

Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario

Carolina Consejo-y Chapela,^a Carlos Alfonso Viesca-Treviño^b

Epistemic injustice during the medical education process in the hospital context

Background: The educational model adopted by the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) Faculty of Medicine is constructivist; it is a model based on competence development. It aims to provide learning environments that incorporate real activities (it helps the students to develop social negotiation skills, as part of their integral learning; it encourages them to take a critical and reflexive approach; and it is also a student-centered model). However, many challenges arise when this model is implemented in the context of hospital environments. Therefore, our aim was to analyse the hospital as an hermeneutical community and as a power relations scenario, contrary to the constructivist model.

Methods: In the analysis of a conflict between a chief of a medical department and an undergraduated medical intern, we use Miranda Fricker's categories *discriminatory epistemic injustice*, and *testimonial injustice*, as well as Foucault's *power relationships* and *knowledge*.

Results: The program implementation is placed in the context of power relations and different disciplinary methods that could affect the training process of the students, whose educational background belongs to the constructivist model. This in part is due to the existence of informal normative structures that are hidden in the process of medical knowledge construction at the hospital scenario.

Conclusion: Practices of epistemic discriminatory injustice in the hospital environment increase vulnerability conditions for medical students in their education process.

Keywords Palabras clave

Hermeneutics Hermenéutica

Ethics Ética

Power Poder

Medical education Educación médica

El constructivismo en la formación médica y en los escenarios hospitalarios

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

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

Gabriela refugió la mirada en su libretita de apuntes y recordó que la señora Martínez era diabética e hipertensa y que además tenía insuficiencia renal crónica. Era la tercera ocasión que la paciente sería sometida a retiro de catéter por infecciones peritoneales asociadas a la diálisis. Se le había indicado la colocación de un catéter para hemodiálisis. Tenía una hemoglobina de 10 mg/dL y el día anterior el médico internista le había comentado que no requería transfundirse antes del procedimiento.

La señora Martínez permanecía hipertensa y solo había orinado 100 mL en ocho horas. Estaba en espera de la colocación del catéter desde hacía dos días y ya se observaban niveles sanguíneos elevados de urea, creatinina y potasio. “¿No me vas a contestar? ¡Es tu paciente! ¿Qué no la conoces?” preguntó el doctor Anaya.

Gabriela sintió que un ligero temblor le recorría el cuerpo, mezcla de indignación y desesperación.

^aCoordinación de Educación en Salud, Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México/Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina*

^bDepartamento de Historia y Filosofía de la Medicina*/Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Área de Humanidades en Salud*

*Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad de México, México

Comunicación con: Carolina Consejo-y Chapela

Teléfono: 5761 2946

Correo electrónico: caronline99@hotmail.com

Recibido: 05/06/2016

Aceptado: 14/09/2016

Introducción: el modelo educativo de la Facultad de Medicina de la UNAM es un modelo constructivista, centrado en el desarrollo de competencias por medio de ambientes de aprendizaje que incorporan actividades reales (se prepara un ambiente de negociación social como parte integral del aprendizaje, se nutre la reflexión y se pone énfasis en la educación centrada en el estudiante). Sin embargo, este modelo ha enfrentado muchos retos en los escenarios educativos hospitalarios. Por lo tanto, el objetivo fue analizar el hospital como comunidad hermenéutica y un escenario de relaciones de poder, en escenarios hospitalarios adversos a la formación constructivista.

Métodos: se trata de un análisis teórico con el que, con base en las categorías *injusticia epistémica dis-*

criminatoria, injusticia testimonial, así como *relaciones de poder y conocimiento* se analiza un conflicto entre un jefe de servicio y una médica interna de pregrado.

Resultados: la implementación de los programas en el entorno hospitalario se llega a desarrollar en un marco de relaciones de poder y métodos disciplinarios que pueden dificultar el proceso formativo del alumno proveniente del modelo constructivista; esto en parte se debe a la existencia de estructuras normativas informales que subyacen en el proceso de construcción del conocimiento médico dentro del hospital.

Conclusión: las prácticas de injusticia epistémica discriminatoria en el contexto hospitalario aumentan las condiciones de vulnerabilidad del médico en formación.

