valuable aspects -for the respondents- are the ethics of the clinical practice related to justice, benevolence and trust and, at the same time, they are hoping for changes in the institutional sphere in order to improve the way they carry out their functions, including a more humanized attention for the patients.

Keywords: *medicine based on evidences, medicine based on values, Ethnography, axiology, clinical ethics*

INTRODUCCIÓN

En la práctica hipocrática se articularon armónicamente la *philanthropie* y la *philoteknie*, el amor al hombre y el amor al arte-ciencia, que desde entonces marcan los valores sustanciales de la ética de la práctica clínica; en tiempos modernos lo podemos traducir en la Medicina Basada en Valores y la Medicina Basada en Evidencias.¹ La medicina del siglo XXI está dominada por ambos paradigmas (MBE-MBV), los cuales inciden directamente en el proceso de las decisiones clínicas durante la práctica diaria del personal de salud² [Petrova *et al.*, 2006]. La tendencia en los últimos años es a enfatizar el componente humanista de la medicina [Steinberg, 1995; Umran Al-Umran *et al.*, 2006], uno de los principales expositores de esta tendencia hacia el fortalecimiento de los valores en la ética clínica es Pellegrino [2002], quien considera que los valores centrales a la práctica médica son aquellos que fomentan una excelencia en la relación médico paciente, por ejemplo, la confianza, compasión, prudencia; y a la vez retoman y amplían los valores del principialismo establecidos por Beauchamp y Childress [2001], los cuales son la beneficencia, la autonomía, la justicia y no maleficencia. Otros valores que se consideran importantes para la práctica clínica son la fortaleza, la templanza y la humildad profesional.

Un análisis cuidadoso de ambos paradigmas de la medicina pone en relieve que se enfocan en diferentes aspectos de la práctica médica. La MBE emergió en la década de 1990 con una visión positivista del área biomédica y se centra en la enfermedad. Mientras que la MBV se centra en el paciente, tiene una perspectiva biopsicosocial, y combina los valores éticos de la profesión médica con los intereses de los pacientes [Bensing, 2000; Steinberg, 1995; Van Der Weijden *et al.*, 2010; Butalid *et al.*, 2011]. El fortalecimiento del binomio MBE-MBV y la construcción de puentes entre ambas es uno de los

¹ Entenderemos por valor aquellas actitudes favorables que guían la actuación del personal de salud hacia objetivos particulares

² Si bien existe un predominio de la MBE, 30318 artículos en el Medline contra 1701 que es el resultado de la suma de Medicina Humanista, Medicina Centrada en el Paciente y Medicina Basada en Valores.

desafíos de las ciencias biomédicas del milenio [Petrova *et al.*, 2006]. Hoy día la MBE demanda la amplia participación del paciente en la toma de decisión sobre su salud [Kerridge *et al.*, 1998; Stirrat y Gill, 2005]. El núcleo central del razonamiento ético deriva del hecho de que es la persona real y concreta en virtud de su dignidad y estructura ontológica, la que define el ámbito del deber moral del médico y del enfermo [Pellegrino, 2002; Pellegrino, 2006].

Así, existen múltiples definiciones que delimitan a la ética clínica: de corte histórico, político, e ideológico.³ Para nosotros, la tarea central de la ética clínica es fomentar la reflexión crítica y sistematizada de los dilemas éticos que se presentan en la práctica clínica para imbuir en el personal de salud un conocimiento metódico que permita adquirir habilidades para optimizar la relación médico-paciente y el cuidado del enfermo [Pellegrino, 2002].

En este artículo se proponen herramientas etnográficas que nos permiten acercarnos a las representaciones⁴ que el médico y su personal de asistencia tienen acerca de los valores en su quehacer profesional. Con ello accedemos al estatus situacional de los valores del personal de salud y su impacto en la práctica clínica, a través del reconocimiento de los dilemas ético-clínicos.⁵

El conocimiento de las representaciones constituye una primera aproximación a la axiología de la práctica clínica. Aún cuando las representaciones son aprendidas como un sistema que presenta aporías, conflictos y hasta contradicciones, éstas constituyen un sistema de expectativas para la intervención clínica. La representación de los valores establece la guía para la acción, lo cual se resuelve en la actuación. Entre otros, uno de los objetivos de este artículo es la evaluación del instrumento diseñado ad hoc para captar las representaciones de la axiología de la práctica clínica. Es por ello, que en posteriores investigaciones accederemos a las prácticas, como el lugar en donde las representaciones se realizan y se modifican [Menéndez y Di Pardo, 1996].

El trabajo de campo etnográfico es invariablemente intersubjetivo [Geertz, 1992; Clifford, 1992; Rosaldo y Togo, 1991; Guber, 2004], posibilita

³ Para propósitos de este artículo asumimos la definición de Jonsen, Siegler y Winslade: "ética clínica" como "una disciplina práctica que provee un enfoque estructurado para asistir a los médicos a identificar, analizar y resolver temas éticos en la medicina clínica" [Jonsen *et al.*, 2002].

⁴ Por representaciones entendemos el corpus organizado de conocimientos de los cuales el ser humano se vale para expresar su mundo interior y hacerlo comprensible, las imágenes mentales se transforman en realidades expresadas en la cotidianidad social [Moscovici, 1979, en Jodelet, 1985].

