



DOI: 10.29112/RUAE.v5.n2.5
Avances de Investigación

El secreto como base de la camarilla: un estudio etnográfico encubierto en una organización hospitalaria

THE SECRET AS THE BASE OF THE CAMARILLA: AN UNDERCOVER ETHNOGRAPHIC STUDY IN A HOSPITAL ORGANIZATION

O SEGREDO COMO BASE DA CAMARILLA: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SECRETO EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Adrián Robles Ramos¹

Victor Robles Francia²

¹Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México
ORCID: 0000-0003-3949-7176
adrian_robam@hotmail.com

² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México
ORCID: 0000-0003-1046-4768
vicrob13@yahoo.com.mx

95

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue identificar los secretos entre camarillas de un establecimiento hospitalario. Los hallazgos del presente estudio resaltan la importancia de la etnografía encubierta, mostrando los secretos de estos grupos. Se reportan dos casos relacionados, uno sobre choque séptico y otro sobre una cirugía no especializada, que afectaron la salud de los respectivos pacientes. Se demostró que el secreto compartido y la confianza mutua entre camarillas, conforman plenas agrupaciones cohesionadas en una organización, pues ellas protegen mutuamente sus secretos, resguardando información substancial y poniendo en peligro, incluso, la vida de otros individuos.

Palabras clave: Organización hospitalaria, confianza, equipos, camarillas, secrecía.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to identify the secrets between cliques of a hospital establishment. The findings of the present study highlight the importance of covert ethnography, showing the secrets of these groups. Two related cases are reported, one on septic shock and the other on unspecialized surgery, which affected the health of the respective patients. It was shown that shared secrecy and mutual trust between cliques form full cohesive groups in an organization, since they mutually protect their secrets, safeguarding substantial information and even endangering the lives of other individuals.

Key word: Hospital organization, trust, teams, cliques, secrecy.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar os segredos entre panelinhas de um estabelecimento hospitalar. Os achados do presente estudo destacam a importância da etnografia encoberta, mostrando os segredos desses grupos. São relatados dois casos relacionados, um em choque séptico e outro em cirurgia não especializada, que afetou a saúde dos respectivos pacientes. Foi demonstrado que o segredo compartilhado e a confiança mútua entre as panelinhas formam grupos coesos completos em uma organização, uma vez que protegem mutuamente seus segredos, salvaguardando informações substanciais e até colocando em risco a vida de outras pessoas.

Palavras chave: Organização hospitalar, confiança, equipes, panelinhas, sigilo.

Recibido: 17/06/2020

Aceptado: 13/11/2020

96

Introducción

Bajo la estructura formal (del personal) subyace la camarilla con densas relaciones y lealtades, Leyton Pavez (2019) asevera que son un grupo de actores, con fuertes coaliciones y alianzas, generadas por la cercanía espacial y la labor colaborativa, con una gran lealtad y apoyo mutuo, unidos para defender sus intereses y ejercer su poder (Leyton, 2019; Maya & Holgado, 2017).

Respecto a las camarillas, los secretos conforman la base que sustenta sus coaliciones y ello, sirve a su vez, para salvaguardar los verdaderos lazos de cohesión ante el público. Asimismo, son fieles a las costumbres y apariencias institucionalizadas (Gold, 2014). El sector de salud es ejemplo de ello en México. En efecto, Ugalde (1976) señala que los directivos conforman camarillas **médicas, que** protegen sus intereses, defendiéndolos ante cualquier ataque y concretando acciones para ello (Duro, 2014; Torres-Ruiz, 2006).

Incluso Zsazs (2001) ya ha cuestionado la práctica benefactora institucional de la práctica médica. En palabras de Sánchez, Martín y Villalobos (2019), se han dado violaciones a los derechos humanos. América Latina hay ejemplo de ello, donde ciertas instituciones hospitalarias han realizado experimentos ilegales según afirma Salinas (2016), además de acuerdo con Viguera (2017), en esta región, se observa baja protección a la intimidad del enfermo, además de una limitada calidad en el proceso hospitalario del paciente según Sánchez, Pérez, López, De la Torre y Vélez (2019), donde también, las camarillas hospitalarias han generado monopolios con un poder totalizante (Bozzini y Contandriopoulos, 1982).

La respuesta de los líderes y miembros de las camarillas, a cualquier controversia, es su menosprecio y protección a ultranza del secreto. La defensa suele manifestarse explícitamente o disfrazarse con pretextos normativos para rechazar cualquier indagación sobre sus secretos o acerca del intercambio de favores, que construyen lealtades (Duro Martínez, 2014). Esto obliga la búsqueda de un procedimiento, que realce los vestigios ocultos, indague tras el escenario de la actuación institucionalizada y que muestre las relaciones secretas, invisibles para el público, de las camarillas médicas. Esto solo es posible mediante un procedimiento de registro sistemático, no explicitado, reconocido como la etnografía encubierta, que conforme a Provenza y Michel (2017), ha arrojado investigaciones exitosas, como la realizada por Calvey sobre los porteros de clubes nocturnos, la de Scheper-Hughes acerca del tráfico de órganos y la de Köttig, que indagó sobre la derecha radical alemana.

Expuesto lo anterior, el propósito de la presente investigación fue identificar los secretos de las camarillas hospitalarias, mediante el registro etnográfico, y observar entre sus miembros, la forma en que la confianza preserva la cohesión entre ellos. En este sentido, se estableció el marco conceptual mediante Simmel (1986) y Goffman (2001), a través del interaccionismo múltiple que implica percepciones compartidas y mutuas (Sabido 2017). A partir de Goffman (2001) se consideró al hospital con rasgos de una institución total, con jerarquía altamente dominante, donde todas las funciones y actividades tienen comúnmente horarios fijos, con muy limitada flexibilidad. En segundo término, Simmel (1986) estableció, que mediante la confianza se gestan los secretos entre los miembros de los grupos de una organización, siendo el secreto un rasgo singular para la interacción entre sus miembros y Goffman (2001) afirma, que el secreto es la fuerza de cohesión entre equipos y camarillas.

Para la realización del propósito de esta investigación, pertinente para descubrir los secretos de camarillas hospitalarias, se llevó a cabo una etnografía de tipo encubierta (Silva, 2019; Muñoz y Salina, 2018). Donde el etnógrafo operó desde su contratación como trabajador intendente, empleando las técnicas relacionadas, el diario de campo, la entrevista y la detección de relatos nativos no solicitados (Restrepo, 2016; Taylos y Bogdan, 1987; Hammersley y Atkinson, 1994).