Resumen

Sabía que conocía a su paciente, y pensó que, por su estado hemodinámico, niveles de potasio y dificultad para orinar no se debía considerar la transfusión como condicionante del procedimiento, por lo que intentó explicar la situación: “La señora Martínez tiene una hemoglobina de 10 mg/dL y falla renal crónica, por lo que creo que es esperable este nivel de hemoglobina y creo que no es urgente que se transfunda para el procedimiento, como comenta el internista en la nota de interconsulta, ya que...”. En ese momento y con visible impaciencia el doctor Anaya interrumpió a Gabriela “¿Crees o sabes?, ¿Dime dónde leíste que esto es así?”.

Gabriela sintió cómo todas las miradas de los presentes, incluida la de la paciente, se clavaban en ella. “No me acuerdo. Le pido una disculpa. Voy a ir a leerlo”. “Al parecer esta interna no quiere ser médico”, contestó el doctor Anaya dirigiéndose a su audiencia con una sonrisa burlona, ante las risas de sus subordinados, para luego dirigirse al siguiente paciente. Gabriela caminó en silencio detrás del grupo de galenos.

Esa misma mañana cuando Gabriela se acercó a la señora Martínez para tomarle una muestra, la paciente le dijo a la enfermera: “No quiero que me tome la muestra un practicante, mejor llámeme al médico”.¹

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha implementado planes y programas de estudio que están orientados a la formación de médicos generales y especialistas y que resuelvan las necesidades cambiantes de salud de la población, ejerciendo la profesión de forma ética y crítica, con un sentido sociocéntrico.

El modelo educativo de sus programas se presenta como constructivista. Se centra en un modelo de aprendizaje basado en el desarrollo de competencias. Pretende “proveer de ambientes de aprendizaje que incorporen actividades reales; preparar un ambiente de negociación social como parte integral del aprendi-

zaje; brindar múltiples perspectivas y variadas formas de representación; nutrir la reflexión y poner énfasis en la educación centrada en el estudiante”.²

El proceso de construcción del conocimiento, en el contexto de la práctica clínica, parte de una disposición del alumno para el aprendizaje que se encuentra profundamente determinada por la participación del médico tutor o docente y el entorno en el que se encuentra situada la relación docente-alumno.

Sin embargo, es frecuente observar situaciones en las cuales el profesor desacredita de forma humillante o coercitiva al alumno por la forma de responder ante un problema clínico que se le presenta.

En el caso descrito, el doctor Ayala le dio a entender a la interna Gabriela que su forma de responder era inadecuada, al igual que el contenido de su respuesta. No tomó en cuenta que la estudiante se encontraba en el proceso de elaboración de un razonamiento que la llevaría tanto a la construcción de un conocimiento significativo como probablemente a una respuesta pertinente para el escenario clínico narrado.

En este caso el proceso de elaboración del conocimiento significativo se interrumpe en el momento de su verbalización, ya que la construcción semántica expresada no responde a las expectativas específicas del profesor. Este tipo de situaciones pueden influir de forma negativa, tanto en la disposición para el aprendizaje como en la esfera afectiva del alumno.³

Los estudiantes son determinados por la interacción con el campo social del hospital al cual ingresan, ya que dicha interacción condiciona el forjamiento de lo que el sociólogo francés Pierre Bourdieu denomina como un *habitus*⁴ característico. Esto se observa también en el efecto que tiene el contexto de la formación clínica sobre el médico egresado de la formación médica como proceso disciplinario.³

La institución hospitalaria, como lo describe Alicia Hamui Sutton, “marca la experiencia clínica de los estudiantes y su proceso formativo para su futura prác-

tica profesional”, ya que, a partir de la segunda fase de su formación, al iniciar los ciclos clínicos, las generaciones de estudiantes salen del campus universitario y se distribuyen en las diferentes sedes hospitalarias. Esto, explica Hamui, lleva a la pérdida de la cohesión grupal y deja en un “segundo plano” la identidad universitaria, con lo que se adoptan las normas y lógicas de operación de la cultura organizacional del hospital.⁵

Podemos proponer al hospital como un sistema complejo, que puede ser entendido como lo que la filósofa Miranda Fricker denomina *comunidad hermenéutica*.⁶

Si dentro de esta comunidad hermenéutica se establecen estrategias específicas relacionadas con la producción del conocimiento para justificar una forma de reproducción del poder, podemos sugerir entonces que el hospital puede estudiarse como una *comunidad hermenéutica disciplinaria*.