⁵ Los dilemas éticos a los que se hace referencia en esta investigación son: transfusión, trasplante de órganos, inseminación artificial, clonación de humanos, cambio de sexo, vida artificial, eutanasia y aborto provocado.

la comprensión de los valores y las virtudes del personal de salud.⁶ Se trata de vivir la experiencia del "otro"⁷; se intenta describir el ethos de la cultura y que ésta sea reconocida por sus participantes [Guber, 2004; Malinowski, 1995; Ricco, 2009].

Un dilema se presenta dentro del ejercicio de la práctica clínica, luego de un riguroso examen cuando dos cursos de acción son percibidos como buenos o malos pero inevitables, en el sentido de que el ejecutante de la práctica médica se ve obligado a elegir forzosamente alguno de los dos [Calderón, 2006]. La destreza para tomar decisiones éticas efectivas en la práctica clínica requiere de una educación continua, lo cual tendrá como consecuencia el discernimiento de dilemas basándose en soluciones tomadas de manera consciente y ponderada ante situaciones de incertidumbre. Los dilemas son entonces, un momento que revela la jerarquización de valores del personal de salud, así como la historia de vida, la formación profesional y la interacción entre el médico y el paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de la etnografía, vista como una técnica descriptiva, relacionada con la teoría social, se presentan y contrastan cuatro entrevistas a profundidad del personal de salud en activo de un hospital público de cardiología en México. El universo de nuestro estudio son médicos, enfermeras, personal de apoyo clínico para el diagnóstico, trabajadoras sociales y eventualmente personal administrativo del hospital, que participaron en un curso a distancia en ética clínica realizado en el año 2006. Para este estudio se seleccionaron cuatro profesionales de la salud de manera aleatoria: una cardióloga, una médico patóloga clínica, un cardiólogo adscrito al cuerpo directivo del hospital y una auxiliar de laboratorio; quienes mantienen una relación directa con el paciente.

Esta investigación es de corte exploratoria descriptiva y comprensiva ya que indaga sobre las representaciones de los profesionales de la salud a través de métodos cualitativos para aproximarse desde un panorama holístico a la práctica clínica. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas siguiendo una guía con énfasis en la historia de vida en relación a la profesión, para identificar las influencias en la elección vocacional, así como

⁶ Hay un buen número de artículos que hacen mención de la etnografía y el cuidado del enfermo, de la etnografía y contenidos didácticos, la etnografía y práctica hospitalaria como herramienta de trabajo, pero no tenemos al momento referencia sobre el uso de la etnografía y los valores, historias de vida y manejo de dilemas éticos del personal de salud [Fischer, 2001; Robertson, 1996; Parker, 2007; Lock, 2001; Long, 2002].

⁷ El "otro" resulta la dimensión antropológica por excelencia.

la jornada laboral, el discernimiento ético, la relación médico-paciente, los factores que generan quejas en el trabajo, la opinión de procedimientos, la toma de decisiones, los comités de ética clínica y la formación profesional a futuro. Cada entrevista fue dirigida por antropólogos, se videograbó y su contenido fue vaciado en un instrumento analítico, el cual permitió identificar los valores y trayectoria del entrevistado. Se codificó esta información con base en la técnica de análisis de contenido elaborada por Paul Lazarsfeld [1972].

La entrevista mantiene el consentimiento informado y el anonimato del entrevistado. Ésta se realizó cara a cara privilegiando la confianza entre el entrevistador y el informante para crear un clima de comunicación horizontal.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Al percatarnos que en la literatura no existe un acercamiento etnográfico a los valores de los profesionales de la salud a nivel institucional [Parker, 2007; Lock, 2001; Long, 2002], se buscó recopilar información cualitativa traducible a indicadores mensurables. Se diseñó un instrumento que permitiera identificar valores y trayectoria profesional de los siguientes rubros:

- Una breve historia de vida que se dirige a conocer las influencias e inclinaciones vocacionales del entrevistado para elegir su profesión. Se incluyen datos demográficos como edad, sexo, puesto en el sistema de salud, unidad de adscripción, año de ingreso a la unidad médica, lugar (municipio/ delegación).
- Trayectoria profesional que pretende saber las formas por las cuales arribó al actual puesto de trabajo. Se registra formación académica, lugar, institución y año de obtención del grado o los grados, si ha cursado algún diplomado y en especial de aspectos de ética clínica. Se obtuvo el año de residencia, el lugar de nacimiento, el contexto familiar, estado civil, número de hijos y adscripción religiosa.

Posteriormente, la entrevista se hace abierta, ésta trata de dirigir al entrevistado a indicarnos las condiciones por las cuales eligió la profesión que practica. En este sentido se exploran las relaciones e influencias familiares. Se comienzan a identificar contenidos que muestran las razones por las cuales decidieron estudiar medicina con el “afán de servir”, “ayudar a los demás”, “conocer al hombre”:

- Identidad laboral que implica objeto de trabajo y materia de trabajo, así como los valores con los que el entrevistado se desempeña. Con respecto a la responsabilidad laboral se preguntó el hora-

rio y calendario, así como la puntualidad en el centro de trabajo, si se ausenta de sus labores y el motivo, y si se identifican riesgos laborales. Este rubro sirve para conocer la rutina de trabajo y las aptitudes o actitudes para relacionarse en su ámbito laboral, así como las condiciones de su lugar de trabajo, al mismo tiempo que se le pide su opinión sobre las dificultades que enfrentan cotidianamente y las formas de resolución.

