



Revista Latinoamericana de Bioética

ISSN: 1657-4702

ISSN: 2462-859X

Universidad Militar Nueva Granada

Peña Sánchez, Edith Yesenia; Hernández Albarrán, Lilia
Experiencias etnográficas y preocupaciones éticas en espacios de atención a la salud en México*
Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 22, núm. 2, 2022, Julio-Diciembre, pp. 65-83
Universidad Militar Nueva Granada

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5691>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127075137005>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Experiencias etnográficas y preocupaciones éticas en espacios de atención a la salud en México*

Edith Yesenia Peña Sánchez^a ■ Lilia Hernández Albarrán^b

Resumen: en México, la integración de estudiantes-investigadores de antropología en salud a espacios de atención a la salud es muy reciente, por lo que resulta relevante conocer el proceso histórico y de la misma forma problematizar la interacción de estos con los prestadores de salud, así como con sus usuarios, a fin de discutir sobre la posibilidad de acceso para realizar indagaciones sobre las prácticas etnográficas, funciones y consecuencias de la presencia del investigador social en dicho espacio, desde la visión del estudiante de posgrado.

Por lo anterior, se realizaron grupos focales con diez alumnos del área de antropología en salud, en los que se averiguó sobre la experiencia de sus investigaciones en los ámbitos anteriormente mencionados, llegando a la conclusión de que son de relevancia tres ejes: en primer lugar, la preparación de trabajo antropológico para y en la institución, seguido de la performatividad en la institución y, por último, los conflictos tanto administrativos, como operativos en la práctica etnográfica.

Estos ejes se desarrollaron en este trabajo, y a través de ellos se plantearon y describieron las tensiones de la práctica profesional antropológica en instituciones de salud, con base en el hecho de que la etnografía en estos espacios confronta a dos disciplinas y lógicas institucionales diferentes.

Finalmente, se realizó una reflexión desde las implicaciones éticas del desarrollo de la etnografía en estos espacios, al abrigo de los derechos humanos del usuario-paciente.

Recibido: 01/04/2021 **Aceptado:** 06/04/2022

Disponible en línea: 31/12/2022

-
- * Este artículo es resultado de la línea de investigación sobre Antropología en Salud del proyecto Estrategias de supervivencia y sus consecuencias en la salud que se desarrolla en la Dirección de Antropología Física del Instituto Nacional de Antropología e Historia.
 - a Doctora en ciencias antropológicas, maestra en ciencias médicas y licenciada en antropología física. Profesora investigadora de la Dirección de Antropología Física del Instituto Nacional de Antropología Física, Ciudad de México. Correo electrónico: yesenia_pena@dafinha.gob.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6381-009X>
 - b Doctorante en etnohistoria, maestra y licenciada en antropología. Profesora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México. Correo electrónico: lilia.hernandez@enah.edu.mx ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7089-9427>

Cómo citar: Peña Sánchez, E. Y., & Hernández Albarrán, L. (2022). Experiencias etnográficas y preocupaciones éticas en espacios de atención a la salud en México. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 22(2), 63-81. <https://doi.org/10.18359/rubi.5691>

Palabras clave: antropología en salud; etnografía hospitalaria; performatividad; ética; investigador/estudiante

Ethnographic experiences and ethical concerns in health care settings in Mexico.

Abstract: in Mexico, the integration of anthropology students-researchers in health care spaces is very recent, so it is relevant to know the historical process and in the same way to problematize the interaction of these with health care providers, as well as with their users, in order to discuss the possibility of access to conduct research on ethnographic practices, functions, and consequences of the presence of the social researcher in this space, from the vision of the graduate student. Therefore, focus groups were conducted with ten students in the area of anthropology in health, in which they in-quired about the experience of their research in the aforementioned areas, reaching the conclusion that three axes are relevant: first, the preparation of anthropological work for and in the institution, followed by the performativity in the institution and, finally, both administrative and operational conflicts in ethnographic practice. Axes that were developed in this work, through which the tensions of the anthropological professional practice in health institutions were raised and described based on the fact that ethnography in these spaces confronts two different disciplines and institutional logics. Finally, a reflection was made on the ethical implications of the development of ethnography in these spaces, under the protection of the human rights of the user-patient.

Keywords: health anthropology; hospital ethnography; performativity; ethics; researcher/student

Experiências etnográficas e preocupações éticas em espaços de atenção à saúde no México

Resumo: no México, a integração de estudantes-pesquisadores de antropologia em saúde a espaços de atenção à saúde é muito recente, portanto resulta relevante conhecer o processo histórico e, da mesma forma, problematizar a interação deles com os prestadores de saúde, bem como com seus usuários, a fim de discutir sobre a possibilidade de acesso para realizar questionamentos sobre as práticas etnográficas, funções e consequências da presença do pesquisador social nesse espaço, a partir da visão do estudante de pós-graduação. Por isso, foram realizados grupos focais com dez alunos da área de antropologia em saúde, nos quais se averiguou sobre a experiência de suas pesquisas nos contextos anteriormente mencionados, chegando à conclusão de que três eixos são de relevância: em primeiro lugar, a preparação de trabalho antropológico para e na instituição, seguido da performatividade na instituição e, por último, os conflitos tanto administrativos quanto operacionais na prática etnográfica. Eixos que são desenvolvidos neste trabalho por meio dos quais são descritas as tensões da prática profissional antropológica em instituições de saúde com base no fato de a etnografia nesses espaços confrontar duas disciplinas e lógicas institucionais diferentes. Finalmente, foi realizada uma reflexão a partir das implicações éticas do desenvolvimento da etnografia nesses espaços, sob a proteção de direitos humanos do usuário-paciente.

Palavras-chave: antropologia em saúde; etnografia hospitalar; performatividade; ética; pesquisador-estudante

Introducción

La construcción de normas que rigen una sociedad, cuyas acciones se traducen en políticas encaminadas hacia el bien común de todos sus miembros, se expandió de los campos filosóficos hacia las ciencias biológicas, médicas y de la salud (1). En México, las discusiones sobre la ética y la consolidación de los primeros comités en el ámbito médico se originan en la década de los setenta. Diez años después, la bioética adquiere relevancia, cuando el Estado instala un grupo de estudio de la bioética a través del Consejo de Salubridad General, y años más tarde, en 1992 se integra la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud (2).

Estas discusiones tomaron fuerza y se concretizaron en la práctica, y, de manera muy reciente, se han relacionado con los campos del conocimiento socio-antropológico, en particular con la antropología aplicada, desarrollada por la antropología física, social y etnológica, lo que fue ampliando su espectro de investigación hacia estudios enfocados en la genética de poblaciones, el campo forense, la antropología del deporte, lo ergonómico y la antropología médica y/o en salud, entre otras disciplinas que han visto la necesidad de responder también a principios éticos y bioéticos.

El interés por la incorporación de códigos deontológicos en la antropología, de acuerdo a Jacorzynski y Sánchez Jiménez, proviene desde lo que en efecto recibimos como “conflictos de interés”, lo que ha derivado a su vez en un debate sobre límites disciplinares: ¿hasta dónde puede llegar la antropología en el conocimiento de sí? (3).

En ese sentido, toman relevancia las relaciones estructurales con otros campos del conocimiento y particularmente con los de las ciencias de la vida, biomedicina y salud, según el contexto institucional, por lo que se debe considerar el discurso y la directriz política, para la resolución de conflictos sobre la organización social y sus instituciones (4); el académico, en cuanto al ejercicio profesional de los actores sociales participantes en el ámbito público de escuelas e institutos de enseñanza e investigación; el pos académico, en que el ámbito profesional se articula con el mercado (5); y el contexto histórico y de las negociaciones

políticas de las ciencias y tecnologías hacia el bien común (6).

Actualmente, muchas instituciones médicas y antropológicas han generado lineamientos éticos-bioéticos que evitan prácticas denostables asociadas con racismo, clasismo, despojo, discriminación y violencia, retomando como base algunas declaratorias de 1945 de la Unesco basadas en los derechos humanos, en las que se indica que se deben de tomar en cuenta a poblaciones, grupos culturales y personas que participan en las investigaciones, evitando así afectar el acceso a sus derechos humanos.

Dos años después, con el Proceso de Núremberg, se comienzan a desarrollar leyes y códigos de ética de carácter internacional sobre el consentimiento para la realización de investigaciones en humanos (7). A ello se suma en 1964 la Declaración de Helsinki, en la que se establece que la pertinencia del bien superior del ser humano está por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad en los procesos de investigación (8), y el Pacto de Tokio, que indica la necesidad de un consentimiento informado que reconozca y proteja la autonomía de las personas y las poblaciones (9).

Estas posturas se extendieron al campo de las ciencias sociales, particularmente a la antropología para incorporar el sentido ético, ya que era bien conocida la realización de algunas investigaciones intervencionistas permeadas con discursos del racismo científico y eugenésico.