El etnógrafo trabajando dentro del rol de intendente, fungió como un intermediario de bajo perfil para captar secretos de la red de camarillas hospitalarias. Respecto al perfil bajo de los trabajadores de limpieza o intendentes, Leyton (2019) destaca, que la colaboración y funcionalidad de una red se basa en los intermediarios con una jerarquía mínima y, por lo mismo, comúnmente ignorados. Así, la red hospitalaria, formada por grupos estelares, como los médicos, los coestelares, como las enfermeras y extras, como los trabajadores administrativos, se basa a su vez, en terceros actores, reconocidos explícitamente en esta investigación como intendentes, situados en la periferia de cada una de las camarillas y que no se les considera fundamentales para ninguna de ellas. Vale la pena mencionar, que el etnógrafo dentro del rol de intendente interactuó con su grupo de intendencia y con los distintos grupos de la red hospitalaria, **médicos**, enfermero(a)s y trabajador(a)s de oficina.

Expuesta la introducción del presente manuscrito, se describen los fundamentos teóricos, a saber: el establecimiento total, la sociedad secreta, las camarillas y el secreto.

Establecimiento Total

El hospital es un sistema social activo, que se refleja en los ojos de las personas enfermas, un establecimiento donde y mediante el hábito social, se aísla a las personas **consideradas** infectadas y por ende peligrosas, se les expulsa del cuerpo social para mantenerlas aisladas y bajo un tratamiento médico (Piątkowski, 2018; Honneth y Geuss, 2018; Ruffalo, 2017). Asimismo, Goffman (2001) se refiere a una institución total como un establecimiento en el que existe un poder altamente dominante, donde prevalecen enteramente sus reglas, sin dejar nada fuera de control. Un lugar semejante es el hospital, donde un gran número de individuos, en este caso, pacientes, enfermeras y médicos, entre otros, conviven y laboran en mismos contextos y suelen apartarse de la sociedad por un periodo significativo de tiempo, desempeñando diversas rutinas.

De tal forma, un hospital en diversas situaciones actúa como una institución total, en la que al paciente internado se le despoja de sus pertenencias, roles y posiciones sociales preexistentes. Incluso los médicos, enfermeras, personal administrativo y de intendencia, también son uniformados y asumen reglas estrictas para homogeneizar el imaginario de roles (Villanueva, 2019). La institución total, a partir del precepto de Goffman (2001), absorbe los ámbitos ordinarios vivenciales del individuo, ya que fuera de este tipo de institución, las personas comúnmente realizan actividades en distintos espacios, con individuos, normas y autoridades diferentes, incluso comúnmente cambian planes y entremezclan funciones, lugares, personas.

En suma, en un hospital suelen realizarse como en una institución total, todas las funciones y actividades que confluyen dentro de un mismo lugar y bajo autoridad jerárquica durante largo periodo de tiempo, con horarios, planes rígidos o solo flexibles acordes a las reglas de la autoridad (Goffman, 2001; Villanueva, 2019).

98

Sociedad “Secreta”

Asimismo, un establecimiento hospitalario contiene individuos cercanos y grupos que se tienen confianza recíproca entre ellos, análoga a una sociedad secreta. Una vez que las asociaciones secretas son institucionalizadas, son también determinadas para guardar su conocimiento interno, la fe y/o los rituales para resguardar su existencia al público, respaldándose en un tipo muy especial de confianza entre sus miembros, en su capacidad para guardar silencio (Simmel, 2001; Gold, 2014).

Para Simmel la confianza es una de las fuerzas sintéticas más importantes en la integración e interacción de grupos sociales de una o más organizaciones (Saracho y Castaño, 2017; Jiménez, 2018). No existe hombre y espacio, sino la noción del lugar practicado (García, 2019). Sin ninguna confianza general de uno en el otro, la sociedad en sí se desintegraría sin ningún lugar en común de convivencia. Así, la confianza, además de una forma interpersonal que pertenece a las interrelaciones de los individuos, implica una reciprocidad de interacciones.

La confianza, por tanto, representa una fuerza que trabaja para y a través de los individuos, pero más generalmente y al mismo tiempo, para y a través de las asociaciones humanas. La función de la confianza se manifiesta en todos los niveles de la sociedad, mientras que la confianza sirve para puentear el vacío entre quien se conoce y no se conoce, la función del secreto es restringir cierto conocimiento a un individuo o grupo para excluir a otros de su contenido (Gold, 2014). Alguien que guarda un secreto conoce algo que otros no conocen. Al mismo tiempo, alguien que no forma parte del

secreto está excluido (Gold, 2014; Saracho y Cataño, 2017). El secreto también alienta sentimientos de desconfianza y lejanía, comúnmente despertando suspicacias en otros.

Camarillas

La región, el espacio, la clase social, entre otros rasgos similares de los individuos, dan origen a la camarilla, con rasgos afectivos y lealtades distintivas, que busca satisfacer sus propósitos profesionales, ya sean ascensos profesionales, enriquecimiento económico, conservación de poder o ideales (Méndez Medina, 2016). Las camarillas son grupos pequeños unidos por relaciones densas, en los cuales hay un líder que desempeña el papel de mentor, que atrae a otros y tienen una relación de intercambio (Méndez Medina, 2016).

Primeramente Goffman (2001) precisa, que el equipo se gesta cuando sus miembros tienen cierto estatus formal en un establecimiento social, con interdependencia mutua, sentido de pertenencia, incluso por encima de las divisiones sociales. Proporcionando de este modo, la cohesión requerida para el grupo. Los estatus del personal superior e inferior tienden a dividir una organización, los equipos de actuación integran divisiones. Por ejemplo, la división entre personal médico y el de enfermería, el de intendencia y vigilancia, entre otros pertenecientes a un mismo establecimiento hospitalario. Siendo los miembros, los responsables de guardar y cubrir, mediante apariencias, la cohesión del equipo (Goffman, 2001).

Además, un miembro de un equipo es un individuo de cuya cooperación dramática depende la ejecución de la situación grupal (Goffman, 2001). Si algún miembro leal por ignorancia del rol y de la puesta en escena pudiera revelar la causa de la actuación, sigue siendo parte del equipo. Goffman (2001) señala el grupo informal o la camarilla en los establecimientos totales, como en los hospitales, donde los individuos de un determinado estatus se agrupan en función del hecho que deben cooperar en el mantenimiento de una definición situacional frente a quienes se hallan por encima, por debajo o fuera de su categoría o clase, representando una función y centrándose en una relación de familiaridad forzosa.

