

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Maestría en Medicina Social

**“Financiamiento y Métodos de Pago en los Servicios de Salud y la Relación
Médico-Paciente”**

Tesis que para optar al grado de
Maestro en Medicina Social
Presenta
Juan Manuel Mendoza Rodríguez

Director de Tesis: Dr. Edgar C. Jarillo Soto

México, D.F., Diciembre de 2003

Quiero Agradecer los comentarios y sugerencias que aportaron a este trabajo Héctor Ávila, Catalina Tenorio, Oliva López, Víctor López, Ángeles Garduño, Arturo Granados, Norma Lara y Guilherme Borges, en las distintas etapas de su elaboración, así como la paciencia de Edgar Jarillo para digirlo.

A mis compañeros de maestría por no ser como todos los grupos y lo que cada uno aportó a nuestro aprendizaje colectivo.

De manera especial a Tonatiuh Barrientos, Jaime Ortiz, Leonardo Ibarra, Adriana Saucillo e Inti Barrientos por compartir y hacer más soportable esos momentos del sinsentido. Finalmente a Luisa Jiménez por todo lo que ha representado en mi vida y a mi familia por el apoyo que siempre me ha brindado.

“No hay duda de que el desarrollo mundial marcha en dirección a un único trust mundial, que devorará todas las empresas y todos los Estados sin excepción. Pero por otra parte, el desarrollo marcha en tales circunstancias, con tal ritmo, con tales contradicciones, conflictos y conmociones —no sólo económicas, sino también políticas, nacionales, etc.— que, inexorablemente, antes de que se llegue a un único trust mundial, a la unión mundial ‘ultraimperialista’ de los capitales financieros nacionales será inevitable que estalle el imperialismo y el capitalismo se convierta en su contrario”.

—*V.I. Lenin.*

“En una época en que el capital, en su lucha desesperada, moviliza a todos sus medios gigantescos para proclamar como verdad toda idea, provechosa para él, la verdad se ha convertido en tal punto en mercancía, en una cosa tan enredada y cuestionada, dependiente del comprador y el vendedor, dependientes a su vez de muchas cosas, que la pregunta acerca de qué es la verdad ya no puede responderse sin la pregunta de a quien beneficia la verdad. La verdad se ha convertido en una cosa totalmente funcional; no es algo que exista (al menos al margen de los hombres) sino que ha de crearse en cada caso: es un medio de producción, probablemente, pero al mismo tiempo ¡un medio producido!”

—*Bertolt Brecht.*

ÍNDICE

Introducción.....	3
--------------------------	----------

Capítulo I: Ubicación del marco teórico-medotodológico en el estudio de la relación médico paciente

1.1. El análisis de las relaciones sociales desde distintos enfoques teóricos.....	6
1.1.1. Las relaciones de producción	
1.1.2. La acción racional y los tipos ideales	
1.1.3. Los sistemas sociales	
1.1.4. Sujetos, estructuras y relaciones de poder	
1.1.5. El estructuralismo genético	
1.2. Aportes de la Sociología Médica al estudio de la relación médico-paciente.....	14

Capítulo II: El Estado y los Sistemas de Salud

2.1. Institucionalización de la práctica médica moderna y la relación médico-paciente...21	
2.1.1. Apropiación, reproducción y ejercicio del saber	
2.1.2. El intervencionismo de Estado en la prestación de servicios de salud: del Salubrismo a la Neobeneficencia.	

Capítulo III: La Relación Médico-Paciente y los Sistemas de Remuneración en los Servicios de Salud

3.1. El mercado y los servicios de salud.....	33
3.2. Mecanismos de pago en los servicio de salud.....	35
3.2.1. Pago por producto	
3.2.2. Pago por tiempo	
3.3. Implicaciones de las formas de financiamiento en la relación médico-paciente.....	37
3.4. Desarrollo del Sector Asegurador Mexicano de 1990 a 2000.....	40

Capítulo IV: Construcción de un Tipo-Ideal para el Estudio de la Relación Médico-Paciente

4.1. El modelo de Emmanuel-Dubler.....	44
4.1.1 Elección	
4.1.2. Competencia	
4.1.3. Comunicación	
4.1.4. Empatía	
4.1.5. Conflicto de intereses	
4.2. Confianza.....	49
4.3. Consideraciones acerca de categorías ideales y categorías modelo.....	51

Capítulo V: Estudio de Caso

5.1. Planteamiento General.....	52
5.2. Objetivos.....	54
5.3. Metodología.....	55
5.3.1. Variables	
5.3.2. Recolección de la información	
5.3.3. Análisis cuantitativo	
5.3.3.1. Análisis de Componentes Principales	
5.3.3.2. Análisis de Conglomerados	
5.3.3.3. Análisis Multivariado de Varianza	
5.3.3.4. Análisis de Correspondencia	
5.3.4. Análisis cualitativo	

Capítulo VI: Resultados

6.1. Análisis Cuantitativo	64
6.1.1. Pacientes.....	64
6.1.1.1. Características generales de la muestra	
6.1.1.2. Relación Médico-Paciente	
6.1.1.3. Opinión de los pacientes acerca de los métodos de pago	
6.1.1.4. Análisis de Componentes Principales	
6.1.1.5. Análisis de Conglomerados	
6.1.1.6. Análisis Multivariado de Varianza	
6.1.1.7. Análisis de Correspondencia.	

6.1.2. Médicos.....	88
6.1.2.1. Características generales de la muestra	
6.1.2.2. Relación médico-paciente	
6.1.2.3. Opinión de los médicos acerca de los métodos de pago	
6.1.2.4. Análisis de Componentes Principales	
6.1.2.5. Análisis de Conglomerados	
6.1.2.6. Análisis Multivariado	
6.1.2.7. Análisis de Correspondencia	
6.2. Análisis Cualitativo.....	108
6.2.1. Entrevistas de Pacientes.....	108
6.2.1.1. El “deber ser”	
6.2.1.2. Percepción de los servicios.	
6.2.1.3. Los instrumentos de poder	
6.2.1.4. La Lógica práctica	
6.2.2. Entrevistas de Médicos.....	117
6.2.2.1. Los Espacios y el Ejercicio del Saber	
6.2.2.2. Control y Estrategias	
6.2.2.3. Los instrumentos de poder	
6.2.2.4. La doble naturaleza del trabajo médico	
Capítulo VII: Discusión y Conclusiones.....	127
Bibliografía.....	135
Anexo 1.....	146
Anexo 2.....	155
Anexo 3.....	164

Introducción

El estudio de la relación médico paciente ha seguido dos líneas de interés general: como caso particular para la explicación de los procesos sociales y como un elemento modificable a través del cual se puede lograr una mejora en la eficiencia de la atención. Esta última postura es en la que se sitúan muchos de los estudios de calidad, un concepto adoptado de la administración que basa sus criterios enfocándose en las características del proceso productivo, pero no del producto acabado. En medicina esto se traduce en una mayor preocupación por la eficiencia, pero no por la eficacia de la atención. Esta es una visión puramente economicista que no comparto en absoluto.

El objeto de este trabajo es una interacción social particular a la que no se trata de abstraer de la dinámica del conjunto social, sino de ubicarla socio-históricamente en la problemática actual que representa el tema de la atención a la enfermedad y el cuidado de la salud. Si se considera a la relación médico-paciente como el momento en el cual se concretan las representaciones e intereses de los distintos actores que influyen de una manera más o menos directa en una práctica en salud orientada, resulta entonces un objeto problemático que puede ser abordado desde la medicina social.

Un objeto de esta naturaleza nos lleva a utilizar diferentes herramientas metodológicas. Puesto que se trata de ver en distintos niveles de análisis son necesarias también formas distintas de acercamiento.

En el primer capítulo se ubica la importancia y orientación que ha tenido el estudio de las relaciones sociales, particularmente la relación médico-paciente. Se exponen diferentes corrientes teóricas y se rescatan los elementos conceptuales y metodológicos que resultan más adecuados para este análisis.

En el segundo capítulo se explican las determinantes sociales que llevaron a la práctica médica a la situación actual y que involucra, necesariamente, a la relación médico-paciente. No se trata de establecer relaciones lineales entre los macroprocesos y los microprocesos, pero sí de las determinaciones que en el campo de la salud juegan un papel muy importante en ello.

En el tercer capítulo se aborda el financiamiento y los métodos de pago en los servicios de salud recuperando algunos aspectos que involucran la participación activa del Estado con la definición de políticas de mercantilización de los servicios de salud. En el capítulo cuatro se analizan las categorías que se utilizan en el estudio de caso. Se toma como base un tipo ideal con el que Emmanuel y Dubler (1995) trabajaron, llevando a cabo un replanteamiento conceptual de las categorías analíticas que ellos presentan. No se trata de seguir el planteamiento general de este modelo realizando únicamente algunos ajustes conceptuales y metodológicos, ya que la aplicación del tipo ideal sin una consideración genética de los procesos que lo articulan sería insuficiente. Es por ello que se parte de ubicar socio-históricamente esta relación particular que se da entre el médico y el paciente.

Finalmente los resultados se muestran en el capítulo seis que se subdivide en dos grandes apartados de acuerdo a las técnicas que sirvieron para el análisis: cuantitativas y cualitativas. El capítulo siete recoge la discusión y las conclusiones.

La dirección que toma el estudio adquiere sentido bajo las siguientes consideraciones: La relación médico-paciente es una forma de reproducción de las relaciones de producción en la que tienen lugar diferentes mecanismos de dominación y control. Pero el control solo es necesario cuando existen puntos de contradicción entre dos o varias partes que pueden llevar al conflicto social. Partiendo de lo anterior, una de las primeras preguntas que surgen es ¿por qué existe una contradicción y cuáles son los elementos que la caracterizan?. En muchos de los procesos sociales la respuesta parecería obvia, pero no siempre es así, por lo que sigue siendo una pregunta válida. Otro cuestionamiento es ¿cómo, en su caso, la contradicción ha llegado a convertirse en una situación conflictiva?, y finalmente ¿cómo se llevan a cabo los procesos de dominación y control para el mantenimiento del orden social?. La primera y tercera de estas preguntas encuentran algunas respuestas en este trabajo para el caso particular de la relación médico-paciente.

El segundo cuestionamiento también se aborda en este trabajo, pero los datos en las opiniones de los sujetos son insuficientes para permitir ir más allá de una proposición hipotética sobre los procesos sociales contradictorios que convergen en el conflicto.

El poder, la dominación y el control social son los ejes que guían las preguntas y explicaciones acerca del proceso relacional que nos ocupa, por lo que no hay que descuidarlos en tanto que los resultados y conclusiones refieren a los medios a través de los cuales es posible su existencia y mantenimiento.

Capítulo I

Ubicación del marco teórico-metodológico en el estudio de la relación médico paciente

Las relaciones sociales se han estudiado desde distintas posiciones que difieren en sus planteamientos ontológicos, epistemológicos y metodológicos. Cada una de ellas coloca el énfasis en distintos aspectos a los que consideran como determinantes de la acción colectiva o individual. Es importante conocer las diferencias presentes en estos planteamientos para ubicar más adelante el punto de vista desde el que será mirada la relación particular que nos ocupa, la que se da entre el médico y el paciente.

La relación médico-paciente es un proceso particular que representa el punto central de la atención a la enfermedad, pero además es importante en tanto que forma parte de una estructura a través de la cual se concentra y se orienta la respuesta social ante la enfermedad y en la que se lleva a cabo la reproducción de ciertas normas y valores sociales, de formas de apreciación y de clasificación y de relaciones de poder. Es por ello que el ejercicio de la medicina no puede ser considerado como una acción aislada que puede ser explicada únicamente por las conductas, las situaciones, su carácter público o privado, por ejemplo. Si bien su expresión más elemental se puede observar en el encuentro del médico con el paciente, ésta relación solamente es un componente de un entramado de relaciones que definen a un todo complejo. No es suficiente con explicar su función o su estructura, pero si es necesario distinguirlas y situarlas como diferentes niveles en el análisis de la complejidad. Describirla tal y como se presenta en la realidad social es concluir, a partir de juicios analíticos a priori, absolutamente nada.

1.1. El análisis de las relaciones sociales desde distintos enfoques teóricos

1.1.1. Las relaciones de producción

El marxismo concibe las relaciones sociales, específicamente las relaciones de producción, como un proceso dialéctico en el que se lleva a cabo la contradicción en el sistema de producción y en el *sistema social en su conjunto* (Vincent, 1973), que se manifiesta en la lucha de clases. Por tanto su análisis central se ubica en el proceso de trabajo y el sistema de relaciones en la producción.

El tipo de relaciones sociales bajo las cuales se lleva a cabo un determinado trabajo puede ser explicado por el análisis de los medios de trabajo (Marx, 1981). A través de él podemos conocer los objetos y las estructuras en las que se materializan esas relaciones, pero no nos dice que papel juegan las relaciones simbólicas y las representaciones de las partes en el sistema de contradicciones —la superestructura. Esto no quiere decir que Marx considerara la subjetividad desvinculada de las relaciones concretas entre los hombres. El creía que éstos producen ideas y valores bajo condiciones determinadas por el modo de producción material y que, por tanto, existía una correspondencia compleja de las relaciones entre los hombres, a través de las cuales producen y se reproducen, con la concepción que ellos tienen del mundo y la forma en que justifican sus actos y su modo de vida. “... si se negaba a hacer concesiones a un filosofía teleológica y subjetivista de la sociedad, no excluía en absoluto que las fuerzas colectivas, surgidas del desarrollo social capitalista, pudiesen oponerse a la gravedad de las relaciones de producción.” (Vincent, 1973: 69).

La dialéctica materialista, que Marx deriva de la dialéctica de los conceptos de Hegel, nos brinda una concepción de la sociedad en la que los procesos que tienen lugar en ella son determinados por las contradicciones en el proceso de producción capitalista. De esa manera las clases se conforman como un sistema de diferencias a partir de las relaciones que los sujetos establecen con los medios de trabajo, el papel que desempeñan en el proceso productivo, las posición que tienen y la proporción de riqueza generada a la que tienen acceso. Son estas diferencias las que explican desde una visión general la manera en que se organizan los grupos humanos. Si bien la clase explica el por qué de los procesos sociales a un nivel macroeconómico, su capacidad

explicativa no es tan fuerte cuando dirigimos nuestra mirada a procesos de menor jerarquía, en donde podemos encontrar otros sistemas de diferencias que predominan sobre la forma en que se establecen las relaciones sociales particulares, tal es el caso de la consulta médica, por ejemplo. No obstante, la contradicción sigue estando presente en la determinación de estos casos particulares de interacción, por lo que no podemos dejar de considerarla como un elemento importante en el análisis de los microprocesos sociales.

1.1.2. La acción racional y los tipos ideales

La teoría de la acción social de Weber parte de la consideración de que la acción es el reflejo de una representación de la realidad individual orientada por el comportamiento de otros, pero una representación que da prioridad a los valores como referentes de la acción, la cual puede ser tipificada de acuerdo a las características que la orientan —orientación racional a un sistema, a valores absolutos, afectiva y tradicional—. Habermas (1989; 2001) hace énfasis en la distinción que Weber establece entre la racionalidad y la racionalización en la teoría Weberiana. Esta última constituye un proceso en el que convergen racionalidades con arreglo a fines de dominación. Es la implantación del tipo de acción racional con arreglo a fines que afecta a la elección que puede hacer el sujeto entre posibles alternativas.

Jean-Marie Vincent advierte que la diferencia entre Marx y Weber radica en que el primero “pensaba que la crítica científica de la sociedad capitalista [y] el descentramiento de las concepciones de la sociedad con respecto a las ideologías, debían conducir al dominio de los procesos sociales, mientras que Weber veía en toda teoría social [...] la manifestación de un punto de vista que refleja los valores explícitos o implícitos de los investigadores”. (Vincent, 1973:67) Y este punto de vista es el que hace individualizante al método, lo cual sólo permite generar conceptos generales desde una construcción intelectual particular. Eso es lo que el tipo ideal refleja en la teoría Weberiana: “El tipo ideal es un cuadro de pensamiento, no es la realidad histórica ni sobre todo la realidad auténtica, sirve aún menos como esquema en el que se podría ordenar la realidad en calidad

de ejemplar. No tiene más significación que la de un concepto límite puramente ideal con el cual se mide la realidad para clarificar el contenido empírico de algunos de sus elementos importantes y con el cual se la compara“. (Weber, 1988:65). De este modo el tipo ideal resulta ser un complejo de categorías intermedias entre las acciones concretas de los sujetos sociales y la abstracción científica. La interpretación de las acciones permite explicar cómo es percibida la realidad individual y cómo ello se refleja en la interacción.

El tipo ideal puede ayudar a la formulación de hipótesis y sugerir preguntas que se plantearán a la realidad cuando se busca la explicación de constelaciones históricas singulares, por ejemplo: formaciones sociales, configuraciones culturales, o acontecimientos, entre otras, pero no puede, por sí mismo, generar ningún conocimiento de la realidad (Bourdieu, 2002). En este sentido puede ser utilizada como una herramienta que permite al investigador acercarse al objeto problemático y redefinirlo. Si el objeto es el reflejo de un punto de vista del investigador y por lo tanto, como propone Bachelard (1973), es construido, el tipo ideal es una enumeración de los elementos que resultan sustanciales desde la mirada del investigador, la cual responde a determinados fines o intereses. De esta manera sirve de base metodológica y analítica y no solamente como un instrumento de comparación entre lo que se observa y lo que se espera de la realidad.

1.1.3. Los sistemas sociales

La teoría de los sistemas sociales tiene su base en la obra de von Bertalanffi (1998): “Teoría General de los Sistemas” que trata de las regularidades de los sistemas biológicos, entre otras cosas. El término fue utilizado primero por Sigerist (1929) y Henderson (1935). Los escritos de Parsons (1951) sobre los sistemas sociales y la acción social originaron una gran polémica en los años cincuenta. El autor hace una distinción fundamental entre el análisis de las estructuras morfológicas y el análisis dinámico de los procesos. Sin embargo, aún cuando el estudio de los sistemas sociales se enmarca dentro de la acción, el análisis de la estructura es, en primera instancia, un punto de referencia necesario para llevar a cabo generalizaciones acerca de los procesos, ya que el desarrollo de

un cuerpo de conocimientos científicos depende del aumento en el conocimiento de los hechos empíricos, íntimamente combinados con un cambio en la interpretación de este cuerpo de hechos y con un cambio en la estructura del sistema social teórico (Parsons, 1937).

Por otro lado Luhmann (1998:133) hace referencia a una autogénesis de los sistemas sociales, la cual puede ser estudiada a través de la confianza y la desconfianza que surgen a partir del problema de la doble contingencia. Luhmann distingue a la sociedad como el sistema social de mayor complejidad que los sistemas organizacionales y las interacciones personales, los cuales conforman subsistemas sociales dentro del sistema total. (Luhmann, 1982). Uno de los principales ejes bajo los que este autor construye las explicaciones sobre los procesos sociales se encierra en la pregunta acerca de cómo los sujetos ordenan los fenómenos de la realidad compleja para realizar sus prácticas en situaciones contingentes, de esta manera obvia los procesos históricos que dan origen a estas situaciones.

Así pues, los procesos sociales se llevan a cabo mediante una relación de dominación que no puede ser explicada solamente por su carácter económico. Como práctica social, la economía es el punto en donde se unen y corresponden las ideas y las representaciones sobre la realidad (Kosik, 1965). Pero ¿Cómo está constituido ese sistema de representaciones? La economía, por sí misma, no nos dice nada acerca de esta cuestión, pero podemos derivarla de ella, evitando siempre el riesgo de caer en tautologías que nos lleven a basar nuestros razonamientos en simples actos de fe.

1.1.4. Sujetos, estructuras y relaciones de poder

Tanto Marx como Weber abordan la cuestión del poder, pero para el primero el poder es originado en última instancia en las relaciones económicas, ya que quien posee los medios de producción puede ejercer el poder político de manera directa o indirecta; sin embargo Weber objeta que el poder económico puede ser consecuencia de la utilización de otros tipos de poder, la forma en que es ejercido puede variar considerablemente de acuerdo a las condiciones históricas (Weber, 1967). El poder no implica la obediencia a las disposiciones de quien lo posee sino en tanto existe una

relación de dominación: “Todas las cualidades imaginables de un hombre y toda suerte de constelaciones posibles pueden colocar a alguien en la posición de imponer su voluntad en una situación dada. El concepto de dominación [...] solo puede significar la probabilidad de que un mandato sea obedecido” (Weber, 1999:43).

Por otro lado, Foucault ve en las relaciones sociales una demostración de poder, un conflicto constante y eterno que implica elementos diversos que contribuyen a su construcción y reproducción. Los gestos, el lenguaje, los conceptos, los símbolos, los espacios, son todos utilizados de distintas formas en diferentes momentos. Su teoría se funda en una dialéctica de los conceptos y los símbolos en la que el poder trata siempre de imponerse a través de las estructuras y los instrumentos con las que construye representaciones de sí mismo.

De acuerdo con María Inés García (2002: 39) Foucault utiliza cinco elementos que ayudan a entender el cómo del poder: 1) *los sistemas de diferencias* – de status, económicas, de ubicación espacial, lingüísticas –; 2) *los objetivos* – mantener privilegios, acumular ganancias, ejercer una función –; 3) *los instrumentas con los que es ejercido* – coerción, condicionamiento, vigilancia –; 4) *las estructuras que cristalizan el poder* – la familia autoritaria o liberal, el hospital que cosifica al sujeto o que lo humaniza –; 5) *el grado de racionalización* – el nivel de conciencia sobre la relación, con instrumentos más o menos sofisticados. En la relación médico-paciente el saber es lo que más claramente caracteriza la diferencia entre los sujetos que participan en ella. La manera en que el saber es adquirido y utilizado influye de manera decisiva en la forma en que el proceso relacional se lleva a cabo. Las determinaciones que pueden existir en este complejo de elementos no son unidireccionales y su punto de partida no está definido, puesto que el sistema de diferencias puede determinar los objetivos y éstos a aquel. Si consideramos la primera posibilidad —en la que las diferencias determinan los objetos de poder— tenemos en los elementos que nos brinda esta metodología un sistema complejo que el saber construye para hacerse efectivo; es decir, para ejercer el poder. Pero faltaría un elemento importante que no define tanto la forma de expresión como su capacidad de permanencia: la autonomía, aquello que el saber construye para asegurar su hegemonía y que está en relación con la estructura, ya a nivel de las representaciones, ya de lo material y lo simbólico.

Las estructuras de poder según Foucault (1999; 2001), están definidas por el complejo de relaciones que se establecen al interior de las instituciones y por los elementos materiales de los que hace uso cierto grupo y que sirven como delimitadores espaciales donde se capitaliza el poder y como referentes de representaciones simbólicas. Estas últimas constituyen el mecanismo mediante el cual el poder delimitado espacialmente se expande hacia el interior del cuerpo social. Por lo tanto, la estructura cumple una doble función aparentemente contradictoria, pero mientras la primera sirve para retener el poder, la otra hace posible su ejecución sobre el objeto de poder.

Hay que considerar que si bien la estructura aparece como un conjunto de elementos que tienen una configuración determinada para un momento o período particular de tiempo, ésta no debe considerarse como una representación estática o ahistórica. Si se habla de estructura es porque se hace desde una mirada que intenta buscar en los distintos niveles de análisis un entendimiento y una explicación de la complejidad.

Eduardo Ibarra (1993: 27) hace una crítica a la metodología de Foucault, encuentra en ella una concepción binaria de las relaciones de poder, lo que resulta una limitación porque no puede dar cuenta del funcionamiento del complejo de redes relacionales bajo el cual ambos sujetos interactúan. Pero, si bien Foucault utiliza ejemplos binarios para ilustrar algunas características del cómo del poder —la autoridad, la disciplina, la autonomía— (Foucault 2001) y hace referencia a una microfísica de la relación —los gestos, los movimientos, las posturas— (Foucault, 1992) esto no demuestra que su teoría se reduzca a una concepción dualista de las relaciones de poder. Su concepción se basa, más bien, en que los procesos sociales son funciones complejas que se vinculan a través de un sistema de relaciones con el conjunto social. Lo que propone es una mirada a lo que sucede imperceptible en las relaciones entre los hombres y buscar en ello ese resto necesario del significado sobre el significante.

Foucault dice que la forma de estudiar el poder es analizando ahí donde éste tiene lugar. Es por ello que en un primer momento se debe mirar ahí donde el saber médico se convierte en acción, ya sea preventiva o curativa, y es en esta última forma donde se enfocará este trabajo, la acción que tiene lugar dentro del consultorio.

1.1.5. El estructuralismo genético

Bourdieu hace una ruptura con la sociología determinista, su filosofía de lo social es monista en el sentido de que niega la existencia de delimitaciones definidas entre lo externo y lo interno, lo consciente y lo inconsciente; lleva a cabo una aprehensión del conocimiento y el desconocimiento, lo reflexivo y lo prereflexivo que los agentes adquieren del mundo social y que define la práctica humana (Loïc, 1992). El principio de construcción del objeto de conocimiento se encuentra en el sistema socialmente constituido por disposiciones estructurales y estructurantes adquiridas en la práctica y conscientemente orientadas a funciones prácticas (Bourdieu, 1992). La práctica social sólo puede ser entendida a través del uso de dos concepciones generales: el habitus y el campo, en este último se crean formas específicas de intereses y de racionalidad que llevan al sujeto a participar en el espacio social, la participación de cada sujeto es diferente por la posición específica que guarda en él y por la trayectoria de cada participante en esa posición, es decir, el habitus. Por lo tanto, en función de la posición que los sujetos ocupan en el espacio social se puede aprehender la lógica de sus prácticas y determinar como clasificarán y se clasificarán (Bourdieu, 1996). Al decir esto, Bourdieu se refiere al espacio en el que se desenvuelven las clases sociales. En este trabajo se analizará la posición que los sujetos guardan en un espacio social determinado, el campo de la salud.

Otro concepto importante en la teoría de Bourdieu es el de *illusio*, con el que se explican intereses presupuestos y producidos por el funcionamiento de los campos delimitados históricamente; es, por tanto “una construcción histórica que puede ser conocida solo a través de un análisis histórico, ex post, a través de una observación empírica, y no deducido a priori de alguna concepción ficticia de «hombre»” (Ibid). La *illusio* está en contraposición al interés, ya que este último es una construcción individual, mientras que aquella se produce y reproduce por y a través de los significados y las prácticas colectivas. Las preferencias del sujeto no son siempre resultado de un gusto natural y predeterminado por su condición humana, sino de una racionalidad que se sobrepone a la suya. Así pues, el interés responde a una racionalidad, pero la forma en que nos representamos esa racionalidad no debe estar separada de la historia individual y colectiva de los agentes —tal es el caso de la concepción economicista de la teoría de la acción racional a la que este

autor crítica (Elster, 1986; Coleman, 1986)— a través de la cual las estructuras de preferencias se constituyen en un complejo temporal dialéctico con las estructuras objetivas que las producen y las cuales ellos reproducen (Bourdieu, 1992). Es en esta relación que Bourdieu ubica el ejercicio del poder simbólico como un mecanismo de legitimación del orden social: “...los agentes aplican a las estructuras objetivas del mundo social estructuras de percepción y de apreciación que salen de esas estructuras objetivas y tienden por eso mismo a percibir el mundo como evidente” (Bourdieu, 1992:38).

Se puede decir que la noción de *campo* rompe con la mirada disciplinaria del objeto en la que la realidad tiende a fragmentarse para poder ser comprendida, explicada y modificada. Por otra parte el *habitus* conforma una estructura compleja, no un sujeto abstracto y generalizable, sino un sujeto particular que es modificado en cierta medida por la incorporación de las estructuras sociales que puede aprehender desde su posición en el espacio social —las estructuras objetivas—, modificación que determina la forma en que interactúa con y en él y que le permiten transformarlo.

1.2. Aportes de la Sociología Médica al estudio de la relación médico-paciente

Hasta aquí se han abordado las teorías sobre la sociedad que proporcionan elementos generales para el estudio de las relaciones sociales. Pero antes de entrar a una discusión sobre la importancia y pertinencia de sus aportes para el presente estudio, habrá que poner atención a otras que enfocaron su interés en la práctica médica, lo cual posibilitó a mediados del XX el surgimiento de la sociología médica como un importante campo de discusión. Esta disciplina tiene sus orígenes en los trabajos de Sigerist (1929), quien dió las bases para la sistematización histórico-social de la relación médico-paciente. En 1935, Henderson define a esta relación como un sistema, una situación en la que se da la interacción entre individuos movidos por sentimientos e intereses heterogéneos. Parsons (1951) retoma las ideas de Henderson sustituyendo los “sentimientos” por estatus y roles del médico y del paciente.

Hay cuatro conceptos generales sobre los que se estructura la teoría de sistema de Parsons: la funcionalidad-disfuncionalidad del sistema, el control social, la acción racional y los roles sociales (Parsons, 1951). El ejemplo particular se encuentra en el caso de la práctica médica moderna. Ante la enfermedad o desvío, y teniendo en cuenta que la salud, a la que el autor concibe como la ausencia de enfermedad o en sus propias palabras como “un estado de perturbación en el funcionamiento «normal» del individuo humano total” (Ibid, p. 434), es uno de los prerrequisitos funcionales del sistema social, el «individuo» puede, mediante una acción racional, controlar la condición de disfuncionalidad que se ve reflejada en una incapacidad para desempeñar efectivamente los roles sociales. La práctica médica es el “mecanismo” en el sistema social con el que sus miembros se enfrentan con las enfermedades. Interpretando al autor podría decirse que es un mecanismo de acción racional para el control de las condiciones de disfuncionalidad que implica una serie de roles institucionalizados. La manera en la que esta acción se organiza en el sistema social se relaciona con ciertos aspectos de la tradición cultural general de la sociedad moderna, tales como el conocimiento, las representaciones y las prácticas sobre la salud y en este sentido es un rol colectivamente orientado.

Una extensión del modelo de Parsons se encuentra en Szasz y Hollender (1956). Estos autores especifican tres tipos de relación médico-paciente basados en la severidad de los síntomas: el modelo activo-pasivo, el modelo de consejería-cooperación y el modelo de participación mutua (Wolinsky, 1988:153).

El modelo de Hayes-Bautista de la modificación del tratamiento se basa en la teoría fundamentada. Este autor desarrolló un modelo teórico de los procesos sociales a través de las estrategias que siguen los pacientes para modificar el tratamiento cuando perciben que éste no ha sido adecuado y encuentra dos estrategias básicas: las tácticas de convencimiento y las tácticas de receta (countering) (Ibid, p 155).