Al respecto, la Asociación Americana de Antropología dio a conocer el documento “Principios de responsabilidad profesional” (10) y años después la ONU en 1978 emitió la Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales, integrada por diez artículos, de los cuales el quinto afirma que: la cultura, obra de todos los seres humanos y patrimonio común de la humanidad, y la educación, en el sentido más amplio de la palabra, proporcionan a los hombres y a las mujeres medios cada vez más eficaces de adaptación, que no solo les permiten afirmar que nacen iguales en dignidad y derechos, sino también reconocer que deben respetar el derecho de todos los grupos humanos a la identidad cultural y al desarrollo de su propia vida cultural en el marco nacional e internacional,

en la inteligencia de que corresponde a cada grupo el decidir con toda libertad si desea mantener y, llegado el caso, adaptar o enriquecer los valores que considere esenciales para su identidad (11).

Son numerosas las discusiones que se han desarrollado desde las principales asociaciones y universidades sobre la ética en la enseñanza, investigación y práctica profesional en la antropología y que han desembocado en la elaboración de códigos de ética como el de la Asociación Americana de Antropología (10,12), los acuerdos de Vermillón (13, 14) y el de la American Association of Physical Anthropologists (15), por mencionar algunos, que dan cuenta del manejo del patrimonio (bioantropológico) y del respeto a las poblaciones y personas que participan en investigaciones en las que se requiere la toma de muestras biológicas o genéticas, tanto en población pretérita como contemporánea, y en la realización de trabajo etnográfico.

De igual manera, en México se toman en cuenta los códigos de ética de carácter internacional como los ya mencionados, además de que algunas asociaciones presentan estatutos éticos sobre el proceder profesional, como la Asociación Mexicana de Antropología Biológica (16), y otras, como Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales (17), presentan un código de ética. En este caso, se hace referencia a la labor del antropólogo y el respeto de la cultura, planteando acuerdos sobre lo que el patrimonio representa para las personas y las comunidades, la forma en que se obtendrá y se solicitará la participación de las personas y grupos en las investigaciones y el uso que se le dará a la información obtenida.

Sin embargo, hasta el momento las relaciones de carácter ético que han emergido por la expansión disciplinar hacia la antropología médica y/o en salud son generales: carta de consentimiento, permiso de autoridades locales y comités científicos de investigación, bioética y seguridad biológica, según sea el caso, puesto que en algunas ocasiones se utilizan muestras de fluidos corporales y material genético de las personas y los grupos participantes, algo que debe hacerse con irrestricto apego al campo médico y de las ciencias de la salud, respetando el principio de intimidad genética (18) y la dignidad e identidad de los sujetos, lo que debe estar en

el centro de la discusión (19) para contemplar las realidades socioculturales, por sus repercusiones en el ámbito microestructural, y evitar la cosificación de las personas, según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (20).

Tras los esfuerzos de los colegios y las asociaciones por elaborar directrices en sus respectivas áreas del quehacer antropológico, observamos que existen desafíos para poder integrar y/o complementar la complejidad de la lógica divergente en la historicidad de los códigos de ética en la antropología, ya que ninguno es tan competente como para reglamentar todos los problemas deontológicos vigentes de las diferentes disciplinas antropológicas (6).

De ahí surge nuestro interés por investigar y reflexionar sobre la relación de la presencia de antropólogos (investigador-alumno) en los espacios de atención a la salud, desde sus narrativas en contextos médicos.

Antecedentes

Los programas de enseñanza e investigación sobre antropología médica inician en la década de los setenta en los Estados Unidos, Inglaterra y Francia, a los que se suman posteriormente Alemania, Canadá, España, Brasil, Argentina y México. Al centrarnos en este último país, se encuentra que la enseñanza de la antropología médica o en salud en posgrado tiene una oferta muy reducida: inicia con la Escuela Nacional de Antropología e Historia, que en la década de los ochenta crea el programa de posgrado en antropología social, en el que incorpora talleres específicos, entre los que se integró uno sobre antropología médica.

Estos talleres estuvieron activos de 1985 hasta el 2000, con una perspectiva orientada hacia la antropología médica crítica, impartidos por Eduardo Menéndez, María Eugenia Módena y Roberto Campos. En los noventa, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) oferta la maestría y doctorado en antropología social, y entre sus líneas de investigación se incluye la antropología médica (21).

Finalmente, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM),

a través del Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, abre la oferta del Campo de Conocimiento en Ciencias Sociomédicas desde 2011, cuyo objetivo es: capacitar investigadores con una sólida formación profesional, científica, metodológica y ética, para desarrollar exploraciones originales y conocimiento de frontera que resuelva los múltiples problemas de salud, con el compromiso de lograr el beneficio social. En este nivel, la formación también estará dirigida a identificar los principales problemas de salud y proponer estrategias de solución dentro de las áreas biomédica, sociomédica y clínica, contribuyendo así a sustentar aportes de investigadores y educadores al sistema de salud, a los institutos de investigación, así como a la industria y laboratorios (22).

Este campo del conocimiento se integra por tres áreas: Gestión en Salud, Educación en Salud y Antropología en Salud, siendo esta última la única oferta de posgrado que se encuentra en la Facultad de Medicina, lo que marca particularidades en su acercamiento a problemáticas de estudio de corrientes teóricas y la incorporación de enfoques como el sociocultural, el psicosocial y el biocultural. Constituye así una oferta académica en nivel posgrado que era esperada e indispensable, debido a que su objetivo es la investigación y la producción científica sobre los procesos sociales y culturales en torno a los eventos de salud y enfermedad, y a las prácticas de atención relacionadas a ellos. Además, se articula en el tiempo con la comprensión del sector salud sobre la necesidad de incorporar otros enfoques de su interés, que tradicionalmente se habían focalizado a intervenciones “culturalmente sensibles” en medicina tradicional, poblaciones rurales o indígenas (23), pero que actualmente llaman la atención a planteamientos propios de la biomedicina y en contextos urbanos, sin descuidar el interés anterior.

Este momento se configura como indispensable para repensar las diferencias entre la antropología médica y/o en salud, las implicaciones éticas de su aplicación, el contexto del sector salud, en el que la pertinencia humanística es de gran utilidad para aportar a la prestación de los servicios de atención poblacional, permitiendo la expansión del campo antropológico y la utilidad del trabajo etnográfico,

bajo los lineamientos de los derechos humanos, la perspectiva de género y la interculturalidad. Además, permite abrir sus espacios para realizar investigaciones en institutos, hospitales y clínicas, a las que se unen las necesidades del gremio biomédico, lo que permite cuestionar su presencia y utilidad como relevante para dichos contextos y el quehacer antropológico.

Aparte de la oferta de estos posgrados en antropología médica y/o antropología en salud, tanto la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) como el Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA-UNAM) y la Dirección de Etnología y Antropología Social (DEAS) del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), junto con otras universidades públicas e institutos de investigación, presentan una amplia trayectoria de ofertar de manera regular cursos en sus licenciaturas y en actividades extracurriculares, como seminarios, diplomados, jornadas y coloquios, que contribuyen al conocimiento de esta línea de investigación, estimulando su búsqueda y continuidad en posgrado.

Por su parte, desde el campo del conocimiento biomédico, en pregrado se cuenta con materias que se imparten en la Escuela Superior de Medicina del IPN y la Facultad de Medicina de la UNAM (21).

En la actualidad, el posgrado en antropología en salud se ha convertido en un espacio de formación profesional que incluye la reflexión y el establecimiento de puentes para la comprensión sociocultural, psicosocial y biocultural de los procesos de salud-enfermedad-atención, estableciendo un diálogo entre la biomedicina, las ciencias de la salud y la antropología. Esto fomenta el desarrollo científico y humanístico con aplicación a favor de la población, ya sea a través de la mejora en la atención dentro de las instituciones que conforman los sistemas de salud o en apoyo de las formas de organización comunitaria para atender sus problemas de salud.

Por lo anterior, se ha privilegiado el desarrollo de metodologías antropológicas aplicadas en contextos hospitalarios y clínicos; sin embargo, esta inquietud no es nueva: el hospital se consideró campo y objeto de estudio etnográfico desde mucho tiempo atrás, y las primeras etnografías que se

realizaron fueron hechas en instituciones u hospitales psiquiátricos.

El hospital, de acuerdo con Murphy y Dingwall (24), es más que un espacio dado en el que se refleja el sistema de salud, pues presenta dinámicas y lógicas propias que direccionan las prácticas administrativas, profesionales e influyen en las interacciones y experiencias entre los actores sociales, en particular de los médicos con otros profesionales de la salud y con los usuarios.