Contrariamente a los equipos, las camarillas, se forman no para fomentar los intereses de aquellos con quienes el individuo escenifica la actuación, sino más bien, para ponerlos a cubierto de aquellos que no son miembros. Por consiguiente, las camarillas suelen funcionar para proteger al actuante (principal) de su propio nivel o rango, siendo aún más ocultas sus interacciones con diversas claves reveladoras, en comparación a las de los equipos (Goffman, 2001). La camarilla tiene más un sentido de lealtad que de obligación de mantener la imagen en conjunto; sus miembros conforme a Méndez Medina (2016), se relacionan análogamente en la forma en que lo hacen los paisanos, que comparten circunstancias y lazos afectivos, sin embargo, el vínculo realmente fuerte de lealtad, se desarrolla mediante el recibimiento y otorgamiento mutuo de favores entre sus miembros (Méndez Medina, 2016)

El Secreto

Simmel (1986) señala la importancia del secreto en la estructura de las acciones recíprocas humanas, este aspecto es fundamental para entender la organización informal que no se relaciona expresamente como parte de las actividades explícitas de salud del

hospital. Los secretos, el número de ellos, la forma y la importancia, conforman las relaciones entre personas y grupos (Simmel, 1986).

El secreto determina un rasgo del grupo, pues es un hecho sociológico de primer orden, una especie y tono singular para la convivencia entre sus miembros e interacción con otros grupos (Simmel, 1986). El secreto excluye al personal ajeno al grupo, particularmente en una camarilla, incluso deja fuera de su comprensión a los miembros noveles. Especialmente “[...] la exclusión de los otros se produce especialmente cuando se trata de cosas de gran valor, es fácil llegar psicológicamente a la conclusión inversa de que lo que se niega a muchos ha de ser particularmente valioso” (Simmel, 1986, p. 380).

El secreto es una relación primaria de confianza absoluta mutua entre los elementos de un grupo, pues la confianza es una máxima, ya que la protección es la finalidad de todo secreto (Simmel, 1986). Por ello, la significación sociológica del secreto en un grupo es la predisposición de la persona para resguardarlo o la fortaleza para afrontar las tentaciones para develarlo. El dilema entre ambas caras de la moneda, arropar o desproteger, gesta la forma y el devenir inter-accional y bidireccional entre los seres humanos (Simmel, 1986).

Los miembros de una camarilla emplean vocabulario, señas, gestos, sonidos, todo un conjunto de comunicación aprendido, capaz de transmitir información clave por las vías ocultas establecidas, que fundamentan su escenificación (Goffman, 2001). El lenguaje secreto implica un doble significado, uno para el que responde y otro percibido para el interlocutor. Esto es, una respuesta con doble intención o subentendidos, conformes a un contexto con el pensamiento del hablante. Además, un principio es la secrecía en la interacción, si se habla se viola el secreto, si se desea proteger el secreto se debe sacrificar la verdad, en estos casos, la teleología utilitaria determina elegir el mayor beneficio o el menor perjuicio (Vide, 2016).

Lo anterior expuesto, la secrecía y el poder de las camarillas hospitalarias obligan la búsqueda de un procedimiento que realce los aspectos ocultos e indague tras el escenario de la actuación institucionalizada y que muestre las relaciones secretas de las camarillas médicas invisibles para el público. Esto solo es posible mediante un procedimiento no explicitado, reconocido como la etnografía encubierta, que conforme a Provenza y Michel (2017), ha arrojado investigaciones exitosas, como la realizada por Calvey de los porteros de clubes nocturnos, la de Scheper-Hughes acerca del tráfico de órganos y Köttig, que indagó sobre la derecha radical alemana. Como puede esperarse, el imaginario social honroso de los grupos médicos en México no suele auto cuestionarse ni tampoco estudiarse por investigaciones científicas. Siendo realmente fundamental indagar los lazos de lealtad entre camarillas médicas, que muchas veces afectan la salud del enfermo. Por consiguiente, se deriva una interrogante.

Pregunta de investigación

¿Qué secretos, afectando a la salud del paciente, comparten las camarillas de un hospital, para no desvirtuar la imagen médica honrosa y benefactora?

Métodos y técnicas

El método de esta investigación fue la etnográfica encubierta o no explicitada. Conforme a Silva (2019), a veces no es posible obtener el consentimiento de los observados en algunos estudios. Particularmente, como el presente, cuyo objetivo fue descubrir los secretos de los miembros participantes de camarillas hospitalarias. Este propósito no fue expuesto por el etnógrafo que pudo hacer observación como miembro de uno de los grupos de la organización, como un trabajador del equipo de intendencia. Se le facilitó así el acceso para la realización de esta investigación, sorteando eventuales obstáculos de la ejecución del trabajo de campo, como la simulación, la encriptación del canal y del secreto en sí, además de proteger la presencia del investigador, lo cual motivó esta metodología. Asimismo, Muñoz y Salinas (2018), señalan justificaciones adicionales: i) accesibilidad, para tener la facilidad de obtener información y proteger tanto la investigación como al investigador; ii) nula imposibilidad de retroalimentación de los resultados a los sujetos estudiados, pues se verían expuestos su secreto y; iii) proximidad, las personas cercanas al etnógrafo se instauran, sin percatarse, como sujetos de estudio.

La mayor preocupación de un etnógrafo (encubierto o no) es ser cuestionado por los miembros de su equipo o por algún otro de los otros grupos que interactúan. Para ello, en este caso el etnógrafo ingresó, aprendió y desempeñó sus actividades, de igual forma que cualquier otro miembro lo hace de forma cotidiana en los espacios respectivos. Debido a esa posición acceso a los lugares, diálogos e interacciones naturales, formales e informales, dentro del mismo grupo y en contacto con otros.

Se optó por ser miembro pleno del establecimiento investigado, desde el cargo como intendente. Esto permitió una base para realizar el estudio, identificando las interacciones y secretos que sustentan las camarillas. Se realizó una jornada de ocho horas diarias, seis días a la semana, mediante la cual, fue posible establecer vínculos entre el equipo de intendencia y subsecuentemente, un mayor acercamiento con los miembros de los otros grupos, reconociendo la forma de organización hospitalaria.

Durante la estancia de trabajo y de observación, las charlas nativas con trabajadores con antigüedad, del área de intendencia u otra, permitió conocer la forma de organización formal y sobre todo informal. En los diálogos se identificaron algunos detalles de las situaciones, que sólo mediante la etnografía no explicitada podían ser registradas, contándose con más tiempo, para detectar el trasfondo de la organización. En todo el procedimiento de investigación, se llevaron a cabo principalmente tres técnicas etnográficas: el diario de campo, la entrevista y los relatos nativos no solicitados.

Diario de campo. De acuerdo con Restrepo (2016), el propósito principal del diario de campo es reconstruir y registrar participantes e interrelaciones, así como las reflexiones e interpretaciones propias del etnógrafo, además de agendar y planear las actividades futuras, se bosquejan cuestionamientos en el camino, se identifican informantes y la forma de abordarlos.