Friedson (1961) hace una crítica al modelo de Parsons en el sentido de que si bien puede usarse como patrón fijo a través del cual es posible medir el desvío de la realidad, ésta no puede explicar la realidad; es decir, se conocen las situaciones en las que no se cumple el rol esperado, pero no lo que realmente sucede en las situaciones concretas. La propuesta de Friedson es que la realidad

sea aprehendida a través de los puntos de vista del paciente, el médico y aquellos sujetos que estén involucrados en el proceso de tratamiento.

Para Friedson la medicina tiene el poder para crear la enfermedad como un “rol social oficial” (Wolinsky, 1988: 111). El dominio profesional impone cierta organización sobre la experiencia y la manifestación de la enfermedad (Freidson, 1988, 302). Los practicantes de la profesión son parte de un orden social oficial y agentes de control social. “El orden social oficial es política y culturalmente dominante, reflejando los valores y el conocimiento de las clases dominantes de la sociedad. [El orden social oficial] no es necesariamente hostil a los valores de la vida diaria, pero es, no obstante, impuesto sobre la vida diaria, y esta imposición es soportada por las fuerzas políticas, económicas y normativas organizadas [...] [El dominio profesional define] cuanto o cuando no un problema existe y cual es ese carácter «real» del problema y cómo debe ser manejado” (Ibid., 303)

Los aportes de Freidson, sin embargo, no van más allá de una definición de las profesiones como una ocupación que cumple con ciertas características de funcionalidad para su reproducción como una actividad libre y controlada al interior. Desde los cuarenta la medicina había dejado de ser exclusivamente una profesión liberal, la institucionalización de la práctica médica la llevó a cambios profundos que aumentaron la complejidad de las relaciones que tienen lugar en ella. Freidson había advertido de la necesidad de considerar los puntos de vista de los diversos actores que intervienen en el tratamiento de la enfermedad, Bloom (1963) situó el análisis de la relación médico-paciente como sistema social sobre la base del hospital y más tarde los trabajos de Reeder (1972) y McKinlay (1977) llamarán la atención, una vez más, sobre el estudio de las prácticas institucionales en lugar de la práctica independiente, así como del cambio del tratamiento curativo al preventivo y de los términos con los que es definido el paciente: consumidor en lugar de persona.

Waitzkin y Waterman (1976) proponen un abordaje marxista para el estudio de la relación médico-paciente, tratando de vincular los microprocesos con los macroprocesos: “Dentro de la institución de la medicina misma, la noción marxista de clases puede ser aplicada a varios de trabajadores de la salud, administradores y pacientes. Estratificados de acuerdo al grado de autoridad médica que tengan, esos grupos pueden tener intereses que conflictúan a unos con otros.

Así como el trabajador está subordinado a capitalista dentro de la estructura económica, el paciente está subordinado al profesional de la salud y los administradores en la jerarquía médica [...] pero además, la estratificación ocurre en la relación médico-paciente misma, basada en un acceso diferencial a la información médica [...] La estratificación está dada a su vez por la comunicación restringida, la cual también crea el potencial para el conflicto” (Ibid.: 34). El conflicto, en un sentido dialéctico, dice Waitzkin, es un prerrequisito positivo para el cambio social. Y es aquí donde se encuentra la ruptura con los modelos de Parsons y Freidson, en los que la relación conduce a un equilibrio del orden social establecido, a un deber ser en el primero y a una situación real de dominación y control social en el segundo. No obstante, la analogía con la que Waitzkin analiza la relación médico-paciente, a través de la categoría marxistas de clase social es inadecuada, un tanto *ad hoc*, ya que, si bien se acepta que los microprocesos reproducen a los microprocesos, estos últimos, que es donde tiene lugar el control social, no pueden ser estudiados en su especificidad a través de categorías generales y abstractas. En todo caso, los conceptos de *estratificación*, que al parecer el autor toma como sinónimo de clase social, y *contradicción* pueden resultar mejor en el análisis de los microprocesos.

Un estudio posterior de Watzkin (1979) aporta varias consideraciones sobre la función que cumple la relación médico-paciente en la reproducción social. Para Waitzkin la relación médico-paciente es un campo en el que los microprocesos refurzan macroprocesos de la estructura social, tales como la dominación y la subordinación (Ibid.). El estudio arroja las siguientes conclusiones: 1) la relación médico-paciente sirve para reproducir las relaciones de producción cuando el médico no comparte la información con el cliente, el control del médico sobre el enfermo y la cosificación del cuerpo; 2) sirve para reproducir las relaciones de clase asignando al cliente la responsabilidad individual, individualizando los problemas sociales ocultando las raíces políticas y económicas; 3) reproduce el papel de la ciencia invalidando teorías médicas que no son compatibles con el paradigma médico científico occidental, utilizando un lenguaje técnico y controlando la información que se le da al paciente, 4) por último, el médico controla la vida diaria del enfermo medicalizando el desvío, imponiendo formas de acción e institucionalizando al paciente.

La bibliografía sobre la relación médico-paciente es extensa y aquí sólo se han presentado aquellos que en la sociología médica han aportado elementos a la larga discusión teórica que, sin haberse agotado, parece estar suspendida. Los temas sobre los que se han enfocado las investigaciones desde finales de los sesenta, pero más en un sentido pragmático, se refieren a la continuidad (Becker, et al, 1974; Hjortadahl, 1992), la comunicación (Francis, et al, 1969), las diferencias de género en la calidad de la atención (Cooper-Patrick, et al, 1999; Saha, 1999); la satisfacción del paciente como elemento en la elección del médico (Schmittiel, et al, 1997); la confianza (Thom and Cambell, 1997; Thom, 2001) asociada al tipo de pago del servicio (Kao, et al, 1998; McCarthy, et al., 1999), entre otros. No obstante los nuevos elementos que aportan estas investigaciones resultan insuficientes cuando se estudian de manera aislada para dar explicación de la relación como un proceso complejo. Pocos trabajos como el de Emmanuel y Dubbler (1995) han tratado de elaborar un modelo que reúna varios de estos aspectos, sin embargo, la propuesta aborda la relación como un hecho que ocurre independientemente de las estructuras que le dan sustento.

Tratando de evitar caer en un sincretismo ciego se pueden recuperar algunos elementos abordados por las distintas corrientes, que son importantes para avanzar en una propuesta que permita abordar el proceso relacional que nos ocupa, bajo el principio de que su aprehensión requiere que sea considerado como un proceso complejo que tiene lugar dentro de un campo delimitado en el que los sistemas de interacción operan a través de estructuras simbólicas, culturales, económicas y políticas.

Las distintas corrientes que aquí se ha discutido sin duda tienen planteamientos ontológicos y epistemológicos que inevitablemente los llevan a posturas encontradas. Sin embargo, hay que reconocer que, y en esto hay coincidencia con Weber, la subjetividad del investigador lo lleva a priorizar algunos aspectos de la realidad social sobre otros porque se encuentra en una posición social desde la que, en principio, la realidad se le presenta distinta. Pero no se puede aceptar que tal condición justifique la fragmentación de esa realidad en el proceso de construcción del objeto problemático. Es imposible dar cuenta de la totalidad, pero es necesario construir objetos complejos que lleven a identificar los sistemas de relaciones que hagan posible la comprensión y explicación de la génesis de los procesos que se estudian. Se trata entonces de evitar la parcelación del objeto

cuando nos posicionamos en una mirada que limita su explicación y comprensión, no de conciliar distintos elementos con los cuales adaptar los planteamientos de manera más conveniente, tal como sucede con las teorías *ad hoc*, sino de lograr un acercamiento desde una mirada capaz de aprehender la complejidad del objeto. En este sentido las nociones de *campo* y *habitus* de Bourdieu proporcionan una base ontológica con la cual se pueden plantear preguntas en relación a estas premisas.

De esta manera hay distintos niveles de análisis de acuerdo al grado de complejidad que va adquiriendo el sistema de relaciones dentro del campo de la salud. Así, los elementos que determinan la relación médico-paciente de manera más directa están en el sistema de relaciones específicas en que cada sujeto se encuentra inserto —su espacio habitual— y que influyen sobre las prácticas y representaciones de los mismos (Menéndez, 1994). Cada uno es portador de un saber y un actuar sobre la enfermedad aprendidos, transformados y reproducidos de manera cotidiana. Pero a este ser y hacer se vinculan las representaciones de orden institucional, el “deber ser”. Desde la visión de Foucault, la institución se impone como órgano de control sobre la acción de los sujetos, los espacios cerrados y las normas que los regulan aseguran una estricta vigilancia y el cumplimiento de lo establecido. Y por último se encuentra el Estado como órgano rector y dador, como elemento que posibilita la práctica de la medicina, un elemento externo que tiene gran influencia sobre la forma en que la profesión médica se articula al interior.

El abordaje de la institución médica como campo abierto en el que tienen lugar las relaciones de poder y dominación requiere un análisis más detallado en el que se recupere la historicidad de la medicina; es decir que explique cómo es que tuvo lugar la institucionalización del saber y del hacer en la atención de la enfermedad.

Capítulo II

El Estado y los Sistemas de Salud

La práctica médica moderna que llega hasta nuestros días ha sufrido transformaciones tanto en su mirada como en su estructura y organización. El paso de la medicina a su forma positiva es uno de los cambios más profundos en el campo de la salud que llevó a esta disciplina a una sistematización en la apropiación y el ejercicio del saber. Pero este cambio no ha ocurrido sin el desarrollo de fuerzas que se contraponen y conflictúan dentro y a través de los distintos campos sociales. El análisis de las formas en las que el poder y la dominación tienen lugar y de los actores que intervienen en ese proceso adquiere su importancia en la posibilidad que nos brinda de dar cuenta de las determinaciones que colocan a la práctica médica en la situación actual.

La creación del hospital como estructura clave de la mirada clínica permitió a la medicina constituirse como un campo autorregulado, pero a mediados del siglo pasado su naturaleza privada dejó de ser útil a los intereses del patrón de acumulación capitalista para el que era necesario un aparato que asegurara la reproducción y el bienestar de la fuerza de trabajo, una institución encargada de mantener al cuerpo social en un nivel de mayor productividad.

En el Estado de Bienestar la incorporación del cuerpo médico al sistema de instituciones públicas modificó la diádica de la relación médico-paciente, disminuyó la autonomía médica y produjo una segmentación de la profesión (Llovet, 1999). Esta lógica institucional que complejiza el proceso de atención a la enfermedad no desaparece en la ideología neoliberal, adquiere un nuevo matiz como resultado de la mayor mercantilización del Estado (Esping-Andersen, 1991), la racionalidad de la medicina institucional se subordina a la racionalidad economicista. Bajo este principio el Estado incorporó una serie de criterios de aplicación y evaluación de programas en salud con el fin de lograr un alto impacto a bajo costo. En México se han adoptado mecanismos de reestructuración del débito público basados en las propuestas de organismos internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, entre las cuales se incluyen la participación de organizaciones de la sociedad civil en el proceso presupuestario, así como asegurar

mayor intervención de los organismos privados que compiten en el mercado con fines lucrativos (Laurell, 1995; Ferranti, et al, 2000; Krafchik, 2001; IMF, 2002; Krueger, 2002). Se entra así a una nueva fase que inicia con la reestructuración de las funciones administrativas del aparato Estatal y que prepara el camino para su retirada del campo económico y la liberación del mercado. En el debate sobre la reforma Estatal la opción de modificar al Estado de Bienestar para mantener el crecimiento económico a largo plazo fue mucho menos aceptada que la de modernizar el aparato productivo o los sectores productivos para integrarlo a la economía internacional; pero para lograr esto, era necesaria la regulación de la competencia, la protección al consumidor, mercados de capital y de ciertas condiciones de trabajo, entre otras cosas (Vellinga, 1992).

En la primera sección de este capítulo se tratan aquellos elementos que se encuentran en el espacio en dónde se lleva a cabo la práctica de la medicina e influyen directamente en la relación entre el médico y el enfermo, y a la autonomía como el primer eslabón hacia fuera del complejo de relaciones que determinan el ejercicio del poder sobre el enfermo, de ella se deriva la forma en que la profesión es regulada a su interior por medio de los otros miembros del cuerpo médico. En la segunda sección se abordan con más detalle otros aspectos que se ubican en un nivel de mayor jerarquía, tales como los sistemas de salud y las políticas de Estado.

2.1. Institucionalización de la práctica médica moderna y la relación médico-paciente

La institucionalización de la medicina tiene sus inicios a finales del siglo XVIII y culmina con el surgimiento de la clínica y la creación de los hospitales que constituyen espacios cerrados en donde el ojo del médico dictaría su autoridad sobre el cuerpo enfermo (Foucault, 2001). Espacios que sirvieron para probar, sistematizar y desarrollar los conocimientos de la nueva ciencia a través de la caridad que prestaban a la gran masa de la población que vivía en la miseria con el fin de mejorar los servicios médicos a los que tenían acceso las clases más beneficiadas. El hospital constituyó un laboratorio en el que la mirada médica sufrió su más grande reducción al perder de vista el horizonte social.

La transformación de la mirada médica modificó los medios y las estructuras de apropiación, reproducción y ejercicio del saber. Por lo tanto, la relación entre el médico y el enfermo también se modificó. La especialización del conocimiento inauguró una nueva forma de medicina “más eficiente” que llevó inevitablemente a la anulación del sujeto. De esta manera la estructura hospitalaria y la práctica médica especializada son dos características presentes en el sistema de salud actual que desde la segunda mitad del siglo pasado han ocupado un lugar primordial en el proceso de atención a la enfermedad.

2.1.1. Apropiación, reproducción y ejercicio del saber

Hasta finales del siglo XVIII, el aprendizaje de la medicina fue un acto que se llevaba a cabo entre el maestro y el aprendiz, ningún otro elemento había de intervenir en el proceso, la fuente de la sabiduría era el médico mismo, como constituido por un saber eterno. Pero la clínica fue llamada a romper con este esquema, el saber habría de aparecer ante los ojos del médico, oculto en el cuerpo del enfermo; sólo tenía que observar las formas y los espacios bajo las cuales el proceso mórbido se manifestaba. Con la medicina de las especies, la relación entre el médico y el paciente se vio modificada. Ya no es el enfermo el objeto pasivo de poder; la posibilidad de ejercer la autoridad está en el objeto mismo sobre el que recae, tanto porque existe como contrario como porque es fuente de saber. Es así como la apropiación del saber se extendió de la relación maestro-aprendiz a la relación médico-paciente. El gran logro de la medicina es ese momento fue el análisis racional de los fenómenos, pero al mismo tiempo estableció un límite en la comprensión de la complejidad de la enfermedad al cosificar al sujeto.

La medicina obtuvo con la clínica la posibilidad de que el *ars diagnostica* dejara de ser un *ars coniectandi*, la búsqueda de un conocimiento sistematizado y la demostración objetiva de la enfermedad la llevarían a una profunda transformación. Bichat anunciaba en 1801: “La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas” (Entralgo, 1998, 514), lo que llevó a los médicos a una búsqueda apresurada del estatus de científicidad. Medio siglo después

Berthelot anunciaba: “Hoy el mundo ya no tiene misterios. La concepción racional pretende aclararlo todo y comprenderlo todo... mediante el conocimiento de las leyes físicas, la ciencia ha renovado la concepción del mundo y revocado irreversiblemente la noción del milagro y de lo sobrenatural” (Ibid, p. 560). Una queja y un ingenuo deseo que jamás se cumpliría y al que no escapaba la mirada médica, pero ésta sólo llegó a constituirse como disciplina objetiva cuando el proceso mórbido fue identificado en las lesiones orgánicas que los cirujanos de finales del siglo XIX descubrieran en los cadáveres, pero eso no la llevó a entender, explicar y curar la enfermedad con exactitud. La mirada reducida del método anatómico-clínico se enfrentó a las enfermedades de la modernidad que poco tenían que ver con las lesiones orgánicas a las que estaba limitado. Charcot, en su afán de aprobarlo como el único camino correcto hacia la explicación de la enfermedad, tuvo que admitir su falibilidad cuando le fue imposible establecer una relación entre el cuadro de histeria y alguna lesión orgánica (García, 1987, 270).

Las ideas liberales en Francia, hacia finales del siglo XVIII situaron a la práctica de la medicina en un campo libre. Se creía que la individualización en la acción médica produciría sistemáticamente una expansión y un proceso de búsqueda acelerado de la verdad, y que la ciencia médica sería llevada a todos los rincones de la sociedad. La enseñanza también se individualizó, se propuso incluso que cada médico de hospital formara una escuela, determinando el plan y los tiempos para cada alumno y el pago por los estudios según la reputación de la que gozara. Las Universidades fueron cerradas en 1791 (Foucault, 2001: 78-80). Esta situación convirtió al médico en depositario absoluto de una autoridad que sólo él podía delimitar. No obstante, al poco tiempo del cierre de las Universidades y la desaparición de los comités la charlatanería había llegado a niveles muy altos, por lo que el cuerpo médico se vio obligado a instaurar un organismo encargado de regular el ejercicio de la medicina. Comienzan así los planes de reforma y la propuesta para formar una policía médica, dándose los lineamientos generales para una teoría de la profesión médica. Pronto la enseñanza en las Universidades se reactiva y sufre un cambio importante en su estructura. El número de años se aumentó y se sometió a los estudiantes a evaluaciones periódicas antes de obtener el título que les daba la autoridad para ejercer la profesión. (Ibid. pp 116-118) La nueva ciencia se encontraba ahora en un espacio cerrado y autorregulado a través de la vigilancia que

se imponía a través de los exámenes que funcionaban no menos para asegurar la reproducción del conocimiento que para establecer el control de su ejercicio. De esta manera el saber y la autonomía se constituyen como dos elementos que determinan las formas bajo las cuales el poder sobre el cuerpo es dado y ejercido por el médico.

En México, en la segunda mitad del siglo XVI, los reyes católicos fundan el Protomedicato. Durante cerca de dos siglos, el organismo sería el encargado de establecer las bases para la regulación y la vigilancia de la práctica de la medicina (Esquivel, 1981). El periodo que va de 1833 hasta 1867 estuvo influenciado por una mezcla ideológica debido a la introducción de diferentes corrientes del pensamiento que tomaban fuerza en Europa – particularmente el pensamiento francés tuvo gran influencia en México a lo largo de éste siglo, hay que recordar que todas las obras con las que se enseñaba la medicina fueron escritas por autores franceses (Ocaranza, 1995). El idealismo de la Ilustración hacía fuerte contraste con el pensamiento romántico en decadencia y la naciente mentalidad pragmática del positivismo. La medicina no escapó al cambio estructural que representó esta situación, resultado inevitable de las transformaciones que sufrió la mirada de quienes sustentaron el poder. Es así que en 1833 tanto la Universidad Real y Pontificia, especialmente el Establecimiento de Ciencias Médicas, como el Protomedicato fueron atacados, sus privilegios e inmunidades, la índole de su construcción y la orientación de su ideología eran incompatibles con la idea de nacionalidad (Barquin, 1998: 334). Bajo la idea de una adecuada distribución de los beneficios de la medicina, favorecer la difusión, el progreso y la secularización de la ciencia estas dos instituciones fueron cerradas. La Universidad se refunda en 1838 bajo la administración del estado y el protomedicato desaparece definitivamente. No obstante los principios que llevaron a su realización, la estatización de la enseñanza médica no constituyó posteriormente el camino para la socialización de sus beneficios, sino más bien un instrumento de control ideológico.

Al final de este periodo Gabino Barreda logró la consolidación del Establecimiento de Ciencias Médicas con la creación de la Escuela Preparatoria y la reforma del sistema educativo. La educación médica tomaría una orientación positivista desde entonces (Barquin, 1998: 334). Aparecerá en el seno de la nueva ciencia, como resultado del desarrollo teórico y técnico que la mirada objetiva había construido, la división del trabajo en medicina; las especialidades vendrían a

ocupar un lugar importante en la producción del conocimiento y la práctica hospitalaria. La medicina general comenzaba a sufrir una transformación en su ejercicio y su mirada, lo que necesariamente también implicaba una manera distinta de acercarse al sujeto que poco a poco se fue convirtiendo en un reservorio de la enfermedad como aquel en el que la medicina de las especies buscaba arrancar el proceso mórbido que se había alojado en su cuerpo.

Ha principios del siglo XX surge nuevamente un interés por la competencia del médico para ejercer su profesión – Billroth, en 1880, fue uno de los primeros en señalar la necesidad de establecer patrones de calidad en la educación médica. En 1903, bajo la influencia alemana, se inicia la primera inspección de las escuelas médicas en Estados Unidos. Siete años más tarde, el informe Flexner (1910) —“Elementos esenciales de una escuela de medicina de nivel aceptable” — sentaría las bases para una educación médica más disciplinada (Ferreira, 1986). Los puntos básicos tratados en este documento se refieren a la especialización y la calidad de la educación, el número de universidades y la utilización de los hospitales como campos de enseñanza. En esta conformación del hospital como estructura base para la atención y la enseñanza especializada “subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de los regímenes anatómicos y su fisiología. Es una expresión de la medicina clasificatoria que se consolidó en los siglos XVIII y XIX” (Arroyave e Isaza, 1989).

El informe Flexner tuvo gran influencia sobre el modelo educativo y el ejercicio de la medicina en México. En la década de los cuarenta la práctica médica hospitalaria es la forma predominante de prestación de servicios. En 1940 se inician las residencias médicas siguiendo el esquema flexneriano. Los institutos de especialidades surgen como los más grandes centros de atención a la enfermedad (Freyermuth, 1986).

Para los sesenta el crecimiento de la infraestructura de base hospitalaria hace del nivel secundario la forma predominante en la atención. Este crecimiento institucional “...demandó la creación de un nuevo tipo de profesional, cuya práctica fuera predominantemente hospitalaria y que aceptara su nueva posición de asalariado” (Freyermuth, 1986: 15). Se buscaba en este nuevo profesional una mayor eficiencia y eficacia en la resolución de los problemas de salud de la población. Para ello “un grupo de materias especiales se suman a la formación en el pensamiento

biológico” (Jaspers, 1988: 12). Pero esta reforma en la enseñanza no fue un fenómeno aislado; es decir, no tuvo su determinación al interior del cuerpo médico, como veremos después, ni tampoco fue lo único que contribuyó al cambio que sufrió el ejercicio de la medicina. Como Jaspers señala más adelante: “La especialización, el adiestramiento en la mera instrucción, las tendencias de la época en el movimiento de las masas, la desorientación científica frente a lo psíquico, todos esos momentos han contribuido a condicionar la práctica de la medicina actual y tuvieron como resultado una insatisfacción que cundió en los médicos y los enfermos” (Ibid, p. 17).

He aquí una segunda transformación en la diádica médico-paciente. Después de ser reducido a un simple ser biológico, el sujeto es fragmentado, ya no es el cuerpo en su integridad el objeto de la medicina especializada, poco a poco la identidad del enfermo es reemplazada por una etiqueta que hace referencia a la localización y tipo de padecimiento que se estudia. Pero si la complejidad del conocimiento científico y técnico de la medicina exigían la parcialización del trabajo médico, esto no justifica la negación del paciente como sujeto. Atrás del interés científico se encontraba una cuestión de dominancia. Para el poder es necesaria la fragmentación, la negación de la complejidad del sujeto, el conocimiento molecular que le permite ejercer el poder de forma específica y eficiente.

Es así como la medicina liberal, aquella en la que el sujeto de saber tiene una autoridad absoluta, transita hacia un estadio de control interno, que responde más a las necesidades de evitar las catástrofes de la charlatanería y de representar el poder en un órgano regulador, delegar la autoridad, reafirmar y limitar los privilegios, en suma, construir un mecanismo de vigilancia continua que asegure la reproducción bajo ciertas condiciones de legitimidad.

2.1.2. El intervencionismo de Estado en la prestación de servicios de salud: del Salubrismo a la Neobeneficencia.

Antes del surgimiento de las instituciones de seguridad social, la práctica médica en México estaba organizada predominantemente sobre la base del consultorio privado, es decir consistía principalmente en lo que se conoce como práctica liberal, la forma histórica de la práctica médica que surge en el período de consolidación del capitalismo en algunos países de América Latina durante las primeras décadas del siglo XX (Nogueira, 1988).

No obstante la necesidad de cambiar el patrón acumulativo exigió una serie de reformas en la estructura y función del Estado, ya que sólo a través de él se podía disponer y movilizar los medios con los que iniciaría la industrialización del país y la política de sustitución de importaciones bajo la cual se organizaron las políticas de seguridad y bienestar social que modificaron la forma en la que se llevaba a cabo el ejercicio de la medicina; su carácter selectivo no tenía otro objetivo que estimular la productividad de los trabajadores. La institución médica tuvo una participación clave en la concreción de estas reformas.

Durante la segunda mitad de los treinta y la primera de los cuarenta la economía mexicana se caracteriza por la utilización de una planta industrial ligera, en este periodo y bajo estas condiciones el proceso de valorización se realiza a través del régimen intensivo del proceso de producción y deterioro del salario (Hernández, 1982). La instauración de un régimen de acumulación intensivo tendería a disminuir el precio final de los productos y aumentar la tasa de explotación, con lo que el plus-valor aumentaría generando posibilidades para la inversión y el crecimiento del mercado. Pero para llevar a cabo esto sería necesaria una modificación de las relaciones sociales con el fin de generar ciertas condiciones de existencia para la clase trabajadora a través de los servicios públicos de salud, entre otros, que dieron paso a la estatización del cuerpo social (Aglietta, 1988). Esta etapa marcaría el surgimiento de un esquema político y económico reproducido a partir de la influencia que tuvo en México la política internacional en ese momento caracterizada por una orientación al desarrollo y el bienestar social.

La Secretaría de Asistencia Pública surge en 1937, este hecho formalizó el paso de la beneficencia a la asistencia, que como ya se ha dicho, enfatizó la necesidad de intervención del Estado en la atención y el mantenimiento del proletariado, urbano principalmente, que representaba capacidad de trabajo disponible. No obstante, las restricciones económicas y financieras no permitieron que se iniciara este proceso de transición sino hasta 1942 con la creación del IMSS (Hernández, 1986).

En 1943 se fusionan el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Se da un gran impulso al sistema hospitalario de atención a la enfermedad, destinándose grandes recursos para ello. Durante la crisis de 1947 a 1950 el ideal de “justicia y modernidad” de Miguel Alemán llevó al país a un crecimiento de la planta industrial y hospitalaria concentradas sobre todo en la capital, el carácter selectivo de la política económica y social estaba presente en este proceso de modernización nacional: la Ley del Seguro Social de 1943 no incluía a los trabajadores del campo (Hernández, 1986). La expansión selectiva de los servicios de atención a la enfermedad que el Estado mexicano promovió tenía por objetivo legitimar su función rectora en el esquema de desarrollo industrial y de reforzar y establecer formas de control social. Las disciplinas médicas organizadas en la estructura hospitalaria ayudarían a la conservación y recuperación de la fuerza de trabajo de forma más eficiente, pero solo de aquellos sujetos de los que se pudiera aprovechar su carácter productivo, es decir, aquel que contribuye a la acumulación de capital. El saber médico y, sobre todo, la práctica médica hospitalaria, constituye así un mecanismo ideológico de reproducción y control social. La contribución del Estado a la reproducción de ese saber era necesario para lograr estos objetivos, no olvidemos cuales fueron los intereses que llevaron en el siglo XIX a la estatización de la enseñanza en medicina. De esta forma al saber dividido en órganos y sistemas se le suma la fragmentación de la acción médica sobre el cuerpo según la función que cumple en el funcionamiento del orden social establecido, la acción específica y suficiente que transforma el cuerpo enfermo en fuerza de trabajo disponible y subordinada.

Las movilizaciones obreras de los cincuenta hicieron que el Estado acentuara sus prácticas represivas para reestablecer el control social y buscar posteriormente el consenso a través de programas de obras públicas. La ayuda financiera que prestó la Alianza para el Progreso (ALPRO)

promovida por Estados Unidos después del triunfo de la revolución cubana en 1959 hizo posible la instauración del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) al año siguiente, con lo que se ampliaron el número de derechohabientes y los servicios de salud que anteriormente estaban a cargo de la Dirección de Pensiones Civiles. (Hernández, 1982; Báez, 1989). Bajo circunstancias semejantes se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1973 para impulsar la producción de recursos forestales, entre otros, por grupos indígenas que habían comenzado a organizarse políticamente (Hernández, 1982). Este tipo de políticas focalizadas son las que caracterizaron al modelo de desarrollo industrial y responden por un lado a las demandas sociales y, por otro, a la necesidad de legitimar el papel rector del Estado así como de impulsar la acumulación de capital de un sistema en franco deterioro.

De esta manera el hospital es la estructura constituida bajo la forma institucionalizada del saber y del hacer médico. La delimitación espacial que sirve de base a las representaciones y las prácticas sobre la salud y la enfermedad. Es en este espacio donde se producen y reproducen las relaciones de poder, es por tanto, un espacio de legitimación y control social. Pero no se quiere decir con ello que es dentro de estos límites donde el poder actúa, sino donde adquiere su concreción.

A finales de los setenta ocurre una nueva recesión mundial. La crisis de esos años es la crisis de la acumulación intensiva de capital (Hernández, 1993). La estrategia que se siguió para soportarla consiste en lo que Palloix (1976) denominó como neofordismo. El patrón acumulativo a través de la producción de bienes durables — automóvil, vivienda —, bajo el esquema fordista de la máxima eficiencia de los tiempos y movimientos del proceso productivo, se había agotado. En esta nueva fase las tareas automatizadas disminuyeron aún más los tiempos muertos de la producción, pero esta evolución en la organización de las fuerzas productivas no fue el único cambio que sufrió el patrón acumulativo, la modificación en la norma de consumo de los medios sociales — educación, salud, recreación — era la única alternativa para expandir el mercado. El proyecto del Estado capitalista había mostrado así su fracaso en la apropiación de los bienes colectivos para alcanzar niveles óptimos de desarrollo y bienestar social. Los servicios médicos entrarían poco a poco al juego de la oferta y la demanda al ser subrogados aquellos que resultaban más rentables para la empresa

privada. En general, cuatro tipos de argumentos se han empleado para justificar la privatización de empresas públicas: el gigantismo estatal, la competencia desleal y la ineficiencia de las empresas paraestatales (Casar y Pérez, 1988). El informe del Banco Mundial (1983) contiene en tres premisas un discurso que justifica la inversión en salud e incluye recomendaciones sobre cómo el Estado puede preparar la retirada del campo económico. El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 tiene entre sus objetivos poner en marcha una política de cambio estructural siguiendo las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial y que significaba en términos concretos la liberación del mercado. Así se puede ver en ese mismo año la transformación de los institutos nacionales de salud en organismos descentralizados, las modificaciones en la ley del IMSS al uso del fondo del ramo del seguro de invalidez, vejez y cesantía por edad avanzada y muerte (IVCM) en diciembre de 1990; el cobro de cuotas de recuperación en los hospitales de la SSA y de los sistemas estatales de salud y el aumento en la subrogación de la atención médica (Soria, 1993).