Guzmán et al. (25) enfatizan sobre la existencia de una “cultura hospitalaria”, definiéndola como el “conjunto de normas, creencias, valores, símbolos y lenguaje que determina la interrelación entre el personal de salud y los usuarios”. También, Martínez-Hernández (26) habla de un “modelo cultural en la psiquiatría” que bajo sus especificidades es extensivo a la medicina, en el que el análisis etnográfico ha permitido entender la existencia de una cultura profesional y visibilizar los conflictos y problemas que anteceden o subyacen de tipo político, social y económico, pero, sobre todo, puntualiza la existencia de dinámicas de control social que no siempre corresponden con el ideal de la “atención”.

Dicho autor plantea que el hospital es un ámbito con objetivos y finalidades específicas, regulado por marcos normativos para la gestión de los espacios, los sujetos y las actividades, que se separa del exterior, pero que a la vez presenta vasos comunicantes y redes con el sistema de salud más amplio. Contempla infraestructura, espacios, recursos, materiales, brinda servicios, y en él entran en interacción profesionales de la salud, personal administrativo y usuarios que participan. Es en estos espacios hospitalarios en los que antropólogos y antropólogas en salud llegan a introducirse para investigar, y la necesidad de adoptar su coherencia y sentido visibiliza tensiones, conflictos, contradicciones y problemas éticos que los llevan, la mayoría de las veces, a realizar un ejercicio de reflexividad.

En consecuencia, se encaminó esta investigación y reflexión hacia la relación de la presencia antropológica en los espacios de atención a la salud. Para ello se realizó en 2018 una recuperación de experiencias de diez participantes, alumnos

de posgrado en nivel de maestría (cuatro casos) y doctorado (seis casos) de una universidad pública (siete del campo del conocimientos de las ciencias sociales, principalmente de antropología, y tres del campo de la biomedicina, cuya práctica se enfoca a la clínica en especialidades como psicología, medicina y nutrición), quienes expresaron sus experiencias de trabajo etnográfico en este tipo de espacios, cuyos temas de interés versan sobre salud sexual y reproductiva, personas de la tercera edad, alimentación-nutrición y movilidad, con el fin de indagar sobre su función como investigador/estudiante, el impacto de su presencia en instancias de salud y los términos en que se presentan los condicionamientos laborales y éticos.

La estrategia metodológica aplicada fue cualitativa, con el fin de alcanzar a realizar una comprensión profunda de los relatos, experiencias y cuestionamientos que en su hacer de formación profesional desarrollaron los participantes, dado que como plantea Vasilachis (27), la metodología cualitativa tiene como característica la interpretación y se interesa en cómo se experimenta, comprende y produce la realidad social. En este caso, la metodología cualitativa se enfocó en comprender e interpretar la forma en que los involucrados asumen el desarrollo de la investigación en contextos hospitalarios y clínicos para generar la reflexión crítica; para tal fin se llevaron a cabo grupos focales, a través de los que se exploraron tres grandes temáticas, que se configuraron como puntos nodales de la experiencia de las participantes en el trabajo etnográfico y, partiendo de ello, se conformó una batería de preguntas que se trabajaron en un par de sesiones del grupo focal:

- Preparación de trabajo antropológico para y en la institución.
- Performatividad en las instancias receptoras.
- Compromisos administrativos y operativos en la práctica etnográfica.

El análisis para explorar la pertinencia del trabajo antropológico en espacios hospitalarios y clínicos se realizó desde la perspectiva de la reflexividad ética, ya que las y los investigadores forman parte del mundo que pretenden analizar, por lo

que requieren guardar distancia entre el conocimiento académico y el sentido común.

El investigador se encuentra dentro del contexto etnográfico, pero a la vez fuera, debido a su experiencia e intención de interpretar y comprender la realidad; además de escribirla desde esta perspectiva, también se produce teoría por la naturaleza reflexiva de la experiencia. En ese tenor, cuando se hace mención a la reflexividad ética, se está considerando la experiencia que los sujetos generaron en su proceso de investigación, y en este caso en particular se hace referencia a la etnografía hospitalaria, adicionalmente a la reflexión que realizan al respecto sobre su hacer antropológico en términos éticos.

De principios etnográficos a la etnografía en espacios de salud

Existen diversas posturas y escuelas etnográficas, y autores como Govea y colaboradores (28) plantean por lo menos cuatro escuelas principales: la clásica, la sistemática, la interpretativa y la crítica, que proponen diferentes enfoques sobre cómo realizar la etnografía, con qué fines, las diversas problemáticas metodológicas e incluso la postura de autoridad del etnógrafo.

Para este texto, especialmente, se hace énfasis en algunos puntos que varios autores han reflexionado y establecido en el ejercicio etnográfico.

Guber (29) sostiene que la etnografía tiene un sentido triple como enfoque, método y texto, y que en particular como enfoque “constituye una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como ‘actores’, ‘agentes’ o ‘sujetos sociales’)”; asimismo, profundiza sobre la forma en la que se presenta, que consta a su vez de tres niveles: el reporte, la explicación y la descripción, esta última relacionada con la interpretación como un binomio.

El autor cita a Geertz, quien considera a la descripción como forma de presentar los comportamientos sin atribuirles ningún valor o significado, mientras que la interpretación se referiría al término de “descripción densa”, que reconoce los “marcos de interpretación” en los cuales los

actores clasifican su comportamiento y le otorgan sentido, estableciendo que en este binomio de descripción-interpretación el enfoque etnográfico implicaría una representación de lo que piensan los sujetos, que aunque no muestra ni es en sí mismo lo que ellos piensan, constituye una conclusión interpretativa que elabora quien investiga con base en la información obtenida (29). Al respecto, autores como Aguirre Baztán (30), entre otros, hablan de aprender a observar y escuchar en términos metodológicos, tratando de eliminar prejuicios, así como de la disposición de búsqueda y comprensión, la iniciativa y la organización, entre otros aspectos.

Conjuntamente, la información debe ser contrastada, organizada y analizada, a fin de generar fiabilidad y veracidad de la misma, y se debe problematizar sobre las necesidades metodológicas para poder lograr el objetivo que devela Guber (29). También, González (31) establece que el trabajo de campo para recolectar información debe estar planificado y llevado a cabo de manera sistemática, por lo que considera crucial la definición del problema y la programación de la investigación, así como la documentación previa, la demarcación del campo de observación para recoger los datos, y el análisis de la información como un proceso que se retroalimenta constantemente.

Asimismo, de forma no tan documentada, pero trabajada en las clases sobre métodos y técnicas etnográficas, se menciona la necesidad de adaptación del comportamiento de los investigadores y la adecuación a las pautas de comportamiento de las comunidades, grupos o actores con quienes se trabajará, lo que incluye incluso adecuar la vestimenta.

Esto lleva al cuestionamiento de qué particularidades muestra la etnografía hospitalaria y la clínica. Al respecto, habría que considerar que la etnografía ha sido retomada en áreas clínicas y educativas como una herramienta de aproximación a la realidad y como forma de generar interdisciplina para comprender en mejores términos a los sujetos.

En ese sentido, se encontraron estudios como los de Calderón (32), psicóloga de profesión, que retoma el uso de la etnografía para enriquecer el

trabajo clínico. De la misma manera, se hallaron artículos que poseen una visión crítica de los protocolos y la atención en el sistema de salud y del ejercicio etnográfico en antropología hospitalaria, entre los cuales se encuentran Tosal et al. (33), Roth-Seneff (34), Romaní, Larrea y Fernández (35), Muñoz (36), Lima et al. (37) y Peña et al. (6), entre otros.

Por otra parte, pueden hallarse investigaciones que se han realizado en instituciones de salud que plantean escenarios como los observados en esta investigación respecto de los usuarios/pacientes. Por ejemplo, Ramírez (38) realiza una reflexión sobre el uso del método etnográfico en el campo de la salud, en la que discute respecto a lo que se puede entender como etnografía, la cual se caracteriza por la comprensión del contexto del sujeto, así como de su forma de ver y comprender, algo que cree puede lograrse solo a partir de la convivencia o estancia por un periodo de tiempo considerable. Igualmente, considera la aplicación de técnicas cualitativas, las cuales siempre deben ser contrastadas con otras, y de la misma forma advierte el riesgo de valorar que el uso de narraciones y entrevistas, por sí mismas, constituyen un proceso etnográfico.

De la misma manera, se han llevado a cabo revisiones críticas de la etnografía hospitalaria sobre las implicaciones que tiene en cuanto a la privacidad de las y los pacientes (39), las barreras y negativas al acceso a los espacios como forma de jerarquía y ejercicio de poder de la institución (40), el debate sobre las cartas de consentimiento y qué tanto pueden constituir un obstáculo para la confianza de los informantes (41), simultáneamente con las dificultades para realizar trabajo de campo en las instituciones sanitarias, por la desconfianza de las autoridades y médicos (42).