Entrevista. Taylos y Bogdan (2001), establecen la entrevista como una reunión entre entrevistador e informante donde se observan y reconocen los detalles de los rasgos entre los actuantes, cuyo propósito es la comprensión de las vivencias y contextos, en las propias palabras del informante, cuando se hace a profundidad la conversación, se identifican los participantes en igualdad de categoría y roles, donde priva la informalidad, sin un orden secuencial, pregunta y respuesta, el etnógrafo aprovecha la parte de la conversación anterior para que el interlocutor se extienda en la respuesta.

Relatos nativos no solicitados. En estos tipos de relatos el lenguaje es crucial en su gran capacidad de describir, explicar y ponderar aspectos del mundo, en este caso el hospital. Aquí, en la vida cotidiana, los individuos continuamente se comparten pensamientos y asuntos entre ellos, se realizan desmentidos, se piden indulgencias, se dan excusas, pretextos y justificaciones entre miembros del establecimiento (Hammersley y Atkinson, 1994).

Las tres técnicas fueron aplicadas principalmente en el personal médico, de intendencia y de enfermería, sin expresar metas del estudio etnográfico. Se reportan el contexto organizacional y los dos casos.

Contexto organizacional hospitalario

La etnografía encubierta o no explicitada se realizó en un hospital general público ubicado en una ciudad a poco más de 90 kilómetros al norte de la ciudad de México, que atiende a enfermos sin derecho a seguridad social ni son beneficiarios. Se ubica en un edificio con una planta baja y cinco pisos, se ofrecen los servicios médicos de consulta general externa, urgencias, especialidades, neonatología, unidad de cuidados intensivos, trasplantes, traumatología-ortopedia, pediatría, cirugía general, medicina interna, entre las principales. El registro etnográfico se realizó en el periodo de febrero a noviembre de 2019, como personal de intendencia contratado formalmente. El propósito de investigación no fue expuesto ante los diversos grupos y camarillas del hospital.

El hospital, aparte del personal médico relacionado, cuenta con personal burocrático como, cajeras, vigilantes, archivistas; tiene, además, personal con actividades episódicas, como intendentes, técnicos en mantenimiento, lavanderas, costureras, personal de cafetería, entre otros. El personal de intendencia se encarga de limpiar el espacio donde actúa el personal de bata blanca y se atiende al paciente. Los intendentes limpian las instalaciones físicas de forma constante para que estén libres de gérmenes. Este tipo de trabajador tiene acceso a todas las áreas y se relaciona con la mayoría de los demás grupos y equipos del hospital, ya sea personal burocrático o de bata blanca.

El personal burocrático, como el archivista, realiza la gestión de documentos, éste se encarga del principal proceso de alta e internamiento del paciente. La cajera recibe no sólo los pagos, sino registra y da continuidad al servicio subsecuente para los pacientes y controla sus adeudos. Ella es un actor clave para la secuencia de los servicios prestados de salud, de lo contrario, sin su visto bueno, no se brindan servicio alguno. La cajera se relaciona, por tanto, con los vigilantes, para que, en caso de incumplimiento de pago, no se permita la salida del paciente, incluso mediante la fuerza, el cierre de puertas o de accesos.

El personal de enfermería es el primer asistente en asuntos médicos, interactúa y ejecuta el programa operativo de medicamentos y tratamiento. Este personal es quien lleva el seguimiento del paciente antes y después de la actuación médica, comúnmente se le reconoce como la mano derecha del médico.

El acceso al personaje organizacional principal de salud, el médico, precisa que el enfermo pase varios filtros para poder interactuar frente a frente con él. El médico lleva a cabo la actividad de implementar la práctica de sanación de los padecimientos para obtener un estado saludable del paciente. Él es uno de los máximos jerarcas de la institución, quien coordina al personal relacionado, como el de enfermería, el de archivo en ciertas ocasiones, inclusive al personal de cocina e intendencia. Este jerarca, además puede supervisar y ordenar, qué hacer a cualquier otro personal de la institución,

enfermera, archivista, cajera, intendente, sea quien sea, pues también es el máximo responsable del tratamiento de salud del paciente. Él mismo, delega ciertas responsabilidades, como la supervisión al personal de enfermería, que a su vez inspecciona las actividades del personal de limpieza.

Reporte de casos: Choque séptico y cirugía no especializada

Se reportan dos casos, uno sobre choque séptico y otro sobre una cirugía, donde se identificaron los secretos de las camarillas, que afectaron a los pacientes relacionados. Lo que contradice la imagen benevolente del médico. El primer caso refiere al secreto sobre choque séptico de un paciente y el segundo, aborda una cirugía por un médico no especialista.

Primer caso: Secreto sobre choque séptico

Se presenta un relato nativo entre el trabajador de intendencia TI (etnógrafo *E*) y la supervisora del personal de intendencia (informante *I*) del turno vespertino en dos partes¹:

Parte 1.

-I: ¡Nombre del E! ¿No has visto a Mónica?

-E: No (doña... nombre del I) ¿por qué?

-I: Es que me acaban de reportar que no hizo el lavado exhaustivo² bien, dejó basura y sueros, que dejan ahí las enfermeras.

-I: La otra vez igual me la reportaron, si no se pone lista la voy a tener que cambiar de área, habla con ella, es bien peligroso que no se haga bien un lavado exhaustivo.

-E: ¡(doña... nombre del I) no se preocupe, yo hablo con ella!³

...

Parte 2.

-E: Hola (doña... nombre del I), ya hablé con Mónica, me dijo que esa bolsa se la habían dejado los de la mañana, pero ya le comenté que tiene que sacar todo y que no puede dejar nada ahí, ¡sino las enfermeras no se lo van a firmar!

-I: ¡Gracias (nombre del E)!, a ver si no me la reportan otra vez, el lavado no se lo quisieron firmar y lo hicieron los de la mañana, hasta me dijo Jorge (supervisor del turno de la mañana) que le llamara la atención, pero no quiero, es buena chamaca.

1. La presente investigación encubierta pretendió equilibrar el derecho al conocimiento, los derechos de los sujetos estudiados y de los pacientes. Por ello se preservó la identidad de los informantes, y poder así, identificar los secretos de los grupos que consolidan a una organización total, en este caso, un establecimiento hospitalario.

2. Nota 1 del etnógrafo: “El lavado exhaustivo se realiza cuando un paciente internado deja la sala, por lo regular este lavado se realiza cuando es un paciente aislado, el material con el que se lavan las habitaciones es hipoclorito, fenol, desinfectante y jabón blanco, el lavado consiste en tallar las ventanas, las paredes, cortinas, el suelo y lo mismo con el baño, los bancos y entre otros muebles se lavan también. Cualquier objeto que haya tenido contacto se tira a la basura en bolsas rojas de R.P.B.I (personal que esta designado a retirar y depositar los desechos médicos separados de la basura común) y cualquier cosa que también haya ingresado otro personal como médicos y enfermeros como material médico y de enfermería correspondientemente, este último personal tiene que firmar de realizado este lavado.”