Según Víctor Soria (1993) a finales de 1987, cuando se profundiza la reprivatización de las empresas públicas el financiamiento público deficitario y la apertura del gobierno a reprivatizar la banca, se establecieron las bases para una concertación real entre el Estado y el capital favorecida por la debilidad de la clase trabajadora. Esta fase de recorte del gasto público y debilitamiento de las instituciones públicas concluye en 1997, cuando da inicio el desarrollo de programas asistenciales, focalizados, discrecionales y descentralizados (Laurell, 2001). El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) estaba destinado a combatir la pobreza extrema en las zonas indígenas, en las zonas áridas habitadas por campesinos y en las colonias populares de las grandes ciudades (Soria, 1993). En este periodo se profundiza el proceso de mercantilización y privatización selectiva bajo distintas modalidades. La primera fue la introducción de cuotas de recuperación en los servicios de atención a población abierta; la segunda modalidad fue la constitución del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1992, lo que significó la primera ruptura con la noción constitucional de la seguridad social al individualizar los fondos y privatizar su administración. La tercera modalidad se caracteriza por la subrogación de funciones y el crecimiento de los seguros y hospitales privados (Ibid).

La tercera fase de reorganización y refundación de las grandes instituciones de bienestar social ocurre durante el sexenio de Ernesto Zedillo en la que se instaura una política de

mercantilización-asistencia social mínima que es más visible en el sistema de pensiones con la creación de las afore-siefores. El Programa de Reforma del Sector Salud (1996) plantea la reestructuración del Sistema Nacional de Salud en tres subsistemas: el de seguridad social pública, el de servicios privados y el de la población no asegurable.

En el presente sexenio, la política de mercantilización y privatización se continúa y agudiza. En este sentido el Programa Nacional de Salud (2001) propone “la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo”. Una de las estrategias planteadas para la concesión de estos objetivos es dotar de protección financiera en materia de salud a toda la población a través de la continuación de programas focalizados como el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), el Programa de Ampliación de Cobertura y el IMSS-Solidaridad, así como la ordenación y regulación del prepago privado a través de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES). Sin embargo todos estos programas consisten en medidas puntuales que funcionan como mecanismos para subsidiar la demanda de cierto tipo de servicios de salud que se están mercantilizando pero no contribuyen a mejorar las condiciones que determinan el perfil de salud enfermedad de las poblaciones a los que están dirigidos.

La retirada del Estado del campo económico no ha significado su desmantelamiento en términos políticos (López, 1992), sino que más bien se refleja un acortamiento estructural y un crecimiento funcional en términos de la acumulación de capital. La desprotección social es el signo más grave de la reforma estatal que coloca a la población en una especie de Neobeneficencia (López y Blanco, 2001) en la que se incorporan nuevos actores que financian o gestionan los servicios de salud con fines de lucro.

En suma, para ser compatible con el ideal de bienestar que se pretendía en el Estado fordista de producción, la práctica médica tuvo que sufrir un cambio en su estructura y organización. En un primer momento éste cambio obedeció a una transformación en la mirada al interior del cuerpo médico, pero posteriormente aquella sufrió las influencias de una racionalidad exterior que la llevó a su conformación actual. La asistencia social agrupó al campo médico en un complejo homogenizado

bajo los principios del Estado, para ello tuvo que crear una noción alternativa a la naturaleza liberal de la práctica médica. La medicina debía ayudar al desarrollo del país, asegurando la reproducción y el bienestar de la fuerza de trabajo.

En el sistema fordista de producción el concepto de productividad toma gran importancia, descansando sobre todo en la idea de eficiencia corporal, tiempos de producción, reparación de la fuerza de trabajo —después AVISA— y el mejoramiento de las condiciones del espacio urbano. Esta preocupación por los tiempos lleva, además de las medidas curativas, a adoptar acciones preventivas tales como el saneamiento ambiental, alcantarillado, recolección de basura, por ejemplo (Ovalle, 1985). Era necesario, entonces, reforzar la individualidad de la atención médica con las acciones colectivas de prevención, reforzamiento frágil que, basado en los intereses de acumulación capitalista, fractura al individuo y lo transforma en una gran masa de fuerza de trabajo en proceso de descomposición.

Dos elementos convergen tanto en el surgimiento del Salubrismo como de la Neobeneficencia. El primero de ellos es la intervención del Estado para movilizar los recursos necesarios y llevar a cabo las reformas estructurales que los hicieran posibles. El segundo es que ambos esquemas responden a las exigencias del cambio en el patrón acumulativo y en ambos se tiende a una lógica racionalizadora de los recursos.

La idea de racionalizar permanece en la lógica neoliberal con un nuevo sentido, o al menos, con un nuevo argumento: ya no es posible alcanzar el desarrollo bajo la égida del Estado porque el aumento en su complejidad lo ha vuelto ineficiente y poco eficaz, sino que las acciones libres de los hombres establecen relaciones mercantiles capaces de impulsar el desarrollo económico de una sociedad en su conjunto. No obstante, las imperfecciones del mercado dan lugar a relaciones en las que los participantes se encuentran en desigualdad de condiciones. En esta era de la información, en la que la intención de democratizar el secreto médico (López, 1993) queda opacada por la mercantilización de la misma, lejos de reducir la brecha de saberes, ésta les confiere un sentido oportunista a las relaciones entre los hombres.

Capítulo III

La Relación Médico-Paciente y los Sistemas de Remuneración en los Servicios de Salud

Como se vio en el capítulo precedente, uno de los cambios más importantes que ha sufrido el Sistema de Salud, en México y en otros países, se ha dado en la legislación y regulación en salud, que anteriormente estaba en manos del Estado y que ahora se está trasladando a las organizaciones privadas, el cual obedece principalmente a los esfuerzos de los empleadores por reducir los costos (Emanuel, 1995). Se reconoce que este viraje ha incrementado la tensión entre la concepción de la medicina como un negocio y la medicina como una profesión (Glass, 1996), lo que representa una fuente de estrés para la relación médico-paciente, ya que se ve cuestionado el supuesto carácter humanístico de la medicina, además de generar menosprecio por la clínica, sobrevaloración de la función de la tecnología y desinterés creciente por la medicina interna y de atención primaria, a lo que Moreno (1998) ha llamado la crisis del método clínico. El crecimiento del mercado de servicios de salud ha creado la necesidad de establecer y evaluar diferentes métodos de remuneración con la finalidad de contener los costos de la atención. Cada uno de ellos influye sobre la forma en la que ocurre el proceso relacional entre el médico y el paciente. Pero antes de abordar esta cuestión es necesario precisar algunos aspectos sobre la economía de la práctica médica.

3.1. El mercado y los servicios de salud

Supongamos que se encuentran en el mercado varios productos con el mismo valor de uso, pero diferentes entre sí por su valor de cambio y por su calidad. Supongamos también que el consumidor tiene conocimiento de la calidad que se ofrece en cada uno de los productos y por lo tanto puede decidir entre adquirir alguno de ellos de acuerdo a la calidad y al precio que éstos ofrecen. El proveedor y el comprador se encuentran ante igualdad de condiciones en el mercado, por lo que el

intercambio del producto se realiza de manera equitativa. Un mercado en el que el intercambio de los bienes sigue este modelo se define como un «mercado perfecto». Sin embargo, en la práctica solo existen mercados imperfectos (Akerlof, 1970). Pensemos en el caso de la utilización de servicios médicos. El médico posee un conocimiento mayor que el paciente sobre los signos y los síntomas de las enfermedades y sobre la forma en que deben realizarse los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; bajo estas condiciones el paciente no puede saber cual es la calidad de los servicios que se le están prestando. Por lo tanto, la medicina es un mercado imperfecto.

En el Sistema de Salud el “cliente” es usualmente el consumidor, pero los bienes que ofrece el “proveedor” son difíciles de definir y a menudo contingentes sobre otros aspectos de la atención como resultado de los análisis clínicos y los tratamientos. Además, la mercantilización de la medicina no sigue el camino clásico de la oferta y la demanda. Los médicos, de manera limitada, establecen la demanda de la atención que ellos proveen y por lo tanto pueden de forma artificial incrementar la demanda de los “bienes” (Roberts, 1998).

Se han conservado aquí los términos “cliente” y “proveedor”, utilizados en economía para referirse a los actores que intervienen el intercambio de productos. El término “cliente” se refiere a aquella persona que está bajo protección de otro o quien emplea los servicios de un asesor legal. Un «proveedor» es quien vende cualquier cosa (Onions, 1968).

Por otra parte, el término “paciente” se refiere a un sujeto que está bajo tratamiento médico o quien sufre, padece o enfrenta un problema con respecto al cual el profesional de la medicina puede proveer bienestar, cuidados o intervenciones preventivas, curativas y diagnósticas (Onions, 1968; Englehardt, 1996).

Al respecto Balakrishnan (1998:112) opina que “los términos «cliente» y «proveedor» han sido introducidos para reemplazar el término «paciente», probablemente para sustituir la percepción de la relación entre el trabajador de los servicios de salud y el paciente como una relación de poder y dependencia”. Como ya lo hemos referido más arriba el cliente por definición tiene la decisión de contratar los servicios de un proveedor que mejor le convenga, y en este sentido resulta un convenio en el que ambas partes obtienen beneficios, sin que la condición de uno u otro resulte ventajosa, para eso es el convenio. En cambio, la definición de paciente se refiere a un sujeto que ésta bajo las

recomendaciones de otro que deben ser seguidas incondicionalmente. Aquí no hay posibilidad de acuerdo, si no se siguen las instrucciones el médico evade la responsabilidad.

Las transformaciones en el contenido del concepto de salud hacen al individuo responsable de su salud (OPS, 1998), por lo tanto, se dice que tiene la libertad de escoger al proveedor que sea de su preferencia. Existen varios proyectos que pretenden generar la mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, Abel-Smith (1992) propone un esquema ideal en el que el consumidor pueda elegir entre aseguradoras, prestadores públicos y privados en los que los costos correspondan a la eficiencia y calidad de los servicios prestados, la competencia entre estos tres sectores estaría dada de acuerdo a la calidad y el precio brindados. Con ello se pretende crear un ámbito de competencia entre las distintas instancias que otorgan los servicios para lograr un incremento en la calidad (Frenk, et al, 1994). Bajo este esquema la elección del paciente queda restringida a las posibilidades que tenga de acceder a algún sistema de pagos, pero también en función de la percepción de calidad, y ésta dependerá de la cantidad de información (Akerlof, 1970, Parsons, 2001) que el paciente posea sobre su padecimiento y las acciones que se llevan a cabo para alcanzar cierto nivel de salud deseado.

3.2. Mecanismos de pago en los servicio de salud

Actualmente existen en el mercado varios mecanismos de pago a los prestadores de servicios de salud. Éstos se definen como “un tipo de contrato entre dos o más actores...” que crea incentivos específicos para la prestación de servicios médicos y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista” (Maceira, 1998:12). Algunos de estos métodos de pago son la capitación (pago a un prestador de asistencia médica que actúa como tenedor de fondos), el módulo (por caso o episodio [GRD]), el arancel por servicio (pago por unidad de servicio) y per diem (pago por día). Para todos ellos la tasa de pago se establece por anticipado, excepto para el arancel por servicio que es retroactivo.

Estos mecanismos se pueden dividir en dos grandes categorías que son el pago por producto y el pago por tiempo. El primero se basa en los resultados obtenidos y varían según la cantidad y la calidad de los servicios. El segundo está basado en la cantidad de tiempo de trabajo, teóricamente el volumen y la calidad de los servicios prestados no tienen impacto directo en la cantidad remunerada (Seixas, 1992).

El modelo basado en tiempo tiene la ventaja de ser más simple administrativa y gerencialmente, aunque las alternativas para definir puestos y niveles salariales no lo son; permite una mayor sensación de igualdad y cooperación entre los trabajadores pero existe menos estímulo a la producción y la calidad final del producto.

El modelo basado en el producto estimula la productividad y el rendimiento del empleado, pero hace más necesaria la supervisión directa a la intensidad del trabajo, motivo por el cual requiere un control estricto de la calidad del producto. Puede contribuir a disminuir la cooperación debido a la sensación de desigualdad y competencia.

3.2.1 Pago por producto

Pago por servicio: Este mecanismo remunera cada acción realizada por el médico y en teoría permite una preocupación integral del médico por el paciente.

GRD: La remuneración del médico se basa en un valor global definido en forma prospectiva por el diagnóstico.

Capitación: Este mecanismo paga al médico un monto fijo por cada paciente asignado a su consulta y por un período determinado, sin importar cual sea el servicio que se presta.

3.2.2. Pago por tiempo

Salario: Se remunera el tiempo por el que se prestan los servicios, pueden existir financiamiento por tareas extras

Cada uno de estos métodos genera incentivos para los prestadores de servicios (Maceira, 1998). Tenemos, por ejemplo (cuadro 1), que la capitación crea incentivos insuficientes para la oferta, fuertes incentivos para mejorar la eficacia con posibilidad de sacrificar la calidad y mejoría en la continuidad de la atención. En el caso del módulo se generan incentivos para reducir los servicios por caso y mejorar la eficacia. El pago por día crea incentivos para reducir los servicios por día pero hay un aumento en el tiempo de internación. Por último, en el método de arancel por servicio los incentivos son para aumentar las unidades de servicio.

Existes además de las formas de remuneración por tiempo y producto otras que buscan disminuir los gastos de la atención a las que se ha denominado incentivos fijos. Se constituye, por ejemplo, un fondo de riesgo mediante la retención de un 10-20% de la remuneración del médico y la prima de las pólizas que cada usuario paga. La remuneración total al final del periodo depende del balance financiero de la institución. Puede existir también un fondo de gastos por referencia a los pacientes para especialistas, internamiento hospitalario o servicios de diagnóstico. Si el gasto total por referencias alcanza o sobrepasa este fondo el médico no tiene acceso a una remuneración extra, por lo que este tipo de incentivos tienden a disminuir el uso de servicios necesario para el manejo del paciente.

3.3. Implicaciones de las formas de financiamiento en la relación médico-paciente.

El tipo de economía, sistema de producción y organización social influyen en el modelo de atención a la salud (García, 1999), pero también en la relación médico-paciente. Por ejemplo, en un modelo en que las instituciones son las encargadas de organizar la prestación de los servicios médicos y de

satisfacer la demanda, la libertad del médico para interactuar con el paciente, planear un esquema de tratamiento en busca de su bienestar y utilizar el tiempo necesario para ello se ve restringida y subordinada a las normas institucionales (Llovet, 1999). García (1999) apunta que en este sentido existe "...mayor riesgo de lucro para el médico y dependencia, cosificación y fragmentación para el paciente...".

Las implicaciones directas que han tenido los cambios en la organización y el financiamiento de la salud sobre el papel de los médicos en su interacción con los pacientes en la atención primaria, se pueden agrupar en cuatro dimensiones básicas (Landon, 1998): a) incentivos financieros, b) estrategias administrativas, c) características de la práctica y d) información o influencias normativas. La atención primaria y su posición dentro del sistema de salud ha sido un punto focal para muchos de esos cambios (Murphy, 2001).

Los incentivos financieros en el actual sistema llevan a los médicos, en algunos casos (capitación y arancel por servicio), a ofrecer procedimientos de alta tecnología más que servicios primarios y preventivos, y en otros (pago por día y pago por caso) a evitar la utilización de servicios médicos, lo que puede crear conflictos de intereses. La posibilidad de elección del paciente queda restringida a las posibilidades que tenga de acceder a algún sistema de pagos. El aumento en la tasa de la atención puede contribuir a disminuir los incentivos para establecer una buena comunicación y empatizar con el paciente. El cambio de un plan a otro para asegurar costos bajos produce una significativa discontinuidad de la atención. Por otra parte, es posible que la competencia del mercado genere incentivos para la adquisición de habilidades técnicas entre los médicos (Emanuel and Dubler 1995), pero no es posible asegurar si ello repercutirá en una mejor atención, al menos en términos de eficacia, debido a la diversidad de situaciones y los criterios de adaptación que siguen los médicos en relación con las formas de pago y el sistema organizacional en el que estén insertos. El resultado final dependerá mucho del balance que se haga de dos factores principales: el interés por el paciente y el interés económico.

Tabla 3.1. Algunos métodos de pago y principales incentivos que crean			
Método de pago	Unidad de servicios	Anticipado o retroactivo	Principales incentivos creados
Capitación	Por persona a un prestador de asistencia médica que actúa como tenedor de fondos	Anticipado	Incentivos para la oferta insuficiente, fuertes incentivos para mejorar la eficacia, aunque pueden causar que los prestadores sacrifiquen calidad, puede haber racionamiento, mejora la continuidad de la atención
Pago por Caso	Por caso o episodio	Anticipado	Incentivos para reducir los servicios por caso pero aumento en el número de casos (si la tasa por caso es superior a los costos marginales), incentivos para mejorar la eficacia por caso
Pago por día	Por día	Anticipado	Incentivos para reducir los servicios por día pero aumento en el tiempo de internación (si la tasa per diem está por encima de los costos marginales)
Pago por servicio	Por unidad de servicio	Retroactivo	Incentivos para aumentar las unidades de servicio

Tomado de Maceira, Daniel (1998) "Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo". Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. México, p 5.

3.4. Desarrollo del Sector Asegurador Mexicano de 1990 a 2000

Según la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (2000: 8-23), “al finalizar el año 2000 el sector asegurador mexicano se encontraba integrado por 70 compañías, de las cuales 2 eran institutos nacionales, 62 eran instituciones privadas, 3 se encontraban constituidas como sociedades mutualistas de seguros y 3 eran aseguradoras”.

Hubo un aumento en términos reales de los seguros personales, particularmente las operaciones de vida (50.0%, con un monto de 46, 044 millones) y Accidentes y Enfermedades (17.82%, con un monto de 9, 485 millones) con una participación total en la cartera del sector asegurador de 43.86% y 7 9.04%, respectivamente.

El crecimiento observado en las operaciones de vida se presentó por efecto del comportamiento en los seguros de vida colectivos que crecieron en términos reales en 108.9%.

Tabla 3.2. Seguro directo por Operaciones de Accidentes y Enfermedades				
Accidentes Personales: Total				
	Pólizas en vigor	No. De Asegurados en vigor	Primas directas emitidas	Suma asegurada (millones)
Total	357, 904	8, 522, 551	485, 652	864, 570, 671
Distrito Federal	175, 097	6, 873, 875	341, 015	585, 175, 357

Fuente: Anuario Estadístico de Seguros y finanzas, 2000

Los seguros individuales y familiares por operaciones de accidentes y enfermedades (tabla 3.2) conforman 95.8% de las pólizas en vigor con un suma asegurada de casi 80 millones de pesos que, no obstante, representan el 9.13% de la suma asegurada total.

Tabla 3.3. Accidentes Personales: Individual y/o Familiar				
	Pólizas en vigor	No. De Asegurados en vigor	Primas directas emitidas	Suma asegurada (millones)
Total	342,992	472,404	146,112	78,989,711
Distrito Federal	165,700	277,968	72,633	40,444,878

Fuente: Anuario Estadístico de Seguros y finanzas, 2000

Tabla 3.4. Accidentes Personales: Grupo				
	Pólizas en vigor	No. De Asegurados en vigor	Primas directas emitidas	Suma asegurada (millones)
Total	1,339	755,278	55,665	132,861,737
Distrito Federal	944	614,077	43,821	125,493,027

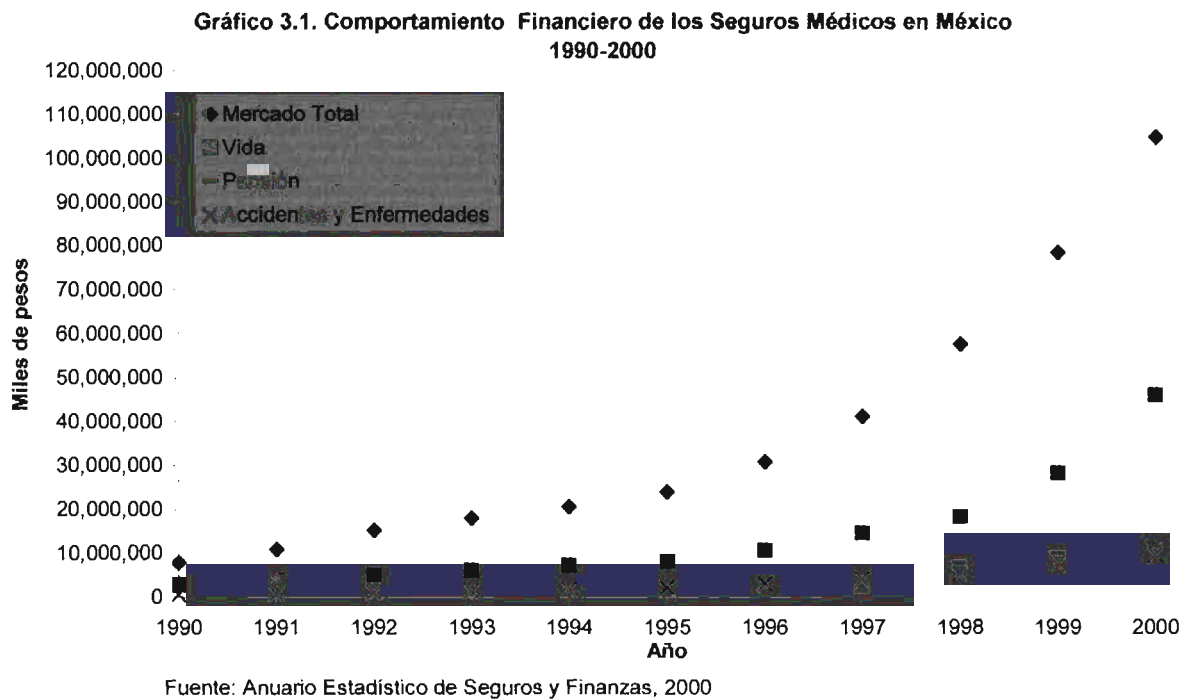
Fuente: Anuario Estadístico de Seguros y finanzas, 2000

Tabla 3.5. Accidentes Personales: Colectivo				
	Pólizas en vigor	No. De Asegurados en vigor	Primas directas emitidas	Suma asegurada (millones)
Total	13,573	7,294,809	283,875	652,719,224
Distrito Federal	8,453	5,981,830	224,562	418,937,452

Fuente: Anuario Estadístico de Seguros y finanzas, 2000

En el gráfico 3.1 se puede observar el crecimiento en términos económicos del sector asegurador mexicano. A partir de 1995 el crecimiento anual aumentó significativamente, principalmente por el efecto que presentaron las operaciones de vida. Llama la atención que el sistema de pensiones creció 8.8 veces en tres años con un capital de 1,314,693 millones de pesos en 1997 a 11,649,343 millones para 2000, colocándose por arriba de las operaciones de accidentes y enfermedades al siguiente año de la constitución del sistema de AFORES-SIEFORES. Recuérdese que el sexenio zedillista se destacó por una profunda reorganización de las instituciones de bienestar y que inicia con un aumento en la mercantilización de los servicios, principalmente los de educación y salud. La subrogación a los bancos de la administración de los fondos de pensión inicia en 1992 con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y el decreto para la coordinación de los mismos en el que se crea la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el

Retiro (CONSAR) “como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público” (Diario Oficial, 1994). La reforma estructural de 1995 estableció un sistema de pensiones basado en cuentas individuales que entró en vigor en 1997 con lo que surgen organismos privados tales como las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), las cuales administran las cuentas individuales, y las Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (SEIFORES), que invierten los recursos de trabajadores en instrumentos y que, según la CONSAR (2003), ayudan a preservar el poder adquisitivo de los mismos.



Capítulo IV

Construcción de un Tipo-Ideal para el Estudio de la Relación Médico-Paciente

Comúnmente, el médico hace alusión a la relación médico-paciente sin saber con certeza que significa este hecho, existe una idea general, pero difusa al fin. Y es este carácter difuso el que la hace complicada al momento de abordarla.

La relación médico-paciente ha sido abordada desde la sociología; existen algunos estudios psicológicos en los que se concibe como una relación de transferencia y contra-transferencia — en la cual se realiza una transferencia de elementos no identificados que llevan a la cura y una contra-transferencia de los sentimientos del paciente hacia el médico; o también como una relación en la que el médico cumple el papel de madre, para que el paciente pueda reconocerse, integrarse y resignificarse — (Freud, 1995; Laplanche y Pontalis, 1994; Cortés, 1992). En este trabajo la relación médico-paciente se abordará como una relación de poder, ya que permite una mejor explicación de los procesos, saberes, valores, explicaciones y actitudes que se llevan a cabo durante el encuentro entre el médico y el paciente.

Clavreul (1983: 2) se refiere a esta relación como inexistente, “Interpretar a la relación médico-enfermo como una relación interpersonal es reducirla...” pues la institución médica funciona como una estructura y el médico solo es representante de un cuerpo médico. De esta manera, concluye que solo hay “relación institución médica-enfermedad”.

La relación médico-paciente está determinada por la manera en que se estructura la institución médica, pues es en ella en la que se producen y reproducen los saberes, las explicaciones, las actitudes y los valores que serán aprendidos y que regirán a la práctica médica. Durante su formación en las prácticas hospitalarias, los estudiantes de medicina reproducen ciertas actitudes, estrategias, valores, formas de comunicación y lenguaje que guiarán la práctica durante su vida profesional (Jarillo, et al, 2000). Por lo tanto, es mediante esta práctica que el profesional de la salud

aprende y asume estos elementos durante el proceso de su formación, y como representante de esta institución, hará efectivo el aprendizaje durante el encuentro con el enfermo.

Si bien el abordaje de la medicina hegemónica no está dirigido hacia el enfermo, sino hacia la enfermedad, es precisamente esta concepción del objeto la que lleva al distanciamiento del médico respecto del enfermo y es este distanciamiento el que rige la relación, como lo ha advertido Clavreul. Sin embargo, no se puede negar la existencia de la relación médico-paciente, es un encuentro singular que se da todos los días. Es verdad que el paciente interacciona con un sistema de saberes, prácticas y representaciones a través del médico, pero el éste no es una síntesis fiel de la institución, si bien reproduce el esquema, también es un elemento de su transformación, y en este sentido es él y no el sistema. De la misma forma, el paciente no es la enfermedad, una reunión de signos y síntomas perfectamente tipificados. La expresión de la enfermedad sólo es posible a través del sujeto, en este sentido es de carácter formal, pero al mismo tiempo este carácter hace posible su diversidad. Bajo estas consideraciones, podemos colocar a la relación institución médica-enfermedad en un nivel de análisis de mayor abstracción. El estudio de la relación médico-paciente se sitúa, por otro lado, en el de las interacciones sociales concretas.

4.1. El modelo de Emmanuel-Dubler

Se han realizado varios estudios que abordan distintos elementos una relación médico-paciente ideal (Siegler, 1985; Campbell, et al, 1992; Emanuel and Emanuel, 1992). Emanuel y Dubler (1995), basados en Weber (1947), construyeron un tipo ideal de relación médico-paciente que se compone de los siguientes elementos:

- *Elección:* El paciente debe poder elegir tanto al médico como el tratamiento al que es sometido.

- *Competencia:* Se refiere a la habilidad técnica como precondition para una buena relación médico-paciente.
- *Comunicación:* Escuchar y entender al paciente y comunicar ese entendimiento. Explicar en un lenguaje comprensible para el paciente.
- *Compasión:* El médico debe ser capaz de establecer una relación de empatía.
- *Continuidad:* Debe existir una continuidad en el manejo del paciente para establecer una buena relación.
- *Conflictos de intereses:* El médico no debe sobreponer los intereses del paciente a intereses financieros.

4.1.1 Elección

Una elección será considerada en este trabajo como la acción consciente e informada de determinar por quién debe ser atendido y qué tratamiento debe seguir el paciente dentro de un abanico de opciones y de acuerdo a las posibilidades existentes. La continuidad en la relación y la manera en que se establezca la comunicación definirán la cantidad de información que cada una de las partes deberá procesar; como ya hemos dicho antes, la comunicación debe generar un mínimo de información para otorgar o ganar confianza.

La información se puede obtener de fuentes escritas o verbales, pero lo importante en su obtención es que pueda ser analizada, de otra manera, podría suceder que las opciones se multipliquen y aumenten la complejidad del proceso; o por otro lado, podría nulificarse cuando no es comprendida y en este caso las opciones se reducen. Si consideramos una opción como cualquier objeto o condición que puede valorarse para determinar su grado de preferencia sobre otros,

entonces, ya sea por lo complejo del análisis o por ausencia de éste, el objeto no es valorado y no puede preferirse. En cualquier situación, el individuo se hace menos consciente del proceso y es menor su capacidad de elección, lo que deriva en una imposición o en una elección condicionada de lo que le conviene.

La posibilidad, como condición o acción que puede ocurrir si se dispone de los medios suficientes para ello, estará también sujeta al elemento información y al número de opciones disponibles. Por tanto, la ocurrencia de una acción o condición dentro de la relación médico-paciente estará determinada por la presencia de de éstos elementos.

4.1.2. Competencia

La competencia se define en términos de la habilidad técnica como precondition para una buena relación médico-paciente. (Emanuel and Dubler, 1995)

En un sentido teórico este elemento no sólo debería medirse por la habilidad técnica (por ejemplo, la capacidad para realizar las fases de la exploración física tales como inspección, percusión, auscultación y otras acciones instrumentadas como fondo de ojo, PA, entre otras) sino también por la capacidad de utilizar correctamente los elementos teóricos, que en una situación concreta determina la pertinencia de utilizar una u otra técnica o instrumento y de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Ferreira (1986) define la competencia como "...la suma de las adaptaciones de la práctica al conjunto de circunstancias sociales especiales que ocurren dentro de las barreras levantadas para la situación de una profesión dada: la medicina en este caso".

En la relación médico-paciente este elemento toma gran importancia. Si el médico demuestra o no su capacidad para resolver problemas ante el paciente, ello influirá en mucho sobre el desarrollo de la relación. Como se verá más adelante, el otorgamiento de la confianza en los sistemas complejos se logra a través de las experiencias favorables. Es decir, el paciente solo puede medir la competencia, dada la diferencia de información entre él y el médico, en términos de eficacia.

No obstante que es difícil determinar confiablemente la competencia a través de una encuesta, para los fines de este trabajo, medirla en términos de eficacia percibida por el paciente es suficiente como elemento que determina el desarrollo de la relación médico-paciente.

4.1.3. Comunicación

El proceso comunicativo en la relación médico-paciente tiene la intención de dotar de los elementos necesarios para la resolución de un problema de salud, la vigilancia y control de algún estado fisiológico o padecimiento y la prevención de la enfermedad.