Esta comunidad hermenéutica disciplinaria se desarrolla al interior de la organización o institución hospitalaria; se trata, pues, de un sistema complejo.

Nos centraremos ahora en el análisis del hospital como un sistema complejo, en el cual se encuentran definidas comunidades hermenéuticas específicas. Se analizará en un segundo momento la posibilidad de observar la presencia de situaciones de *injusticia epistémica discriminatoria* al interior del escenario del aprendizaje clínico, retomando las categorías propuestas por la filósofa Miranda Fricker.⁶

El hospital como estructura normativa compleja

Muchas de las teorías administrativas en torno al comportamiento de las organizaciones plantean la existencia de tres dimensiones que definen dicho comportamiento: sus personas, los grupos en los que se organizan y la estructura.⁷

En los últimos años, dada la naturaleza de su objeto de estudio, muchos investigadores han abordado el estudio del comportamiento de las organizaciones hospitalarias a partir del lenguaje de la complejidad.

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

Podemos afirmar que las agrupaciones médicas son sistemas complejos, mismos que se encuentran al interior de una institución de salud específica, que pertenece a su vez a un sistema nacional de salud y a un sistema político específico. La evolución de cada uno de estos sistemas complejos y es influida por los demás sistemas con los cuales interactúa.⁸

Stacey plantea la existencia de *sistemas sombra*,⁹ a los cuales Plsek se refiere como los *sistemas informales* de las organizaciones e instituciones, mismos que de ser ignorados, plantearían una ceguera en el intento de entender su realidad compleja:

Podemos identificar la existencia de sistemas formales e informales. Nuestros esfuerzos para innovar al interior del sistema formal de la atención médica pueden ser obstruidos o impulsados por las interacciones sostenidas entre jefes y subordinados, dentro de ‘sistemas sombra’ informales, que —como ejemplo— involucran a amistades y colegas discutiendo en torno a una mesa a la hora del almuerzo. El ignorar o desear que deje de existir la realidad de estos sistemas complejos nos vuelve ciegos.⁸

Darrouzet argumenta que cuando existe la necesidad de reafirmar algún posicionamiento moral dentro de una organización, en muchas ocasiones el trabajador toma como referente a su grupo inmediato para darle sentido a su papel, rol o identidad específica, así como para reafirmar sus valores morales.¹⁰

Podemos proponer, entonces, que estos valores en ocasiones pueden entrar en conflicto con aquellos promovidos como la imagen moral de la organización.

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

Darrouzet argumenta que en las organizaciones existe un problema de complejidad que involucra factores sociales distintivos, que en nuestra propia traducción podría interpretarse como “el problema de la emergencia continua de prácticas de socialización cimentadas en fuertes referentes culturales”.¹⁰

El autor considera que en las organizaciones se observa un problema complejo de dimensiones humanas y sociales que son distintivas. Este problema lo define como “el problema de la emergencia continua de una socialidad cultural” (*the problem of continuously emergent cultural – sociality*).¹⁰ Existen necesidades culturales de socialización que en ocasiones son antagónicas o diferentes de las necesidades planteadas desde la formalidad de la institución. Lo anterior necesariamente genera tensión, dado que diferentes intereses entran en conflicto.

A pesar de los esfuerzos de los directivos de actuar como organizadores del sistema y de tomar control de

los escenarios e implementar acciones de mejora en la institución, “ninguno de sus miembros, incluyendo a los propios directivos, pueden librarse de las pulsiones humanas que demandan tomar acciones y decisiones o de permanecer en la ambigüedad”, dirigidos por motivos que consideran mas prioritarios que los de la organización.¹⁰

Podríamos asociar este concepto con la idea bourdiana de *campos culturales emergentes*, los cuales plantean elementos de socialización propios de un campo en el que ciertas prácticas son validadas.¹¹

¿Qué relación guardan estos escenarios con el proceso formativo del médico que se enfrenta al entorno de interacción social hospitalario?