3. Nota 2 del E: “Esta primera parte de la entrevista se hizo casi al término de la jornada laboral, por ello no se profundizó sobre el “lavado exhaustivo”. Pero la entrevista siguió en una segunda etapa el siguiente día entre entrevistador e informante teniendo la siguiente conversación:”

-E: De nada, no se preocupe, pero además de que lo reporten a uno, ¿qué pasa si se hace un mal lavado doña ... (nombre de I)?

-I: Pues depende, si es una sala común, no pasa mucho, esas casi las enfermeras te lo firman sin revisarlo, pero si es aislado, ahí sí se ponen más payasos. Mira yo tuve a un familiar aquí, era hija de una prima, no la veía mucho, pero la internaron aquí por una infección, ya ni me acuerdo de qué, pero sí estuvo mucho tiempo internada. No sabían ni que tenía, luego ni nos decían, pero bueno.

-E: Que mal (doña...nombre del I), y ¿tardó mucho tiempo en recuperarse?

-PI: No mijo, ya no se recuperó, empeoró por lo mismo, como se puso más mala, la pasaron a una sala de un aislado y no habían hecho el lavado exhaustivo bien, dice mi prima que ni limpiaron la cama, ahí pescó pues, bacterias, y se le regó por todo el cuerpo. Estaba controlada hasta que la cambiaron, le dio un choque séptico⁴.

-I: ¿O sea que fue por el cambio y el lavado? ¿Y qué le pasó en ese choque séptico doña... (nombre del I)?

-E: Sí, fue por eso, antes del cambio estaba más estable. ¡Por eso siempre les encargo mucho los lavados, o hasta ando mandando a dos! Pues se le echaron a perder sus órganos. ¡Ya no podía respirar!

-E: ¿Y qué hicieron sus familiares y usted (doña...nombre del I)?

-I: Pues yo ya trabajaba aquí, y ya estaba doña Paty (jefa de todo el personal de intendencia), nos quisieron echar la bronca a nosotros, pero no les convenía, porque bien o mal, ellos autorizan y firman el lavado y si no lo revisan, también tienen culpa; con decirte: ¡que ya los doctores ni entran!, nada más entraba mi prima, ya ni yo quería entrar, se veía ya bien mala, bien delgada.

-E: ¿Los familiares o ustedes?

-I: No, las enfermeras que eran las que veían ya al paciente mal y ya después los doctores, pero pues te digo que no les conviene, ellos también son responsables de mover a los pacientes, nomás lo hacen para meter más, y, pues al final, el diagnóstico que dieron, fue una complicación de la infección que ya traía la niña, pero no dijeron nunca que le dio una bacteria y que eso le echó a perder los órganos, ya después, yo le dije más o menos a mi prima, ya tampoco quería saber nada del hospital.

-E: ¿Y a poco no se dio cuenta su prima de que empeoró su hija porque la movieron?

-I: ¡Pues no!, estaba muy apachurrada mi chaparrita por su hija, y luego decían un chorro de cosas y palabras de doctores y, que el tratamiento, que, quien sabe, ya ves como hablan con sus términos raros, yo creo que era oír eso mismo, para que no se diera cuenta su familia, que esa bacteria que decían no tenía que ver con la infección que ya traía y, que se la pegaron. Ellos nada más les importa lavarse las manos, los que salen más embarrados somos nosotros.

Resultados

Con relación al secreto y a la organización, se debe mencionar lo que implica en esta dinámica de la división del trabajo en la interacción médica-paciente en un hospital:

4. Nota 3 del etnógrafo: El shock o choque séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria, hongos y (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos.

En los lavados exhaustivos, se debe proporcionar el material adecuado y que este último esté aséptico para el ingreso de un paciente. El personal de enfermería es quien autoriza el ingreso del paciente, que ingresa al hospital como internado en una cama, habitación y a una zona específica. La(o) enfermera(o) es el que se encarga de revisar si los lavados exhaustivos se hicieron bien, de no ser así, debe notificarlo y reportar el incumplimiento, que no hizo bien su trabajo el personal de intendencia. Del mismo modo, el médico, al realizar las revisiones periódicas del paciente internado, supervisa tanto la alimentación como el entorno séptico en los que se encuentra el paciente internado. Por lo que también, el personal médico reporta a los enfermeros cualquier anomalía con relación a la asepsia de la habitación, tanto lo observado u olfateado, que puede percibirse de la habitación, aún más, si el paciente se encuentra en situación de aislamiento. Por lo que todo este personal, médico, enfermería, paramédico, el personal de lavandería y los camilleros, participan en esta dinámica de servicio médico y no es una cuestión meramente del personal de intendencia, sin supervisión alguna.

Se identificaron tres grupos involucrados en el encubrimiento: médicos, enfermeras y personal de intendencia. A partir de la entrevista con la informante, se develó al entrevistador, el secreto compartido entre los equipos del establecimiento. El secreto consistió en un diagnóstico médico, de “Choque Séptico” que ocultó la verdad, una infección por una bacteria in situ que aumentó la gravedad de la enfermedad del paciente, debido a que el cuarto del hospital no contaba con la asepsia requerida a causa de un mal lavado exhaustivo.

Se confirmó la interacción de grupos, que conforma una sociedad “secreta”, el resguardo mutuo de la secrecía. En este caso el personal de intendencia, junto con los miembros de los otros grupos, decidió guardar el secreto si los demás lo guardaban, no evidenciar públicamente si los demás hacen lo mismo.

Cada grupo se protegió, y la protección de todos depende que se guarde el secreto, y así poder mantener la imagen de un lugar salubre para la atención médica. Esto por medio de una acción recíproca de secreto entre equipos y camarillas para no quedar mal, cubriendo las apariencias frente al paciente y sus familiares. Demostrando así, que las camarillas se conforman en función del hecho compartido y si el hecho es secreto, entonces se incrementa la capacidad de unión entre los miembros de un grupo social (Goffman, 2001; Simmel, 1986).

105

Segundo caso: Secreto sobre cirugía no especializada

El segundo caso refiere a la protección del grupo médico de ginecología y de sus pares oncólogos, además de enfermeras e intendentes.