Tosal et al. (33) hacen una revisión metodológica y ética del trabajo etnográfico en instituciones de salud, conforme a las diferentes investigaciones que realizaron, indicando que en algunas tuvieron mayores facilidades y accesibilidad, mientras que, en una de ellas en particular, se vieron seriamente limitados en la movilidad y accesibilidad, tanto al espacio como a las personas. También explican sobre los roles que tuvieron que llevar a cabo dentro

de la institución y cuestionan el uso de la bata y credencial como requisito para poder estar en el espacio, manifestando que ello implica tanto beneficios como complicaciones, sobre todo porque las y los pacientes llegaban a considerar que eran médicos o asumían una relación jerárquica que en la investigación se requería romper.

Al respecto, los autores generan una reflexión sobre cómo evitar dicha confusión y comentan las estrategias utilizadas, tales como: adelantarse para explicar su papel, usar la bata en formas diferentes a los médicos, así como portar libreta y grabadora (utensilios que los médicos no emplean), y apoyar canalizando a los usuarios/pacientes a quienes podían atender o resolver sus dudas médicas; también, mencionan la negación al acceso para las investigaciones por parte de las autoridades, debido a la necesidad de respetar la confidencialidad y privacidad de los pacientes. Por otra parte, frente a la sospecha de la institución de ser observados, comentan que parte de la estrategia fue que los médicos consideraran que siempre las investigaciones se realizaban hacia los pacientes, siendo que en algunos casos los médicos también eran observados, lo cual mencionan como un trabajo encubierto, algo que les planteó situaciones éticas al no contar, en esos casos, con consentimiento informado del personal de salud.

Como en todo trabajo de campo, los autores se percataron de la necesidad de negociar los alcances de la investigación, así como de ubicar con qué personas podían aprender, observar y profundizar, y con quiénes no. Asimismo señalan las múltiples barreras que enfrentaron por la necesidad de entender y comprender las formas de actuar, el lenguaje utilizado, los protocolos llevados a cabo, conjuntamente con los patrones de comportamiento dentro de la institución, además de subsumirse a la jerarquía de la misma, en vista de que tenían que seguir sus órdenes y la apertura de espacios y horarios, así como llegar a involucrarse en actividades del hospital y del personal como auxiliares de apoyo, actividades que no estaban contempladas en la investigación, siempre tratando de no invadir la confidencialidad del paciente o de no involucrarse en labores para las cuales nos están capacitados.

Blázquez, por su parte, hace énfasis en que, para realizar investigación en el campo e instituciones de salud, primero se tienen que “conocer y dominar las lógicas y los códigos conceptuales, normativos, lingüísticos, etcétera, de este campo. Y después, traducir los conceptos, discursos y métodos antropológicos a dicho campo” (43). También menciona que estos puentes se deben a las problemáticas que implican en sí mismos los problemas de salud, en este caso para el tema del embarazo, parto y puerperio.

El autor establece que la investigación se perfila por la formación del investigador, así como frente al papel que tiene y adopta dentro la institución o si forma parte de ella; de igual modo, enfatiza en que se debe considerar que la etnografía está situada en un cierto espacio que tiene una forma específica de acceder al trabajo y que considera importante el ir visibilizando la accesibilidad de otras disciplinas a estas áreas.

También pone de manifiesto que en su caso siguió la realización de un estudio no encubierto y, que por lo tanto, llevó a cabo los procesos necesarios para la aprobación del proyecto con los controles propios de la institución, lo que implicó en general un retraso en los plazos, el uso de bata blanca, el uso de la respectiva credencial, el ejercicio de ciertos roles, el uso de consentimiento informado y hasta la firma de un contrato que estipulaba horario y tiempo de acceso y aceptación de ciertas reglas que el hospital impuso, siendo a partir de estas condiciones que se estructuró y llevó a cabo su etnografía.

Dentro de esto aparece como aspecto crucial el hecho de estar presente en lo que se llama “actos clínicos”, que implican que el alumno/investigador sea reconocido como parte del personal médico, siendo que dicho personal le llegó a dar consejos sobre cómo atender a las personas, a la vez que los pacientes le han pedido consejos y diagnósticos, aun cuando constantemente aclaraba que su papel era otro muy distinto al clínico, haciendo una acotación importante en cuanto a que el trabajo de corte cualitativo es algo que en este ámbito no se considera, o no resulta crucial, por la misma lógica que le compete.

Finalmente, este autor menciona que existe una tensión importante que se atestigua en la falta de comunicación existente en la relación experto/médico-usuario/paciente, pero también en cuanto a que las preguntas que se hacen pueden generar la reflexión de los sujetos, lo que posibilita en sí mismo una forma de intervención no prevista, y por lo que considera crucial que la antropología pudiera apoyar en la mejora de servicios y en la atención sanitaria.

En términos generales, dichos textos plantean las dificultades metodológicas y éticas de la etnografía llevada a cabo en instituciones de salud, develando que dichas problemáticas devienen de la entrada de una disciplina con enfoque cualitativo a una institución que, por cuestiones éticas, de derechos, de prevención y de esquemas de salud, sigue ciertos protocolos y pautas que no tienen traducción en una investigación antropológica, lo que en dado caso marca el contexto y la pauta que debe llevarse a cabo tanto en la interacción de la disciplina, como en los procesos burocráticos y administrativos para poder entrar a dicho espacio.

Cabe mencionar que, aunque la etnografía hospitalaria se ve como un contexto íntegro, un universo en el que se realiza la investigación, en términos legales y de derechos humanos es importante realizar una distinción entre los acercamientos que se realizan en su interior para el trabajo etnográfico, como, por ejemplo, la relevancia de diferenciarla de la etnografía clínica, debido a que esta última solo tiene lugar en el contexto clínico de la consulta experto/médico-usuario/paciente.

Ambos contextos diversos forman parte del mismo universo etnográfico, con marcadas diferencias metodológicas y dinámicas locales que van más allá de las recomendaciones antropológicas enseñadas en la formación. Por ello requieren tomar una preparación-adequación específica, que implica entrar en diálogo en los espacios de una institución que, además de realizar prácticas de investigación, enseñanza y clínica, maneja una serie de protocolos y reglas establecidas con trasfondo legal y lógicas propias del sistema oficial, que en el contexto en que se desarrolla este estudio, resulta de suma importancia que sean conocidas y reconocidas por los estudiantes-investigadores.

Preparación de trabajo antropológico para y en la institución de salud

Dougherty y Tripp-Réimer (44) indican que muchas veces el profesional en antropología que penetra en estos espacios desconoce los protocolos y normatividades del sector, lo cual coincide plenamente con lo expuesto en esta investigación, ya que se hace énfasis en la necesidad del manejo de un lenguaje médico para reducir la dificultad. Igualmente, se debe generar un acercamiento a los informantes del espacio de salud, para así obtener un conocimiento biológico básico del problema a investigar.

Si se está trabajando, por ejemplo, con personas que viven una condición crónica y progresiva relacionada con un virus, es indispensable saber qué es un virus, sus tipos, la etiología y epidemiología del mismo, para estar en la posibilidad de entablar un diálogo abierto, reflexivo y crítico con los médicos y a la vez que comprensivo del contexto y de otros actores sociales. (Participante uno de doctorado, 2018)

El grupo participante en su totalidad considera que hay que preparar su trabajo de campo, empujando por conocer el lenguaje médico, avances e investigaciones sobre los problemas de salud que se abordan, así como indagar sobre la institución de salud, las políticas (en caso de haberlas), los programas y protocolos de atención, con el fin de encontrarse familiarizado con la lógica biomédica y el contexto del problema de investigación. A partir de ahí, inicia la aproximación a la institución en salud, y se podría considerar que quienes presentaban previamente una formación en las áreas de la salud (médicos, nutriólogos, enfermeras y psicólogos) tuvieron facilidades para el acceso a instituciones de salud, usuarios e informantes, previas redes, pero no fue así. Los estudiantes indicaron lo siguiente:

Pasamos por el mismo proceso y se observa que cuando se realizan investigaciones cualitativas, hay muchas dudas al respecto en los hospitales, pero es indispensable para nuestra formación, yo soy psicóloga y no estoy realizando investigación en las instituciones donde

trabajé o hice prácticas, creo que es también el caso de mis compañeras. (Participante dos de doctorado, 2018)

Asimismo, la participante cuatro del doctorado menciona:

Soy médica y puedo mencionar que conocer la lógica de un espacio biomédico sirve de apoyo para entender las jerarquías internas, lo que se espera de un estudiante/investigador y dialogar con las autoridades en el contexto hospitalario y entender que entras a los protocolos establecidos, pero de ahí a que haya sensibilidad para comprender el trabajo etnográfico hay una gran distancia.