En una cita que realiza Darrouzet de la obra de Stacy *Complexity and Group Processes: A Radically Social Understanding of Individuals*,⁹ el autor analiza la dimensión narrativa de la persona en el proceso de construcción de lo que el filósofo francés Paul Ricoeur denomina como *identidad narrativa*,¹² en la que se refleja la forma en la cual la persona da cuenta de su pasado, de sí misma en su presente y se observa en el futuro en relación con los demás.

Esta dimensión supera la explicación del Ser como un agente del lenguaje y agente de acción para añadir la dimensión del agente que se narra a sí mismo y construye su propia identidad. Esta identidad no es ajena a la interacción con los demás agentes con los que comparte su interacción en el mundo. Por lo tanto, la dimensión narrativa de la identidad es también una dimensión ética.¹³

Las demandas a las que los individuos son sometidos por el grupo en su proceso de socialización diaria, en la microcomunidad que representa la del espacio de trabajo, contribuyen a definir la acción, decisión y significación de sus decisiones y acciones. Derivado de lo anterior, Darrouzet plantea que esta dimensión de relación en el espacio de trabajo con “los otros” representa un escenario de crítica y afirmación, el cual deriva en la influencia sobre nuestra visión del mundo y de nosotros mismos.¹⁰

Los procesos de interacción diaria del médico en formación con los diferentes miembros del equipo de salud son también procesos de afirmación y negación de su identidad narrativa.

Los nuevos instrumentos teóricos ofrecidos por el campo emergente de las llamadas ciencias de la complejidad han llegado a las discusiones de la investigación en educación, con las que autores como Deborah Osbergh han hecho un llamado de alerta para cuestionar la tradición de asumir que el mundo del cual damos cuenta en el aula, a través del lenguaje y la representación, puede ser separado del propio proceso del conocer en la interacción cotidiana con la realidad, en nuestro caso, del campo clínico.¹⁴

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

Esto se observa en el caso de Gabriela, quien se encontraba en el proceso de llegar a la misma conclusión que el internista, expresando su testimonio de una forma diferente a la esperada por el doctor Anaya, con lo que se interrumpió el proceso de construcción del conocimiento significativo. La médica interna contaba con elementos suficientes para fundamentar la afirmación de que la transfusión no estaba indicada como condicionante para la colocación del catéter de hemodiálisis.

Como es de esperarse, la alumna se enfrenta a la necesidad de adoptar las formas de validación y expresión del conocimiento exigido por el tutor y la comunidad hermenéutica dominante para poder continuar siendo parte del grupo. Su respuesta subordina la posibilidad de sustentar sus afirmaciones (y exponer su proceso de razonamiento) a la obligación de citar una fuente legítima para su interlocutor.

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

Por lo tanto, los mecanismos de validación epistémica formarán parte de las estructuras normativas informales que permitirán la continuidad y reproducción de las estructuras de poder existentes, como propusimos en un trabajo previo en el que señalamos la existencia de estructuras normativas formales e informales al interior de las instituciones hospitalarias.¹⁵

Definimos como *estructuras normativas formales* el conjunto de reglamentos, principios, protocolos y discursos representativos de la identidad “oficial” que una organización presenta como referente para el comportamiento y las acciones de sus integrantes.¹⁵

Podemos definir como *valores morales* aquellas afirmaciones en torno a lo que es moralmente aceptable o deseable frente a lo que no lo es, compartidas por un grupo o defendidas por una persona. Entendemos como *valores epistémicos*, el conjunto de conocimientos y estrategias de validación de estos que se consideran valiosos al interior de una comunidad específica.¹⁵

Identificamos como *estructuras normativas informales* el conjunto de “reglas no escritas” que determinan la forma de comportamiento de los grupos y personas que componen la organización, determina-

das por los valores morales y epistémicos que en un momento específico se presentan como dominantes, en el contexto de las relaciones de poder sostenidas dentro de la organización, así como la estructura que estas adoptan.