Contexto

La recolección de datos en este caso, se registró en el periodo de marzo-abril del año 2019. En ese periodo la licencia para realizar procedimientos quirúrgicos en el área de oncología estaba suspendida. Se detectó primeramente un diálogo natural entre dos informantes. Enseguida se realizó una primera entrevista, buscando fuese natural, con una de las informantes, la jefa del archivo clínico del turno de la noche y, una más con la jefa de enfermería de consulta del horario vespertino, segunda informante. Para fines de la confidencialidad de los sujetos de investigación, se omitieron sus nombres, además el de la paciente y del médico involucrado.

El presente caso refiere a un seguimiento y tratamiento médico por cirugía. En éste se observó la actuación de la camarilla de médicos para encubrir el secreto de una intervención a una paciente, mujer de 49 años, diagnosticada con cáncer de mama por oncología. En el hospital es un requisito, previo al procedimiento quirúrgico, que los pacientes otorguen su autorización operatoria y sean valorados antes de la operación, observando condiciones de salud para ser candidato a la cirugía.

Relato nativo y entrevistas

El etnógrafo E, en el cargo de trabajador de intendencia, realizó dos entrevistas no estructuradas a dos informantes (I1 e I2), la jefa de enfermería del área de consulta I1 y la jefa de archivo I2, que documenta los procedimientos y los anexa en el archivo clínico del paciente. El relato nativo se identificó en una conversación natural entre I1 e I2 y fue registrado en diario de campo. Esta conversación se detectó en la hora de comida de ambas informantes⁵:

Relato nativo:

-I2: [...] y ¿apoco si pueden operar así nomás?, si no son oncólogos.

-I1: Pues sí, ya les avisaron a las enfermeras de quirófanos y de piso que es lo más seguro, ya ves que así son, ahorita no pueden, pero ven como le hacen.

-I2: ¡Híjole!, luego porqué los andan suspendiendo, al rato ellos no van a poder operar y va a ser al revés y así se pasan la pelotita. ¡Se pasan!, con razón vi al doctor (...Nombre del médico) que vino hace rato y me pidió dos expedientes de oncología, ¡hasta van a querer archivarlo ellos o van a mandar a sus niños para que lo hagan y que no veamos ni digamos nada!

-I1: pues sí, pero a mí me vale, ellos son los que al final de cuentas lo autorizan, yo nada más lo subo y le digo a sus parientes que va a estar internado y ya; ¡allá ellos, ya es su bronca!

Posteriormente el entrevistador E se acercó separadamente con cada una de ambas conversadoras:

Entrevista 1:

- E: Usted sabe si algo de lo que platicó con (...nombre de I1) pasa en el seguro, es que tengo igual un familiar con lo mismo ahí, cáncer de mama y pues quería saber si eso se podría presentar, para estar al pendiente, ya ve que usted me había platicado que trabajó también ahí.

I2: ¡Pues de eso, eso, no se ha sabido!, ¡de otros tratamientos y así sí! Pero casi de cáncer no, aquí sí lo hemos visto en los reportes, ya ves que nosotras metemos todo, todito a los archivos y a veces no llega hasta la cirugía, hasta ahorita con ese doctor (...nombre del médico), me dice I1 (...nombre de la jefa de enfermería I1) que eso no se debe de hacer, ellos no son especialistas, quien debe de hacer ese procedimiento es un oncólogo, porque no nada más es llegar y operar, les dan tratamiento de quimios y radios, para que se haga más pequeños los tumores y éstos luego, luego, van a operar,

5. Ese dialogo natural se escuchó y registró mientras el E se encontraba realizando el aseo del área de archivo, espacio del establecimiento hospitalario, donde suelen comer el personal de esa área junto con algún miembro de otro equipo con el que tengan confianza para compartir alimentos y secretos. Como es el caso de ambos informantes, (la enfermera encargada o caja (cajera).

que ¡disque entre más pronto mejor! y quien sabe que tanta mentira y choro le dijeron a la pobre señora, ¡pero bueno! ⁶

Para complementar y verificar el caso se recurrió a la jefa de enfermeras del área de consulta II, junto con ella se obtuvieron más datos sobre el caso.

Entrevista 2:

-E: ¿Cómo le fue con su pacientita internada?

-II: [...] mmmhhh pues no sé, yo la veía bien, pero se le fue más, salió peor, le regaron todo a la pobrecita.

- E: ¿Cómo cree? ¿Cómo que se lo regaron?

- II: Pues la operaron, pero así nada más, quitándole todo lo malo, pero le abrió los ganglios y se lo esparció todo hacia abajo, se hubiera salvado su mama de ella, pero como se lo regaron ahora la van a volver a operar y se la van a quitar toda.

- E: Y apoco, ¿eso no se puede hacer?

- II: Pues sí, pero muchas veces no dicen la verdad estos doctores o bueno, más o menos, los marean con tanto termino médico para hacer todo más rápido como ahorita, quiero creer que no lo hicieron para tener otra operación pero ya no se sabe con éstos, a la señora le tenían que haber dado primero tratamiento para que se le redujeran sus tumorcitos que tenía cerca de los ganglios de las axilas, pasan cuchillo por ahí y se le riega todo, sin cuidado, el oncólogo como es especialista pues se va más con cuidado que éstos que ni saben, nada más quieren cobrar más E.

Resultados

En esta situación es donde se recomendó por parte del médico al paciente y a su familiar ahí presentes, que la cirugía de mama se podía realizar por un mastólogo y que el ginecólogo apoyaría en cualquier requerimiento, así como el conjunto de mastólogos lo harían del mismo modo. Pues era sabido por todos los grupos hospitalarios involucrados, que los oncólogos no podían llevar a cabo el procedimiento pues esta área estaba suspendida. En este caso, la cirugía fue consentida por el paciente y por su familiar, pues es lo realizado en cada procedimiento quirúrgico, para dar fe que están dando su consentimiento informado. En la posibilidad de una complicación o mal resultado quirúrgico, se tiene el consentimiento informado signado para evitar el procedimiento de una queja. De lo contrario, no se tendría la autorización por el paciente y/o familiar del proceso quirúrgico para llevarse a cabo.

Con base a los elementos interactuantes entre miembros del hospital se demuestra la dinámica de intercambio, se reveló el secreto entre todas la camarillas, a saber: el oncólogo de mama es el especialista idóneo para una cirugía de cáncer de mama, pues los otros médicos, como el mastólogo y el ginecólogo no tienen el conocimiento requerido y empeoraron la enfermedad y complicaciones posoperatorias de una paciente con cáncer de mama, al expandirle el cáncer y la extirpación del órgano mamario en un futuro.

6. Nota 4 del E: “Una semana después de que ya había sido ingresada la paciente a la cirugía por cáncer de mama se intentó realizar una entrevista con un médico de oncología y de mastología, pero no se consiguieron. Se trató igualmente tener un acercamiento con el familiar, que no se dio de forma óptima, pues no se pudo crear el vínculo de confianza con el familiar, debido a gravedad de la situación”.