Se definirá la comunicación como el intercambio de información sobre un objeto de interés, sin embargo, este intercambio no está libre de significados y representaciones que determinan la acción de los sujetos durante la interacción (Habermas, 1989).

En varios estudios se ha establecido que la comunicación efectiva da confianza, reduce el estrés emocional en el paciente, facilita los procesos de diagnóstico haciendo más agradable las condiciones de la consulta, que afecta las decisiones del médico sobre el manejo que debe llevar el paciente y crea indicadores de salud positiva (Kaplan, 1989, 1996; Thom, 1997).

4.1.4. Empatía

La empatía es un estado mental en que uno mismo se identifica con otro grupo o persona. Identificarse implica el establecimiento de lazos afectivos o asimilación con otra persona o un objeto afectivo.

La empatía permite al médico entender las creencias y las emociones y por medio de eso provee compasión en el cuidado (Emmanuel and Dubler, 1995). Algunas investigaciones indican que la comunicación empática puede tener un mayor impacto sobre la relación médico-paciente y en los resultados del cuidado médico (Spiro, 1992; Marcus, 1999).

Suchman, et al., (1997) han propuesto un esquema en el que se establece una secuencia interaccional entre el paciente y el médico durante la consulta. Los autores identifican a la empatía como un proceso que se inicia con una oportunidad empática potencia a la cual puede seguir una estímulo que continúe con esta situación o que la termine; en caso de que la situación sea continuada se establece una oportunidad empática a la cual puede seguir una respuesta empática o la terminación de la misma, si se da una respuesta la nueva situación que se genera el paciente se sentirá comprendido.

4.1.5. Conflicto de intereses

El conflicto surge cuando entre las personas que establecen una relación hay diferencias de intereses, cualesquiera que sean. Es decir, existe una contradicción entre los objetivos que persiguen. Sin embargo el sujeto no siempre es conciente de esta contradicción o no la lleva hacia una situación conflictiva. La ocurrencia de un conflicto entre el médico y el paciente puede darse en las situaciones en las que el los elemento que interesan al segundo no son satisfechos y entre ellos pueden estar la confianza, la comunicación, la competencia técnica, el tiempo de espera en el servicio, entre otros.

En este sentido lo que interesa es identificar si las personas perciben situaciones en las que sus intereses no son compatibles con los del médico o si no le son satisfechos y si esto los lleva a situaciones de conflicto.

4.2. Confianza

Además de estos elementos que Emmanuel y Dubler (1995) retoman, consideramos que la confianza también tiene importancia en el desarrollo de la relación y a la que los pacientes y los médicos hacen alusión con mucha frecuencia.

Este elemento ha sido abordado desde la teoría de los sistemas por Niklas Luhmann (1996), quien la define como el medio por el cual la experiencia es llevada al sentido organizado y al mundo con el objeto de hacer comprensibles las condiciones complejas de existencia. Tal proceso se lleva a cabo de manera intersubjetiva (Luhmann, 1996); es decir, la confianza, en sentido trascendental, es un estado en el cual la complejidad del sistema social se simplifica. La confianza no es sólo un suceso aislado puesto que implica una relación problemática con el tiempo que se logra a través de la *familiaridad*. En la vida cotidiana lo familiar aparece como una condición en la que el pasado prevalece sobre el presente y el futuro, el que confía lo hace porque de esta manera tiene una referencia a un futuro favorable. Es así que la confianza aumenta las posibilidades, ordena y fija las expectativas para calmar la *incertidumbre* en el comportamiento de otras personas o de algún sistema social. Convendría en este momento diferenciar entre la confianza que surge cuando lo que se espera origina diferencias en la toma de decisiones y entre la esperanza, como dice Luhmann (Ibid: 40): “La confianza solamente está implicada cuando la expectativa confiable hace una diferencia para una decisión; de otro modo, lo que tenemos es una simple esperanza”. La confianza surge de manera gradual, y solamente en situaciones extremas, en las que el tiempo para tomar alguna decisión se ve reducido, se dará en forma rápida, pero por esto mismo, será más inestable y posiblemente menos duradera. La condición para que la confianza entre en un proceso de acumulación gradual (capital de confianza) es la *continuidad* de las relaciones personales “...que se forman como principios firmes con los que podemos conducir nuestras vidas cotidianas.” (Ibid: 41). No obstante, aún cuando el proceso de capitalización de la confianza necesita de un período de tiempo, que varía de acuerdo a la disposición de cada sujeto tanto como para otorgarla como para ganarla, nos simplifica el hecho de elegir y de actuar sobre una serie de opciones, que de otro modo nos obligaría a un complejo proceso de obtención y análisis de información para poder elegir entre una acción y otra.

Pero también, confiar requiere de un mínimo de información sobre la situación o la persona, con la cual tengamos una mayor posibilidad de asegurar nuestros intereses. De esta forma, el elemento información puede ayudar a definir mejor la diferencia entre la confianza y la esperanza.

Retomando la teoría de los roles, el autor distingue entre la confianza personal y la confianza en el sistema social. La forma personal es más factible en los sistemas simples, en los que la comunicación con los demás elementos se mantiene de forma cotidiana y en los que la información no sobrepasa la capacidad de las personas para analizarla. En los sistemas más complejos estas condiciones están ausentes, por lo que en algunas circunstancias el elemento incertidumbre permanece y es necesaria la existencia de roles que permitan ajustar el problema. En nuestro caso aparece la figura del médico como actor legitimado que reorientará la conducta desviada. La institucionalización de la confianza es la característica que constituye a la forma sistémica. Pero el otorgamiento de la confianza se da solamente cuando la función ha sido comprobada y aceptada como una solución eficaz, mientras esto sucede, debe haber un compromiso que permita la relación de las partes interesadas.

Tenemos entonces cuatro elementos básicos para el establecimiento de la confianza, la familiaridad, la continuidad y la incertidumbre, los tres primeros deben mantenerse, mientras que el último debe ser reducido en la mayor medida posible.

Aquí la familiaridad será definida como la referencia a un objeto o condición que se ha adquirido con experiencias del pasado y a la continuidad como el flujo ininterrumpido de un proceso – que en este caso es aquel por el cual se relacionan el paciente y el médico –, o de otra manera, de percepciones y representaciones de un objeto. El primer elemento depende en gran medida de la continuidad de la relación, no es posible construir un mundo familiar sin el reforzamiento de los vínculos de los intereses personales. La comunicación también juega un papel muy importante en esto.

El elemento incertidumbre Luhmann lo define como la imposibilidad de predecir el cambio de un objeto (Ibid: 36). Su reducción es mayor en cuanto la continuidad de la relación se mantiene, pero la disposición de las persona para otorgar o ganar confianza también influye.

4.3. Consideraciones acerca de categorías ideales y categorías modelo

El uso de los tipos ideales, dice Weber (1966) debe ser separado de la noción del “deber ser” o “modélico”. Lo que el tipo ideal intenta es expresar individuos históricos o sus distintos elementos mediante conceptos genéticos. “El concepto de tipo ideal se propone formar el juicio de atribución. Si bien no es una hipótesis, desea señalar el camino hacia la formulación de hipótesis. Si bien no es una representación de lo real, desea conferir a la representación unos medios expresivos unívocos” (Ibid, p. 183).

Emmanuel y Dubler (1995) han construido el tipo ideal de relación médico-paciente precisamente en la noción del “deber ser”. Como se puede observar en los conceptos definidos antes, se hacen presupuestos sobre la forma en que deberían darse cada uno de los elementos fundamentales que caracterizan a la relación médico-paciente, casi siempre en sentido positivo.

Lo que se intenta en este trabajo es determinar cuales de éstos elementos resultan esenciales en el proceso relacional entre el médico y el paciente. En este sentido, se evita el uso comparativo de un tipo ideal bajo el presupuesto de cómo debe ocurrir la relación de acuerdo a ciertas reglas o valores sociales. Lo que si se presupone, en cambio, son los elementos o principios que en un esquema teórico la estructuran y determinan. La diferencia entre las categorías ideales y las categorías modelo se encuentra en el sentido hipotético que se les da en el segundo caso.

Por lo tanto es necesaria la construcción de indicadores que no estén orientados por razonamientos valorativos y que predispongan a respuestas formales. De lo contrario nuestras explicaciones solo operarían como criterios de control a las conductas desviadas para el mantenimiento del orden establecido. Se parte más bien de explicar la manera como se dan las relaciones bajo la consideración de que éstas se establecen en circunstancias de desigualdad y que ellas se definen, entre otras cosas, por una noción estratificada del saber.

Capítulo V

Estudio de Caso

5.1. Planteamiento General

Durante los últimos años se han generado cambios en las políticas sanitarias que rompen con el esquema de prestación de servicios y las formas de financiamiento al trabajo médico, en el que el Estado ha tenido un papel importante como regulador y prestador. Este esquema obedecía a la estrategia de desarrollo y control económico impulsada por el Estado de Bienestar. No obstante, el replanteamiento actual coloca al mercado como regulador de las economías, regional, nacional y global. Uno de los efectos que han tenido estos cambios en el sector salud se puede ver en el manejo de los costos. Existen varias modalidades para el financiamiento y contención de costo en los servicios, pero todas ellas están reguladas por organismos de intermediación privados o públicos; aunque el Estado puede intervenir, tiene poca participación sobre la decisión del monto y la forma del pago (OPS, 1998).

Este giro en los sistemas de financiamiento tiene implicaciones tanto en la manera en que los profesionales de la medicina prestan sus servicios como en la forma en que los usuarios acceden a ellos. Los resultados que arrojan a nivel concreto se expresan durante el encuentro singular que representa la relación médico-paciente. Por lo que en este estudio se explorará y analizará la opinión que tienen los médicos y los pacientes sobre las formas de pago y las condiciones en las que se establece la relación en el momento de la consulta bajo el contexto de la reforma en salud en México.

Existen diferencias sobre un modelo de relación médico-paciente reconocido y reproducido por la institución médica, pero esta relación existe, es algo que se aprende en las aulas y en los hospitales a través de observar las conductas y los valores y de apropiarse de los saberes. El gremio médico reproduce estos esquemas que dan forma a la práctica médica (Jarillo, et al, 2000). Son precisamente estos saberes, valores, explicaciones y actitudes aprendidas las que se deben

caracterizar para poder explicar cómo es que ciertos fenómenos dentro de la práctica médica afectan la relación médico-paciente.

El análisis de los nuevos sistemas de pago puede ser limitado y sus implicaciones difíciles de definir en un momento en el que su aplicación en nuestro país es reciente. No obstante, es pertinente hacer una exploración inicial que nos permita recoger elementos del proceso que puedan ser utilizados en análisis posteriores.

El deterioro que existe de la relación médico-paciente afecta a la práctica médica en general y ha despertado una gran preocupación en muchos países, principalmente en aquellos en los que el campo de la economía de la salud está más desarrollado, por los resultados que se puedan tener a largo plazo, la cual se puede ver reflejada en la gran cantidad de estudios que se han llevado a cabo en torno a estos dos temas.

El modelo biomédico ha ido desarrollando las técnicas y los instrumentos con los que aborda la enfermedad, pero su objetivo ha permanecido inmutable en tanto que no ha problematizado sobre la forma en que concibe a su objeto de estudio. Para la biomedicina, la salud-enfermedad es algo estático que se concibe a través de la interpretación que le da la institución médica; corresponde a ella dotarlo de una lógica que legitima su verdad. Sin embargo, la salud, la enfermedad, el dolor, la cura, son conceptos abstractos que se van modificando en los distintos grupos sociales a través del tiempo, y la mirada de la medicina hegemónica parece no haber advertido este fenómeno; es por ello que sus objetivos han seguido un camino divergente respecto a la necesidades de los grandes grupos humanos, resultando en la falta de soluciones a sus problemas de salud. A esta fuga del objeto ha contribuido el deterioro en el que se ha visto envuelta la relación interpersonal que tanto el médico como el paciente establecen al momento de la consulta.

La relación médico-paciente es el punto central del proceso de atención a la enfermedad. Es el momento particular en el que se hacen efectivos los saberes, métodos y técnicas de la medicina (Jarillo, et al, 2000). Lo que de ella derive repercutirá en el estado de salud-enfermedad de los sujetos de la colectividad a la que el profesional de la medicina preste sus servicios. Por lo tanto, es preciso conocer las condiciones y situaciones en las que esta mediación se lleva a cabo y los resultados que arroja a nivel concreto.

Los nuevos métodos de pago a los profesionales de la medicina y reestructuración de las formas de financiamiento han sido uno de los mayores cambios que han tenido los sistemas de salud en varias partes del mundo. La influencia de este fenómeno sobre la relación médico-paciente ha sido estudiada y discutida, pero aún no se tienen respuestas claras sobre como se desarrollará a mediano y largo plazo.

5.2. Objetivos

5.2.1. Generales

- Identificar las formas de financiamiento que se han desarrollado en los pagos a los profesionales de la medicina en los sistemas de salud.
- Analizar la relación entre las formas de financiamiento y la manera en que los profesionales de la medicina establecen relaciones interpersonales durante la consulta.

5.2.2. Específicos

- Conocer la manera en que se fijan las tasas de pago.
- Caracterizar la opinión de los médicos y los pacientes sobre las formas de pago.
- Conocer los criterios de adaptación que siguen los médicos al establecerse el encuentro con el enfermo en relación con las formas de pago.
- Identificar las características de la dimensión interpersonal de la relación médico-paciente de acuerdo a los esquemas de financiamiento.

5.3. Metodología

El diseño metodológico se realizó con base a un estudio de caso con la ayuda de las técnicas de cuestionario de llenado directo y entrevistas semi-estructuradas que se aplicaron a médicos y pacientes de cinco hospitales públicos (Hospital Xoco, Hospital General, Unidad Médico Familiar del No. 7 y Hospital General de Zona No. 27 del IMSS, Hospital Regional Adolfo López Mateos y Centro Nacional de Rehabilitación), dos hospitales privados (Hospital Español y Hospital ABC) y una empresa aseguradora de servicios médicos (GNP) durante el período Marzo-Julio de 2003.

El planteamiento inicial fue considerar a médicos con diferentes mecanismos de pago tanto en el sector público como en el privado, en los cuales se incluyen el pago por día, el pago por servicio y capitación. Desafortunadamente, este último no fue posible incluirlo en el estudio, ya que la institución que manejaba este tipo de remuneración lo canceló por motivos de reestructuración de los contratos con las aseguradoras, antes de que fueran aplicadas las encuestas.

La selección de la muestra se realizó de la siguiente manera para los médicos: Se contó con un contacto en cada uno de las instituciones y empresas mencionadas con anterioridad y se les realizó a cada uno la primera encuesta. Posteriormente se pidió que refieran al encuestador con otro profesional médico y así sucesivamente —técnica de la bola de nieve. Cuando este método de muestreo es utilizado en poblaciones grandes las personas que son menos conocidas por los contactos no tienen la misma probabilidad de ser incluidas en la muestra, sin embargo ha sido muy utilizada en estudios en los que el objetivo es identificar a miembros de grupos élite o que son difíciles de localizar (Russell, 1994). La razón por la cual se utilizó esta técnica es que permite captar un mayor número de sujetos que cuando se solicita la participación de manera aleatoria y sin recomendación del entrevistado por otro profesional médico.

Para el caso de los pacientes la muestra se obtuvo a conveniencia solicitando la participación de las personas que terminaban la consulta con el médico al que se aplicó la encuesta. Aquí no se utilizó la bola de nieve porque la distribución en el conjunto de sujetos resulta demasiado dispersa dada las características de la zona metropolitana y ello representa una gran dificultad para la

captación de participantes. Además es posible establecer relaciones entre la opinión del médico y la del paciente sobre una situación en la que ambos intervienen.

Se llevó a cabo un pilotaje de la encuesta en el que participaron 30 sujetos, lo que permitió mejorar el instrumento en cuanto a claridad y pertinencia de las preguntas.

Los criterios de inclusión para los médicos fueron: tener al menos 1 año de estar trabajando en organizaciones públicas o privadas que hayan aplicado alguno de los nuevos métodos de pago. Para los pacientes: tener una edad de 20 años o más, haber asistido a alguno de los servicios médicos otorgados por estas organizaciones al menos en una ocasión. Se excluyeron todos aquellos cuestionarios que presentaron datos incompletos.

5.3.1. Variables

Las variables a considerar para en el cuestionario se construyeron con base en un tipo-ideal (Ezequiel, 1995) en el que se incluyen la elección, la competencia, la comunicación, la empatía, la continuidad y el conflicto de intereses. Se agregó el concepto de confianza (Luhmann, 1996) que ya se ha discutido anteriormente, puesto que se considera como un elemento indispensable para el desarrollo de la relación.

5.3.1.1. Paciente

Independientes: Edad, Sexo, Nivel de estudios, Derechohabiciencia, frecuencia de visitas, tipo de afiliación o mecanismo de pago, uso de instituciones prestadoras de servicios, opinión sobre los servicios.

Dependientes: Elección, empatía, confianza, comunicación, continuidad, conflicto de intereses.

5.3.1.2. Médico

Independientes: Edad, sexo, especialidad, empresa para la que trabaja, tipo de contratación, tiempo de práctica profesional, tipo de instituciones para las que trabaja, opinión sobre los servicios de salud.

Dependientes: Empatía, confianza, comunicación, continuidad.

5.3.2. Recolección de la información

Las encuestas se realizaron en el lugar de trabajo del encuestado. La mayoría de los médicos trabajan para los servicios públicos y para los privados, por lo que la orientación de las preguntas dependió del tipo de institución para la que se estaba trabajando en ese momento, es decir que en el ámbito privado se pedía que las respuestas se basaran en la experiencia de los servicios privados y de igual manera con los públicos.

Una vez llenado el instrumento se preguntó al encuestado si le gustaría participar en una entrevista para profundizar sobre el tema. Las entrevistas se realizaron una vez concluida la recolección de datos por medio del cuestionario. En ellas participaron cuatro médicos y cuatro pacientes que han tenido experiencias tanto en los servicios públicos como en los privados.

Los cuestionarios contienen preguntas abiertas, de opción múltiple y de escalamiento tipo Likert relacionadas con las categorías de financiamiento, elección, empatía, confianza, comunicación, continuidad y competencia (Anexos 1 y 2).

Las entrevistas fueron grabadas en una cinta electromagnética y se transcribieron en un procesador de textos. El guión para cada una de ellas se muestra en el anexo 3.

Para el análisis de la información recolectada se procedió de la siguiente manera:

5.3.3. Análisis cuantitativo

Los cuestionarios se vaciaron a una base de datos una vez codificados. Se realizó un Análisis de Componentes Principales sobre la matriz de covarianzas con la finalidad de disminuir el número de variables que se van a comparar. Las primeras tres de las nuevas variables Componentes Principales se sometieron a un Análisis de Conglomerados mediante el método de Ward para generar agrupamientos de personas con opiniones similares sobre la relación médico-paciente. Una vez formados los agrupamientos se realizó un Análisis Multivariado de Varianza para determinar que tan diferentes son entre sí los agrupamientos con base a la opinión sobre la relación médico-paciente. Finalmente se realizó un Análisis de Correspondencia para determinar si las similitudes dentro de los agrupamientos, es decir la pertenencia a un determinado agrupamiento, se correlaciona con el tipo de pago o remuneración; la utilización (trabajo en el caso de los médicos) o preferencia de los sistemas públicos o privados y la opinión que se tiene acerca de los mismos.

5.3.3.1. Análisis de Componentes Principales

El objetivo del Análisis de Componentes Principales consiste en transformar un conjunto de variables correlacionadas en otro conjunto menor de variables no correlacionadas con la finalidad de disminuir la multidimensionalidad —número de variables— de los datos y facilitar su interpretación (Johnson, 2000). En otras palabras, las variables originales que tienden a correlacionarse entre sí se agrupan en un conglomerado. Así se forman varios grupos de variables correlacionadas, pero sin correlación entre grupos, a los que se llama Componentes Principales. El análisis también proporciona calificaciones numéricas a cada sujeto de la muestra —calificación de las Componentes Principales—, las cuales resumen las calificaciones de las respuestas obtenidas en cada grupo de variables que conforman las Componentes. De esta manera cada sujeto se identifica con dos o más valores numéricos —dependiendo del número de Componentes que se están analizando— y cada valor lo caracteriza de acuerdo a sus opiniones agrupadas según el grado de correlación. La encuesta

levantada en este estudio cuenta con 27 variables para pacientes y 13 variables para médicos que miden distintos elementos que caracterizan la relación médico-paciente. Por lo tanto, una vez que se sabe cuales son las variables que se agrupan en cada Componente se pueden utilizar las calificaciones individuales para establecer similitudes y diferencias entre los sujetos de acuerdo a sus opiniones sobre el proceso relacional que se establece al momento de la consulta.

El Análisis de Componentes Principales se realiza sobre una matriz de datos, que puede conformarse por las correlaciones entre variables o por sus covarianzas. En este caso usamos matriz de covarianzas, dado que la matriz de correlaciones se utiliza cuando es necesario estandarizar los datos —la estandarización es la homogenización de las escalas de los datos, en este caso a través de la matriz de correlaciones, para que puedan ser comparables. A partir de los datos de la matriz de covarianzas se obtienen eigenvalores y eigenvectores a través de procedimientos matemáticos complejos que no cabe explicar aquí; lo que interesa saber es que los primeros definen el poder explicativo de cada Componente Principal y los segundos las relaciones existentes entre las variables.

Para poder llevar a cabo el Análisis de Componentes Principales es necesario que las variables sean medidas en las mismas unidades o en unidades comparables, las variables estén correlacionadas entre sí y la varianza entre variables sea similar (Johnson, 2000). Por este motivo las preguntas que se someten a este análisis fueron construidas en la misma escala de acuerdo a la propuesta de Likert (Hernández, et al., 2001), con la cual se mide tanto la intensidad como la dirección de la actitud a través de preguntas en las que se califica favorable o desfavorablemente el objeto de actitud. En todas las preguntas la escala consta de 5 posibles respuestas de tal manera que pueden ser comparadas entre sí sin llevar a cabo ninguna transformación. Para cumplir con la segunda condición se aceptó una correlación mayor de 0.65. Finalmente la varianza entre las variables tanto de médicos como de pacientes fue menor de 1.

Una vez que se obtienen la tabla de eigenvalores y eigenvectores se deben ubicar las preguntas que se agruparán en cada Componente Principal. Para ello se toman los valores que resultan significativos (Tablas 6.1 y 6.4). En el caso de los pacientes, aquellos eigenvectores mayores de 0.2 y en el caso de los médicos los eigenvalores mayores de 0.26. Estos criterios fueron obtenidos por medio de la siguiente fórmula: $a \pm 1/\sqrt{x}$; en donde “x” es el número de variables que se

sometieron al análisis. Se utilizaron únicamente los primeros tres componentes seleccionados a partir de la técnica de Cattell (1966), quien sugiere ubicar el punto en una gráfica que se construye con el número de eigenvalores resultantes y el valor numérico de cada eigenvalor—gráfica scree. Cuando la distancia entre eigenvalores comienza a decrecer a intervalos mínimos la distancia entre un eigenvalor y el siguiente tiende a nivelarse y los eigenvectores después de este punto explican poco sobre la varianza total del grupo de variables que resultan significativas en cada uno de ellos.

5.3.3.2. Análisis de Conglomerados

En el Análisis de Conglomerados se utilizaron las nuevas variables (Componentes Principales) para agrupar a los sujetos. De esta manera cada sujeto de la muestra es agrupado en un conglomerado bajo la condición de que la varianza media de las distancias entre los casos dentro de un agrupamiento sea la menor posible de acuerdo al número de agrupamientos que se crean —método de la varianza mínima de Ward—. Algunos estudios indican que el método de Ward es mejor que otros métodos de clasificación jerárquica (Makoto and Takenobu, 1995), por lo que se prefirió utilizarlo.

5.3.3.3. Análisis Multivariado de Varianza

El Análisis Multivariado de Varianza es un procedimiento con el que se comparan las medias para ver que tanto difieren entre sí (Johnson, 2000; Freid and Simon, 1994). El método de mínimos cuadrados medios permite establecer diferencias entre las medias de las Componentes Principales en cada uno de los agrupamientos ajustándolas para que puedan ser comparables. Pero sólo podemos conocer que tan diferentes son por cada componente a la vez. El análisis de variables canónicas, en cambio, posibilita la comparación simultánea de las tres Componentes. La ventaja que representa este análisis es que se obtiene la tendencia global de cada agrupamiento según las calificaciones de

las tres componentes principales y de esta manera podemos observar qué tanta diferencia existe entre ellos. Debido a que las muestras no cumplen con los criterios de normalidad y homogeneidad de varianza se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (Sánchez, 1995; Anderson, et al., 1999) para determinar la significancia de las diferencias entre medias.

5.3.3.4. Análisis de Correspondencia

Finalmente, el Análisis de Correspondencia se lleva a cabo con la ayuda de una tabla de frecuencias cruzadas de los agrupamientos con las variables independientes que ya se han mencionado. Los resultados se convierten a una matriz de distancias con la que se construye una gráfica en la que se trata de ubicar los puntos más cercanos, los cuales tienen mayor grado de correspondencia.

Los Análisis de Conglomerados, Componentes Principales y Multivariado de Varianza se realizaron con versión 3.2.1 del JMP. El Análisis de Correspondencia Múltiple se llevó a cabo utilizando la versión 6.0 del paquete Statistica, ya que el JMP no permite analizar tablas de múltiples vías.

5.3.4. Análisis cualitativo

Las entrevistas fueron transcritas en forma íntegra en un editor de textos y se utilizó la versión demo del Atlas Ti 4.2 para la codificación y análisis longitudinal del contenido de base gramatical (Duverger, 1998), el cual consiste en hacer una lectura de todo el documento para ubicar las categorías presentes en el texto, a diferencia del análisis transversal en el que de igual manera se hace una lectura del documento pero buscando elementos que puedan corresponder a una categoría que previamente ha contemplado el investigador. Lo que se propone es utilizar las categorías que sirvieron para la encuesta, pero sin dejar de considerar algunas otras que pudieran aparecer en el

texto y que pudieran dar elementos importantes para la explicación de los hallazgos de la encuesta o que aportaran información sobre aspectos que pudieron escapar a ella.

Mediante el análisis de los materiales lingüísticos se pueden hacer inferencias acerca de fenómenos no lingüísticos individuales o sociales (Mayntz, et al, 1993), en tanto que el lenguaje es una comunicación de significados, explicaciones y representaciones de la realidad social y constituye una base importante de la acción social (Habermas, 1989). A través del lenguaje podemos interpretar lo que la acción de un sujeto significa para otro y la manera en que éste se representa los significados de aquel, lo cual lo lleva a tomar una posición determinada o actuar en respuesta a ello.

Según Taylor (1996) en la investigación cualitativa no hay lineamientos para determinar la cantidad de datos necesarios para hacer válidas la interpretación o la conclusión y consideran que en algunas ocasiones una buena aprehensión del fenómeno se obtiene con una cantidad pequeña de datos. Sin embargo, las interpretaciones que se hacen sobre la base de discursos particulares, es decir desde el punto de vista del sujeto no pueden generalizarse mecánicamente como reflejo de la dinámica social que en ellos se reproduce y a través de los cuales podemos lograr su aprehensión. Para ello es necesario hacer un análisis crítico de los microprocesos y las explicaciones que se hacen de lo social, las síntesis que de ello derivemos nos mostrará su posibilidad y capacidad de establecer relaciones de mayor extensión.

Los discursos se han ordenado por categoría y las frases más significativas se reproducen para dar base a las explicaciones o comentarios que se hacen respecto de aquellas. Glaser y Strauss (1967) dicen que una sola frase es suficiente para desarrollar una categoría conceptual desde la teoría fundamentada. En nuestro caso se trata de ubicar un conjunto de elementos del discurso presentes en los casos particulares que aquí se estudian y que responden a categorías formuladas desde los planteamientos teóricos que se han retomado en la exposición del marco de discusión y análisis en los primeros cuatro capítulos de este trabajo. De esta manera lo que se busca es contextualizar el discurso de los actores con las explicaciones que desde algunas teorías sociológicas se intentan para dar cuenta de la realidad social.

La unidad de análisis en el contenido puede considerarse desde una palabra hasta un párrafo completo. En este caso se ha preferido utilizar un argumento, ya sea que esté compuesto por

una o más oraciones, que sea suficiente para dar cuenta de las interpretaciones que se han construido en torno a las categorías analíticas.

Capítulo VI Resultados

6.1. Análisis Cuantitativo

La idea que sigue la presentación de los resultados es ir de un nivel de menor generalidad a uno de mayor generalidad de las relaciones que se establecen entre las variables. El análisis puntual o de los sujetos a los que se midieron las variables se limita a la presentación de una gráfica de dispersión en la que se agrupa a las personas de acuerdo a las opiniones y percepciones que tienen sobre la relación médico-paciente ya que no se pueden dar explicaciones de ellas a este nivel o son difíciles de obtener mediante el análisis estadístico.

6.1.1. Pacientes

6.1.1.1. Características generales de la muestra

Se obtuvieron 92 encuestas de pacientes que asisten a los servicios de salud en instituciones públicas y privadas pero solo fueron incluidos 88 casos en el análisis debido a que 4 de ellos presentaron datos incompletos. Las variables independientes que se exploraron fueron: sexo, opinión sobre los servicios según el tipo de institución, pertenencia a alguna modalidad de aseguramiento, utilización del tipo de servicios y opinión sobre la calidad de los mismos.

La distribución por sexo está relativamente equilibrada con 47% de mujeres y 53% de hombres. El 44% de las personas respondió basándose en las experiencias de los servicios públicos y el 56% de los servicios privados. Existe poca diferencia entre la proporción de usuarios que utilizan solo los servicios privados, solo los públicos o ambos. Finalmente dos terceras partes opinan que los

servicios privados son mejores y solo un pequeño porcentaje (7%) opina que los públicos son mejores.

Tabla 6.1. Pacientes. Distribución de pacientes según sexo

	Número	%
Hombres	47	53
Mujeres	41	47
Total	88	100

Tabla 6.2. Pacientes. Opinión sobre los servicios según tipo de institución (públicos y privados)

	Número	%
Públicos	49	44
Privados	39	56
Total	88	100

Tabla 6.3. Pacientes. Pertenencia de los pacientes según tipo de aseguramiento.