- Con respecto a la relación médico-paciente nos interesa entender las formas de interacción y los valores que se generan en el ámbito hospitalario. En este apartado se exploraron las preferencias por ciertos pacientes; el número de pacientes atendidos por jornada y el tiempo que se dedica a cada uno de ellos. Se sondeó el tipo de relación que se establece al indagar si se recuerda el nombre del paciente, la evolución del padecimiento, también si la relación es de autoridad, de protección, paternal o amistosa, si es vertical u horizontal. En la entrevista se intenta registrar la aceptación o rechazo a ciertos pacientes y a algunas adscripciones sociales como son: la raza, etnicidad, preferencia sexual y sector social. Por último, se identificó la proyección del médico hacia el paciente en relación a la información que ofrece sobre el tratamiento y la evolución del padecimiento y si se hace intervenir al entorno familiar.
- Para abordar el discernimiento y los valores del personal de salud en activo, se indagó en la perspectiva que el profesional tiene sobre la ética clínica en su práctica diaria y si este conocimiento le ha servido de ayuda ante situaciones complicadas, y si se ve en la necesidad de consultar con sus colegas ante determinado dilema.
- Se analiza igualmente la prospectiva en relación al desarrollo profesional, al pedir al entrevistado que planteé el escenario de su vida profesional en los próximos diez años, lo que sin duda arroja una serie de indicadores de valores sobre su desempeño profesional y ámbito personal e incluso familiar.

Aunque son vastos los datos que se extraen de las entrevistas, nos interesa mostrar el procedimiento técnico-metodológico para identificar elementos cualitativos, por ejemplo, los datos que se obtienen acerca de valores y trayectoria están en relación a un momento histórico y a un contexto social. En otras palabras, el recurso etnográfico permite contextualizar a los actores sociales para establecer rangos, niveles, tendencias, significancia, variaciones entre tantas otras cosas.

RESULTADOS

La muestra intencional⁸ que hemos obtenido tiene ciertas características de similitud, entre las que se encuentran: los cuatro casos laboran de manera profesional en un hospital de cardiología de tercer nivel de atención en México, con más de quince años de antigüedad en su profesión. Todos los entrevistados reportan un interés superior por el desempeño de su trabajo, además de manifestar una identidad y agradecimiento a la institución con la cual han logrado la profesionalización. Se observó que a mayor jerarquía alcanzada en el organigrama institucional se presenta una mayor intención de escalar en la misma, en contraparte a menor jerarquía se presenta una actitud convencional de mantener un rol bajo la cobertura institucional.

Los informantes son egresados de universidades públicas; dos de ellos nacieron en diferentes Estados de la República, Hidalgo y Veracruz, y dos en la Ciudad de México. Cabe mencionar que los cuatro participantes creen en Dios y reportan ser católicos, aunque con distintos niveles de practicidad. Igualmente indican obstáculos en el trabajo, no siempre superables.

Entre las diferencias que se presentan encontramos que el rango de edad va desde los 30 a 40 años hasta los 50 a 60 años; un médico especialista oscila entre los 30 y 40 años, una médica especialista de 40 a 50, una médico especialista del rango de 50 a 60, y una auxiliar de laboratorio con un rango de edad de 50 a 60 años. Los niveles de jerarquía dentro de la institución están diferenciados: un médico especialista mantiene un puesto de mando superior en consecuencia de decisión y expresa su voluntad de ejercer liderazgo, mientras que otra médico especialista manifiesta su voluntad de seguirse desempeñando como médico adscrito y aspira a participar en un equipo de investigación. Por su parte, la médico especialista a diferencia del otro médico especialista tiene nivel de mando medio con distintos profesionales, y aspira a mantener un espacio en la formación de profesionales de la salud y en la investigación científica a nivel universitario. Por último, la auxiliar de laboratorio, con una licenciatura en el área biomédica ha optado por mantener su perfil de trabajadora auxiliar sin manifestar mayor interés por ascender en el escalafón institucional.

De las cuatro entrevistas, dos informantes reportan mantener una familia integrada de acuerdo al modelo de familia nuclear: papá, mamá e hijos, y ambos se pronunciaron a favor de la inversión de tiempo para el mantenimiento de ésta. Ambos están casados con un colega médico que, al igual

⁸ En el proceso de la investigación científica se denomina muestreo intencionado cuando el investigador selecciona los elementos o unidades de población que a su juicio son representativos.

que ellos, cuenta con una especialidad. Otra de las entrevistadas (auxiliar de laboratorio) remite su pertenencia a un grupo parental extenso, donde cubre un papel de madre, esposa e hija. La última entrevistada una médico especialista se declara soltera, vive con una hermana y su sobrina, no tiene hijos y su vida está destinada al despliegue de su profesión. Además, menciona que en su familia directa existen seis profesionales de la medicina.

En la entrevista abierta dirigida registramos cuatro momentos: el lugar de origen, la infancia, la juventud y los primeros esbozos de vida profesional. Resulta interesante que al menos en lo que respecta a los tres médicos, la primera influencia para estudiar medicina se recibió a una temprana edad, ubicando al médico profesional como una figura con autoridad moral y honestidad. En lo referente a la auxiliar de laboratorio, su elección profesional ha sido circunstancial.