Estos sistemas normativos formales e informales podrían explicar en parte los fundamentos, planteados por Plsek, que rigen el comportamiento de los sistemas formales e informales de las organizaciones.⁸

En el contexto formativo, las estructuras normativas informales observadas al interior del hospital podrían determinar el currículum oculto propuesto por Hafferty en 1988.¹⁶ Este consiste en las interacciones interpersonales entre profesores y estudiantes, que, junto con las conversaciones que se sostienen en los pasillos, en el café, los valores sociales, las normas y la cultura popular reflejadas en dichas conversaciones, así como la influencia de los diferentes “modelos a seguir” que el estudiante puede observar tanto en sus superiores como en sus pares, influyen en la forma y el contenido de lo que los estudiantes aprenden.¹⁷

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

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

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

Consideremos entonces dos dimensiones de valoración que pueden formar parte de los sistemas normativos al interior del hospital al que se integran los estudiantes al iniciar sus ciclos clínicos, la *valoración moral* y la *valoración epistémica*.

Valoración moral

Para definir los conceptos de *valoración moral* y de *valores morales* debemos recurrir a los orígenes del significado de *moral*, la cual proviene de la palabra griega *moros* (ἦθος), traducida como *hábito*. Por lo tanto, para nuestra discusión nos referiremos a “ese espacio externo y público, espacio colectivo en el cual se construyen normas valorativas, como las normas que una sociedad específica puede construir en torno a lo considerado como bueno, malo, correcto e incorrecto, deseable o indeseable”.¹⁸

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

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

Valoración epistémica

En los últimos años, dentro de la epistemología analítica ha crecido la preocupación por indagar sobre la forma como le asignamos un valor a un conocimiento específico y cómo justificamos y validamos ese valor. Tal y como señala Jesús Vega, a este movimiento algunos autores lo han denominado como *giro del valor* en el contexto de las investigaciones epistemológicas.¹⁹

Vega se refiere a que el cambio de rumbo en la epistemología se fundamenta en la necesidad de responder a la pregunta ¿Qué valor puede atribuírsele al conocimiento?, para lo que considera analizar “el estatus normativo, que se ha de otorgar a los logros epistémicos y sobre nuestro derecho a tales reclamaciones”.²⁰ Podemos denominar como *valoración epistémica* el proceso de asignación de un valor a un conocimiento o creencia específica.

A continuación nos centraremos en el papel de los procesos de valoración epistémica de las comunidades hermenéuticas dentro de la organización hospitalaria, así como en la posibilidad de identificar situaciones de injusticia epistémica discriminatoria²¹ en las dos dimensiones que propone la filósofa Miranda Fricker:⁶ la *injusticia testimonial* y la *injusticia hermenéutica*.

El hospital como comunidad hermenéutica y la injusticia epistémica discriminatoria

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

Para el filósofo francés Michel Foucault, las *relaciones de poder* se encuentran presentes en todos los momentos de interacción social.²² El poder se encuentra directamente relacionado con la producción y validación del conocimiento, así como con la generación de discursos y narrativas sobre la “verdad” que permiten que un sistema institucionalizado de relaciones de poder se sostenga mediante diferentes formas de control social.²³

Un aspecto fundamental de su propuesta radica en la posibilidad productiva y liberadora que también puede derivar de la producción de nuevo conocimiento y de las nuevas formas de validarlo.²⁴

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

Debemos entender que, de manera general, *discurso* se refiere a la forma de hablar o escribir con autoridad sobre algún tópico en específico. En el caso de Foucault, *discurso* se refiere a la forma de hablar, escribir o declarar posicionamientos en torno a la verdad, los cuales se ejercen desde una posición de poder específica para garantizar su reproducción.²²

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

Una premisa que se suele sostener en las discusiones sobre el valor del conocimiento es aquella que afirma que “el conocimiento es más valioso que la mera creencia verdadera”. Ante esta premisa nos debemos hacer la pregunta ¿Qué hace al conocimiento más valioso que la mera creencia verdadera?²⁵

Es en este momento cuando los sistemas de validación de las estructuras normativas de las instituciones, y de los grupos dominantes que las componen, definen el valor de una creencia o se le asigna la titulación de la creencia al conocimiento, si reúne los requisitos establecidos.