	Número	%
Pago de bolsillo	9	10
Pago empresarial sin co-pago	5	6
Pago empresarial con co-pago	13	15
Seguro personal	12	13
Seguridad social	30	34
Cuotas de recuperación	19	22
Total	88	100

Tabla 6.4. Pacientes. Utilización del tipo de servicios

	Número	%
Públicos	32	37
Privados	25	28
Ambos	31	35
Total	88	100

Tabla 6.5. Pacientes. Opinión sobre la calidad de los servicios

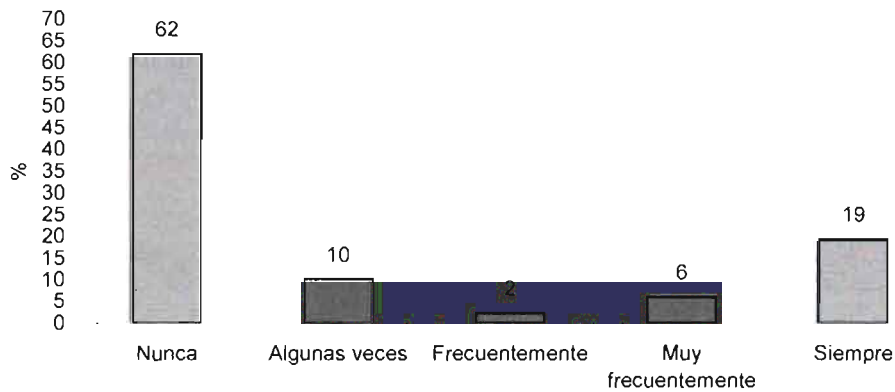
	Número	%
Son mejores los Públicos	6	7
Son mejores los Privados	60	68
Ambos son buenos	22	25
Total	88	100

6.1.1.2. Relación Médico-Paciente

6.1.1.2.1. Elección

Las opciones existentes para que el paciente pueda elegir al médico de su preferencia son pocas, dos cuartas partes de los encuestados no tienen posibilidad de hacerlo y sólo el 27% cuenta con esta opción en la mayoría de las situaciones.

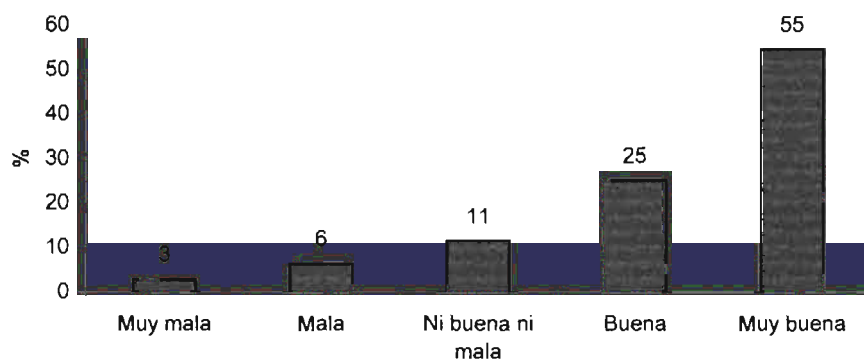
Gráfico 6.1. Posibilidad en la elección de los pacientes que asisten a servicios de salud



6.1.1.2.2. Competencia

El 79% de los encuestados opina que el médico cuenta con las habilidades técnicas suficientes para prestar sus servicios obteniendo resultados satisfactorios con el tratamiento.

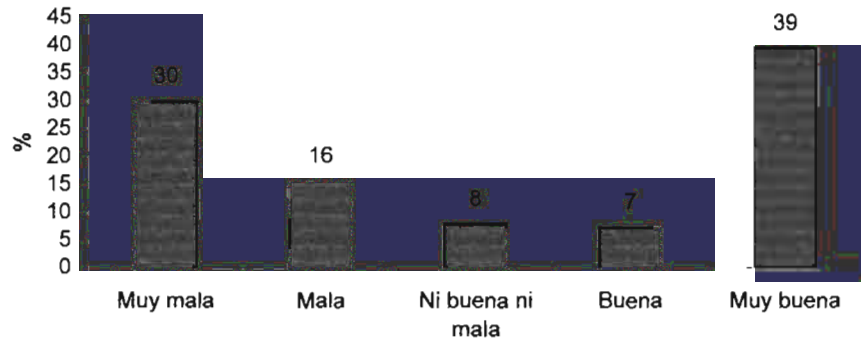
Gráfico 6.2. Opinión de los pacientes sobre la competencia técnica del médico en servicios de salud



6.1.1.2.3. Comunicación

No se encontró una orientación definida sobre la manera en que se califica la cantidad y tipo de información que el médico proporciona al paciente. El 46% opina favorablemente sobre la comunicación y otro 46% opina de forma negativa mientras que el 8% restante no la describe ni como buena ni como mala.

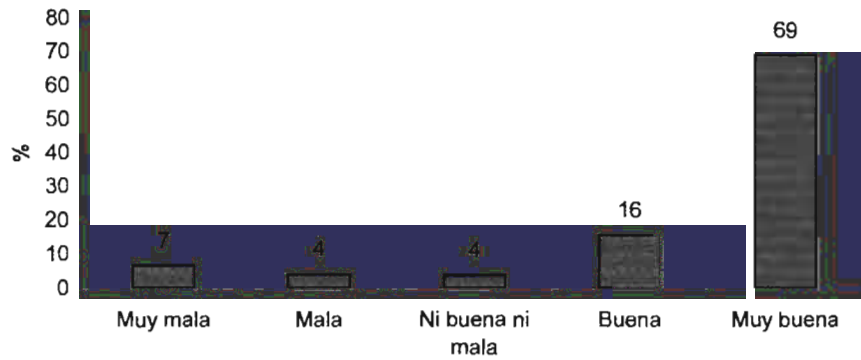
Gráfico 6.3. Opinión de los pacientes sobre la comunicación con el médico en servicios de salud



6.1.1.2.4. Empatía

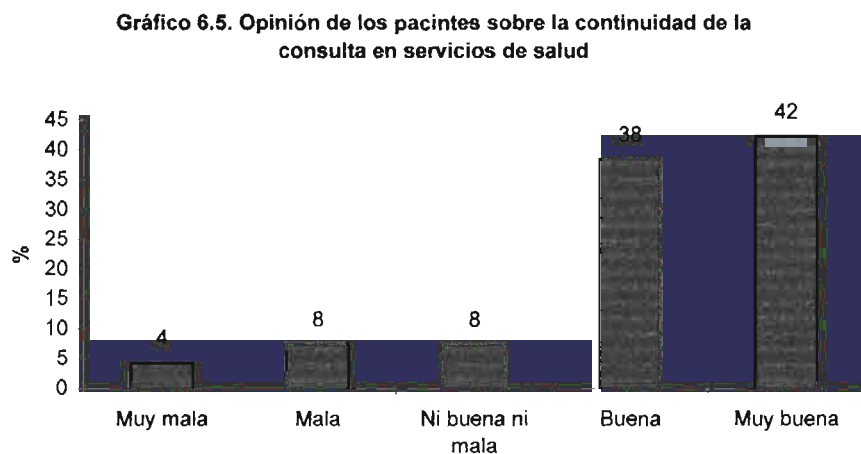
El 85% de los pacientes opina que tiene una relación de empatía con su médico y solamente el 11% considera que la relación de empatía es mala o muy mala.

Gráfico 6.4. Opinión de los pacientes sobre la empatía en la relación con el médico de servicios de salud



6.1.1.2.5. Continuidad

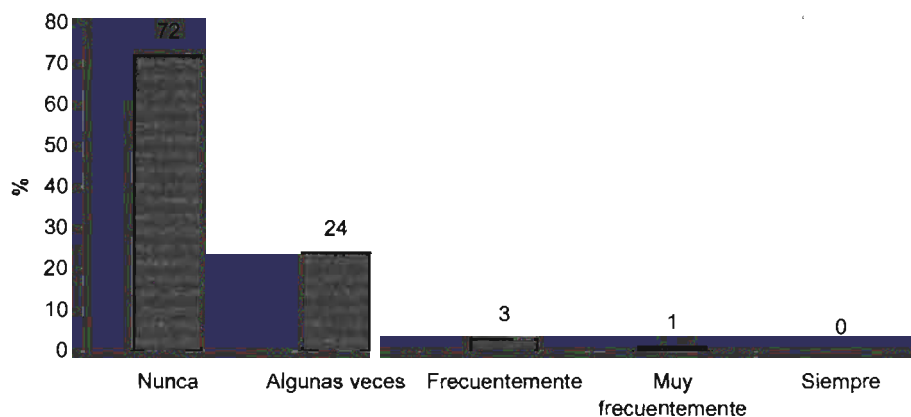
En la experiencia de los pacientes el seguimiento de la enfermedad se mantiene la mayor parte del tiempo.



6.1.1.2.6. Conflicto de intereses

Una proporción muy grande de los encuestados (72%) refiere que nunca ha tenido un conflicto con el médico cuando el tratamiento no dio los resultados esperados. Solamente el 30% expresó en algún momento disconformidad y sólo cuatro de ellos decidieron romper con la relación.

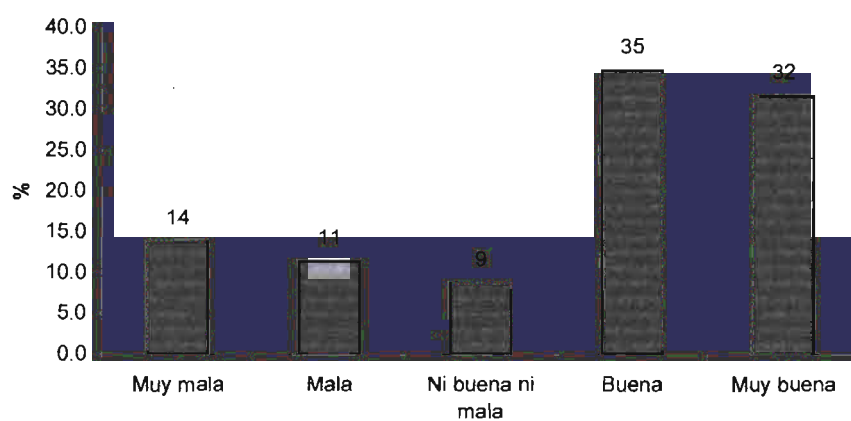
Gráfico 6.6. Percepción de conflicto de intereses en pacintes que asisten a servicios de salud



6.1.1.2.7. Confianza

El 35% de los pacientes considera como buena la confianza que tienen con el médico y el 32% la considera como muy buena. El resto de los encuestados (33%) no tiene una opinión ni buena ni mala o consideran que es mala o muy mala.

Gráfico 6.7. Opinión de los pacientes sobre la confianza en la relación con el médico en servicios de salud



6.1.1.3. Opinión de los pacientes acerca de los métodos de pago

Se tiene en general una buena impresión acerca de los métodos de pago de los servicios, los pacientes que tienen acceso a algún tipo de servicio a través de financiamiento privado tienen una mejor impresión que aquellos que son financiados a través de fondos públicos, con excepción de los seguros personales a los que algunas personas calificaron negativamente.

Gráfico 6.28. Opinión de los pacientes sobre los sistemas de financiamiento

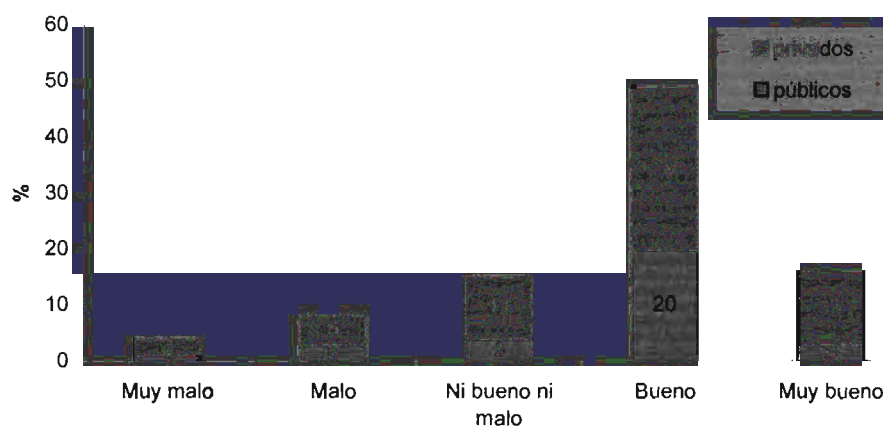
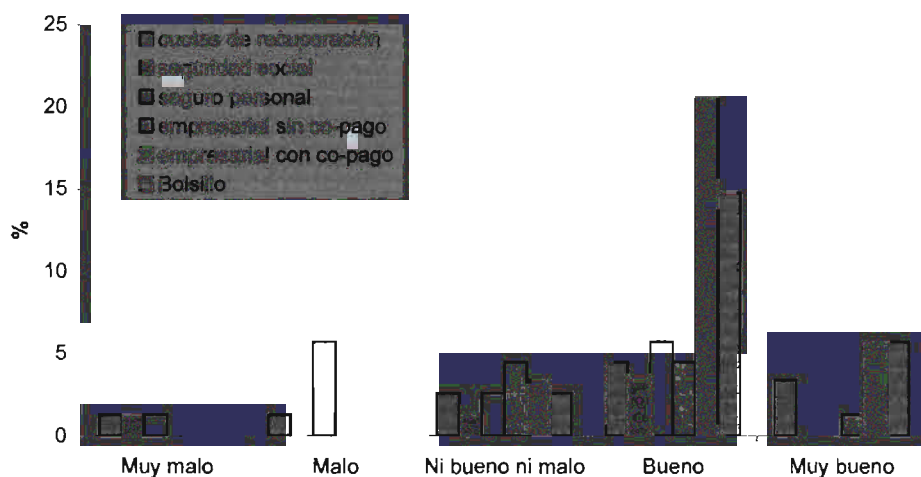


Gráfico 6.29. Opinión de los pacientes sobre los métodos de pago



6.1.1.4. Análisis de Componentes Principales

El primer componente principal define mejor la posibilidad de elegir al médico asociado con una buena comunicación sobre el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad y buena continuidad; el segundo componente define mejor una relación no empática e ineficacia práctica del médico, así como falta de comunicación sobre el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad; el tercer componente define mejor la falta de uso de las opciones existentes para elegir al médico que ellos prefieren, posibilidad de elegir el tratamiento, mala comunicación sobre la causa de la enfermedad y la existencia de confianza en la relación.

En la tabla 6.1 se muestran los eigenvalores de las tres primeras componentes principales que explican en conjunto el 58.7% de la varianza total entre variables. El resto de los eigenvalores no se muestran debido a que explican poco acerca de la variabilidad de las variables. Las variables que se analizaron se midieron en una escala de 1 a 5 y se refieren a los elementos que caracterizan la relación médico-paciente.

6.1.1.5. Análisis de Conglomerados

En el gráfico 6.8 aparece la dispersión de los datos agrupados de acuerdo al cluster. EL eje de la X representa el primer componente principal, el eje de las Y el segundo componente y el eje de las Z el tercer componente.

Tabla 6.6
Análisis de Componentes Principales
Sobre la Matriz de Covarianzas

	Componente Principal 1	Componente Principal 2	Componente Principal 3
Eigenvalor:	19.29	5.51	2.96
Porcentaje:	40.78	11.65	6.25
Porcentaje acumulado:	40.78	52.43	58.69
Eigenvectores*:			
P7-9	<u>0.33</u>	0.19	-0.12
P10	0.21	0.18	<u>-0.31</u>
P11	0.24	0.19	<u>-0.38</u>
P12	0.14	<u>-0.21</u>	-0.19
P13	0.23	<u>-0.31</u>	-0.15
P14	<u>0.33</u>	0.10	-0.13
P15	<u>0.27</u>	-0.04	-0.13
P16	<u>0.30</u>	0.06	-0.18
P17	<u>0.21</u>	-0.11	0.14
P18	<u>0.32</u>	0.25	0.25
P19	<u>0.23</u>	0.23	0.22
P20	0.13	0.21	<u>0.29</u>
P26.1	0.16	<u>-0.31</u>	0.15
P26.2	0.15	<u>-0.31</u>	0.17
P26.3	0.14	<u>-0.23</u>	0.20
P26.4	-0.11	0.17	-0.13
P31	0.12	<u>-0.21</u>	0.16
P32	0.15	<u>-0.24</u>	0.12
P33	0.09	0.21	<u>0.25</u>
P34	0.17	-0.05	0.16
P35	<u>0.24</u>	0.04	0.13
P36	0.10	-0.16	0.10
P37	-0.02	0.07	0.03
P38	-0.01	0.03	0.02
P39	-0.07	0.29	<u>0.31</u>
P40	0.00	0.14	0.20
P41	-0.04	0.09	0.01

*La codificación que aparece en la tabla corresponde al número de pregunta en el cuestionario.

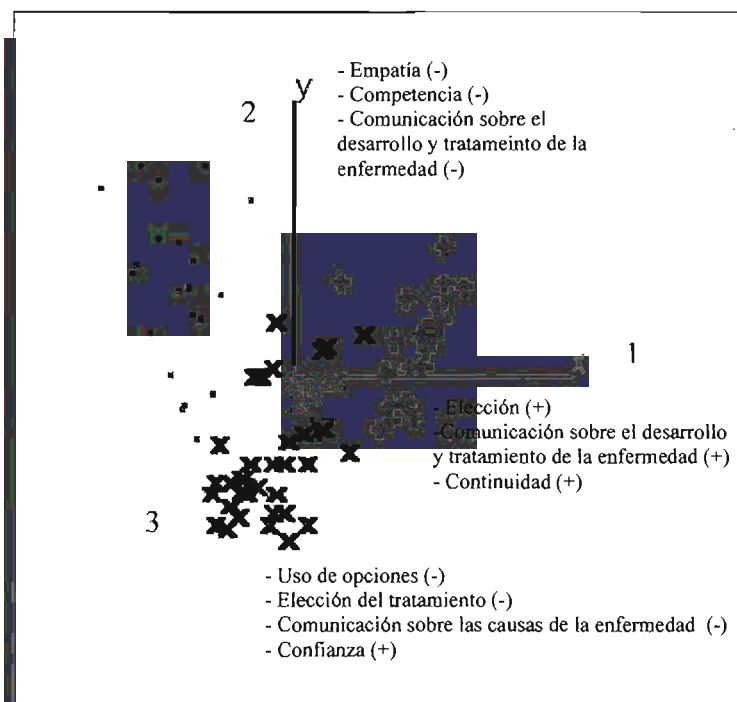


Gráfico 6.8. Distribución de los casos por cluster. Rojo=cluster 1; Verde=cluster 2; Azul= cluster 3

En la gráfica de dispersión que se muestra arriba los valores positivos de x , y y z son hacia la derecha, hacia arriba y hacia el frente, respectivamente. Pero para interpretarla hay que considerar también los signos de los eigenvectores que también se muestran. Por ejemplo, en la componente 2 se observan eigenvectores negativos, esto quiere decir que valores altos en la primera componente resultan en una valoración negativa de los elementos que tienen que ver con la relación médico-paciente que representa ese eigenvector. En las gráficas de mínimos cuadrados medios y el análisis de variables canónicas también se aplica esta regla.

6.1.1.6. Análisis Multivariado de Varianza

6.1.1.6.1. Diferencias entre agrupamientos por el método de medias de mínimos cuadrados

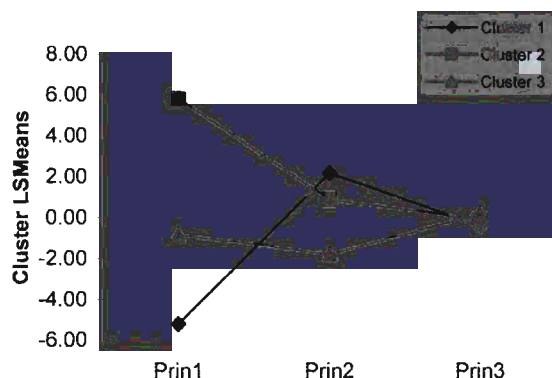


Gráfico 6.9. Diferencia de medias entre agrupamientos considerando las tres componentes principales.

En la gráfica 6.9 se puede ver que el primer agrupamiento se caracteriza por no tener posibilidad de elegir al médico, no recibir una buena información acerca de la causa, el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad y percibir una falta de continuidad, empatía y confianza en la relación y no poder elegir el tratamiento.

El segundo agrupamiento se diferencia del primero en que tiene posibilidad de elegir al médico, recibe una buena información acerca del desarrollo y tratamiento de la enfermedad y considera que hay buena continuidad.

El tercer agrupamiento se distingue de los dos anteriores en que puede elegir el tratamiento, recibe buena información sobre la causa de la enfermedad pero no percibe confianza y empatía en la relación así como competencia técnica del médico. Por otra parte se distingue del segundo agrupamiento en que no tiene posibilidad de elegir al médico, no recibe una buena información acerca del desarrollo y el tratamiento de la enfermedad y considera que no hay una buena continuidad en la relación.

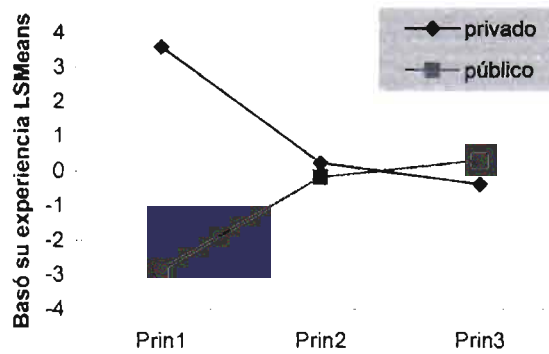


Gráfico 6.10. Diferencia de medias entre grupos que basaron sus respuestas en la experiencia de los servicios privados o públicos.

El agrupamiento que basó sus respuestas en la experiencia de los servicios privados tiende a tener posibilidad de elegir al médico y hace uso de ella, opina que se le da buena información acerca del desarrollo y el tratamiento de la enfermedad, pero no de la causa; considera que hay continuidad en la relación y empatía, no obstante percibe falta de confianza y competencia por parte del médico y no tiene posibilidad de elegir el tratamiento.

El agrupamiento que basó sus respuestas en la experiencia de los servicios públicos no tiene posibilidad de elegir al médico, opina que no se le da buena información acerca del desarrollo y el tratamiento de la enfermedad, pero sí de la causa; considera que no hay continuidad en la relación ni empatía aunque opina positivamente sobre la competencia del médico; percibe confianza en la relación y tiene la posibilidad de elegir el tratamiento.

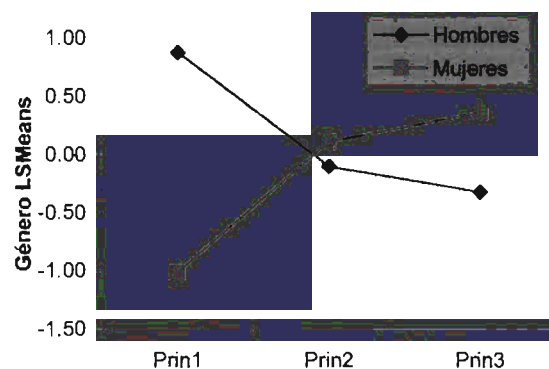


Gráfico 6.11. Diferencias de medias entre género.

Las mayores diferencias entre el agrupamiento de hombres y mujeres (Gráfico 6.11) se encuentra en que los primeros opinan que no tienen la posibilidad de elegir al médico, no hay buena comunicación acerca del desarrollo y el tratamiento de la enfermedad ni posibilidad para elegir entre un tratamiento y otro, consideran que hay continuidad en la relación pero falta de confianza, en contraste con la opinión de las mujeres.

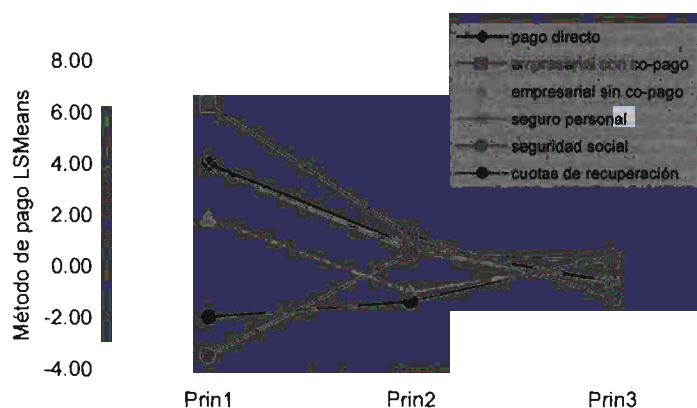


Gráfico 6.12. Diferencias de medias entre pacientes con distintas modalidades de pago.

Los agrupamientos que opinaron sobre el pago directo de bolsillo, seguro empresarial, con o sin co-pago y seguro personal contrastan con aquellos que cuentan con seguridad social o servicios a población abierta en que los primeros tiene posibilidad de elegir al médico, consideran que se les da una buena información acerca del desarrollo y el tratamiento de la enfermedad y continuidad en la relación. Las diferencias entre el agrupamiento de pago directo y seguro personal es mínima, presentando una tendencia menor que aquellos que opinaron sobre el seguro empresarial con co-pago y mayor que aquellos que opinaron sobre el seguro empresarial sin co-pago.

Respecto a la segunda Componente los agrupamientos que opinaron sobre el pago directo, seguro empresarial con co-pago, seguro personal y seguridad social consideran que no hay una buena comunicación sobre la causa de la enfermedad ni empatía en la relación y opinan negativamente sobre la competencia del médico. Los agrupamientos con mayor tendencia en estos aspectos son los de pago directo y seguro empresarial con co-pago y los de menor tendencia los de seguro personal y seguridad social.

Respecto a la tercera Componente los agrupamientos que opinaron sobre el seguro empresarial sin co-pago, seguridad social y cuotas de recuperación consideran que pueden elegir entre uno u otro tratamiento y perciben confianza en la relación, en contraste con el resto.

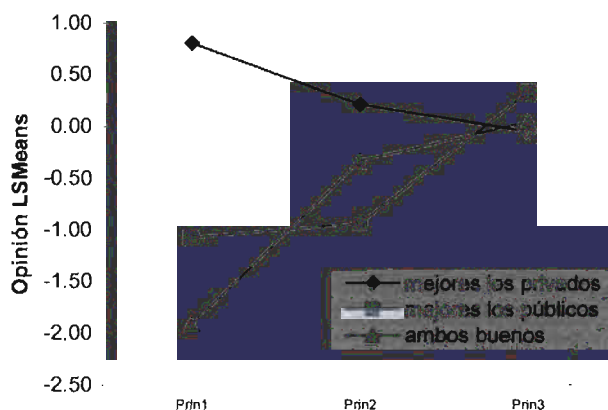


Gráfico 6.13. Diferencias de medias entre pacientes que opinaron sobre la calidad de los servicios.

Solamente seis personas opinaron que los servicios públicos son mejores por lo que no se puede hacer inferencias sobre las tendencias obtenidas. En ellos se obtuvo una tendencia a calificaciones bajas para la primera y segunda componente y altas para la tercera (Gráfico 6.13).

Las personas que opinaron que son mejores los servicios privados tienen posibilidad de elegir el médico y el tratamiento y hacen uso de ella, consideran que hay una buena información acerca de la causa el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad, no perciben empatía, confianza ni competencia por parte del médico, en contraste con aquellas que opinaron que ambos servicios son buenos.

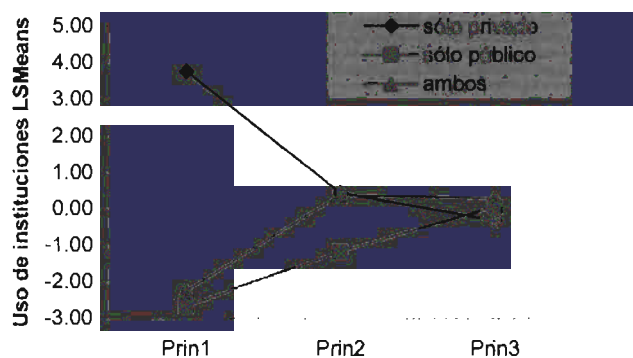


Gráfico 6.14. Diferencias de medias entre grupos de pacientes que hacen uso de las instituciones privadas, de las públicas o de ambas.

El agrupamiento de pacientes que hacen uso de los servicios privados tiene posibilidad de elegir al médico y hace uso de ella, pero no puede elegir el tratamiento, considera que se le da buena información acerca del desarrollo de la enfermedad y el tratamiento pero no de la causa, opina que hay continuidad en la relación pero falta de empatía y confianza así como de competencia, lo cual contrasta con aquellos que asisten sólo a los servicios públicos.

Por otra parte, las personas que asisten a ambos tipos de servicio o no tienen posibilidad de elegir al médico pero sí el tratamiento, consideran que no hay una buena información sobre el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad, falta de continuidad en la relación, empatía y competencia del médico aunque opinan que hay confianza.

6.1.1.6.2. Diferencia de medias a través del análisis de variables canónicas.

En la gráfica 6.15 se presenta la disposición espacial de las medias de los cluster para cada componente principal, en la que se sintetizan las observaciones hechas en las gráficas anteriores. La representación gráfica de las medias de muestras proporciona información visual acerca qué tan diferentes son las medias entre sí (Johnson, 1998). El tamaño del círculo representa la profundidad a la que se encuentra en la gráfica, los círculos pequeños tienen mayor profundidad, a la inversa de

los círculos grandes. Se puede observar que los agrupamientos 1 y 2 son los que más difieren entre sí. Este tipo de gráfica nos muestra la magnitud de las diferencias entre los agrupamientos. Resulta interesante observar cómo en el gráfico 6.19 la diferencia entre los pacientes que opinan que son mejores los servicios públicos, a pesar de que estos constituyen un grupo significativamente menor, es considerablemente mayor que aquellos que opinan que ambos son buenos y aún mayor que los que opinan que los privados son mejores. Tal vez un análisis más detallado de este comportamiento pudiera arrojar alguna explicación.

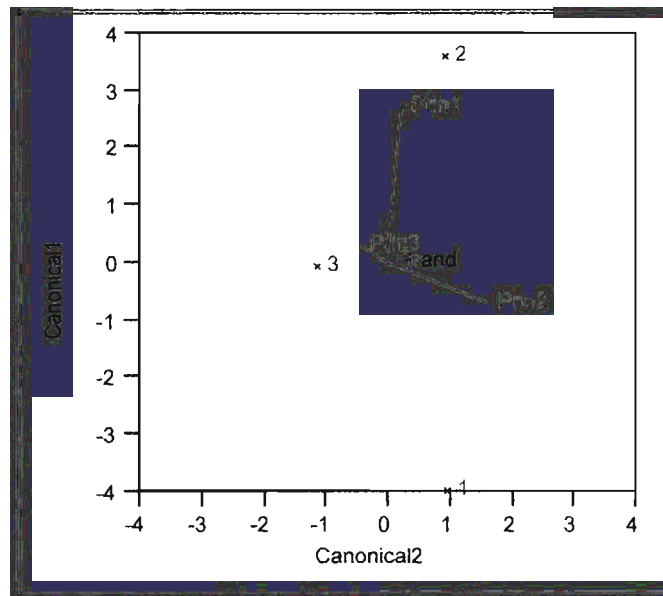


Gráfico 6.15. Diferencias entre agrupamientos considerando las tres componentes principales.