Uno de los médicos especialistas ejerce la consulta privada en dos consultorios de alto costo. Su intención es trabajar y no aburrirse. Reconoce que la mayoría de sus colegas trabajan en la consulta privada y el trato que se le da al paciente en ésta es muy distinto al que se ofrece en el hospital público. Manifiesta cumplir con el horario y no tener retardos en su trabajo, “el trabajo debe hacerse por el trabajo”. Para él la política es un obstáculo tanto en el hospital público como en el país, “el hospital es un centro de trabajo y no se debe de confundir con el color del partido político, ni con consignas”. Destaca que si se usan dos horas en pasar visita, el resto del tiempo debería de emplearse en actividades productivas: investigación, apoyo a la docencia, actividades administrativas y comunicación con los pacientes, pero esto no se realiza. Al cuestionarle su visión personal en los próximos diez años, menciona “[...] me gustaría tener a mi cargo una clínica de insuficiencia cardiaca, mantener mi consulta privada y tomar clases de cocina y de baile”.

La médico adscrita señala no dar consulta privada debido a que no tiene con quién dejar a sus hijas por la tarde. Con respecto a su trabajo menciona ser puntual su horario y desempeño; su labor principalmente la desarrolla con pacientes postquirúrgicos y destina un tiempo a la enseñanza. Señala que no ha faltado en los últimos tres meses a su trabajo. Cree que los seres humanos son perfectibles, aunque considera que su situación como médico es satisfactoria, “[...] siempre debe de ir hacia adelante en términos de los nuevos avances, siempre te tienes que estar actualizando”. Opina que son numerosos los conflictos debido al cambio constante de personal en las áreas de trabajo, lo cual motiva el disgusto de sus miembros, ya que deben de adaptarse a las dinámicas institucionales en periodos breves. A futuro le gustaría hacer más investigación, sin dejar a un lado a su familia.

Otra de las médicas reconoce no ser puntual y ello se debe al estrés del tráfico de la Ciudad de México. Sin embargo, menciona que es responsable en su actividad laboral dentro de la jefatura. No da consulta privada, y después

de la jornada laboral da clases en Ciudad Universitaria (UNAM). Reconoce que existen conflictos entre los compañeros al ser diferentes las actividades que se concentran en espacios pequeños, lo cual genera obs-trucciones en el desarrollo armónico. “A veces uno se cansa, la tolerancia, la colaboración se ven ligeramente afectadas, pero considero que uno sigue teniendo la decisión, la fuerza de voluntad, la actitud profesional y la ética para continuar”. Su compromiso con la educación de los profesionistas de la salud salta a la vista en su deseo por seguir dedicándose a la docencia e investigación.

La auxiliar de laboratorio se asume como puntual, aunque recurre a los pases de entrada⁹:

Soy una buena trabajadora. La institución me ha permitido desarrollarme. Tomo bien mis muestras y no me afecta ser auxiliar de laboratorio. Aunque somos autónomos somos los auxiliares del médico desde la toma de muestras hasta participar en el código azul¹⁰.

La informante menciona no tener conflictos dentro de su área de trabajo, aunque destaca que recibe comentarios críticos respecto a su función como auxiliar de laboratorio y su falta de deseo por aspirar a puestos de distinta índole. A futuro, se ve cuidando su rancho y un invernadero de orquídeas mientras disfruta de sus nietos.

Por otra parte, el médico especialista manifiesta su interés por ayudar a la gente:

El médico se hizo para ayudar. Con respecto al trato con el paciente se requiere de mayor comunicación, ésta es muy pobre y no son pocas las veces en que el paciente y su familia se sienten desamparados. Los médicos, desafortunadamente, hemos perdido el sentido universal de nuestra práctica, nos hemos tecnificado. Las nuevas generaciones de residentes que ingresan carecen de todo sentido universal naturalista y se sienten agredidos por el desgaste físico de la residencia, no la gozan. La tecnología limita y reduce la inventiva.

Este médico especialista se inclina hacia la práctica de la medicina preventiva y la atención de la insuficiencia cardíaca; considera que la primera es fundamental para evitar que los pacientes sean hospitalizados, mientras que la segunda le permite aproximarse a las causas que conduje-

⁹ Pase de entrada y de salida. En el contexto de los hospitales públicos en México, son los permisos que el trabajador solicita a la dirección de personal, para llegar o salir fuera de los horarios establecidos en el contrato. Y se tiene un número límite.

¹⁰ Código azul corresponde a la alarma en caso de paro cardíaco.

ron al paciente a dicho estado de salud, y así poder implementar las estrategias adecuadas en la prevención. Tales preocupaciones revelan la importancia de un valor como la benevolencia en la práctica del médico.

De los pacientes a nivel institucional, le molestan las exigencias irracionales de los enfermos que van recomendados, por su rango de autoridad, señala que él “no es un simple prestador de servicios”. Igualmente menciona que ha perdido pacientes que no regresan al consultorio por “mandarlos con la receta en blanco, decirles tú no tienes nada”.

Los pacientes con los que prefiere trabajar son los viejos y extranjeros, para él ambos tienen vidas muy ricas. Ya que se crió con su abuela, se remonta a los afectos de su infancia en la consulta con ancianos. En cuanto a los extranjeros, los cuales conforman la mayoría de sus consultas privadas, considera que la riqueza de sus vidas se relaciona con las experiencias de vida fuera de su lugar de origen. Con indígenas no ha tratado, pero es enfático al reprobar el paternalismo. Sobre los pacientes homosexuales opina que son muy divertidos.