La interacción entre los grupos que componen la organización hospitalaria puede ser analizada desde la mirada de algunas de las propuestas más recientes de la epistemología social, mismas que proponen la existencia de *comunidades hermenéuticas*.²⁶

Uno de los factores que permiten la cohesión de los diferentes grupos sociales al interior del hospital, para diferenciarse como comunidad hermenéutica, es lo que Sanford C. Goldenberg denomina *normas de creencia mutuas*. Estas se observan cuando un interlocutor plantea una afirmación con base en una creencia sobre el mundo o una verdad compartida por las personas que lo escuchan.²⁷

En general se refiere a una afirmación o negación en el contexto de una creencia mutua. Podemos añadir que estas normas de creencia mutuas se sustentan en un conjunto de valores epistémicos compartidos.

Si consideramos que Gabriela, como estudiante de la Facultad de Medicina de la UNAM, ingresa a una comunidad hermenéutica diferente de la institución educativa de la cual proviene, e intenta desarrollar un proceso de aprendizaje crítico y autodirigido, como lo

plantean los programas fundamentados en el constructivismo, entonces puede enfrentarse a un entorno de tensiones y resistencias, al no contar con los mismos valores epistémicos que el grupo de médicos e incluso residentes de los que se rodea.

Ella parte de la posibilidad de poder analizar de forma crítica la duda del doctor Anaya para fundamentar una respuesta en la que considera innecesaria la transfusión sanguínea, como se ha promovido en las aulas durante los primeros años de formación en la Facultad de Medicina, una comunidad hermenéutica diferente de la del doctor Anaya y los médicos que refuerzan su actuación, lo que deriva en la tensión entre dos comunidades hermenéuticas sujetas a una relación de poder.

Cuando existen tensiones entre los sistemas valorativos de los distintos grupos que interactúan en la relación formativa, dentro del contexto hospitalario, es esperado que se generen conflictos, mismos que pueden llegar a manifestarse con componentes de marginación y de prejuicio hacia los miembros de grupos subordinados, entre los que se pueden encontrar los estudiantes o residentes de menor jerarquía. Este escenario permite la generación de situaciones de *injusticia epistémica discriminatoria*.²¹

Fricker propone que todos los individuos tienen la necesidad de que los miembros de la comunidad en la cual se desenvuelven reconozcan su capacidad de conocer o dar cuenta del mundo (*capacity as knower*)²¹ y contribuir a la *capacidad de entendimiento* colectiva de la comunidad.

En sus últimos trabajos, la autora replantea la categoría de injusticia epistémica desarrollada en sus primeras obras para considerarla como un “concepto paraguas, abierto a nuevas ideas”.⁶ Dentro de este paraguas, propone la categoría de injusticia epistémica discriminatoria, misma que diferencia de la *injusticia epistémica distributiva*, la cual se refiere a la falta de equidad en la distribución de bienes epistémicos como la educación o la información, concepto que no retomaremos en esta discusión.

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

- Como *injusticia testimonial*, cuando la persona o grupo de personas que escuchan califican con un nivel de credibilidad nulo o escaso el testimonio de una persona que habla con base en un prejuicio.
- Como *injusticia hermenéutica*, cuando existe una brecha entre los recursos interpretativos colectivos y los recursos interpretativos de una persona que quiere hablar, lo cual pone a esta última en desventaja cuando intenta dar sentido a su experiencia. La injusticia hermenéutica ocurre antes de la acción comunicativa. Sucede cuando un sujeto se encuen-

tra en una situación de marginación hermenéutica (o que pertenece a un grupo que no cuenta con acceso a una participación equitativa en la generación de significados sociales).⁶

Fricker sostiene que cuando existe una participación hermenéutica en situaciones de inequidad respecto a algunas áreas significativas de la experiencia social (como la enfermedad y la muerte), los miembros de los grupos en desventaja se encuentran “hermenéuticamente marginados”.²¹

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

Discusión

Retomando la relación docente-alumno entre Gabriela y el doctor Ayala en el proceso de exploración de la paciente, cuando la alumna pretende dar cuenta de los hallazgos y los posibles significados de lo que ha percibido para la integración del razonamiento clínico, se observa una minusvaloración de su testimonio.