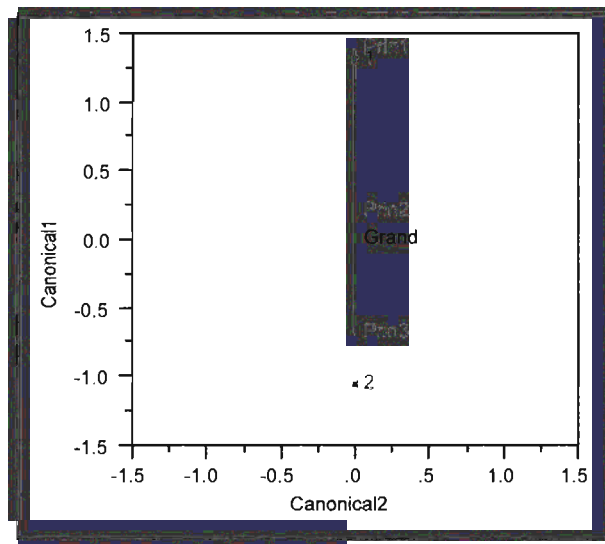


Gráfico 6.16. Diferencias entre los pacientes que opinaron basando sus repuestas en la experiencia de los servicios privados (1) o públicos (2), considerando las tres componentes principales.

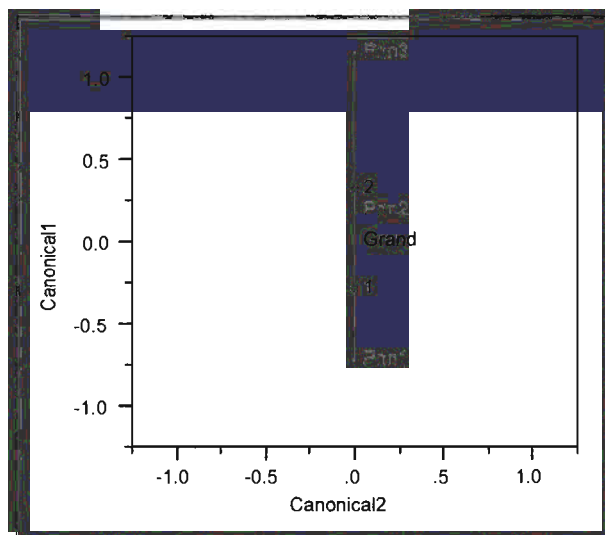


Gráfico 6.17. Diferencias entre hombres y mujeres considerando las tres componentes principales.

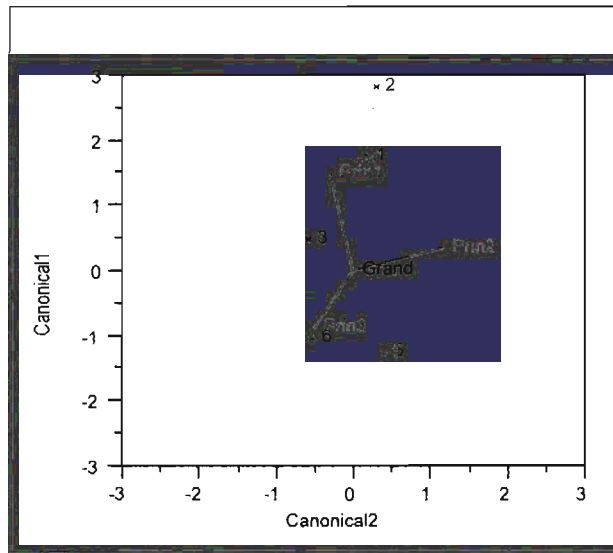


Gráfico 6.18. Diferencias entre los pacientes que pertenecen a las distintas modalidades de pago considerando las tres componentes principales. 1= pago directo de bolsillo, 2= seguro empresarial con co.pago, 3= seguro empresarial sin co-pago, 4= seguro personal, 5= seguridad social, 6= cuotas de recuperación.

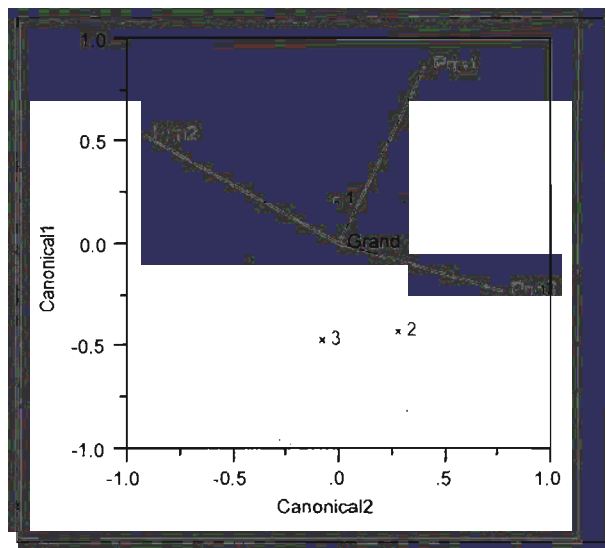


Gráfico 6.19. Diferencias entre los pacientes que opinaron sobre la calidad de los servicios considerando las tres componentes principales. 1= los privados son mejores, 2= los públicos son mejores, 3= ambos son buenos.

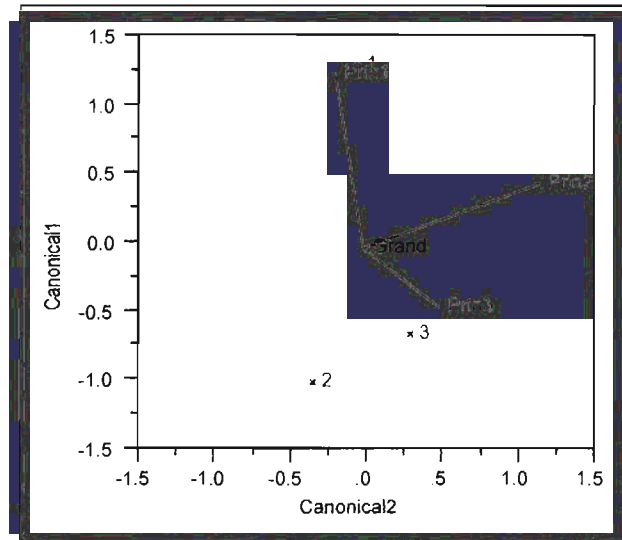


Gráfico 6.20. Diferencias entre pacientes que utilizan los servicios privados (1), públicos (2) o ambos (3).

6.1.1.7. Análisis de Correspondencia.

En la gráfica 6.21 se puede ver que en el cluster 1 tienden a agruparse aquellos sujetos que contestaron para las instituciones públicas, opinan que ambos servicios son buenos, utilizan ambos servicios y cuentan con seguridad social. En el cluster 2 tienden a agruparse aquellos que contestaron para instituciones privadas, opinan que son mejores los servicios privados y solamente utilizan este tipo de servicios, se agrupan también aquellos que pagan directamente de bolsillo o cuentan con un seguro empresarial, ya sea con o sin co-pago o seguro personal; la tendencia más fuerte se encuentra en los que cuentan con seguro empresarial sin co-pago o seguro personal. Finalmente en el cluster 3 tienden a agruparse los que opinan que los servicios privados son mejores, aunque también hay una menor tendencia a opinar que los públicos son mejores, utilizan solo los servicios públicos y pagan por medio de cuotas de recuperación.

3D Plot of Column Coordinates; Dimension: 1 x 2 x 3
 Input Table (Rows x Columns): 17 x 17 (Burt Table)

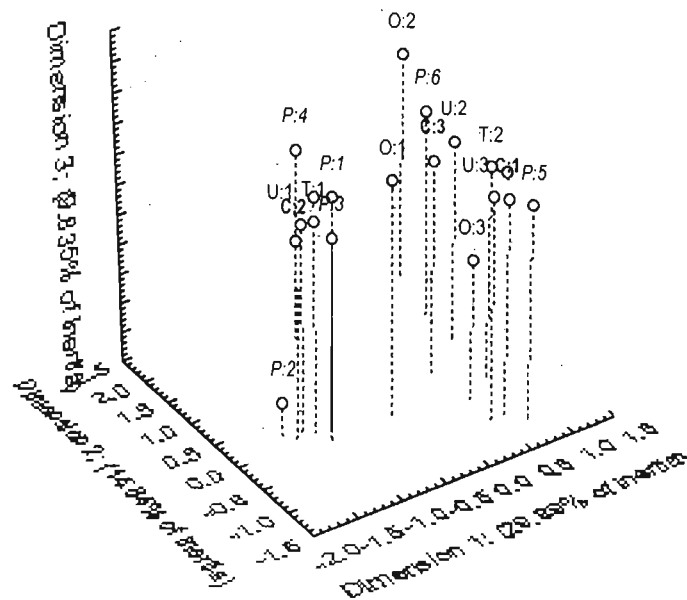


Gráfico 6.21. Análisis de Correspondencia Múltiple. C1= Cluster1; C2= Cluster 2; C3= Cluster 3; O1= Son mejores los privados; O2= Son mejores los públicos; O3= Ambos son buenos; U1= Utiliza solo instituciones privadas; U2= Utiliza solo instituciones públicas; U3= Utiliza ambas; T1= Contestó para instituciones privadas; T2= Contestó para instituciones públicas; P1= Pago directo de bolsillo; P2= Seguro empresarial sin co-pago; P3= Seguro empresarial con co-pago; P4= Seguro personal; P5= Seguridad Social; P6= Cuotas de recuperación.

Tabla 6.7. Similitudes entre los cluster y las variables independientes

	Tipo de pago						Uso de instituciones			Opinión sobre los servicios		
	1	2	3	4	5	6	Pr	Pb	Ambos	Pr	Pb	Ambos
Cluster 1					x				X	x		x
Cluster 2	x	x	X	X			x			x		
Cluster 3						x		x		xx	x	xxx

Tabla 6.8. Elementos esenciales de las distintas agrupaciones para pacientes

	Agrupaciones por componentes principales			Institución para la que contestó		Mecanismo de pago						Opinión sobre los servicios			Uso de instituciones		
	1	2	3	Púb	Pri	1	2	3	4	5	6	Priv	Pub	Ambos	Priv	Pub	Ambos
Posibilidad de elección del medico	--	+	-	-	+	+++	++++	++	+	--	-	+	-	-	+	--	-
Posibilidad de elegir el tratamiento	--	-	+	+	-	----	---	--	-	+	++	+		--	-	+	++
Comunicación del tratamiento	--	+	-	+	+	+++	++++	++	+	--	-	+	-	--	+	--	-
Comunicación de la causa de la enfermedad	--	-	+	+	-	----	---	++	--	-	+	-	+	++	-	+	--
Comunicación del desarrollo de la enfermedad	--	+	-	-	+	+++	++++	+	++	--	-	+		-	+	--	-
Empatía	--	-	+	+	-	---	----	+	--	-	++	-	++	+	--	+	-
Competencia	--	-	+	+	-	----	---	++	-	-	+	-	+	++	--	+	-
Uso de opciones para elegir al médico	--		-	-	+	++++	+++	-	++	--	--	+	-	-	+		-
Confianza	--		+	+	-	---	-	+++	-	+	++	--	-	+	--		+
Continuidad	--	+	-	-	+	+++	++++	+	++	--	-	+	--	-	+		-

El primer conglomerado se distingue por no tener ningún elemento favorable de los enumerados en la tabla 6.8. El segundo conglomerado se distingue por tener posibilidad de elección, percibir una comunicación eficiente, así como la falta de empatía y de confianza. El tercer conglomerado no tiene la posibilidad de elegir al médico, percibe una mala comunicación, falta de empatía y confianza, aunque percibe opina favorablemente sobre la competencia del médico.

Llama la atención que aún cuando el cluster 3 percibe eficacia práctica por parte del médico, de los cuales solo el 19.5% ha utilizado los servicios privados, haya una mayor tendencia a opinar que los privados son mejores (58.5%). En el cluster 1 y 2 la tendencia también es a opinar que los privados son mejores, siendo tres veces mayor en el 2 en relación al 1, lo que contrasta con que en el cluster 2 la mayor tendencia es a utilizar los servicios privados y en el cluster 1 ambos o sólo los públicos en iguales proporciones.

De acuerdo a estos resultados se puede decir que la opinión sobre la calidad de los servicios no tiene, en su mayoría, un fundamento empírico, sino que es producto de representaciones creadas, posiblemente, por las opiniones de otros, o con base a lo que se espera de acuerdo a ciertos principios, normas o valores sociales.

En el cluster 2 se agrupan predominantemente aquellos sujetos que utilizan los servicios privados y que pagan directamente de bolsillo, seguro personal o seguro empresarial. Este grupo se caracteriza por tener posibilidad de elegir al médico y buena comunicación, sin embargo, no percibe empatía ni confianza.

La empatía aparece cuando se percibe una relación de confianza y eficacia práctica. Es decir que el paciente se siente a gusto y tranquilo con el médico cuando existen cuestionamientos acerca de gustos, actividades personales o familiares y, además, ha tenido buenos resultados con el tratamiento, lo cual reduce la incertidumbre. Cuando estos elementos no están presentes hay una falta de adecuación a lo que debe ser la función del médico; lo imprevisto lleva a la incertidumbre y resta disposición del sujeto para otorgar confianza (Luhmann, 2000).

Sin embargo, se puede ver en la tabla 6.8 que para aquellos que asisten a los servicios de seguridad social, los que opinaron acerca de las instituciones públicas y los que utilizan ambos tipos de servicios esta condición no se cumple puesto que la confianza está en relación inversa con la

empatía y la competencia percibida por los pacientes. La explicación a ello podría ser que este grupo de sujetos la confianza sea percibida como una trasgresión a la vida personal del paciente. La representación del “deber ser” en este caso no permite un proceso relacional con el médico que incluya lo familiar.

Es difícil decir cual de estos dos elementos es el que determina en mayor medida la disposición del paciente para otorgar confianza o si es la interacción la que produce el efecto. La forma en que han sido medidas estas variables sugeriría que la segunda opción es la más probable, ya que la eficacia práctica puede estar más relacionada con la disminución de la incertidumbre y la empatía con la familiaridad.

En relación al mecanismo de pago, los elementos de elección, comunicación sobre el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento y la continuidad aparecen diferencias muy claras entre los esquemas de financiamiento privado y los públicos, habiendo una percepción negativa en estos últimos. En cuanto a la comunicación de la causa, la empatía y la competencia las percepciones son compatibles entre los que pagan a través de cuotas de recuperación y los que tienen un seguro empresarial sin co-pago. Así mismo, estos dos grupos, junto a los que cuentan con seguridad social perciben confianza en la relación a diferencia de aquellos que financian el servicio con fondos personales de manera directa o a través de un esquema de prepago en instituciones privadas. De manera general se puede decir que los elementos que intervienen en la caracterización de las opiniones sobre la relación médico-paciente desde la perspectiva de los usuarios establecen diferencias que pueden ser explicadas desde la forma de financiamiento más que en el método de pago al que están adscritos. No obstante, se pueden encontrar diferencias en estos agrupamientos de acuerdo a la importancia que cada uno le da a estos elementos comunes en los que se basan para clasificar los objetos de interés.

6.1.2. Médicos

6.1.2.1. Características generales de la muestra

Se obtuvieron 68 encuestas de médicos que trabajan en los servicios de salud en instituciones públicas y privadas pero solo fueron incluidos 66 casos en el análisis debido a que 2 de ellos presentaron datos incompletos. Las variables independientes que se exploraron fueron: sexo, opinión sobre los servicios según la experiencia en instituciones públicas o privadas en la que se basaron para contestar, pertenencia a alguna modalidad de pago, tipo de instituciones para las que trabaja y opinión sobre la calidad de los mismos.

La muestra de médicos estuvo conformada en su mayor parte por hombres. El 46% trabaja tanto en los servicios públicos, mientras que el 33% trabajo sólo para los públicos y una quinta parte sólo para privados. De ellos el 56% opinó sobre los sistemas de remuneración públicos y el 44% sobre los privados. Dos terceras partes coincidieron en que los servicios privados son mejores que los públicos

Tabla 6.9. Médicos. Distribución de pacientes según sexo

	Número	%
Hombres	49	74
Mujeres	17	26
Total	66	100

Tabla 6.10. Médicos. Opinión sobre los servicios según tipo de institución (públicos y privados)

	Número	%
Públicos	37	56
Privados	29	44
Total	66	100

Tabla 6.11. Médicos. Tipo de pago

	Número	%
Reciben pago por servicio en instituciones privadas	12	18
Reciben pago por día en instituciones privadas	17	26
Reciben pago por día en instituciones públicas	37	56
Total	66	100

Tabla 6.12. Médicos. Tipo de institución en la que trabajan

	Número	%
Públicos	22	33
Privados	14	21
Ambos	30	46
Total	66	100

Tabla 6.13. Médicos. Opinión sobre la calidad de los servicios

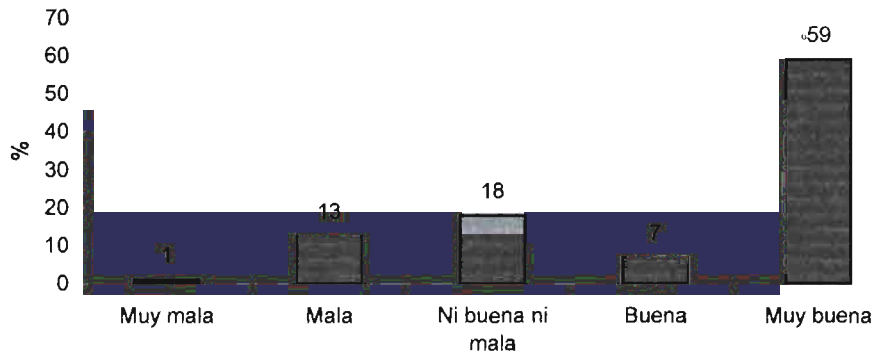
	Número	%
Son mejores los Públicos	13	20
Son mejores los Privados	39	59
Ambos son buenos	14	21
Total	66	100

6.1.2.2. Relación médico-paciente

6.1.2.2.1. Comunicación

El 59% de los médicos opina que la comunicación con sus pacientes es muy buena y solo el 14% la considera como mala o muy mala.

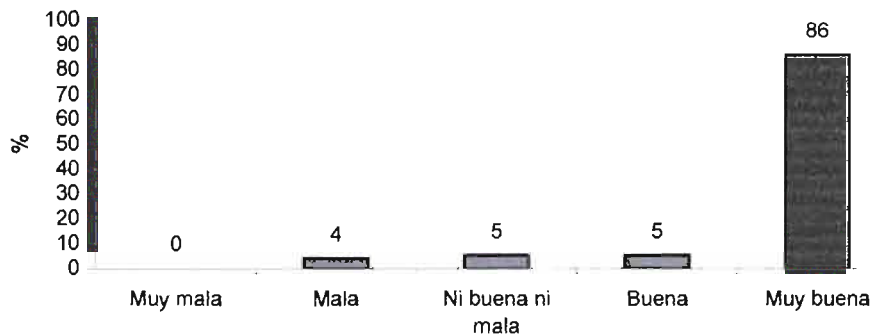
Gráfico 6.22. Opinión de los médicos sobre la comunicación con el paciente



6.1.2.2.2. Empatía

La empatía es un elemento que la mayoría de los médicos (86%) considera como parte de su relación con los pacientes. Únicamente el 4% de ellos opina sobre la falta de empatía pero sin ubicarla en el extremo negativo.

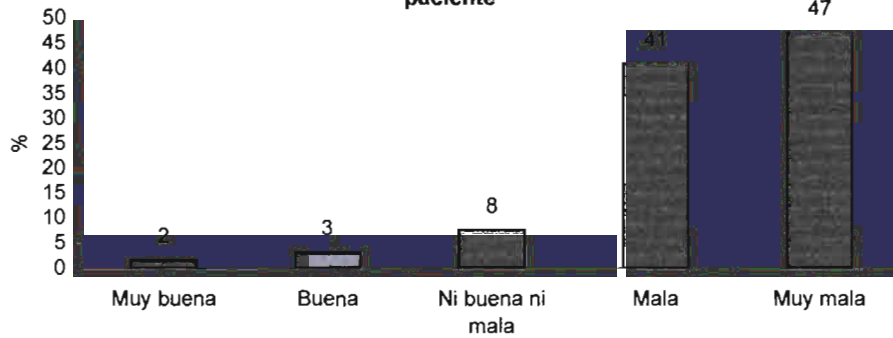
Gráfico 6.23. Opinión de los médicos sobre la empatía con el paciente



6.1.2.2.3. Confianza

La confianza también es considerada como un elemento presente en la consulta por los médicos. El 88% opina negativamente y solo una persona respondió de manera positiva.

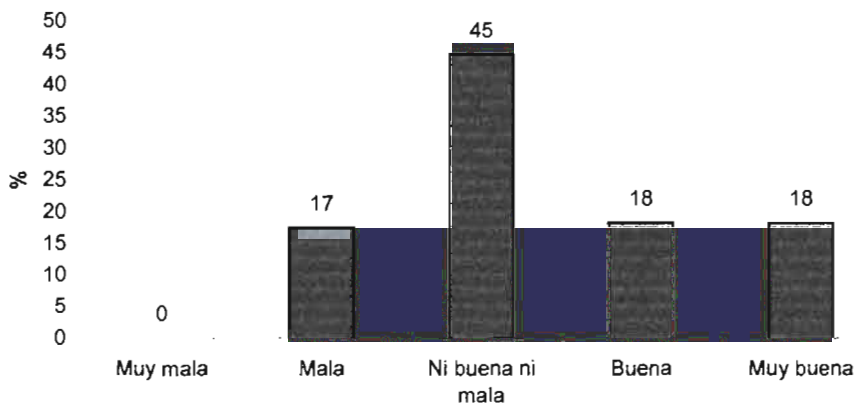
Gráfico 6.24. Opinión de los médicos sobre la confianza con el paciente



6.1.2.2.4. Continuidad

La continuidad parece un elemento con el que la mayoría de los médicos no presentan una postura definida, sin embargo 36% de los médicos consideran que existe continuidad en la relación en comparación con otro 17% que opina lo contrario.

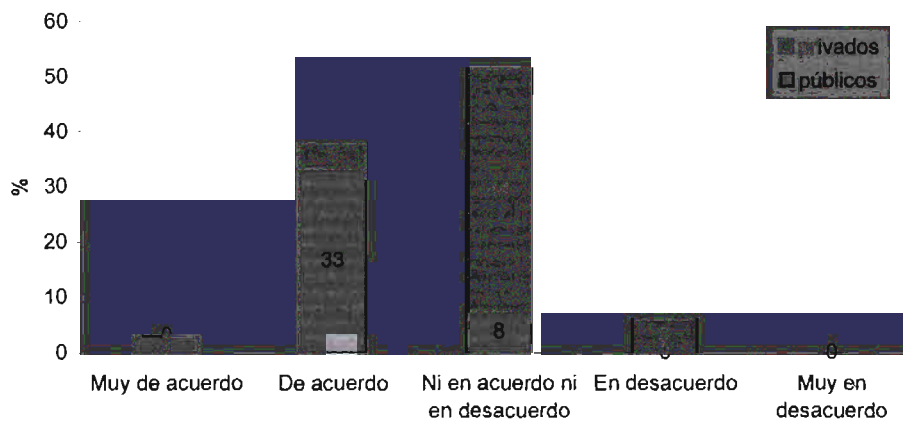
Gráfico 6.25. Opinión de los médicos sobre la continuidad



6.1.2.3. Opinión de los médicos acerca de los métodos de pago

Como se observa en las siguientes gráficas (6.26 a 6.28) la diferencia entre los médicos que opinaron basándose en la experiencia de los servicios privado o públicos resalta de inmediato siendo que para los médicos de los servicios públicos la cantidad de trabajo realizada no es adecuada respecto al pago que reciben, no obstante los médicos de los servicios privados parecen no tener una postura definida sobre esta cuestión. Sin embargo los ingresos entre unos y otros tienen una gran variación, por lo que en la opinión influye algo más que el monto de la remuneración.

Gráfico 6.26. Opinión en relación con la cantidad de trabajo realizada y el monto del pago



Así mismo la estabilidad del trabajo no es una cuestión que sea considerada positivamente tanto para los médicos de los servicios privados como de los públicos, aunque estos últimos tienden a estar más en desacuerdo en este punto. En la consideración de que el trabajo les brinda un buen futuro económico la tendencia es similar aunque los médicos de los servicios públicos que están de acuerdo en ello presentan una relación de 4:1 respecto de los que opinaron acerca de los servicios privados.

Gráfico 6.27. Opinión de los médicos sobre la estabilidad laboral

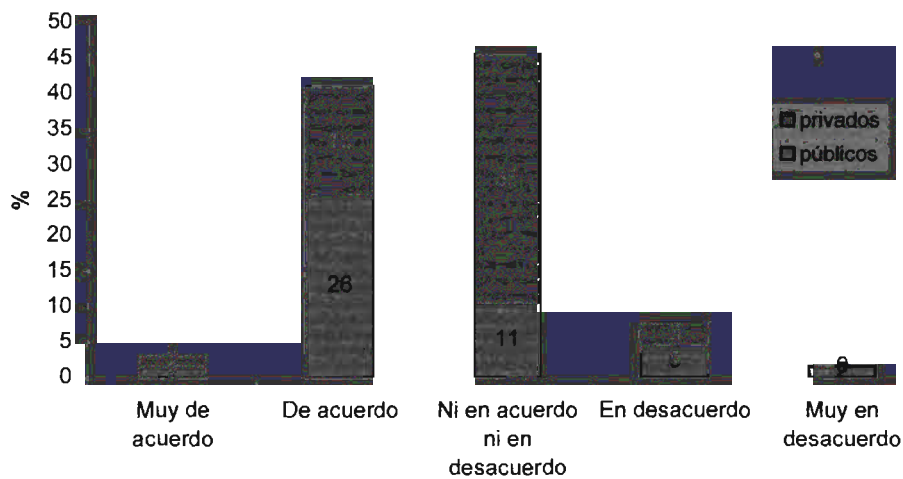
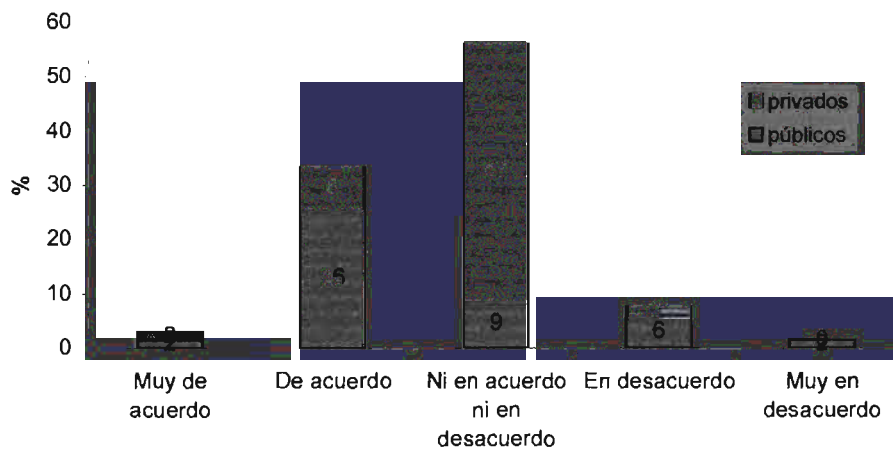


Gráfico 6.28. Opinión de los médicos sobre la consideración de que su trabajo les brinda un buen futuro económico



6.1.2.4. Análisis de Componentes Principales

En la tabla 6.4 se muestran los eigenvalores de las tres primeras componentes principales que explican en conjunto el 62.3% de la varianza total entre variables. El resto de los eigenvalores no se muestran debido a que explican poco acerca de la variabilidad de las variables. Las variables que se

analizaron se midieron en una escala de 1 a 5 y se refieren a los elementos que caracterizan la relación médico-paciente en la opinión de los médicos.

Tabla 6.14
Análisis de Componentes Principales
Sobre la Matriz de Covarianzas

	Componente Principal 1	Componente Principal 2	Componente Principal 3
Eigenvalor:	3.5534	1.5796	1.3275
Porcentaje:	34.2806	15.2387	12.8068
Porcentaje acumulado:	34.2806	49.5193	62.3261
Eigenvectores*:			
P18	-0.02478	0.02312	-0.01712
P19	-0.36678	0.1721	-0.43989
P20	0.43966	0.12186	-0.26239
P21	0.15304	0.21502	0.07968
P22	0.538	-0.02255	0.39752
P23	-0.56554	-0.18557	0.28822
P25	0.05489	-0.12051	0.04441
P26	0.04274	0.00327	-0.12502
P27-1	0.02373	0.50304	-0.1586
P27-2	-0.08144	-0.00008	-0.33525
P27-3	-0.02347	-0.00235	0.11772
P32	-0.02664	-0.30598	0.10076
P33	-0.14065	0.44128	0.55311
P34	0.07611	0.60323	0.06941

*La codificación que aparece en la tabla corresponde al número de pregunta en el cuestionario.

6.1.2.5. Análisis de Conglomerados

En el gráfico 6.26 se muestra la dispersión de los datos agrupados de acuerdo a las variables Componentes Principales que se refieren a la opinión sobre la relación médico-paciente. Se conformaron tres grupos de sujetos que tienden a presentar respuestas similares sobre los aspectos de comunicación, empatía, confianza y continuidad. El eje de las X representa la primera componente principal, el eje de las Y la segunda componente y el eje de las Z la tercera componente. La primera componente principal define mejor una buena comunicación; la segunda componente define mejor

la percepción de empatía y continuidad respecto del paciente y la falta de confianza; la tercera componente define mejor la percepción de continuidad respecto de la institución y la falta de comunicación en el aspecto de la enfermedad, así como la percepción de falta de empatía. En la tabla 6.4 se muestran los eigenvalores de las tres primeras componentes principales que explican en conjunto el 65.8% de la varianza total entre variables.