Cuando establece un diagnóstico trata de ser muy explícito y prefiere pacientes de clase media alta que lo puedan entender. Considera que “la medicina tiene que ser basada en evidencias, en experiencia, en existencia y en los valores del paciente o sus creencias, el tratamiento se negocia”. Con respecto a los tiempos institucionales, dentro del hospital público, menciona que no es posible negociar los tratamientos “es uno de los absurdos que aquí tenemos, [...] yo creo que se pueden mejorar las cosas, pero no lo veo, honestamente”.

En tanto a la calidad del trato a pacientes, se asiste de otros profesionales, los cuales son colegas en la práctica privada, “recorro a un especialista en tanatología para trabajar coordinadamente a los pacientes terminales”. En el hospital público en que labora ha tenido dificultades para tomar decisiones clínicas, “tengo tres casos que no los he podido remitir a cirugía, porque su pronóstico es malo y su calidad de vida con el tratamiento sería pésima”.

Por su parte la médico especialista, quien atiende pacientes con enfermedades cardiovasculares en terapia postquirúrgica, manifiesta que “desde el primer contacto con el paciente, se requiere sensibilidad con éste y apoyo al familiar para ubicarlo en el contexto del tratamiento”. Desde su punto de vista el paciente requiere “orientación, prevención y rehabilitación, reorientarlo para la reintegración a su vida laboral, personal y familiar”.

Cuando se le preguntó cuántos pacientes atendía se refirió al número de camas para contestar. La cantidad de camas va de nueve a 18, dependiendo si sus colegas están de vacaciones. Menciona que más que acordarse de los pacientes, lo que recuerda son casos médicos. Está obligada a atender la consulta y dedica de 30 a 45 minutos por paciente. Narra cordialidad en su relación con los pacientes, aunque no mantiene una interacción más allá de

lo profesional; acentúa que no ha tenido ningún problema legal. Considera que las decisiones clínicas no deben tomarse desde un punto de vista legal y clínico. Este trato cordial con el paciente y su red de apoyo muestra una intención de establecer una relación de confianza y que a la vez sea simpática y compasiva. Señaló haber tenido la oportunidad de estar en contacto con los pacientes en momentos críticos, en la terapia postquirúrgica, en donde la función del médico es recibir al paciente recién operado y estabilizarlo. En este primer contacto cree que existe la posibilidad de esgrimir un escenario de sensibilidad con el paciente, al dar apoyo y una ubicación al familiar. La terapia en piso contempla el inicio de un estudio de la problemática que aqueja al paciente, al hacerla de manera externa, que suele ser la más común, o interna, en la se requiere observación constante. El trato con pacientes de distintas características ha conducido a la médico especialista a no establecer preferencias de ningún tipo.

Según la médico especialista el trabajo en equipo es muy subjetivo, ya que es el médico quien toma las decisiones clínicas y es el responsable de su paciente. Es él quien se encarga de acercarse a su paciente para atenderlo “[...] qué tanto te puedas acercar a un paciente, va a depender de su personalidad, hay pacientes que no permiten que tú pases la línea, pero todos los pacientes requieren que tú los comprendas”.

Otra médico especialista refiere que en el trato con el paciente procura recordar el nombre, el sexo, el tipo de sangre, la condición de vulnerabilidad del paciente, así como a su familia, lo cual establece un carácter compasivo, pero también reconoce que recuerda los casos médicos relevantes “cuando se trata de un casasaño [...] tiene una situación particular en sus eritrocitos, por ejemplo”. Intenta que el trato a sus pacientes sea afectivo, incluso interactúa simbólicamente en cuestiones espirituales. En tal sentido ha recibido agradecimiento y cariño de algunos pacientes y su familia. Describe que hay conflictos en su centro de trabajo debido al ausentismo, omisiones y otras prioridades como el derecho a guardería, lo que afecta la programación operativa. También considera que no hay disciplina en el laboratorio, la gente come en sus áreas de trabajo.

Según la médico especialista, es fundamental resolver las interrogantes de los pacientes para orientarlos adecuadamente sin recurrir a terceros, “yo creo que una relación médico-paciente debe de ser también muy personalizada, evitar los terceros en primera instancia”, para así tener una comunicación efectiva. Cree que en los momentos de crisis, producto de una enfermedad, los pacientes no se encuentran en condiciones óptimas, por tanto el especialista de la salud debe atender a la vulnerabilidad en que se encuentra la persona afectada. Manifiesta no tener preferencias por ningún tipo de pacientes, “yo sé de antemano que un paciente, que obviamente puede estar en crisis aguda o en control, es una persona que requiere de mi trabajo y de mi

atención". Ha llegado a trabajar con personas de distintos perfiles económicos, sociales y culturales, ya que en los hospitales de concentración nacional se atiende una diversidad amplia de pacientes. Dicha característica hospitalaria le ha permitido observar que es el médico el que debe adaptarse a las condiciones del paciente.