La doble formación académica no es un hecho aislado y se relaciona con los profesionales de la salud que buscan acciones alternativas y complementarias a su quehacer, a través de maestrías o doctorados en antropología. Este es un campo de conocimiento que presenta gran demanda, puesto que se relaciona con el enriquecimiento teórico y las investigaciones de carácter social, cultural y biocultural que fortalecen diversas esferas de la vida profesional y, con ello, el ejercicio de la práctica en la búsqueda de salud y de políticas de inclusión.

Este tipo de alumnos/investigadores de posgrado en antropología en salud tuvieron que realizar todo un procedimiento de presentación y ajuste de proyecto, a partir de los requerimientos de los comités de ética, investigación y bioseguridad (según cada caso). Así, dos instancias presentaban mecanismos de ingreso para este tipo de proyectos de investigación; seis no contaban con manuales de procedimientos, pero dieron entrada a la realización de estudios de corte cualitativo o mixto; y en dos instancias, al no contar con un comité de especialistas con conocimiento cualitativo, los proyectos fueron transferidos para su revisión al Área de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud.

Esta situación adquiere sentido al considerar que el hospital está construido y organizado como un espacio de atención y prevención de problemas en salud, y, en su caso, como lugar de enseñanza a estudiantes de salud; solo en algunos casos se dirige a investigaciones en términos de diagnóstico, pruebas de protocolos y fármacos, entre otros, que obedecen a metodologías de

corte cuantitativo. Es por ello que al presentar un proyecto de corte cualitativo se encuentran ciertas dificultades, porque el mismo no se considera en la estructura ni en la organización de la institución, la mayoría de las veces.

En particular, para el grupo focal esta situación se concretó en: modificar el proyecto de una a siete veces; hacer uso de redes de apoyo, generando compromisos con conocidos y cabildos como estrategia para entrar a los espacios; aceptar la asignación por parte de la institución de un investigador principal, tutor interno, y solo en dos casos participar como investigador principal, y en el resto como investigador principal/adjunto, estudiante de medicina, voluntario y otros; y esperar de dos meses a un año y medio la acreditación de la investigación para su realización.

Lo anterior supuso una situación compleja para el estudiante de posgrado, sujeto a los tiempos de planes de estudios específicos que no solían coincidir con los tiempos de las instituciones receptoras, generando que el trabajo de campo y el término de la investigación se ampliaran.

Una vez aceptado el proyecto por las instituciones receptoras, se otorgó el nombramiento interno por parte de la institución de salud para poder realizar la investigación, con figuras como: investigador principal (dos estudiantes), adjunto y asociado (tres estudiantes), estudiante del sector salud (cuatro estudiantes) y estudiante/investigadora (un estudiante). Sin embargo, este rol, asignado y asumido como elemento facilitador para la entrada a las instituciones sanitarias, se considera que a la vez dificulta el trabajo del etnógrafo, pues se le suele asociar con la figura de profesional de la salud más que como un simple observador.

El hecho de que las relaciones internas, administrativas y clínicas (formales/informales) se establecieran de manera jerárquica, según protocolo institucional, tanto con respecto al personal de salud como con usuarios/pacientes, en algunos casos generó conflictos internos sobre qué tipo de actividades se podían asignar al estudiante/investigador y hasta dónde llegaban los derechos de autoría de la institución receptora.

Me asignaron un investigador interno, que se integró al comité de investigadores de mi estudio, se negoció

sobre los resultados y los productos me indicaron que algunas veces tendría que apoyar según las necesidades del servicio. (Participante siete de maestría, 2018)

Todas estas situaciones representaron obstáculos o barreras durante el trabajo de campo en las instituciones de salud, aunque frente a ellas se generaron estrategias que permitieron sortearlas y cumplir el objetivo planteado, como la negociación de las colaboraciones, la adopción de la personalidad impuesta, o la colaboración en términos favorables para ambas partes interesadas; por otro lado, también se obtuvieron beneficios a partir de las jerarquías o puestos asignados, en especial en la adopción de calidad del personal de salud, manifestada en la posibilidad del libre tránsito en los espacios clínicos y en la obtención de respuestas ante solicitudes de información y/o colaboración de manera sencilla y expedita, que facilitaron la realización de la etnografía.

Sin embargo, en ambos casos, los participantes estudiantes de posgrado coinciden en que se desconoce su labor, utilidad e importancia, y que a la vez causan curiosidad y se les asocia con la posibilidad de reducir la distancia social respecto al “otro” (experto-usuario), quien podría ser el profesional mediador capaz de ir más allá del discurso sanitario, entendiendo y respetando los diferentes enfoques de acercamiento a la salud, enfermedad, atención y comunicación con los usuarios y profesionales de la salud.

Performatividad en las instancias receptoras salud

La mirada del etnógrafo tiene que romper las ideas preconcebidas que se tienen sobre el sistema de salud, para asumir que las relaciones que observará están dadas o mediadas por el contexto de la institución donde realiza el trabajo de investigación, lo cual tendría que formar parte del problema de investigación para comprender sin juicios de valor, y poder profundizar sobre la investigación que le atañe. Al respecto nos dice Cardoso (45) que:

La primera experiencia del investigador de terreno –o en el terreno– es la domesticación teórica de su mirada. Esto porque, a partir del momento en que nos sentimos preparados para la investigación empírica,

el objeto, sobre el cual dirigimos nuestra mirada, ya fue previamente alterado por la propia manera de visualizarlo.

Es por ello que el profesional de la antropología asume la observación empírica y la aplicación de técnicas desde el enfoque etnográfico como algo necesario y está consciente de la existencia de posibles barreras al momento de realizar la investigación, teniendo en cuenta que su presencia e intención de investigar modifican el comportamiento tanto del personal en salud como de los usuarios/pacientes, pues, además de ser un extraño en la consulta para la recepción de estos en el espacio hospitalario, el etnógrafo hace preguntas que otras personas no hacen, lo que puede generar dudas y reflexiones por parte del personal en salud y/o de los usuarios. Asimismo, se mueve en medio de tensiones y problemáticas que tal vez no podría o no debería atestiguar, si no es porque cuenta con la posibilidad de estar presente gracias a que la institución le ha otorgado un estatus por el hecho de portar una bata blanca y una identificación para tener accesibilidad a sus diversos espacios.

Conforme a las y los autores que han sido citados anteriormente, se observa que al antropólogo, como requisito, se le solicita portar bata, y ello tiene implicaciones metodológicas, teniendo en cuenta que se le performatiza de manera que se le asemeja con el personal de salud, acercándose a la mismidad del entorno hospitalario mediante un uso de elementos que le dan accesibilidad y legitimación a su presencia. Los participantes de esta investigación coinciden en que este proceso genera beneficios y dificultades, como la accesibilidad a los espacios y la apertura por parte del profesional de la salud.

Como ya se comentó en el punto anterior, en ocho de los diez casos se generó confusión sobre la participación del estudiante/investigador, sus funciones y actividades, tanto con el personal de salud y administrativo como con el usuario. En ambos casos, se esperan respuestas y acciones prácticas para la atención por el recurso humano en salud y, poco a poco, los usuarios los llegan a asumir al investigador como parte del equipo salubrista.

De este modo, comenzaron a pedirle apoyo ante la alta demanda de pacientes y la falta de

suficiente personal para la contención de usuarios, lo que implica el desarrollo de empatía y apoyo para enfrentar situaciones rebasadas o emergentes en el espacio hospitalario y sus extensiones.

- Llega un momento en que me pide consejos el paciente; el médico que lo apoye; en ocasiones apoyo incluso económicamente a las personas que no llevan dinero para su comida o transporte, etc. (Participante ocho de maestría, 2018).
- Como estudiante/investigadora me piden un comportamiento neutral, vestirme con propiedad, pero como antropóloga me convirtieron en un recurso material y emocional los actores sociales del espacio hospitalario; es decir, hacer lo necesario para mejorar la atención del proceso que estamos observando, pero esa no es nuestra función, ¿o sí? (Participante cuatro de doctorado, 2018).

Así pues, el etnógrafo trata de abrir un horizonte que, aunque adaptado a este contexto, pueda dar frutos éticos de su interacción etnográfica, lo que significa que asume un rol humano y empático observable, de modo que no le impida su necesaria interacción, pero bajo un contexto médico que obedece a otra lógica. En el rol asignado al estudiante-investigador se da por hecho que respetará las normativas, que comparte los mismos códigos, se le identifica por el uso de una bata blanca y credencial de acceso; sin embargo, la adopción de estas características también provoca que, en ocasiones, el personal de salud le imagine como supervisor o evaluador.

En ocho casos no hubo presentación formal del etnógrafo con el resto del personal de salud, salvo con el investigador asignado, y fue con la interacción cotidiana que se enteraron, lo que también provocó desconfianza. El alumno que trabajaba en un centro comunitario no tuvo mayor problema y fue presentado como antropólogo(a), mientras que el otro estudiante que abiertamente se sabía que era de dicho campo del conocimiento, generó una figura de desconfianza, por el origen y trascendencia de la información que se le compartía.