Las camarillas involucradas fueron cinco: la de los mastólogos, los ginecólogos, los oncólogos, las enfermeras y el personal administrativo de archivo. Todos ellos compartieron un secreto que sustentan una institución total como el establecimiento hospitalario. Pues de lo contrario, los miembros, los grupos, la organización, el establecimiento total, la sociedad secreta estaría seriamente amenaza su supervivencia.

Se aprecia la lealtad entre los miembros de los distintos grupos, a pesar de que el secreto no era aceptado del todo, por algunos de los involucrados. La confianza y la lealtad fueron fundamentales para la sobrevivencia de todos los miembros y camarillas, para sustentar el imaginario recto de la institución hospitalaria y sus consecuencias de la realidad social, la sociedad secreta, en este caso, el establecimiento totalitario hospitalario. Confirmando lo demostrado en el primer caso, que las camarillas se reúnen conforme al hecho y si el hecho es secreto, entonces se tiene una asociación total (Goffman, 2001; Simmel, 1986).

Una vez expuestos los casos, seguidamente se discuten los aspectos éticos de la investigación encubierta, el derecho al conocimiento sobre el secreto, el derecho a la privacidad de los sujetos bajo estudio y la búsqueda de justicia de los pacientes afectados (Krause, 2017; Jorge y Fariña, 2017).

Aspectos Éticos

108 Provenza y Michel (2017) señalan los importantes saberes obtenidos por las investigaciones encubiertas o no explicitadas, como las aportaciones al conocimiento de Goffman (2001). De tal forma, los secretos revelados en los casos reportados en el presente, pretenden continuar tal debate, ampliar el conocimiento y cuestionar las opiniones en el campo de la salud. Asimismo, estos autores señalan que este tipo de investigaciones convocan la discusión de dilemas morales en temáticas relacionadas. Como los posibles derivados de este estudio encubierto, el derecho de los miembros de los grupos contra el derecho del paciente y a su vez, el derecho del interés social. Así, como los descubrimientos científicos, el conocimiento contra la privacidad y la dignidad de todo ser humano, entre otras posibles finalidades.

Krause (2017), Provenza y Michel (2017) por su parte, señalan una crítica sobre la investigación encubierta, la violación del derecho a la privacidad de los sujetos bajo estudio. Por otro lado, en México, la Ley General de Salud, en materia de investigación, evalúan los riesgos y beneficios de la investigación, la bioseguridad de las investigaciones, ponderando materiales y métodos. Asimismo, establecen proteger el bienestar, la integridad física biológica del personal expuesto, los sujetos de investigación, su consentimiento informado, la colectividad y el entorno ambiental (Diario Oficial de la Federación, 2014).

Debe rescatarse, que la etnografía dio la oportunidad de observar la actuación de los sujetos en su hábito cotidiano, de forma contraria, ellos hubieran desconfiado y simulado otros roles, impedido la información y se hubieran mostrado renuentes a la indagación de los secretos de grupo. De tal forma, no se informó del objetivo de estudio.

La presente investigación encubierta se justifica con lo establecido por Krause (2017), los riesgos de proteger al investigador y como antecedente se arguye, que la organización rechazó previamente la colaboración para la recopilación de datos sobre los secretos de los equipos involucrados aspecto que fue posible de la forma presentada. Se reconocen aportaciones, que solo pudieron ser exitosas por este tipo de estudios de otras investigaciones, como la realizada por Calvey, sobre los porteros de clubes

nocturnos, la de Scheper-Hughes acerca del tráfico de órganos y Köttig que indagó sobre la derecha radical alemana.

Debatiendo, los supuestos derechos de los sujetos bajo investigación, se tienen dos justificaciones adicionales de este tipo de investigación, que versan sobre los derechos humanos, la vida-salud y el acceso a la información. El derecho a la vida y a la salud están estipulados por las Naciones Unidas (2016) y la nación mexicana. Donde se establece, que todo ser humano tiene derecho a la vida y a la salud, lo que obliga al gobierno a tener establecimientos hospitalarios públicos accesibles para todo ciudadano que lo requiera. El atentado a estos derechos fue evidenciado en los resultados de ambos casos reportados, el choque séptico por una bacteria del hospital y el de la cirugía realizada por un cirujano no especialista. Asimismo, los miembros involucrados en el secreto de este tipo de transgresiones, evitaron toda indagación sobre ello.

Una discrepancia ética última, lo establece el hecho, que los servidores públicos indirectamente aceptan ser observados y no se puede guardar la información implicada en transgresiones de derechos humanos (Provenza y Michel, 2017; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Ciudad de México CDCUDM, 2015). Asimismo, que el propio Estado debe garantizar la información de toda organización, establecimiento y cualquier persona física, que reciba recursos públicos (CDCUDM, 2015). La Ley de Transparencia en México implica, el derecho humano de acceso a la información, la facultad de solicitar e indagar situaciones, elementos, personas u organismos obligados, que conforman datos relevantes del interés público, que debe estar disponible para cualquier ciudadano (CDCUDM, 2015).

Conclusión

109

La primera conclusión de esta investigación, sobre los secretos entre camarillas hospitalarias, resalta la importancia de la etnografía encubierta (Provenza y Michel, 2017; Goffman, 2001). De esta manera, este procedimiento mostró ser eficaz al proteger el propósito de la investigación y obtener conocimiento de los secretos organizacionales, que de otra forma estarían ocultos (Muñoz y Salinas, 2018). Ello a pesar de los dilemas éticos irresolubles, entre el conocimiento científico, la protección de los sujetos de estudio y la salud de los pacientes (Krause, 2017).

En segundo término se concluye, que la interrogante fundamental fue contestada, los secretos entre camarillas hospitalarias, que derivaron en perjuicio de la salud de dos pacientes fueron evidenciadas, uno por cirugía de un especialista no calificado y otro por un choque séptico. Ratificando de esta forma, lo establecido por Simmel (1986), lo peligroso de las sobrestimaciones de estas representaciones, - que el personal de bata blanca es de plena confianza y no engaña -, pues estas camarillas se apoyan mutuamente en sus secretos, enfatizando el engaño y protegiéndose mutuamente. Esto sobre cualquier otro interés, incluso sobre el principio de la existencia humana y el derecho a la salud.

Finalmente se concluye, que el secreto compartido y la confianza mutua es la base de la interacción. Indiscutiblemente, el secreto, la confianza y, particularmente, la intensidad de la unión de las camarillas, conforme a Simmel, (1986) y Goffman (2001), estructuran plenas organizaciones cohesionadas, ejemplificándose en la red hospitalaria estudiada. De esta manera, de acuerdo a Freidson (1978), se pone en duda el cumplimiento cabal de una carga simbólica hipocrática del médico y de las camarillas de bata blanca hospitalarias.