Atiende a pacientes que van a ser operados de corazón, es decir, como parte de un preoperatorio, en que le piden grupo sanguíneo, pruebas cruzadas, etcétera. Como médico patólogo es responsable de tener la sangre compatible para el paciente que va a ser operado, aunque no da consulta externa, los pacientes llegan para ser orientados con respecto a la donación de sangre, o informados acerca de productos específicos (por ejemplo, plaquetas), con lo que también trata de establecer una relación de confianza con el paciente.

[...] entonces vamos a hablar para qué sirven las plaquetas, por qué deben de ser de tal grupo, o cuáles son las opciones [...] se les da seguimiento [...] en piso cuando están en quirófano, o en una situación adversa, se les pregunta cómo van en la interacción con su médico y la enfermera, y de eso surgen también actitudes amistosas.

Por su parte, la auxiliar de laboratorio describe la atención proporcionada a pacientes que ingresan para una cirugía posterior, tanto adultos como niños. Por lo general, atiende de quince a veinte personas, entre las cuales se encuentran los pacientes aislados, quienes requieren de un mayor tiempo de atención y por los que se toman mayores precauciones.

Los riesgos de trabajo son altos, es ella quien toma las muestras de sangre en pacientes como los poli trasfundidos, contempla que no hay sangre segura. Los pacientes con los que más le agrada trabajar son niños, debido a que es más fácil sujetarlos, mientras que los ancianos son más difíciles, ya que en la mayoría de los casos no cooperan. Sin embargo, a pesar de que no es sencillo trabajar con todos los pacientes, dice no tener preferencias por un tipo en específico. Elige la estrategia de atención según el carácter del paciente, hay casos en que son muy cooperativos y otros en que no. Al momento de tomar las muestras prefiere apoyarse en el médico que en las enfermeras, debido a que el médico es el único que puede decidir si se toma o no se toma la muestra, "déjela para después o yo la tomo". Califica su relación con los pacientes como autoritaria, les explica para qué se toman las muestras sin tantos tecnicismos, ya que considera que los pacientes no están informados, aunque no siempre es así "ellos vienen bien informados eh, qué es una biometría, qué son los tiempos de coagulación qué son sus enzimas cardiacas".

En los resultados de nuestras entrevistas, tres de los informantes se refieren a los comités de ética clínica como un instrumento que permite resolver

dilemas éticos. Creen que esos organismos son fundamentales, y les gustaría formar parte de ellos. Sin embargo uno de los entrevistados duda de la capacidad de los comités de ética, al afirmar “pertenezco a un comité y éstos a veces contaminan la decisión”. El discernimiento ético y la confidencialidad fueron ponderados a través de condiciones y situaciones clínicas específicas como: trasplante de órganos, aborto, eutanasia, intubación, inseminación artificial, cambio de sexo, transfusión sanguínea, entre otras.

Tres de nuestros entrevistados se apegan estrictamente a la confidencialidad, mientras una médico especialista delibera si se trata de una situación epidemiológica que ponga en riesgo a una población (por ejemplo, enfermedades infecto-contagiosas). Lo cual nuevamente da indicios de una preocupación por desarrollar una relación de confianza con el paciente.

En el caso del respeto a la autonomía del paciente, tres de los entrevistados manifiestan que, si la vida se encuentra en peligro, dan prioridad a ésta por encima de los deseos del paciente; en tanto que el médico especialista considera que para eso está el consentimiento informado y, en consecuencia, si algún procedimiento no es autorizado por el paciente, no lo realiza. Para los entrevistados es importante la autonomía del paciente, sin embargo cuando este valor entra en conflicto con la benevolencia, surgen algunos problemas al decidir. Si no se presenta en una situación de dilema, los profesionales de la salud declararon considerarla siempre de suma importancia.

DISCUSIÓN

La etnografía ha incursionado en distintos campos de conocimiento: la organización social, la organización política, sistemas productivos, jerarquías sociales, formas de vida y comportamientos, estructura de familia (parentesco), entre otras. En el área médica ha explorado sobre el origen étnico de los pacientes, su comportamiento frente a las instituciones de salud, la aceptación o rechazo de terapias [Fabrega, 1977; Solís, 2005; Kleinman, s/f], y más recientemente se ha acercado a la educación médica [Levinson Bradley *et al.*, 2007; Calvo, 1992]. La etnografía nos permite explorar la dinámica global y particular de interacción en la dimensión institucional hospitalaria.

En este estudio se identifican valores y aspiraciones del personal de salud a través de las representaciones y del discurso de los propios actores, los cuales reconocen dificultades para el desempeño de sus actividades cotidianas, como fricciones interpersonales con colegas, y el acatar normas institucionales con las que no necesariamente se está de acuerdo. Sin embargo, por su antigüedad y conocimiento del entorno, logran evadir el conflicto. Esta adversidad cotidiana no les impide tener un alto reconocimiento a la institución y sentir orgullo de pertenecer a ella, así como desarrollar su trabajo a plenitud.

Es evidente que se presenta una diferenciación de género y de ciclo de vida en las narraciones de nuestros entrevistados. La atención de la familia como valor es relevante en todos los casos, pero no tiene el mismo ritmo, ni requiere el mismo tiempo. Por ende se muestran aspiraciones a diez años (mediano plazo) de distinta índole: aspiraciones políticas, científicas, docentes y de complementariedad de vida como término de un ciclo.