Por ello, surge la siguiente interrogante: ¿cómo era identificada esta figura por los prestadores de salud en el entorno hospitalario? En el grupo focal, se observó la variación según el espacio e

investigación a realizar, pero coincidiendo en que, en un primer momento, los situaban desde una escala de privilegio, por el reconocimiento directo de las figuras de autoridad que autorizan su presencia, por lo que se les adjudicaba un rol de observadores y catalizadores de interacciones extraoficiales; en un segundo momento, al formar parte del paisaje e informarse los prestadores de salud de que se trata de estudiantes-investigadores de las áreas socio-médicas, se les redimensiona y se potencian como un recurso de apoyo, subordinados jerárquica y simbólicamente a médicos, enfermeras y administrativos, quienes paulatinamente les van inscribiendo acciones rezagadas, cotidianas o imprevistas, como organizar y transcribir información, archivar, capacitar y brindar talleres, además de apoyar en acciones relacionadas con la contención y asistencia en el espacio clínico, entre otras.

Finalmente, en dos de los casos, cuando se corrió la voz de que el estudiante-investigador era licenciado en antropología y no del campo de las ciencias biomédicas (y al no contar con una red inicial interna de sustento), se llegaron a presentar acciones limitativas a la investigación, pero ya no por las causales administrativas o la falta de comprensión de los estudios cualitativos en espacios hospitalarios, sino por la identidad interna de los profesionales de la salud, pero para entonces ya se había acabado con el tiempo concedido para llevar a cabo las investigaciones y no se afectaron los resultados.

Estas situaciones, de acuerdo con Valeria Hernández (46), constituyen un claro patrón de implicación-reflexividad, indicando que:

La re-elaboración del marco normativo que los actores desarrollan en su práctica cotidiana [...], se trata de una empresa individual y colectiva que consiste en construir las fronteras simbólicas y materiales necesarias para la consolidación de cada espacio de interacción [...]. El antropólogo, situado en el plano de las prácticas comunicacionales habituales (el nivel micro de las interacciones), se convierte en el testigo privilegiado de esta producción permanente de lo social.

La estructura del sistema de salud, representada en el hospital y los prestadores de servicios, incorpora a los y las antropólogas en su lógica

cotidiana y, a partir de la posición que se le otorga, el alumno de posgrado construye su perspectiva analítica desde su saber académico en la dualidad y en la diferencia, con su herramienta metodológica básica, la etnografía, que parte de la reformulación de nuevas construcciones teóricas y de modelos comprensivos sociales y biosociales para renovar la potencialidad de la etnografía hospitalaria.

Dificultades en la práctica etnográfica en salud

La inscripción de proyectos está supeditada al formato y los procedimientos biomédicos que suelen integrar a un investigador de la institución, lo cual obedece a que, según la organización de la institución, las pesquisas son llevadas a cabo por sus investigadores a cargo, pero cuando llegan proyectos externos, al agregarse un representante de la institución, se pretende garantizar su injerencia y control. Esto, sin embargo, causa temor y riesgo de que el estudiante (autor y desarrollador de la investigación) sea desplazado, al sumirlo en un rango de investigador adjunto en el mejor de los casos. Ello implica necesariamente una reducción de las investigaciones (por la necesidad de ajustar los protocolos al marco institucional, no por el enfoque biomédico *per se*), que supone obviar planteamientos metodológicos fundamentales para la investigación antropológica, lo cual constituye un reto que, si bien tiene solución, implica una modificación sustancial a la forma de aproximarse a la institución de acogida.

A través de los testimonios de los participantes se llega a puntualizar que a lo primero que tuvieron que acostumbrarse es al uso de la carta consentimiento, debido a que en otro tipo de estudios antropológicos esta no suele usarse de manera obligatoria; sin embargo, en este contexto se plantea como una necesidad dentro del posgrado (por la naturaleza de este), como requisito para presentar el proyecto en la institución de salud.

Asimismo, los miembros del grupo focal en su totalidad señalaron que es una herramienta de gran utilidad, pero la consideran insuficiente, considerando que hay que tomar en cuenta los derechos de los pacientes, los derechos a la información

y privacidad, la protección de datos personales y los requisitos que cada institución solicita para su resguardo. Según el participante tres de doctorado: “El consentimiento es un sistema de protección, no de información, y esto conlleva un problema ético”.

Por otra parte, el consentimiento es de carácter formal, no legal, pero no son suficientes estos elementos que, de manera reciente, las instituciones educativas empezaron a incorporar en sus requerimientos para los estudiantes-investigadores que se encuentran adscritos a ellas. Dichos instrumentos obligatoriamente se aplican en la investigación en salud; sin embargo, se reducen al manejo de datos personales o sensibles como datos innominados, es decir, aquellos despojados de cualquier indicio que permitiera la identificación de la persona, y contextuales, resultando en una desprotección al usuario, pero también al investigador. Ello implica que la realización de investigaciones en espacio clínicos no solo es un problema ético, sino que genera la incertidumbre sobre posibles alcances legales que hasta el momento no se habían contemplado. Al respecto, uno de los participantes comentó que, en el caso del contexto clínico *in situ*, le causaba conflicto ético el hecho de que, al ser percibido como parte de la institución de salud, su presencia tenía que ser autorizada por el paciente en cuestión y no solo por él médico, lo cual no siempre sucedía por la dinámica de la consulta clínica.

Experimento incomodidad; el papel de observador está legitimado por el médico al que se acompaña y así se encarna el poder que tiene la institución. Por ello considero que la estrategia es pedir explícitamente, además del consentimiento informado, que nos presenten con el usuario y solicitarle su autorización para estar observando la exploración o la intervención, ya que está en su derecho de decir que no. (Participante siete de la maestría, 2018)

Los participantes en los grupos focales comentan que no hay garantía de seguridad física ni emocional para el etnógrafo-antropólogo.

- Damos contención empática, solidaria, ¿y a nosotros quién nos contiene? (Participante cuatro de doctorado, 2018).
- ¿Cómo hacer contención? Hacer entrevistas trae posicionamientos que uno no quiere ni espera.

Como cuando una entrevista deja de ser solo eso y se convierte en “terapia” y no somos psicólogos, salvo una de las compañeras, pero eso incluso a ella le generaría problemas éticos (Participante diez de la maestría, 2018).

El total de los participantes en la investigación hace mención de que la escritura de los productos finales suele ser problema de tensión, ya que en el ámbito médico se considera que el tutor o investigador asignado en el espacio en que se realiza la investigación debe aparecer en la publicación, pero esto lo han solucionado integrando al investigador asignado por la institución como parte del comité tutorial, por su guía teórica y metodológica durante la misma; de igual forma, se incluyen otros actores, como autores que apoyan de manera trascendente a la investigación “primaria”.

Hacia una reflexión ética y en derechos humanos del trabajo etnográfico en espacios de atención a la salud

Una de las discusiones por las cuales se considera especificar la diferencia del trabajo etnográfico en hospitales de manera general, a diferencia del ejercicio etnográfico en contexto clínico, obedece a cuestiones éticas y de derechos humanos. Lo primero que hay que considerar es que el espacio hospitalario se conforma de una institución que está supeditada a instancias gubernamentales y que su organización, normas, reglas y protocolos, además de obedecer a un sistema de salud, también tienen implicaciones éticas, legales y de derechos humanos. Frente a ello, el participante cinco de doctorado explica que “el consentimiento es de carácter formal, no legal y eso no es suficiente respaldo y resta seriedad al trabajo, por ello se requiere evidenciar si la observación se realizará en el contexto hospitalario o en el espacio clínico específico”.

En ese sentido, desde el punto de vista del etnógrafo hay una clara diferencia, al entenderse como personal ajeno al espacio hospitalario, con un permiso especial, pero esta realidad debe de reflexionarse cuando es un espacio explícitamente clínico, dado que es un personal no capacitado en

términos de ejercicio del derecho clínico a la atención a la salud y ello tiene ciertas implicaciones que deben ser analizadas por los comités respectivos. Al cumplir con ciertos requisitos, como los mínimos de observación, responder a los objetivos de la investigación, a las metodologías y al uso del consentimiento informado, se autoriza el estudio por medio de la carta de aceptación.

Este último instrumento comprende que la presencia del estudiante/investigador en el espacio clínico implica su transfiguración a servidor público, con atribuciones y responsabilidades que se le pueden fincar en términos de derechos humanos, punto que ya comienza a problematizarse.