El fundamento del doctor Anaya para rechazar el testimonio de Gabriela se fundamenta en una expresión semántica inadecuada a la formulación esperada (“... creo que no es urgente que se transfunda para el procedimiento...”). Sin embargo, cuando la alumna refiere que su testimonio emitido parte de una *creencia* y no de un conocimiento fundamentado en una referencia bibliográfica ante los hallazgos encontrados, la respuesta del médico es de desprecio al esfuerzo racional de la alumna, por lo que este le exige que exponga los mecanismos de validación del juicio emitido.

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

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

Podemos concluir que los escenarios hospitalarios, que presenten riesgos de propiciar la generación de situaciones de injusticia epistémica discriminatoria, son escenarios en los cuales los estudiantes, internos y residentes presentan un estado de mayor vulnerabilidad para el adecuado desarrollo de su proceso de formación médica.

La relación de poder asimétrica en la cual se observan situaciones de injusticia epistémica discrimina-

toria también se puede observar en la relación que sostiene la paciente con Gabriela.

Es frecuente encontrarse circunstancias en las cuales el paciente o familiar desacredita la opinión del estudiante, interno o residente, al observar la forma en la cual los médicos o compañeros de mayor jerarquía marginan su testimonio y sus juicios clínicos. La señora Martínez rechaza que Gabriela le tome una muestra, dado que considera que la interna no cuenta con las habilidades y los conocimientos suficientes, todo a partir de la escena observada en el pase de visita matutino.

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

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

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

Como lo señala Havi Carel, los pacientes son especialmente vulnerables a encontrarse ante situaciones de injusticia epistémica.²⁸ La enfermedad, sus interpretaciones valorativas y la construcción de escenarios posteriores a la toma de decisiones, se encuentran profundamente vinculadas con la experiencia vivida por el paciente.

El paciente puede sostener un testimonio que parte de la dimensión existencial de “estar enfermo”. Su testimonio se construye como narrativa, aunque esta narrativa no suele ser considerada como conocimiento válido por parte de la institución médica.

El antropólogo Eduardo Menéndez considera que la narrativa del paciente, que da cuenta de su propia historia y proceso de salud-enfermedad, forma parte de un conocimiento que, cuando se encuentra sistematizado, suele pertenecer a un sistema de conocimiento subordinado al modelo médico hegemónico.²⁹

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

Conclusiones

Las prácticas de injusticia epistémica discriminatoria en el contexto hospitalario aumentan, además de todo lo expuesto, las condiciones de vulnerabilidad del médico en formación.

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

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

Para poder orientar las estrategias de intervención, se deben realizar mayores esfuerzos de investigación educativa y comportamiento organizacional, aprove-