Con respecto a la relación médico-paciente debería realizarse una exploración a mayor profundidad, con observación directa o participante, para describir y comprender la interacción en su aspecto práctico. Los resultados de este estudio no muestran racismo evidente tanto en sentido biológico, social o en diferencia sexual. El peso ideológico de la institución que realiza una tabla raza en términos de igualdad, es predominante. Sin embargo, cabe señalar que uno de los entrevistados reconoce su empatía por trabajar con extranjeros y clases sociales altas, y otra entrevistada se confunde en atender camas por pacientes. Estos dos elementos nos obligan a continuar con este estudio a mayor profundidad, teniendo como nueva variable al paciente, su familia y su red de apoyo.

Es relevante que los entrevistados no se refieren a sus pacientes como el diabético, el hipertenso, el isquémico, es decir, no hay carga peyorativa o de estigmatización sobre el enfermo. Aunque en la interacción con el paciente, poco se menciona a la persona y a su entorno [Menéndez, 1990]. Conocer la dimensión de la relación personal de salud-paciente es nodal para establecer una alianza terapéutica efectiva. Esta es la crisis más fuerte que atraviesa el modelo médico institucionalizado [Menéndez, 1992; Menéndez, 1993] lo cual provoca el detrimento de la relación.

Se identifica un predominio de la Medicina Basada en Evidencias sobre la Medicina Basada en Valores, presumimos que se debe a la formación propia del médico, donde hay preponderancia de materias tecnocientíficas sobre humanísticas al inclinar la práctica hacia la tecnociencia.¹¹ A nivel operativo esto se potencia con la normatividad y estandarización en el que-hacer profesional.

Otro aspecto a destacar es el poco interés del médico en disciplinas no relacionadas directamente con los aspectos biomédicos de su práctica. En tal caso, es necesario repensar la formación del médico, en términos de generar un sujeto científico con responsabilidad social. Desde la etnografía y las historias de vida [Ricco, 2009; Taylor y Bogdan, 1996; Menéndez, 1993; Padgett, 2011] se pueden ir definiendo ideas que pasan por el horizonte ético y moral como la justicia, el bien común, el respeto, la dignidad, entre

¹¹ Se entiende tecnociencia como el binomio tecnología-investigación científica, referido por Echeverría (2009)

otros, teniendo en cuenta la diversidad cultural para abordar el proceso salud-enfermedad.

CONCLUSIONES

Las posibilidades metodológicas de corte cualitativo permiten la identificación de elementos como las actitudes sobre del desarrollo personal y familiar, consideraciones de la práctica profesional cotidiana, la concepción del entorno institucional, aspiraciones ideológicas, relaciones sociales internas, y perspectiva frente al objeto y materia de trabajo. Todo lo anterior da cuenta de los valores que establecen la identidad en el espacio laboral, el nivel de compromiso con la institución, con el paciente, con la familia, lo cual permite conocer los compromisos y relaciones de nivel técnico científico que el médico y sus asistentes pueden establecer [Goodson y Vassar, 2011].

Al ingresar al universo simbólico de la práctica clínica encontramos que existe un claro predominio de la MBE, donde están presentes las aspiraciones individuales del personal de salud, sin embargo también existe una sensibilidad hacia valores como la justicia, la beneficencia, el respeto y la compasión. Al conocer el estado que mantienen los valores y el tipo de discernimiento ético que se desarrolla en la práctica clínica se puede incidir en la coyuntura institucional para lograr un fomento de la MBV, lo cual tendría un impacto directo en el mejoramiento de la calidad de la atención, pues se hace énfasis en que la medicina debe permitir la participación del paciente [Batistatou *et al.* 2010].

Por tanto, se vuelve urgente seguir avanzando en los estudios etnográficos para lograr un mejor conocimiento de la axiología de la práctica clínica. Este trabajo es punta de lanza al posibilitar una comprensión más acuciosa y profunda de los fundamentos axiológicos del personal de salud en activo; la validación del instrumento abre las puertas para realizar un diagnóstico axiológico situacional, en poblaciones más amplias, que permita identificar cuáles son los valores que deben fomentarse para cumplir con los fines de la medicina y diseñar estrategias efectivas para el fortalecimiento del binomio medicina, basada en evidencias-medicinas y fundamentada en valores, lo cual es el desafío del siglo XXI.

Agradecimientos. Los autores agradecen a Luz María Vargas Melgarejo su participación en el inicio del proyecto. A Carlos Macías, Elisa Callejas y Raúl Vargas por sus discusiones fructíferas. Al Conacyt por el financiamiento del proyecto: Salud 2007- 068673.