Bibliografía

- Bozzini, L., & Contandriopoulos, A.P. (1982). La Práctica Médica en Quebec: Mitos y Realidades. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), pp. 1–12.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2015). Ley general de transparencia y acceso a la información pública. Ciudad de México: Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República.
- Diario Oficial de la Federación (2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Secretaría de Gobernación. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019
- Duro, J. (2014). Discursos médicos y políticos sobre la salud comunitaria durante la transición democrática española. *Praxis Sociológica*, (18), pp. 35–79.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona. Ediciones península.
- García Ferrer, R. (2019). Rituales, representaciones y rebeldías Análisis de la interrelación entre usuarios y espacio público en Barcelona. En *Alteridades*, 29(57), pp. 111-123. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/garcia>.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gold, S. (2014). The Impossibility of Trust. En *Socioanalysis* (16), pp. 51–64. Recuperado de <https://www.ccorgs.com.au/wp-content/uploads/2018/11/Socioanalysis2014Volume163.pdf>
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Honneth, A., y Geuss, R. (2018). The Moral Birth of French Structuralism: Tristes Tropiques, Claude Lévi-Strauss. *Social research: An international quarterly of the social sciences*, 85(3), 613-626. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6687956>
- Jorge, J., y Fariña, M. (2017). Covert Research: El debate ético sobre la investigación encubierta en las ciencias sociales. *Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte*. 13(2), pp. 35-49. Recuperado de http://www.aesthetika.org/IMG/pdf/35-49_michel_farina_provenza_covert_research.pdf
- Krause, U. (2017). Researching forced migration: critical reflections on research ethics during fieldwork. *Refugee Studies Centre*, 123, pp. 1-36. Recuperado de <https://www.rsc.ox.ac.uk/publications/researching-forced-migration-critical-reflections-on-research-ethics-during-fieldwork>
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. (2015). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Ciudad de México. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGTAIP.pdf>
- Leyton, C. (2019). *Sistema de medición e indicadores para analizar y evaluar redes organizacionales de salud pública chilenas como mecanismo de control de gestión* (Tesis doctoral. Universidad politécnica de Cataluña). Recuperada de <https://upcommons.upc.edu/handle/2117/170440>
- Maya, I., & Holgado, D. (2017). 7 ejemplos de intervención basada en redes. *Revista Hispana Para El Análisis de Redes Sociales*, 28(2), pp. 145–163. <https://doi.org/https://doi.org/10.5565/rev/redes.734>
- Méndez Medina, D. L. (2016). Entre intenciones y limitantes: la industria vitivinícola en Baja California (1935-1943). *Signos Históricos*, 18(36), pp. 148–179. www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-44202016000200148&lng=es&tlng=es.

- Muñoz, R., y Salinas, C. (2018). La crisis de la autoridad del etnografiado. Metodologías encubiertas e investigación en derechos humanos y población vulnerable: dos estudios de caso en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 4 (19), pp. 1-34. <http://dx.doi.org/10.24201/eg.v4i0.158>.
- Naciones Unidas. (2016). Derechos Humanos. Manual para parlamentarios. (C. e. Associés, Ed.) Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookParliamentarians_SP.pdf
- Piątkowski, W. (2018). The social role of the physician in classical Polish medical sociology. A reconstruction of the views of Magdalena Sokółowska En *Polish Journal of Public Health*, 128(2), pp. 53–56. <https://doi.org/10.2478/pjph-2018-0009>
- Provenza, A. y Michel, J. (2018). Pensar el conflicto. Lecturas de Georg Simmel para una Paz neutra. *Scienza e Pace*, 9(1), pp. 255-278. Recuperado de <https://scienzaepace.unipi.it/index.php/it/annate/2018/item/473-pensar-el-conflicto-lecturas-de-georg-simmel-para-una-paz-neutra.html>
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Enviñon Editores.
- Ruffalo, M. (2017). The Meaning of Mental Illness. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 7(1), pp. 1-4. Recuperado de: <http://journal.existentialpsychology.org/index.php/ExPsy/article/view/217>.
- Sabido, O. (2017). George Simmel y los sentidos: una sociología relacional de la percepción. *Revista Mexicana de Sociología*, 79 (2), pp. 373–400. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2017.2.57667>
- Salinas, D. (2016). Proyecto Cerebro Humano: ¿Existen experimentos secretos con humanos en Latinoamérica? *Archivos de Medicina*, 16 (1), pp. 92–198. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273846452020/html/index.html>
- Sánchez, M., Martín, R., y Villalobos, E. (2019). Impacto de la contaminación ambiental en los ingresos hospitalarios pediátricos: estudio ecológico. *Pediatría Atención Primaria*, 21 (81), pp. 21–29. <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n81/1139-7632-pap-21-81-21.pdf>
- Sánchez, E, Pérez F., López, E; De la Torre, G; y Vélez, G. (2019). Factores de riesgo asociados a estadía hospitalaria prolongada en pacientes adultos. *MediSan*, 23(02), pp. 271-283. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2019/mds192h.pdf>
- Saracho, A., y Castaño, V. M. (2017). *Teoría de grafos. Una introducción histórico-técnica* Primera Edición. México: Academia de Ingeniería México
- Silva, A. (2019). *Etnografía [des]encubierta. una mirada a la práctica etnográfica encubierta del ultra-realismo criminológico*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.
- Simmel G. (1986). El secreto y la sociedad secreta. En *Sociología: estudios sobre las formas de socialización*. México: Alianza editorial.
- Szasz, T. S. (2001). The Therapeutic State: The Tyranny of Pharmacracy. *The Independent Review*, 5 (4), pp. 485-521. https://www.independent.org/pdf/tir/tir_05_4_szasz.pdf
- Taylos, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torres-Ruiz, A. (2006). Nuevos retos y oportunidades en un mundo globalizado: análisis político de la respuesta al VIH/Sida en México. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(3), pp. 649–674. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702006000300006>
- Vide, V. (2016). Análisis filosófico y teológico de la mentira desde la teoría delos actos de habla. *Revista Perseitas*, 4(2), <http://dx.doi.org/10.21501/23461780.2011>
- Vigueras, P. & Hernández, M. (2018). Intimidad, confidencialidad y protección de la información sanitaria. Estudio práctico del acceso al aplicativo SELENE por facultativos del

Servicio Murciano de Salud. *Bioderecho*, (6), pp. 1-20. <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/318031>

Villanueva, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, pp. 1-35. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5i0.36>

Víctor Robles Francia, 40%.

Adrian Robles Ramos, 60%.