chando las herramientas metodológicas de las ciencias de la complejidad, como lo han propuesto Ralph Stacey,^{30,31} desde su teoría de la investigación narrativa reflexiva para la dirección de organizaciones; Michael A Peters, al hablar de sistemas de conocimiento y educación; Tamis Haggis, quien parte de la contextualidad del conocimiento; Mark Olssen, que retoma a Foucault al proponer su teoría de la complejidad en la educación, entre muchos otros.³² Para ello, las metodologías de la investigación cualitativa pueden ayudar a proponer intervenciones efectivas que permitan disminuir la normalización de los eventos de injusticia epistémica discriminatoria.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Consejo C, Viesca Carlos. Narrativa y entrevistas retomadas del protocolo de investigación cualitativa con los temas de bioética, formación médica y calidad de los servicios de salud, implementado por Consejo y Chapela Carolina y Viesca, Treviño Carlos A. registrado bajo el título "Repercusión de las relaciones entre el personal médico y la calidad de la Prestación de Servicios Médicos Institucionales" No. Registro 2004-3702 0001. México: IMSS; 2004.
2. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Programa Académico Internado Médico, 2016. México, UNAM; 2016. Disponible en <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/docs/1011.pdf> [Consultado el 9 de mayo de 2016]
3. Consejo C, Viesca C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos. *Bol Mex His Fil Med.* 2008;11(1):16-20.
4. Bourdieu P, Passeron JC. *Reproduction in Education, Society and Culture.* 2nd ed. London: SAGE; 1990. pp. 69-107.
5. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M, González-Quintanilla E, Vives-Varela T, Uribe-Martínez G, Morales-Castillo JD. Gestión académica de los ciclos clínicos: Relaciones y tensiones entre la universidad y el hospital. *Inv Ed Med.* 2016;5(18):67-74.
6. Fricker M. *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
7. Robbins P, Judge A. *Organizational Behavior.* 16th ed. New Jersey: Pearson; 2015. pp. 2-37.
8. Plsek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. En: *Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence – Based Innovations.* Conferencia realizada en Washington D.C enero 27-28, 2003 National Institute for Health Care Management Foundation, National Committee for Quality Health Care. Disponible en <http://www.nihcm.org/pdf/Plsek.pdf> [Consultado el 9 de mayo de 2016]
9. Stacey D. *Complexity and Creativity in Organizations.* San Francisco: Berrett-Koehler; 1996.
10. Darrouzet C, Wild S. Participatory Ethnography at Work: Practicing in the Puzzle Palaces of Large, Complex Healthcare Organization. In: Cefkin M. *Ethnography and the Corporate Encounter. Reflections on Research in and of Corporations.* Studies in public and applied anthropology. 2nd Ed. Oxford: Berghahn Books; 2010. pp. 61-95.
11. Swartz D. *Culture and Power. The sociology of Pierre Bourdieu.* Kindle Ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1997. pp. 95-143.
12. Ricoeur P. *Oneself as Another.* Chicago: The University of Chicago Press; 1992. pp. 113-68.
13. Kemp P. *Sabiduría práctica de Paul Ricoeur.* México: Fontamara; 2011. pp. 31-52.
14. Osbergh D. From Representation to Emergence: Complexity's challenge to the epistemology of schooling. En: Mason M (Comp.). *Complexity Theory and the Philosophy of Education.* West Sussex: Wiley-Blackwell; 2008.
15. Consejo C. *Adultos mayores, vulnerabilidad y relaciones de poder: conflictos bioéticos en la solicitud de renuncia terapéutica.* Tesis para obtener el grado de Maestría en Humanidades en Salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud; 2013. Disponible en http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/9QTVH4KMTPV17DRF3XNPDCR2N5M6LE8QQDHU1J67KI1DPYB-00077?func=full-set-set&set_number=004769&set_entry=000001&format=999 [Consultado en mayo de 2016].
16. Hafferty FW. Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Acad Med.* 73(4): 403-7.

17. Paul D, Ewen SC, Jones R. Cultural competence in medical education: aligning the formal, informal and hidden curricula. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*.19(5):75-8.
18. Consejo C. Los límites de la Bioética. En: Torres Vioria (ed.). *Temas Selectos de Medicina Interna*. México: Colegio de Medicina Interna de México. A.C. / Nieto Editores; 2015. pp. 33-38.
19. Fernández MA. Normas, virtudes y valores epistémicos. *Ensayos de epistemología contemporánea*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas; 2011.
20. Vega J. Reseñas Bibliográficas. *Diánoia*. Mayo 2013;58(70):215-9. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v58n70/v58n70a10.pdf>
21. Fricker M. Epistemic justice as a condition of political freedom? *Synthese*. 2013;190(7):1317-32.
22. Foucault M. *Microfísica del Poder*. Tercera ed. Madrid: La Piqueta; 1992.
23. Foucault M. The eye of power. En: *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Gordon C (ed.). New York: Pantheon Books; 1990.
24. Foucault M. *Tecnologías del Yo*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1996.
25. Fricker M. Valor del conocimiento y la prueba del tiempo. En: Valdés M, Fernández MA. *Compiladores. Normas, virtudes y valores epistémicos. Ensayos de epistemología contemporánea*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas; 2011.
26. Brady M, Fricker M. *The Epistemic Life of Groups. Essays in the Epistemology of Collectives*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.
27. Goldberg S. Mutuality and Assertion. In: Brady M, Fricker M (eds.). *The Epistemic Life of Groups. Essays in the Epistemology of Collectives*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.
28. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 17 (4):529-40.
29. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: *La antropología médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Primera ed. México: UAM; 1992. pp 97-113.
30. Stacey R. *Tools and Techniques of Leadership and management: Meeting the challenge of complexity*. New York: Routledge; 2012.
31. Stacey R. *Managing the Unknowable. Strategic Boundaries Between Order and Chaos in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1992.
32. Mason M (editor). *Complexity Theory and the Philosophy of Education*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2008.