BIBLIOGRAFÍA

- Batistatou, A., E. Doulis, D. Tiniakos, Anogiannaki y K. Charalabopoulos**
2010 The introduction of medical humanities in the undergraduate curriculum of Greek medical schools: challenge and necessity, *Hippokratia*, vol. 14, núm. 4
- Beauchamp, TL. y JF. Childress**
2001 *Principles of biomedical ethics*. Oxford, Oxford University.
- Bensing, J.**
2000 "Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine", *Patient Education and Counseling*, vol. 1, núm. 39, pp.17-25.
- Butalid, L., P.F.M. Verhaak, F. Tromp, y J.M. Bensing**
2011. "Changes in the quality of doctor-patient communication between 1982 and 2001: an observational study on hypertension care as perceived by patients and general practitioners". *BMJ Open*, vol. 1, núm. 1.
- Calderón, D.**
2006 "Proporcionalidad y bienes escasos", *Medicina y ética*, vol. 1, núm. 17, pp.59-66.
- Calvo, B.**
1992 "Etnografía de la educación" *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 42, pp. 9-26.
- Clifford, J.**
1992 "Sobre la autoridad etnográfica" en *El surgimiento de la antropología posmoderna*, Barcelona, Gedisa, pp. 141-170.
- Echeverría, J.**
2009 "Interdisciplinaridad y convergencia tecnocientífica nano-bio-info-cogno", *Sociologías*, núm. 22, pp. 22-53
- Fabrega, H.**
1977 "The scope of ethnomedical science", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol.1, núm. 2, pp. 201-228.
- Fischer, M.M.J.**
2001 "Ethnographic critique and technoscientific narratives: The old mole, ethical plateaux, and the governance of emergent biosocial politics", *Culture, medicine and psychiatry*, vol. 4, núm. 25, pp. 355- 393.
- Geertz, Clifford**
1992 "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura" en *La Interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, pp. 19-40.
- Goodson, L. y M. Vassar**
2011 "An overview of ethnography in healthcare and medical education research", *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, núm. 8.
- Guber, R.**
2004 *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Bueno Aires, Paidós.
- Jonsen, A. R., M.Siegler y W. J. Winslade**
2002 *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, McGraw-Hill Medical.

Kerridge, I., M. Lowe y D. Henry

1998 "Ethics and evidence based medicine", *BMJ*, 316(7138), p. 1151.

Kleinman, A.

s/f *Prácticas y representaciones en la enfermedad cardiovascular: Impacto y silenciamiento de la dimensión imaginaria del enfermar*: [ref. 18 Junio 2011] disponible en <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/gral/representaciones.html>

Lazarsfeld, P.F.

1972 *Qualitative analysis; historical and critical essays*, Boston, Allyn and Bacon.

Levinson Bradley, A.U., E. S. Flores y M. B. Busquets

2007 "Etnografía de la educación. Tendencias actuales" *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 12, núm. 34, pp. 825-840.

Lock, M.

2001. "The tempering of medical anthropology: Troubling natural categories". *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 4, núm. 15, pp. 478-492.

Long, S.O.

2002 "Life is more than a survey: understanding attitudes toward euthanasia in Japan" *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 4, núm. 23, pp. 305-319.

Malinowski, B.

1995 *Los argonautas del pacífico occidental: un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea Melanesica*, Barcelona, Península.

Menéndez, E.L.

1990 "El modelo médico Hegemónico: estructura, función y crisis" en *Morir de alcohol*, México, Alianza Editorial Mexicana/CENCA SEP, pp. 83-118.

Menéndez, E.L.

1993 "Los modelos médicos en la antropología mexicana", en *La Antropología Médica en México*, Antologías universitarias, México, Instituto Mora, pp. 141-185.

Menéndez, E.L.

1992 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención. Caracteres estructurales", en *Campos Navarro R, (comp.) La antropología médica en México*. México: UAM/Instituto Mora, pp. 97-114.

Padgett, D.K.

2011 *Qualitative and Mixed Methods in Public Health*. Sage Publications, Inc.

Parker, M.

2007 "Ethnography/ethics", *Social Science & Medicine*, vol. 11, núm. 65, pp. 2248-2259.

Pellegrino, E.D.

2002 "Professionalism, profession and the virtues of the good physician", *Mt Sinai J Med*, vol. 6, núm. 69, pp. 378-84.

Pellegrino, E.D.

2006 "Toward a reconstruction of medical morality", *The American Journal of Bioethics*, vol. 2, núm. 6, pp. 65-71.

Petrova, M., J. Dale y B.K.W.M. Fulford

2006 "Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence", *The British Journal of General Practice*, vol. 56, núm. 530, p. 703.

Ricco, S.

2009. *La diversidad en el discurso del hombre*. Derechos de Autor: Reg. 03-2009-031812342000-01

Robertson, D.W.

1996 "Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care", *Journal of medical ethics*, vol. 5, núm. 22, pp. 292-299.

Rosaldo, R. y W. G. Togo

1991 *Cultura y verdad: nueva propuesta de análisis social*, México: Grijalbo.

Solís, A.B.

2005 "La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética", *Cuicuilco*, vol. 12, núm. 33, pp.61-78.

Steinberg, A.

1995 "The foundations and the development of modern medical ethics", *Journal of assisted reproduction and genetics*, vol. 8, núm. 12, pp.473-476.

Stirrat, G. M. y R. Gill

2005 "Autonomy in medical ethics after O'Neill". *Journal of medical ethics* 31, núm. 3 p. 127.

Taylor, S. y R. Bogdan

1996 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Barcelona, Paidós.

Umran Al-Umran, K., B.A. Al-Shaikh, B.H. Al-Awary, A.M. Al-Rubaish y F.A. Al-Muhanna

2006 "Medical ethics and tomorrow's physicians: an aspect of coverage in the formal curriculum". en *Medical teacher* 28, núm. 2, pp. 182-184.

Van Der Weijden, T., F. Légaré, A. Boivin, J.S. Burgers, H. Van Veenendaal, A.M. Stiggelbout, M. Faber y G. Elwyn

2010 "How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol", en *Implementation Science* 5, núm. 1 (2010): 10.