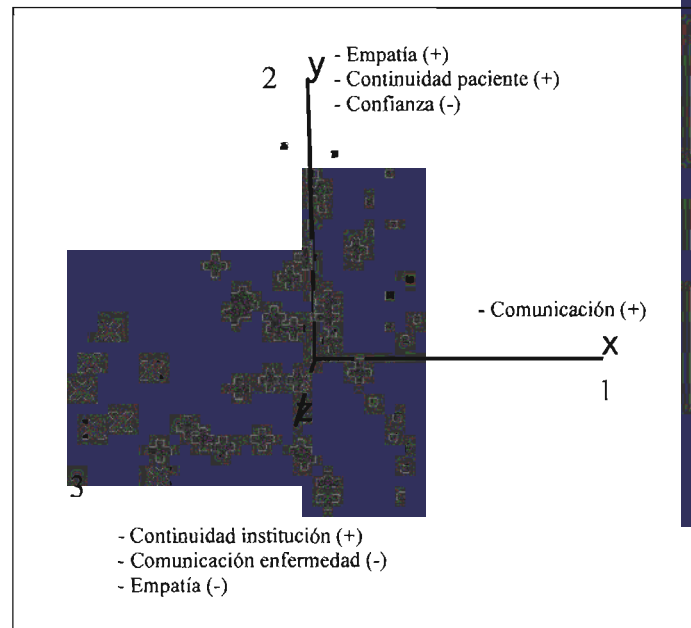


Gráfico 6.26. Distribución de los casos por cluster. Rojo=cluster 1; Verde=cluster 2; Azul= cluster 3

6.1.2.6. Análisis Multivariado

6.1.2.6.1. Diferencias entre agrupamientos por el método de medias de mínimos cuadrados

A continuación se presentan las gráficas construidas a partir de los valores promedios de las Componentes Principales en cada uno de los agrupamientos de médicos obtenidos a través del método de mínimos cuadrados medios. Aquí podemos identificar que tan diferente es un agrupamiento de otro respecto de la opinión que tienen de la relación médico-paciente (Gráfico 6.27). También podemos ubicar las diferencias en la opinión según el género, el tipo de institución

a la que se hace referencia, la modalidad de pago, percepción de los servicios y el tipo de institución para la que trabajan (Gráficos 6.28-6.33).

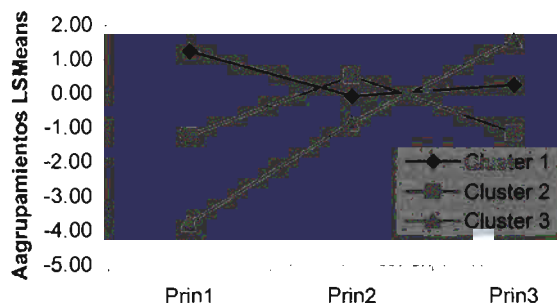


Gráfico 6.27. Diferencia de medias entre agrupamientos.

El agrupamiento 1 tiende a dar mayor importancia a la comunicación aunque descuida el aspecto sobre la información acerca de cómo es que se desarrolla la enfermedad; opina que no se establece un ambiente de confianza y empatía con el paciente y trata de que la continuidad se mantenga.

El agrupamiento 2 no le da importancia a la información sobre el desarrollo de la enfermedad más que a las causas y el tratamiento que debe seguir; la empatía y la confianza son importantes; se trata de dar continuidad a la relación aunque, según refieren, no hay una respuesta adecuada por parte del paciente.

El agrupamiento 3 solamente opinó de manera favorable en lo que se refiere a la confianza.

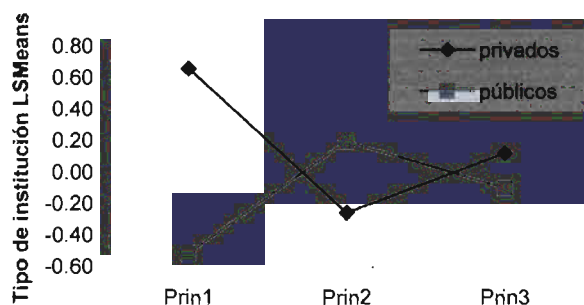


Gráfico 6.28. Diferencias entre médicos que opinaron basando sus respuestas en la experiencia sobre los servicios públicos o privados.

El grupo de médico que opinaron acerca de las instituciones privadas coincide en que en ellas existe una buena comunicación con el paciente aunque no se establecen una relación de confianza y empatía y opinan que el paciente coopera poco en la continuidad de la atención.

El grupo de médicos opinaron acerca de las instituciones públicas considera que no hay buena comunicación, sin embargo se establece una relación de confianza.

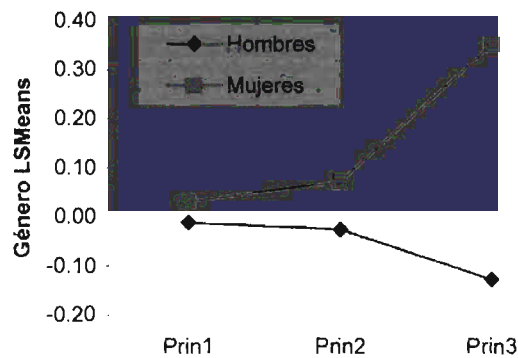


Gráfico 6.29. Diferencias entre género.

Las agrupaciones según el género solo presentan diferencias en cuando los elementos de información sobre la enfermedad la empatía y el mantenimiento de la continuidad por parte del personal de salud. Así para las mujeres opinan que no existe buena comunicación ni empatía en su relación con los pacientes, aunque el mantenimiento de la continuidad se cuida mejor que los otros elementos. Esto quiere decir que el grupo de hombres tiende a opinar de manera distinta al grupo de mujeres solo en lo referente a estos aspectos pero en cuanto a la confianza, la información acerca de las causas de la enfermedad, su tratamiento y la continuidad por parte del paciente no dependen de su pertenencia a uno u otro género.

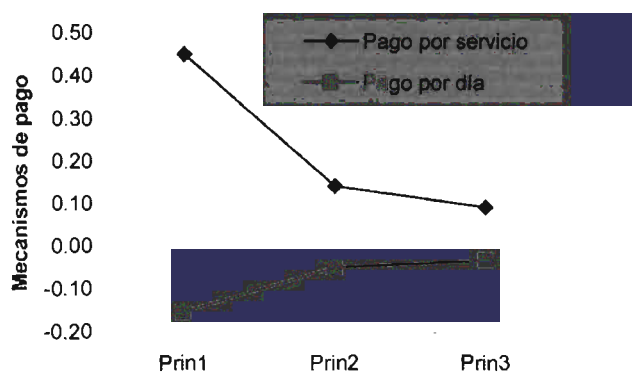


Gráfico 6.30. Diferencias entre los médicos que reciben su pago por día o por servicio.

Cuando se agrupan según la modalidad de pago por servicio o por día las respuestas solo son diferentes en la información sobre la causa de la enfermedad y el tratamiento y en la confianza. Por lo que se procedió a desagregar las opiniones de acuerdo al tipo de financiamiento (público o privado) y a la modalidad del pago (por día o por servicio).

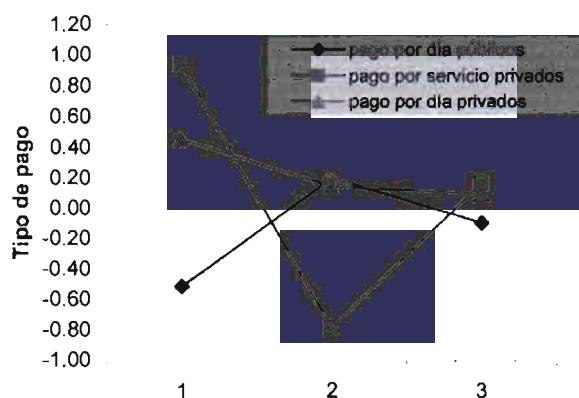


Gráfico 6.31. Diferencias entre los médicos que reciben su pago por día o por servicio desagregado por tipo de institución.

De acuerdo a las opiniones del grupo que recibe su pago por día en los servicios públicos podemos decir que no establecen una buena comunicación tanto en el aspecto de la enfermedad

como del tratamiento, hay empatía pero no confianza y le dan importancia al mantenimiento de la continuidad.

El grupo que recibe su pago por servicio en el privado opina de forma contraria al primero, ya que considera que existe buena confianza pero no empatía y consideran que no mantienen una buena continuidad con el paciente.

El grupo que recibe su pago por día en los servicios privados le da más importancia a la comunicación de las causas y el tratamiento de la enfermedad; también consideran que existe una relación de confianza con su paciente. Los aspectos de empatía y continuidad tienen una importancia intermedia; es decir que si bien no son considerados como puntos prioritarios tampoco los dejan a un lado.

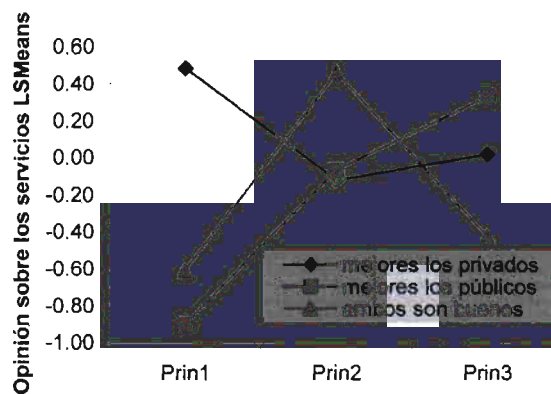


Gráfico 6.32. Diferencias entre los médicos que opinaron sobre la calidad de los servicios.

El grupo de médicos que opinó que son mejores los servicios privados le da una mayor calificación a la comunicación las causas de la enfermedad por encima de los aspectos de empatía, continuidad e información del tratamiento y menor importancia a la confianza.

El grupo de médicos que opinó que son mejores los servicios públicos prioriza la confianza con el paciente y el establecimiento de la continuidad descuidado en mayor medida aquellos que se refieren a la comunicación en relación a la empatía.

El grupo de médicos que opino que ambos servicios son buenos tiende a darle mayor calificación a los aspectos de confianza, empatía e información sobre el tratamiento y opina que el

paciente ayuda a establecer una relación de continuidad aún cuando el médico descuida este componente así como la comunicación.

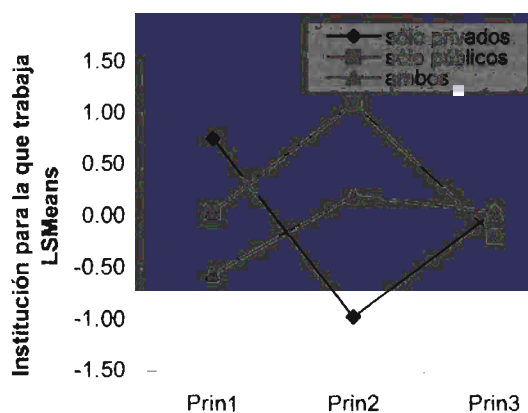


Gráfico 6.33. Diferencias entre los médicos según la institución para la que trabajan.

El grupo de médicos que trabaja solo para privados tiende a darle mayor calificación a la comunicación de las causas de la enfermedad e información sobre el tratamiento y una menor calificación a los de empatía, confianza y cooperación del paciente para mantener la continuidad.

El grupo de médicos que trabaja solo para instituciones públicas tiende a establecer una relación de empatía y a priorizar la información sobre el desarrollo de la enfermedad más que de sus causas y tratamiento, opina que no se mantiene una buena continuidad aunque si existe disposición del paciente para ello.

El grupo que trabaja para los servicios públicos y para los privados se caracteriza por dar mayor importancia al establecimiento de confianza y empatía, descuida la información sobre las causas de la enfermedad y el tratamiento y opina que hay buena disposición del paciente para mantener la continuidad.

6.1.2.6.2. Diferencia de medias a través del Análisis de variables canónicas.

En las siguientes gráficas se muestra que tan diferentes son unos agrupamientos de otros de acuerdo a las similitudes que los sujetos que los componen tienen entre sí. También podemos observar, con mayor o menor claridad en unos u otros casos, si estos agrupamientos se identifican más con una buena comunicación y falta de confianza —Primera componente (Prin1)—, percepción de empatía y falta de continuidad respecto del paciente —Segunda Componente (Prin 2)— o con percepción de continuidad respecto de la institución, falta de comunicación sobre la enfermedad y de empatía —Tercera componente (Prin 3)—. El gráfico 6.34 muestra con qué tipo de opiniones y percepciones se identifican más cada uno de los agrupamientos. Los gráficos 6.35 a 6.39 muestran que estas opiniones y percepciones acerca de la relación médico-paciente son distintas según la opinión que los médicos tienen sobre un tipo de servicio; la pertenencia de género, mecanismo de pago, contrato de trabajo con alguna institución o la opinión sobre el servicio que se presta en ellas.

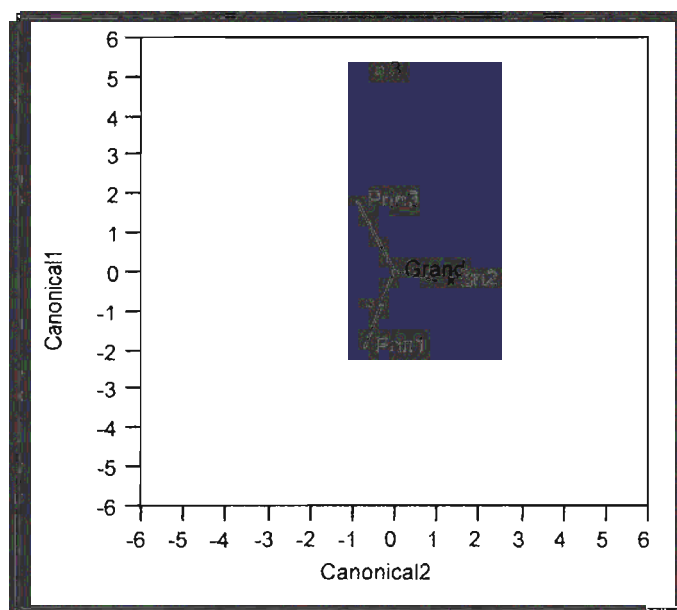


Gráfico 6.34. Diferencias entre agrupamientos considerando las calificaciones de las tres componentes principales.

La interpretación que se puede hacer de estos gráficos se limita a qué tan diferentes son unos agrupamientos de otros y los detalles de a qué elementos se deben esas diferencias se tocaron ya en el análisis de las diferencias de medias de la sección anterior.

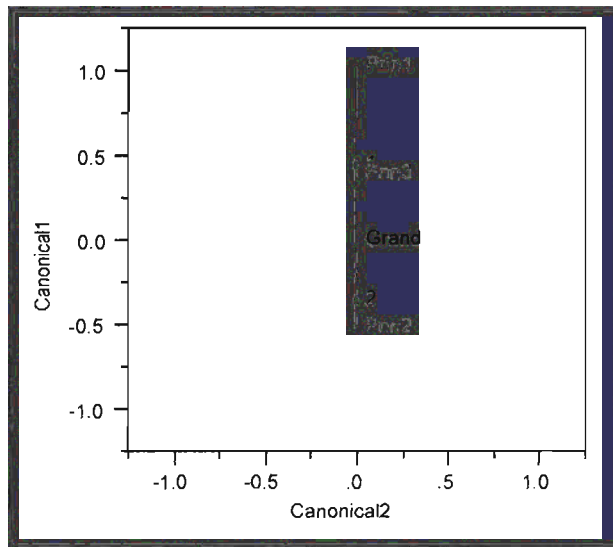


Gráfico 6.35. Diferencias entre las personas que opinaron acerca de los servicios públicos (2) y los privados (1) considerando las calificaciones de las tres componentes principales.

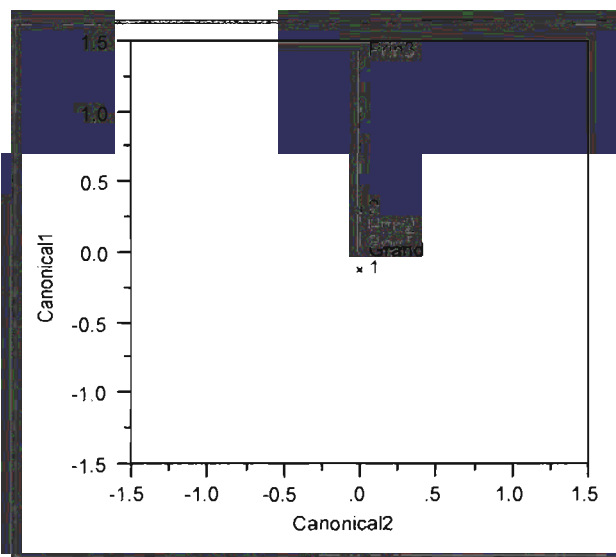


Gráfico 6.36. Diferencias entre género considerando las calificaciones de las tres componentes principales.

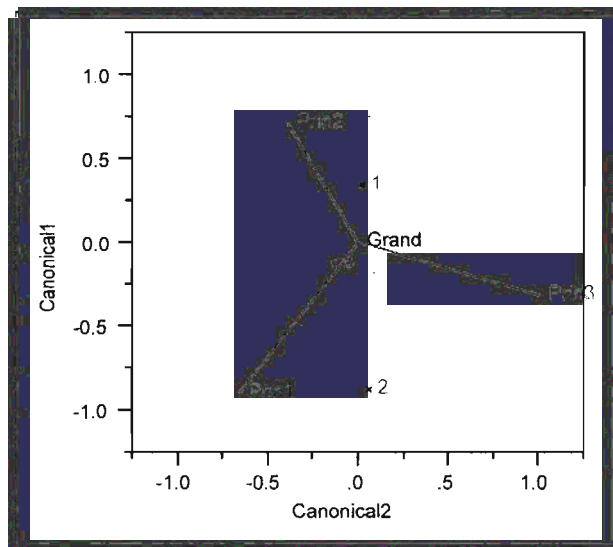


Gráfico 6.37. Diferencias entre los médicos que reciben su pago por servicio en las instituciones privadas (1), por día en las instituciones públicas (2) o por día en las instituciones públicas (3) considerando las calificaciones de las tres componentes principales.

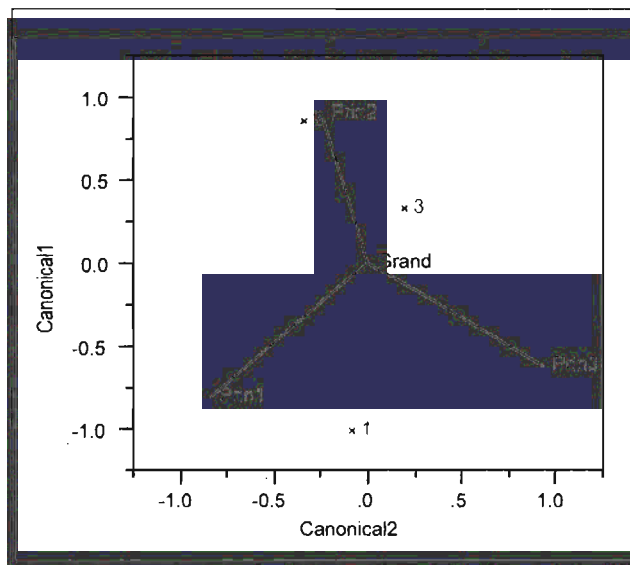


Gráfico 6.38. Diferencias entre los médicos que trabajan en algún tipo de institución considerando las calificaciones de las tres componentes principales. 1= privado; 2= público; 3= ambos.

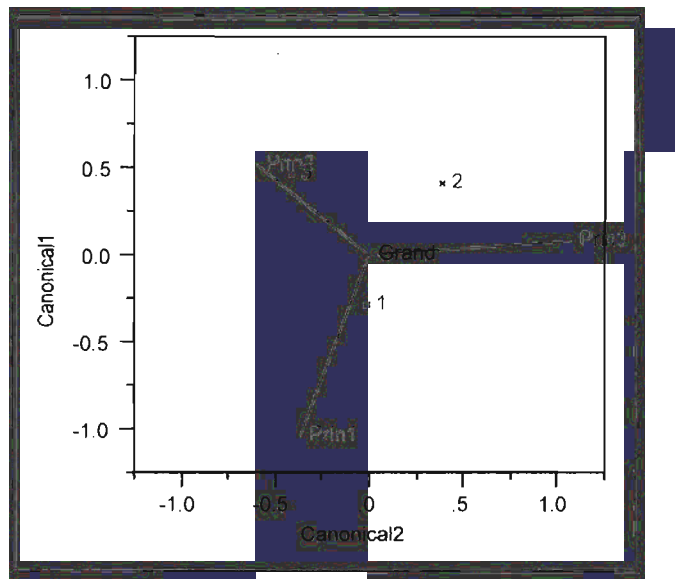
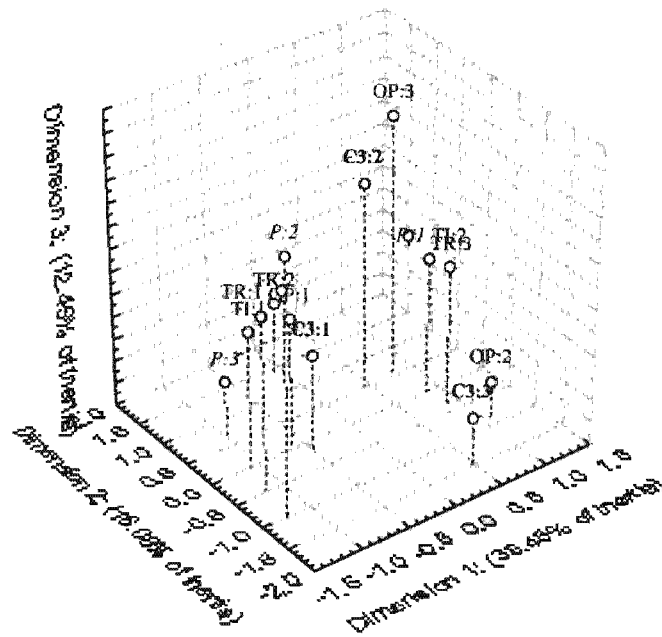


Gráfico 6.39. Diferencias entre los médicos que opinan mejor sobre las instituciones privadas (1), las instituciones públicas (2) o consideran que ambas son buenas (3) considerando las calificaciones de las tres componentes principales.

6.1.2.7. Análisis de Correspondencia

En la gráfica 6.40 se puede ver que en el cluster 1 tienden a agruparse aquellos sujetos que contestaron para las instituciones privadas, opinan que los servicios privados son mejores, trabajan sólo para instituciones privadas y reciben su pago por día o por servicio. En el cluster 2 tienden a agruparse aquellos que solo trabajan para instituciones públicas, contestaron basando sus respuestas en su experiencia con las instituciones públicas, reciben su pago por día en instituciones públicas y opinan que ambos servicios son buenos. Finalmente en el cluster 3 tienden a agruparse los que opinan que los servicios públicos son mejores, trabajan para ambos tipos de servicios, contestaron para los servicios públicos y reciben su pago por día.

3D Plot of Column Coordinates; Dimension: 1 x 2 x 3
 Input Table (Rows x Columns): 14 x 14 (Burt Table)



Gráfica 6.40. Análisis de Correspondencia Múltiple. C1= Cluster1; C2= Cluster 2; C3= Cluster 3; OP1= Son mejores los privados; OP2= Son mejores los públicos; OP3= Ambos son buenos; TR1= Trabaja solo en instituciones privadas; TR2= Trabaja solo en instituciones públicas; TR3= Trabaja en ambas; TI1= Contestó para instituciones privadas; TI2= Contestó para instituciones públicas; P1= Pago por día en instituciones públicas; P2= Pago por día en instituciones privadas; P3= Pago por servicio en instituciones privadas

Tabla 6.5. Similitudes entre los cluster y las variables categóricas independientes

	Tipo de pago			Institución para la que trabaja			Opinión sobre los servicios		
	1	2	3	Pr	Pb	Ambos	Pr	Pb	Ambos
Cluster 1		x	x	x			x		
Cluster 2	x				x	x		x	
Cluster 3	x					x			x

Tabla 6.6. Elementos esenciales de las distintas agrupaciones para médicos

	Agrupaciones			Basó sus respuestas en la experiencia del sector	Tipo de remuneración según tipo de institución y modalidad				Opina que son mejores			Institución para la que trabaja		
	1	2	3		Pub	Pri	Día pub	Serv priv	Día priv	Priv	Pub	Ambos	priv	pub
Comunicación (Causa de la enfermedad)	+	-	--	-	+	-	++	+	+	--	-	++	+	-
Comunicación (Desarrollo de la enfermedad)	++	+	--	-	+	-	++	+	+	--	-	++	+	-
Comunicación del tratamiento	++	+	--	-	+	-	++	+	+	--	-	++	+	-
Empatía	-	+	-	-	-	+	-	--	-	-	+	-	++	-
Confianza	-	+	+	+	-	+	-	--	-	+	+	-	++	+
Continuidad (Paciente) *	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	++	+
Continuidad (Institución) **	+	-	--	+	-	-	++	+	+	++	-	+	-	+

* El paciente cumple con las citas que se le programan

** La institución programa citas para evaluar la evolución

En resumen, el primer conglomerado se distingue por darle mayor importancia a la comunicación del tratamiento y por establecer una relación de continuidad desde la iniciativa del médico; el segundo conglomerado se caracteriza por tener una relación de empatía, confianza y la iniciativa del paciente para el seguimiento de la enfermedad a pesar de que el médico no programa las citas personalmente, no hay buena comunicación respecto del tratamiento. El tercer conglomerado se caracteriza por una relación de confianza, falta de continuidad de la institución y de comunicación del tratamiento y falta de empatía, de continuidad del paciente y mala comunicación sobre la enfermedad.

Los médicos que reciben su pago en instituciones privadas privilegian la comunicación y la continuidad con sus pacientes y aún más los que reciben el pago por servicio. En contraste, los médicos que reciben su pago por día en las instituciones públicas o privadas no le dan mucha importancia a este aspecto, pero sí a la empatía y la confianza con el paciente.

Los médicos que trabajan únicamente para los servicios privados tienden a darle mayor importancia a la información que tiene que ver con el tratamiento, descuidando los aspectos de la enfermedad, mientras que aquellos que trabajan sólo para los servicios públicos privilegian la información sobre la enfermedad y descuidan la del tratamiento. Por otra parte, quienes trabajan para ambos tipos de servicios descuidan los dos aspectos. Resulta interesante esta contrastación cuando se observa que este último grupo prácticamente basa su relación en la confianza, es decir en elementos que tienen que ver con la seguridad que se le brinda al paciente y con el establecimiento de un ambiente más familiar o que rompa con las formalidades que los valores sociales construyen. Resulta también interesante, y tal vez sea demasiado apresurado hacer conjeturas acerca de este punto, que el elemento confianza se encuentra ausente en el grupo de médicos que trabajan solamente para los servicios privados, lo que quizá pueda significar la toma de posición que hace el médico ante estos valores que cada grupo social construye. Una toma de posición que en los dos primeros casos es un esquema de reproducción.

Estos valores sociales también están en relación con las representaciones sobre lo público y lo privado. La manera en que valoramos las cosas tiene su determinación tanto en las experiencias personales como en las significaciones que operan en el imaginario social. Así nos construimos nociones, aceptamos juicios formales que escapan al cuestionamiento porque no encuentran explicación. La opinión que el grupo de médicos tiene sobre los servicios de salud es que en el ámbito privado se otorga un mejor servicio que en el público. No obstante, el análisis demuestra que, si bien quienes trabajan únicamente para los servicios privados o sólo para los públicos comparten esta noción, aquellos que tienen o han tenido experiencia trabajando en ambos sectores opinan que los servicios públicos son mejores que los servicios privados. En este grupo existe una referencia empírica que les permite comparar —aunque no podemos decir que en ellos no esté presente la influencia que la noción del “deber ser” ejerce sobre la opinión que pueden dar— y establecer juicios en lugar de los supuestos que construye el desconocimiento.

De la misma manera que los pacientes, las diferencias de opinión pueden ser explicadas en términos del financiamiento si atendemos únicamente a las características cualitativas de los resultados sobre la relación médico-paciente, aunque en los distintos mecanismos de pago a través

de financiamiento privado se encuentran diferencias cualitativas observándose mejores opiniones en el método de pago por servicio

6.2. Análisis Cualitativo

Las categorías analíticas que se presentan a continuación han sido construidas a partir de los elementos significativos que se recuperaron del discurso de los médicos y pacientes. Algunas de ellas forman parte del tipo ideal propuesto para la construcción de las encuestas de opinión. El procedimiento que se siguió fue la identificación de las categorías presupuestas en el análisis cuantitativo y en un segundo momento se buscaron algunas otras que no estaban contenidas en la propuesta inicial con la finalidad de no trabajar sobre una estructura rígida que pudiera limitar la aprehensión de las disposiciones que operan individual o colectivamente en la construcción de las representaciones acerca del proceso de interacción en el que participan ambos actores.

6.2.1. Entrevistas de Pacientes

6.2.1.1. El “deber ser”

Para los pacientes el interés que el médico debe tener en ellos es percibido a través la forma en que se establece la comunicación entre ambos, aunque también es importante la eficacia terapéutica. La confianza aparece cuando esta condición se cumple (Luhmann, 2000). Se espera que el médico realice todo aquello que se supone debe hacer, cuando alguno de éstos elementos faltan el otorgamiento de la confianza se dificulta. Esta noción del deber ser se usa como referente al que se compara con la situación actual, la percepción individual determinará si los elementos que se conjugan en tal situación disponen el otorgamiento o no de la confianza, así como el grado de la misma.

"Que el médico te escuche... que tú sientas que te está escuchando... que te sientas atendido, entonces como te sientes atendido, te sientes en confianza" (P1)

"Que fuera eficiente, que fuera rápido, que el médico se interesara realmente por mi problema, porque si veo que el médico se interesa por lo que estoy comentando me inspira más confianza, y que sepan lo que tienes y que te den la medicina adecuada" (P3)

"... ser informado, que se te pregunte tu opinión, que se tome en cuenta todo eso, también que se pueda cambiar de médico si se desea sin tener que dar una explicación, simplemente porque no me llevo bien con el médico" (P2)

"En primer lugar que te traten bien; en segundo lugar que sea respetuoso, que no te hagan esperar mucho tiempo y que empieces a ver resultados, o sea que te den un tratamiento y te empieces a sentir mejor" (P4)

El otorgamiento de la confianza se basa un tanto más en la forma en que ocurre la relación que en el contenido de la misma. Por ejemplo, la asimilación de la información no adquiere tanta importancia como la comunicación de la misma.

"... a veces no les entiendes muy bien, pero si ves que te explican y aunque no les entiendas todo te hace pensar bien del médico" (P1)

Sin embargo, el interés del médico por el paciente debe limitarse al padecimiento, guardando una distancia en lo referente a los aspectos personales.

"Pues nada más la relación médico-pacientes, no es de que platico con ellos, o sea a lo que voy y ya" (P4)

"...yo siento que la actitud de respeto se debe mantener siempre, lo que sí puede cambiar mucho es la manera de acercarse al paciente" (P2)

6.2.1.2. Percepción de los servicios.

Se considera que los servicios públicos tienen menor calidad en relación con los privados y se percibe un desinterés del médico hacia el trabajo que realiza. No obstante, la diferencia que hacen los pacientes entre los servicios de atención públicos y privados se encuentra en los tiempos de espera.