En este contexto, a la investigación antropológica subyacen conflictos y resistencias sobre su práctica profesional dentro de la norma institucional médica, lo cual se debe, en parte, al proceso que se vive en el espacio hospitalario, en el que el alumno de posgrado se enfrenta con constantes confrontaciones éticas como: no ser reconocidos por su identidad de etnógrafos por los usuarios y los propios actores de la salud en el contexto hospitalario; colaborar en actividades no expuestas en el proyecto de investigación pero que forman parte del quehacer laboral cotidiano de los prestadores de salud con quienes se convive; neutralizar su posicionamiento político en el contexto de la toma o difusión de información de lo que acontece dentro de los espacios hospitalarios y clínicos, y aunque esto debe de quedar claro en la metodología y es parte del enfoque etnográfico, todos los participantes alumnos/investigadores indican que es difícil mantener distancia; fungir como figura de exigibilidad humanística y solidaria para actuar como mediador/facilitador, agente de contención y orientador; reconocer la existencia de la subordinación estratégica, el desarrollo del lenguaje técnico y jerárquico establecido como capital cultural distintivo del campo médico y la performatividad como elementos indispensables para moverse dentro del espacio institucional y realizar el trabajo etnográfico.

Finalmente, la performatividad conlleva una tensión axiológica frente a los derechos del usuario dentro de la atención clínica médico-usuario, por la presencia de un actor social que no hace parte

del personal de salud, ni clínico, en tanto que el usuario desconoce ese hecho y la carta consentimiento muchas veces no cubre esa realidad de la observación etnográfica *in situ*, sino que solo se habla de la entrevista en el espacio hospitalario.

Conclusiones

Indudablemente, el trabajo etnográfico es indispensable en el espacio hospitalario; sin embargo, existen muchas aristas que deben tomarse en cuenta, entre ellas el comportamiento ético y el cambio o dirección de los objetivos y metodologías en el transcurso de la investigación (47). Mantilla y Alonso (48) manifiestan que hay que tomar en cuenta las ambigüedades y riesgos de las investigaciones cualitativas en las investigaciones hospitalarias, en vista de que no permiten generalizar, pero posibilitan profundizar sobre aspectos cotidianos de la experiencia de los usuarios, a diferencia de las investigaciones cuantitativas.

Resultan relevantes en este sentido el diseño, enfoque y ajuste de los objetivos a lo largo de la investigación, así como la posición de vulnerabilidad/riesgo de la investigación y el etnógrafo, las relaciones de poder, barreras y resistencias entre los diferentes actores sociales, además de la duración del periodo y las horas en que los antropólogos pasan en el ámbito de la institución de salud para realizar su trabajo de campo.

Por su parte, Murphy y Dingwall (24) mencionan que las prácticas antropológicas y biomédicas son diferenciales, al igual que sus regímenes éticos, por lo que el consentimiento informado para la investigación etnográfica en espacios de atención médica se cuestiona, dado que llega a formar parte de las prácticas burocráticas anticipadas de la revisión ética biomédica, que tiene como fin preservar la confidencialidad del conocimiento respecto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Por su parte, en el caso antropológico este elemento está en función de ser integrado para el fortalecimiento del sistema de atención de salud, recuperable con aporte equitativo y bajo los derechos humanos, además de centrarse y dar cuenta de la organización, interacción y experiencia de los actores. Esta diferencia plantea desafíos al realizar

investigaciones colaborativas, en la que los fines y perspectivas pueden ser barreras para la comprensión de los participantes de dicho instrumento. Aunado a ello, de acuerdo con Hernández y Mancilla (49), se requiere generar y actualizar por la institución receptora u hospital escuela un aviso de privacidad de protección de datos personales para evitar conflicto de intereses, garantizando así la confidencialidad, la privacidad y el anonimato del uso de la información (a lo que se puede incluir los espacios de observación o participación), lo cual fortalece y agiliza los procesos con fines educativos y permite analizar el desarrollo de proyectos de investigación de tipo cualitativo-retrospectivo, siempre de la mano de un comité de ética en investigación.

Edwards et al. (50) indican que el situarse entre la ciencia y sociedad, como espacio de interacción estratégico, no siempre ocurre en favor de la etnografía, pero que se presenta en los hospitales y particularmente el espacio clínico, lo cual resulta relevante y requiere ser problematizado. Esto constituye una oportunidad para el estudio de los procesos de subjetivación desde un punto de vista etnográfico, donde podemos encontrar directamente la práctica de creación de conocimiento y su aplicación, en un contexto estructural y cotidiano en el que las diferentes realidades se encuentran, dialogan, se enfrentan, no sin contradicciones epistemológicas, éticas y legales en las que se deberá de incluir la realidad del propio etnógrafo.

La posición de la ética en el quehacer de los antropólogos médicos, en salud o clínicos, es central y requiere preparación para afrontar los retos que implica el realizar investigaciones en espacios hospitalarios y clínicos, a la par que su experiencia brinda información para facilitar la entrada y generar un camino menos accidentado para el desarrollo de las investigaciones antropológicas en espacios de atención, cuyos resultados pueden beneficiar a los diferentes actores sociales. Del mismo modo, se requiere fortalecer ambos modelos de investigación, sus formas de regulación, participación y responsabilidad mutua. En palabras de María Epele (51), el etnógrafo “se presenta como un negociador y diplomático ontológico”, en cuanto a

su posición como alumno-investigador en un contexto hospitalario y clínico.

Este trabajo no solo reveló las experiencias de los estudiantes-investigadores, sino también los desafíos de la investigación colaborativa entre universidades y hospitales en la que participan antropólogos de carrera ajenos al sistema de salud, y otros cuya formación había sido hecha en dicho contexto, pero que fueron igualmente impactados por las tensiones emergentes. Resulta crucial generar un debate que debe integrar necesariamente elementos teóricos, metodológicos, legales y de derechos humanos, además de una mirada comunitaria (que incluya a los prestadores de servicios y a los usuarios) que permita la discusión entre los actores implicados en estos procesos. A esto debemos contribuir como antropólogos, con la generación de evidencia científica que soporte y valide la presencia del antropólogo etnógrafo en dichos espacios.

El panorama que planteamos resulta complejo, al pensar en las dificultades e implicaciones de realizar investigaciones de corte antropológico en contextos hospitalarios y clínicos. Sin embargo, consideramos que esta problematización debe ser objeto de reflexión disciplinar, a fin de coadyuvar a la construcción de un conocimiento colectivo que, en última instancia, garantice los derechos y las obligaciones del etnógrafo en un campo de atención a la salud, a la vez que potencie los aportes que su estancia puede generar para la mejora de los servicios y la adecuación de los mismos a las necesidades de los usuarios. Este objetivo, loable por su naturaleza misma, debe ser el que al final guíe nuestra práctica profesional y, como resultado, favorezca el diálogo positivo entre los diversos actores implicados en la atención institucional de los eventos de salud-enfermedad, para la integración de un marco de referencia que permita, como uno de los objetivos finales, la creación de proyectos de investigación-acción con la colaboración de los diversos actores involucrados en estos ejercicios pedagógicos que involucran a universidades y espacios de atención a la salud.

Referencias

1. Faralli C. La Bioética. Terreno de encuentro entre ciencias naturales y ciencias humanas. Opción [Internet]. 2014; 30(73):13-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/310/31035398007.pdf>
2. Luengas I, Feinholz D, Soberón G. Comisión Nacional de Bioética: su entender, su quehacer, Debate bioético. 2007; 2.
3. Jacorzynski W, Sánchez J. Ética y antropología: nuevo reto para el siglo XXI. Desacatos Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2013; 41: 7-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/139/13925607008.pdf>
4. Schavelzon S. La antropología del Estado, su lugar y algunas de sus problemáticas. Publicar [Internet]. 2010; 9: 73-96. Disponible en: <https://antropologiafractal.files.wordpress.com/2015/08/e2809cla-antropologc3ada-del-estado-su-lugar-y-algunas-de-sus-problemc3alticase2809d.pdf>
5. Llanes R. La antropología mexicana ante la Ley General del Ejercicio Profesional sujeto a Colegiación y Certificación Obligatorias. Entre Diversidades [Internet]. 2016; Número Especial: 91-120. Disponible en: <http://entrediversidades.unach.mx/index.php/entrediversidades/article/view/49/103>
6. Peña E, Y. Gómez D, Hernández L. Un estudio antropológico-jurídico de la conducta ética del etnógrafo en el espacio hospitalario en México. Antropología Portuguesa [Internet]. 2020; (37):53-72. Disponible en: <https://impactum-journals.uc.pt/antropologia-portuguesa/article/view/7121/6956>
7. Goikoetxea MJ. Introducción a la Bioética. Cuadernos de Teología Deusto [Internet]. 1998;20. Disponible en: <https://hy.b-ok.lat/book/8910524/78ebf8>
8. Asociación Médica Mundial (AMM) [Internet]. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 1964 [visitada en 2021 jul 28]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
9. Asociación Médica Mundial (AMM) [Internet]. Declaración de Tokio de la AMM. Normas directivas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas; 1975 [visitada en 2021 jul 28]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-tokio-de-la-amm-normas-directivas-para-medicos-con-respecto-a-la-tortura-y-otros-tratos-o-castigos-crueles-inhu>
10. Asociación Americana de Antropología (AAA) [Internet]. Statements on Ethics. Principles of Professional Responsibility. Adopted by the Council of the American Anthropological Association; May 1971 [visitada en 2021 jul 28]. Disponible en: <https://www.americananthro.org/ParticipateAndAdvocate/Content.aspx?ItemNumber=1656>
11. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) [Internet]. Principales instrumentos internacionales sobre discriminación y racismo; 2004 [visitada en 2020 ago 15]. Disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Disc_2.pdf
12. American Anthropological Association (AAA) [Internet]. Code of ethics of the American Anthropological Association; 1998 [visitada en 2020 sep 10]. Disponible en: <https://s3.amazonaws.com/rdcmsaaa/files/production/public/FileDownloads/pdfs/issues/policy-advocacy/upload/ethicscode.pdf>
13. Congreso Arqueológico Mundial (WAC) [Internet]. Acuerdo de Vermillion sobre restos humanos; 1989 [visitada en 2020 ene 9]. Disponible en: <https://worldarch.org/code-of-ethics/>
14. Congreso Arqueológico Mundial (WAC) [Internet]. Primer código de ética; 1990 [visitada en 2020 may 30]. Disponible en: <https://worldarch.org/code-of-ethics/>
15. American Association of Physical Anthropologists (AAPA) [Internet]. Code of Ethics of the American Association of Physical Anthropologists; 2003 [visitada en 2020 ene 5]. Disponible en: <https://physanth.org/documents/3/ethics.pdf>
16. Asociación Mexicana de Antropología Biológica (AMAB) [Internet]. Estatutos; 2007 [visitada en 2020 ene 10]. Disponible en: <https://www.amab.org.mx/descargables/estatutos.pdf>
17. Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales, A.C. (CEAS) [Internet]. Código de Ética; 2014 [visitada en 2020 ago 15]. Disponible en: <https://ceasmexico.wordpress.com/ceas/codigo-de-etica/>
18. UNESCO [Internet]. Declaración de Valencia sobre el Genoma Humano. Valencia; 1990 [visitada en 2020 jun 18]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2291/37.pdf>
19. Velázquez J. El derecho internacional ante los desafíos del genoma humano y la bioética, en el marco De

- la organización y las declaraciones internacionales. Su proyección al derecho mexicano, *Anuario Mexicano de Derecho Internacional* [Internet]. 2008;8: 441-483. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-internacional/article/view/249>
20. UNESCO [Internet]. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos; 2005 [visitada en 2020 ago 8]. Disponible en: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 21. Campos-Navarro R. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México, del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Instituto Nacional de Salud Lima, Perú [Internet]. 2010; 27(1): 114-122. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319349023>
 22. UNAM - Facultad de Medicina [Internet]. Plan de estudios del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud; 2010 [visitada en 2019 jul 20]. Disponible en: https://www.pmdcmos.unam.mx/wp-content/uploads/2019/doc/Plan_de_Estudio_2010.pdf
 23. UNAM - Facultad de Medicina [Internet]. Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud; 2010 [visitada en 2019 jul 20]. Disponible en: https://www.pmdcmos.unam.mx/wp-content/uploads/2019/doc/Plan_de_Estudio_2010.pdf
 24. Murphy E, Dingwall R. Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2007; 65(11): 2223-2234. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.08.008
 25. Guzmán V, Torres J, Plascencia A, Castellanos J, Quintanilla R. Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. Estudio sobre culturas contemporáneas [Internet]. 2011; XVII (33): 23-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/316/31618563003.pdf>
 26. Martínez-Hernández A. Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cuadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2006; 22(11): 2269-2280. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n11/2269-2280/>
 27. Vasilachis I. La investigación cualitativa. En Vasilachis I, coord. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: GEDISA; 2009. pp. 23-64.
 28. Govea V, Vera G, Vargas A. Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. *Omnia* [Internet]. 2011; 17(2): 26-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/737/73719138003.pdf>
 29. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores; 2011. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/etnografi-a-Me-todo-campo-reflexividad.pdf>
 30. Aguirre A. coord. *Etnografía*. Barcelona: Editorial Alfaomega; 1997. <https://etnografiafuac.files.wordpress.com/2017/09/aguirre-baztc3a1n-etnografic3a1da.pdf>
 31. González X. Demarcación de campo y documentación previa. En Aguirre A, coord. *Etnografía*. Barcelona: Editorial Alfaomega; 1997. pp. 115-127.
 32. Calderón T. La investigación etnográfica en la clínica. *Revista Ciencias Humanas* [Internet]. 2012; 8(2): 131-138. doi: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/CienciasHumanas/article/view/1789/1551>
 33. Tosal B, Brigidi S, Hurtado I. Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales. En Romaní O, ed. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; 2013. pp. 191-212.
 34. Roth-Seneff A. Ética y reflexividad en antropología. *Desacatos, Revista de Antropología Social, CIESAS* [Internet]. 2013; (41): 99-103. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/139/13925607014.pdf>
 35. Romaní O, Larrea C, Fernández J, coords. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkartea; 2008.
 36. Muñoz R. Un antropólogo en la consulta hospitalaria. En Romaní O, ed. *Etnografía, técnicas cuali-*

- tativas e investigación en salud: un debate abierto. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; 2013. pp. 213-238.
37. Lima K, De Almeida M, Dos Santos C, Garcia C, Ribeiro P, Mendes M. Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso de salud-enfermedad. *Index de Enfermería de la Universidad Federal de Alfnas* [Internet]. 2014; 23(1-2): 75-79. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620140001000016
 38. Ramírez S. Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En Romaní O, ed. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; 2013. pp. 43-64.
 39. Inhorn M. Privacy. Privatization and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle-Eastern, hospital-based in vitro fertilization. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2004; 59(10): 2095-2108. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.03.012
 40. Long D, Hunter C, Van Der Geest S. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology and Medicine* [Internet]. 2008; 15(2): 71-78. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13648470802121844?journalCode=-canm20>
 41. Oeye C, Bjelland A, Skorpén A. Doing participant observation in a psychiatric hospital. *Research ethics resumed*. *Social Science and Medicine*. 2007; 65(11): 2296-2306. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607004108?via%3Dihub>
 42. Van der Geest S, Finkler K. Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2004; 5(10): 1995-2001. Disponible en: <https://dradamvolungis.files.wordpress.com/2012/01/participant-observation-in-a-psychiatric-hospital-research-ethics-oeye-et-al-2007.pdf>
 43. Blázquez, M. Una etnografía en la atención sanitaria. En Romaní O, Larrea C, Fernández J, coords. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte; 2008. pp. 17-30. <https://www.ankulegi.org/es/2-antropologia-de-la-medicina-metodologias-e-interdisciplinariedad-de-las-teorias-a-las-practicas-academicas-y-profesionales/>
 44. Dougherty M, Tripp-Reimer T. The Interface of Nursing and Anthropology. *Annual Review of Anthropology* [Internet]. 1985; 14: 219-241. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.14.100185.001251>
 45. Cardoso R. El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. *Avá Revista de Antropología* [Internet]. 2004; 5: 55-68. Disponible en: https://nanopdf.com/download/mirar-escuchar-escribir-roberto-cardoso-de-oliveira_pdf
 46. Hernández V. Estudiando el orden jerárquico a través del dispositivo implicación-reflexividad. *Cuadernos de Antropología Social* [Internet]. 2006; 23: 57-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180914247005.pdf>
 47. Haggerty K. Ethics Creep: Governing Social Science. *Research in the Name of Ethics*. *Qualitative Sociology* [Internet]. 2004; 27(4): 391-414. doi: 10.1023/B:QUAS.0000049239.15922.a3
 48. Mantilla M, Alonso J. Aportes Socio-Antropológicos De Las Etnografías En Hospitales Psiquiátricos. *Revisión De La Bibliografía Anglosajona y Latinoamericana*. *Revista Culturas Psi*. 2012; 0(0): 100-112.
 49. Hernández E, Mancilla P. Confidencialidad de datos en un hospital-escuela dedicado a la investigación. *Bioética Revista Latinoamericana*. Universidad militar de Granada [Internet]. 2021; 21(2): 41-55. doi: doi.org/10.18359/rubi.5111
 50. Edwards J, Harvey P, Wade P. *Anthropology and Science. Epistemologies in Practice*. Oxford: Berg Publishers; 2007.
 51. Epele M. Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas. *Salud colectiva* [Internet]. 2017; 13(3): 359-373. Disponible en: doi.org/10.18294/sc.2017.1104