"En la medicina pública creo que los médicos no hacen muy bien su trabajo porque no hay mucho interés en el paciente, sino ellos nada más les interesa dar consulta a los pacientes que tienen asignados y a diferencia de la medicina privada como que hay más calidad en los servicios". (P3)

"En el sector público tienes que llegar, usar tu carnet, tardar toda la mañana..." (P1)

"En los servicios públicos a pesar de que te hacen esperar mucho y otras cosas te tratan bien" (P4)

"El trato del médico en sí no varía mucho [En el sector público] si te hacen esperar mucho, a veces hasta tres horas para que te atiendan porque hay muchísima gente" (P4)

Al momento de elegir entre la utilización de un servicio u otro, la capacidad de pago aparece como un primer elemento que sirve a los pacientes para elegir entre solicitar un servicio de atención médica y el trato personal un segundo elemento en orden de importancia; la limitante de primer orden, pues es de carácter condicional, mientras que la de segundo orden es de carácter perceptual. Esto lleva a los pacientes a utilizar ambos tipos de servicios estableciendo un balance entre las

opciones con las que cuentan.

"Si pudiera escoger el médico en la público sería en el público, pero también algunas cosas, por ejemplo en los laboratorios de los privados te atienden más rápido, por lo menos eso". (P2)

"...yo creo que el sector público, o sea, es bueno ¿no? porque de alguna forma acudes a tu cita y tienes acceso a los estudios de laboratorio, radiografías, te pueden canalizar con un especialista, te cubre cirugías, te cubre la receta y todo eso". (P1)

"En el privado lo que media es la atención adecuada, pero también hay médicos mediocres" (P2)

Cuando se pregunta al paciente acerca de las características de los servicio a los que asisten consideran que los servicios públicos, por el hecho de ser gratuitos o subsidiados por el Estado tienden a ser más deshumanizados y esto se justifica por la influencia que la carga laboral ejerce en ello.

"como hay menos médicos en la medicina pública no se dan abasto, por otro lado trabajan en un sistema burocrático en el cual lo que importa es llenar el horario". (P2)

"Aquí lo que hace a un servicio de uno y otro tipo mejor es la institución, no las personas". (P2)

"Por ejemplo, en el público al médico realmente le gusta ejercer su especialidad lo hace bien, pero también en ese sistema ellos tienen muchas limitaciones." (P3)

Sin embargo, cuando se hace referencia al médico, dejando a un lado su pertenencia a una determinada institución de salud, las características personales del médico influyen en la calidad del servicio; es decir que las cualidades de éste no son determinadas por las condiciones y situaciones en la que tiene lugar la relación, sino que existe un elemento individual, la disposición del médico a

otorgar servicios que satisfagan al paciente.

"... mi médico general es una persona que te dedica media hora o cuarenta y cinco minutos a cada paciente. Hay médicos que ni siquiera te revisan, no se para de su mesa y nada más se dedican a apuntar, entonces yo creo que también depende de la calidad de él" (P3)

"como no hay médicos en la medicina pública no se dan abasto... pero también es algo muy personal del médico" (P2)

Existe una ambivalencia en la opinión acerca de qué tipo de servicios son mejores, aunque establecen diferencias claras considerando que éstas se encuentran básicamente en la eficiencia y el trato personal.

"No puedo decir que uno sea mejor que otro. Par mí algunas especialidades son mejores las públicas y otras las privadas, son diferentes". (P3)

"No me atrevería a decir cien por ciento tal y cien por ciento tal otro, no. Siempre va a haber tonalidad" (P2)

"[Los servicios privados] son más rápidos, más calidos y más eficientes" (P2)

"Yo creo que los privados [son mejores] porque en los públicos va tanta gente que llega un momento en el que los médicos no establecen una buena relación médico-paciente debido al número de pacientes que atienden y el tiempo reducido con el que cuentan" (P4)

"Para que te sientas bien con un médico como que tiene que haber cierta confianza que a lo mejor es un hospital público no hay, por lo mismo que hay muchísima gente" (P4)

Por otra parte, la calidad del médico y del servicio se vincula con las características del espacio físico y visual. Las cualidades que debe tener un servicio y que lo hacen mejor que otro son determinadas por ciertas normas y valores sociales que el paciente toma como referencia para formarse un criterio individual acerca de la calidad.

“Mucha gente al sentir que está pagando mucho dinero a lo mejor sientes que es mejor médico o no sé, aunque no sea así. O por ver las instalaciones más bonitas y todo eso sientes que la calidad es mejor”. (P4)

“Lo barato o gratis se considera como malo, pero también ha veces que la medicina pública se da de alguna manera con muy baja calidad” (P2)

6.2.1.3. Los instrumentos de poder

El médico utiliza objetos que lo hacen distintivo y que le ayudan reafirmar su saber y su autoridad, así como gestos, movimientos y actitudes con los que se intenta establecer una distancia entre él y el paciente. Instrumentos que por otro lado ejercen influencia en la forma en la que el paciente se representa individualmente la figura del médico. El escritorio, en este sentido, representa una barrera efectiva que se anula al momento de la exploración bajo la disposición del médico. Parte del interrogatorio se realiza en la cama de exploración, con el paciente en posición de decúbito y el médico de pie al lado de la cama, lo que establece una diferenciación espacial, el dominio sobre la articulación y disposición del cuerpo.

“Está allí, al lado de la mesa de exploración y te está interrogando y ya después de que te explora y todo nos vamos al escritorio... y seguimos platicando.” (P1)

La experiencia de P1 con los servicios privados la percepción del escritorio como barrera ha

sido evidenciada por su médico. La consulta en éste caso se lleva a cabo en ausencia de éste.

“Él te está viendo y no hay algo de por medio y ve cómo te sientas y cómo todo. Entonces... cómo no está esa barrera de por medio lo sientes más cercano. Él me explicó que era por eso” (P1)

“Como que el escritorio hace como se te sientas, sí, interrogado, como que no se siente que es una plástica”. (P1)

Los símbolos no son lo único que influye en la relación de poder entre médico y paciente (Foucault, 1992; Bourdieu, 1992, 1999). La forma del discurso es también percibida por el paciente como un elemento que limita el acercamiento entre ambos.

“[En el Hospital público]Puede tocarte una persona muy profesional, muy preparada, muy interesada en ti o alguien que nada más va para cumplir el horario y pues nada más te revisa superficialmente y te receta desde su lugar y casi quiere que pongas una distancia de promedio” (P2)

“A veces los médicos se vuelven demasiado severos, uno parece que está ahí con el juez o el sacerdote que les va a condenar” (P2)

Se da por hecho que el contrato directo a través del pago de honorarios cubiertos por el paciente crea un compromiso mayor. El carácter económico de la medicina le confiere ciertas obligaciones al médico en cuanto al trato personal.

“Si va a un hospital privado es más limpio, las instalaciones están mejores... como estás pagando mucho dinero te tratan mucho mejor, hasta las secretarias, todo mundo te trata mejor” (P4)

En este sentido, las características del contrato, directo en el caso de los servicios privado e indirecto en el caso de los servicios públicos, determina las condiciones y la forma en la que la relación de autoridad-dominación tendrá lugar. De ello resulta que el compromiso que surge en cualquiera de los dos casos se establece con base en el vínculo económico que existe en función del contrato

“Si el paciente el está pagando directamente al médico, el médico siente más compromiso y trata mejor al paciente. En cambio en una institución pública trate bien o trate mal al paciente le van a seguir pagando” (P3)

6.2.1.4. La Lógica práctica

El sujeto es guiado a la acción a través de proposiciones subjetivas u objetivas que encierran una determinación universal de la voluntad (Kant,1998); son principios que imponen el orden a la acción (Bourdieu, 1996). Los esquemas prácticos objetivos se constituyen como leyes universales construidas a partir del “deber ser”; los subjetivos, en cambio, son válidos para un sujeto que experimenta una situación determinada, ahí donde la regla de la voluntad es sometida a una condición empírica y donde, por consiguiente, el fundamento de determinación de la voluntad es el objeto de esta última.

La confianza se constituye como un elemento que determina la preferencia entre un médico y otro a través de aspectos que tiene que ver con la experiencia y la satisfacción del paciente en una determinada situación, pero también con la representación construida socialmente. El "deber ser" solo sirve de base a las representaciones individuales, pero el interés que orienta al sujeto a la práctica no reproduce de manera fiel el esquema de pensamiento por el cual ha sido estructurado (Boudieu, 1996).

De esta forma, experiencias tales como la exploración física o la detección de problemas distintos al motivo de la consulta colocan al paciente en mejor disposición para otorgar confianza.

“Si yo voy por un problema y empiezo a platicar con él y ve que necesito ayuda psicológica, me da un pase para la consulta psicológica y no nada más me trata por que yo iba, me inspira más confianza que un médico que nada más se dedicara a preguntarme” (P3)

“...que te explore y que te explore bien, no así como con prisa” (P1)

“El hecho de que un médico vea a su paciente a cierta distancia y como desde allá: «a ver dime dónde te duele», y «a ver ponte la mano» y sin que te toque pues uno le da mucha desconfianza porque uno se siente rechazado y aparte si no me está tocando cómo va a saber realmente qué siento” (P2)

La eficacia práctica es la forma en que el paciente evalúa la competencia del médico. La ineficacia que resulta en un conflicto de intereses merma la confianza en la relación. La comunicación, en este caso, es un indicador que coloca al paciente en la disposición de otorgar o no la confianza. Así mismo, la continuidad adquiere importancia por la comunicación. La discontinuidad en la información actúa en detrimento del interés por resolver los problemas del paciente.

“Obviamente el médico se puede equivocar, pero [cuando empiezas a ver resultados] te hace sentir a gusto... Eso es lo más importante, que el médico te trate bien y que te dé la confianza como para que tú decidas regresar (P4)

“Creo que no es bueno que estés cambiando a cada rato de médico... porque llegas con un médico y tienes que contar todo desde el principio, entonces digamos que en ese período que estás cambiando no avanzas en tu tratamiento” (P4)

“...en el sector público de repente estás viendo a un médico y al rato ya es otro y entonces tienes

que volver a ponerlo al tanto éno? y aunque tenga la historia clínica de repente ni la entienden"
(P1)

La percepción del “deber ser” en la actitud y la capacidad del médico para determinar la causa del padecimiento, así como la continuidad en la relación juegan un papel importante en el otorgamiento de la confianza. Pero la autoridad que se le otorga al médico se hace efectiva una vez que se ha creado cierto capital de confianza. No obstante, la manera en que esa autoridad es ejercida puede actuar en detrimento de la confianza generada a partir de aquellos elementos que han ayudado a su acumulación. En estas situaciones los esquemas prácticos objetivos que actúan en las decisiones de los sujetos está limitada, hasta cierto punto, por el sentido de la dominación cuando ésta se hace evidente.

"Que no le imponga al paciente lo que tiene que hacer, o sea que trate de convencerlo de que tiene que seguir las indicaciones porque si no lo hace no va a mejorar" (P4)

“Si es algo que tiene cura y va rápido y ya te vas a curar y te vas a librar de eso [el mal trato], pues bueno. Pero en las enfermedades que no tienen cura [...] pues ahí lo que es superimportante es el trato a la persona...” (P1)

6.2.2. Entrevistas de Médicos

6.2.2.1. Los Espacios y el Ejercicio del Saber

Para los médicos el ejercicio de la medicina es visto como una práctica homogénea al interior del campo de la salud. Lo que lo hace distinto son las características del espacio institucional. Así el espacio se convierte en determinante de la calidad del servicio ya que la eficacia técnica tiende a ser la misma.

"...aunque el servicio en realidad es el mismo... el paciente va a recibir atención, te digo, solamente del médico que lo atiende, no del lugar donde se atiende y pues, nada más con la diferencia que en un sector público como es acá, el paciente tiene que esperar un mes o dos meses para que yo lo atienda, a lo mejor, y en el sector privado, a lo mejor lo atiende hoy en la tarde o mañana." (M1)

La percepción del espacio físico y geográfico adquiere mayor importancia que las características del servicio. La homogeneidad de la práctica solo deja lugar a que el valor del servicio se determine por elementos ajenos a la capacidad del médico para resolver los problemas de salud.

"... el paciente va a juzgar por lo que ve, no por el servicio, sino lo que está viendo. En cuanto a la cirugía pues se cobra también dependiendo del lugar, no se va a cobrar igual en el Ángeles del Pedregal, por decir algo, que en una cliniquita de Neza, por ejemplo... o no puedes, aunque sea el mismo servicio, aunque sea la misma cirugía, no puedes." (M1)

6.2.2.2. Control y Estrategias

En el espacio institucional se establecen convenios que tradicionalmente se daban entre el paciente y el médico (Nogueira, 1988), pero con la organización hospitalaria en la que los recursos para la atención son gestionados (las aseguradoras privadas, por ejemplo) y, en su gran mayoría como es el caso mexicano, financiados por un tercero (El Estado o la empresa), este tipo de práctica dejó de ser la forma predominante de atención.

El trabajo dentro de las instituciones públicas es equiparado al trabajo fabril, en el sentido de que el pago de los servicios no depende de la cantidad de las consultas realizadas sino que está en función del tiempo de trabajo.

“Aquí todos ganan lo mismo. Es un salario como obreros, somos obreros de la salud”. (M1)

Por otra parte, los médicos consideran que la contratación por medio de las aseguradoras o de servicios del Estado presenta ciertas restricciones a su trabajo.

“... [en el sector público] no eres libre de tus decisiones cien por ciento. Entonces, tú tienes... en primer lugar tienes que someterte a la disciplina de un hospital”. (M1)

“...es la aseguradora la que va a determinar cuánto y cómo y cuándo y va a limitar... es un mecanismo de control más en el área de la salud...” (M2)

“...en la medicina privada [consultorio], aquí tienes un poquito más de libertad de ejercicio, como no tienes el trámite burocrático, entonces tienes más libertad de acción...” (M3)

“...Creo que en la práctica médica es mejor el consultorio privado, porque aquí tienes posibilidad de llevar tu trabajo de la forma en que consideras más conveniente y el paciente viene con el médico porque realmente le convence”. (M4)

Sin embargo, los convenios con hospitales privados dan la oportunidad de aumentar los servicios que el médico puede prestar y, en consecuencia, aumentar la demanda en la atención, mientras que a través de las aseguradoras sólo se logra un incremento directo en la demanda sin elevación de los costos de la atención. De ahí que es el hospital el que cumple una función primordial en el establecimiento de estrategias para elevar los ingresos y ganar prestigio en la profesión.

“En un hospital privado tú tienes la posibilidad de otorgar servicios que por ejemplo, en el consultorio no puedes. Algunos utilizan bien esos recursos y otros según intereses personales, depende del médico” (M4).

“...la mayoría de los especialistas o socios del hospital o de los agremiados al hospital que trabajan en consulta externa tienen sus consultorios, pero tienen convenios con el hospital para llevar pacientes pues... llevan y traen”. (M3)

Algunas de estas estrategias son fácilmente evidenciadas por los médicos, ya que representan mecanismos que van en contra de valores sociales. M3 nos habla de algunos de estos mecanismos que no ha permitido grabar en la cinta de audio, sin embargo se rescataron algunos puntos de las anotaciones que se hicieron en ese momento, por ejemplo: evitar el registro del enfermo como paciente del hospital o la clínica. En este caso el convenio sobre los honorarios se realiza entre el médico tratante y el paciente, pero aprovechando el uso de las instalaciones y los equipos de la institución, una estrategia parecida a la que realizan los médicos que ejercen la medicina liberal y que también trabajan en instituciones públicas.

Otra manera es formando gremios o grupos de asociados a hospitales y clínicas privados. Un médico particular que se ha hecho de cierta clientela más o menos constante tiene la posibilidad de asociarse a un hospital o clínica privados. De esta manera la clientela es referida a la institución cuando necesite de los servicios que ahí se le pueden brindar, obteniendo el médico un porcentaje fijo o variable de acuerdo al monto total de los servicios

He aquí cómo el hospital constituye la estructura alrededor de la cual los beneficios de la medicina privada son compartidos por los médicos y regulados por los grupos de poder. Son campos de control del ejercicio de la profesión médica, dentro del campo de la salud.

La referencia de un paciente a un hospital distinto al que pertenece el asociado es reprimida con la disminución de la clientela compartida.

En este sentido, hay una lucha entre los distintos campos por la apropiación del capital económico regulado a través de la violencia simbólica (Bourdieu, 1992) —que repercute en lo económico—, un control estricto ejercido al interior de los mismos. El médico lucha por el interés individual, pero sabe que sólo puede lograr sus objetivos cuando lo hace colectivamente.

En el caso de los convenios con aseguradoras las decisiones sobre el manejo del paciente no son tomadas por el médico, sino que deben ser evaluadas por la aseguradora para certificar que la

póliza cubra la cantidad necesaria para la intervención o, en todo caso, el paciente deberá pagar el excedente. En este sentido, el acto médico no está definido ente el médico y el paciente, sino entre éstos y la aseguradora. Si bien el factor económico sigue siendo el elemento decisivo para que éste se lleve a cabo, como ocurre en la práctica liberal de la medicina, ya no es un convenio en el que juegan las posibilidades económicas del paciente y los intereses y valores profesionales del médico, sino que se agregan los intereses económicos de un tercero que ha mediado la relación entre ambos.

“...va el paciente a un hospital de los que tienen convenio [...] es evaluado por algún médico de convenio del mismo hospital y él manda un informe médico o una programación de cirugía [...] y la aseguradora después hace el dictamen [...] se acepta cubrir el costo de la intervención”.
(M2)

“...hay seguros que no que no tienen convenio con laboratorio, entonces necesitas la... la autorización de ese recurso”. (M3)

Se ha dicho que las pólizas de seguros tienen la finalidad de evitar gastos catastróficos a la población y elegir al médico que mejor le convenga (Frenk, et al, 1994), pero siempre de acuerdo a la capacidad de pago.

“...va a depender tal vez no pueda acudir como paciente, al médico que le inspire confianza sino que va a tener que acudir a aquel de acuerdo al tabulador que pudo pagar a la póliza que pudo pagar...” (M2)

Contrastando las circunstancias bajo las cuales se encuentran por un lado el profesional médico y por otro el paciente, aquellos opinan que lo costoso, lo tecnologizado es de calidad. En este sentido, la medicina privada es mejor en calidad, pero la pública es mejor desde el punto de vista de las posibilidades económicas de acceso y por la cobertura.

“...a la mejor desde el punto de vista de la calidad porque en los hospitales privados se cuenta con mayores recursos que en los públicos. Pero si lo ves desde el punto de vista de costo [la medicina pública es mejor]. La medicina siempre es muy cara...” (M3)

“[En la medicina privada] desgraciadamente los costos son muy elevados y no todas las personas tienen para acceder a esos servicios”. (M3)

6.2.2.3. Los instrumentos de poder

En la profesión médica existen valores, actitudes y comportamientos que forman parte del “deber ser” del médico producidos y reproducidos en la práctica de la profesión, ya sea durante el periodo de formación (Jarillo, et al, 2000) o en la vida profesional. Así, se asumen actitudes de autoridad para asegurar el dominio sobre el paciente.

“...adoptar una posición o una actitud frente al paciente para imponer, o para asegurarnos de que lo va a realizar”. (M1)

En el caso de M1 se reafirma el carácter biologista de la enfermedad, hay una negación a establecer comunicación cuando las necesidades del paciente no son comprendidas por el médico y van más allá de esta visión reducida. En este caso existe una contradicción entre los intereses de médico y que puede resultar en un conflicto de intereses. Esta situación tiene lugar tanto en los servicios públicos como en los privados.

“...el paciente muchas veces busca, el apoyo del médico, inclusive hay pacientes que acuden a la consulta no por su enfermedad, sino nada más para que el médico los escuche y, claro, pagan por eso. Pero también no todos tienen paciencia para oírlos”. (M1)

Sin embargo, el resto de los entrevistados opinan que la comunicación debe mantenerse siempre, pero en el caso de los servicios públicos, ésta se encuentra limitada por la demanda en la atención.

“...en la consulta privada siempre tienes más tiempo para explicarle de qué se trata su enfermedad, cómo se puede tratar y qué complicaciones puede tener” (M3)

“Lo primero que hay que hacer es escucharlo, saber cuál es su problema y por qué viene contigo” (M4)

“...hay que buscar que haya una comunicación, ser sociable y libre tanto para explicar como para que ellos nos expongan la situación tanto de su enfermedad como su estado de ánimo”. (M2)

El pago por el servicio, el convenio mercantil, que se hace en la medicina privada otorga al paciente el derecho de ser atendido de la manera que le parece adecuada - Esto implicaría que el paciente tiene cierto conocimiento sobre su enfermedad y el manejo que debe seguir. En cambio, en la medicina pública el médico decide el manejo y tratamiento del paciente. Parecería que el poder de decisión lo otorga la situación en la que la relación se establece, ya sea por derecho civil — en el que el compromiso con el paciente no es tan fuerte porque no se ha hecho un convenio directamente con el médico, sino con la institución— o por convenio mercantil.

“El paciente que paga se siente con derecho de ordenar y muchas veces quiere que lo atiendas como él dice... [En el sector público] el médico es el que decide y el que pone las condiciones” (M1)

“Tú estas capacitado para saber qué procedimiento es el más conveniente, pero no puedes planteárselo al paciente como que esa es tu voluntad”. (M4)

El tipo, la cantidad de información y la forma de comunicarse con el paciente deben ser

particularizados, atendiendo a las diferencias culturales, de escolaridad y clase social o la pertinencia que tenga para el médico. De esta manera el médico decide en función de la situación concreta la información que se le da al paciente. Las relaciones de poder son reproducidas en estas situaciones cuando el médico no comparte la información con el paciente (Waitzkin, 1979).

“A cada paciente tienes que particularizarlo, tienes que saber con quien estás hablando y qué le vas a decir, para que te entienda”. (M1)

“ [Al paciente se le da información sobre el tratamiento] dependiendo del medicamento que estés dando, cuando son medicamentos, por ejemplo, controlados, pero en el caso de los antibióticos, analgésicos no”. (M3)

El saber es ejercido a través de un discurso: las preguntas, explicaciones y especificaciones que denotan el conocimiento del médico que le da la autoridad y al mismo tiempo lo legitima; pero también a través de un no-discurso, de una serie de posiciones y estrategias que son adoptadas por los médicos. La forma no discursiva del ejercicio del saber es expresada implícitamente por medio de las estructuras simbólicas —la figura del médico en este caso— que crean las representaciones acerca de la función que cada actor debe cumplir de acuerdo a su posición en el espacio social, lo cual, en la interacción, y de acuerdo al sistema de disposiciones con el que los actores se enfrentan en un momento singular, constituye una situación de dominancia y de conflicto potencial.

“...el médico tiene que mantener su figura siempre de médico. Cuando llega a rebasar esa figura, cuando empieza a haber ya otra cosa, sentimientos de amistad o de lo que tú quieras, también se pierde la relación como paciente, o sea, se pierde la confianza”. (M1)

La confianza aparece como un elemento primordial en la relación y en la continuidad de la misma. El médico buscará ganar la confianza del paciente para poder ejercer su autoridad. La figura del médico es un símbolo que representa la autoridad sobre el cuerpo (Foucault, 1998), y que se expresa a través de las diferencias espaciales, intelectuales, económicas, culturales, por ejemplo, que

el médico guarda con el paciente. La noción que se crea a partir de estas diferencias constituye el principio bajo el cual las representaciones acerca de la confianza se estructuran y reproducen. Cuando la confianza se pierde, la probabilidad de que la autoridad del médico sea obedecida disminuye. Es pues, esta distancia, la estratificación de las estructuras materiales y simbólicas, la que le permite al médico mantener su autoridad.

“...lo primero que tienes que establecer es confianza”. (M1)

“...debe haber una relación de amistad, sin embargo una amistad de buenos tratos y un poco de mimar al paciente, pero sin permitir que esto la cambie”. (M1)

La comunicación es importante para convencer al paciente de las habilidades profesionales del médico, y en este sentido, la forma en que el médico se exprese determinará el grado de confianza que el paciente deposita en la relación.

“Debes tener una actitud de seguridad para que el paciente pueda confiar en ti y que el paciente sepa que en tus manos o en lo que tú puedas hacer puedes llegar a la solución de su problema”. (M3)

“...un trato amable de tal manera que el paciente confíe en ti y el médico debe tener una seguridad hacia el paciente, que el paciente se convenza de que eres capaz de solucionar su problema”. (M3)

6.2.2.4. La doble naturaleza del trabajo médico

Desde sus inicios la práctica de la medicina ha sido una actividad privada y de mercado. El pago por los servicios que los médicos ofrecían fue tema de preocupación incluso para el propio Hipócrates

quien dedica una discusión sobre el cobro de honorarios en sus escritos (Clavreul, 1978). El acto médico, desde entonces, se veía como una relación en donde se encontraban los valores más contradictorios del hombre. Por un lado se le ve como un acto humanitario y por el otro como una actividad mercantil. Pero los médicos no querían ver a la medicina como un negocio, o tal vez no querían que se les viera como simples mercaderes. Por ello, el momento en el que se efectuaba el pago estaba lleno de protocolos y de cínicos ademanes. Ahí tenemos al profesor Dieulafoy recogiendo subrepticamente el sobre que contiene sus honorarios (Ibid, p 252).

La conciencia de esta contradicción ha estado presente en los distintos momentos históricos, pero la forma en que los médicos la han tratado de ignorar explícitamente ha variado. En la actualidad podemos darnos cuenta de cómo esto ocurre a través de la intermediación que realizan el Estado, en el caso de los servicios públicos, o de las secretarias, las enfermeras o las cajeras en los consultorios y hospitales privados. No es solamente una afirmación de jerarquías, un esquema de reproducción social, es la negación del cuerpo médico a la contradicción que surge de la doble naturaleza del acto mismo de curar.

“La medicina pública te da experiencia, te da otro tipo de satisfactores. O sea, como no estás cobrando directamente por tu servicio, cobras por hora trabajada no por volumen, entonces es más reconfortable para el médico. En cambio [la medicina privada] te da otro tipo de satisfactores: económicos...” (M3)

Capítulo VII

Discusión y Conclusiones

Antes de abordar los puntos específicos que se pueden rescatar de este trabajo habrá que hacer algunas consideraciones de orden general, pero que permiten situar los elementos de nuestra síntesis en un contexto teórico que posibilite la construcción de nuevos objetos problemáticos. En este sentido quisiera comenzar llevando a discusión el tema de las determinaciones de la práctica social, para dirigirla después al aspecto de las prácticas en salud, específicamente a la práctica medicalizada del modelo médico hegemónico.

Los límites de la razón que Max Weber aborda en sus estudios nos permite hacer distinción entre los mecanismos de elección con arreglo a fines de control y dominación y aquellos que obedecen a una visión del mundo determinada por los valores sociales incorporados mediante el libre arbitrio. En el primer caso hablamos de razón condicionada, el efecto que tiene la penetración de la ideología hegemónica en el cuerpo social sobre las acciones de los hombres. En el segundo nos referimos a la razón condicional.

Podemos estar de acuerdo en que la elección que el sujeto hace de un conjunto de opciones dentro de un abanico de posibilidades lo coloca en una toma de posición. Sin embargo, esto no es más que una proposición formal que sólo nos interesa en tanto que encierra en sí misma las condiciones de su posibilidad. Más allá del significado formal de esta proposición el conjunto de opciones determinado por intereses ajenos al sujeto que elige determina, así mismo, las tomas de posición del sujeto; es decir, reduciendo o definiendo la variedad de los objetos que crean interés en el sujeto. De esta manera el interés no es un elemento de una voluntad plena que guía a la acción, sino que actúa dentro de un proceso condicionado por una racionalidad que no es la propia —en otras palabras, el sujeto es sometido a un proceso de racionalización—, pero que, sin embargo, establece los principios bajo los cuales aquella actúa. La razón práctica, en este sentido, es una razón condicional y condicionada —Kant (1998) llama a esta legislación impuesta heteronomía del

arbitrio, en contraposición a la legislación universal que obedece al libre arbitrio y que conforma la autonomía—, un esquema de principios creados a partir de las representaciones que producen y reproducen el orden social establecido. Es la acción efectuada bajo las reglas del sustrato material (el objeto) condicionado no mediante proposiciones sintéticas a priori de una razón pura práctica, abstraída del objeto concreto como fundamento de la determinación de la voluntad o mediante una determinación sensorial.

Todas las representaciones de los objetos que sirven de fundamento a la voluntad, al deseo, al interés o a cualquier impulso que oriente a la acción son condicionales. El encuentro entre el objeto y el sujeto determina una representación creada a partir de aquel. Pero esta representación es determinada, a su vez, por las condiciones objetivas y subjetivas que en ese momento particular actúan para orientar la acción del sujeto, definir o redefinir su sistema de preferencias o establecer tomas de posición. En este momento, hablamos ya de circunstancias y situaciones. Por lo tanto, todo objeto de la realidad, en tanto sustrato material de las representaciones, es condicional, circunstancial y situacional. Pero también son condicionados, circunstanciados y situados, en tanto que la existencia de los objetos es parcialmente evidenciada, o solo algunos objetos se hacen evidentes, no por un principio condicional, sino por principios prácticos que satisfacen el interés de una de las partes que interactúan, aprovechando el desconocimiento que la otra parte tiene sobre los objetos condicionales, condicionando de esa manera las representaciones que del objeto se tienen.

Así, la razón condicionada actúa conforme un proceso de conocimiento-desconocimiento, en tanto que legislación impuesta mediante mecanismos de hegemonización del saber. Aquel agente al que se le ha otorgado legítimamente la autoridad sobre un campo de saber determina —ya bajo principios subjetivos o válidos universalmente— el tipo y la cantidad de información que debe proporcionar para alcanzar objetivos planeados individual o socialmente, lo cual otorga al paciente en este caso, cierto conocimiento sobre el objeto de interés. Pero al mismo tiempo crea un desconocimiento de aquel, ya que solo se ha revelado la información que puede ser empleada en un sentido práctico —elementos sintéticos que funcionan como principios que guían a la acción—, en la realización de indicaciones específicas sobre el cuidado y el tratamiento, y con el cual solo es posible, en la mayoría de los casos, tomar una posición de aceptación o de rechazo.

Esta toma de posición se basa en principios prácticos que tienen que ver, entre otros, con la representación acerca de la competencia y la disposición al otorgamiento de la confianza, como al cumplimiento de las normas y la aceptación de los valores sociales.

La noción que se tiene del “deber ser” determina la disposición del sujeto en una situación particular, según se adecue o no a esta noción. En el caso de la confianza, por ejemplo, los principios, normas y valores sociales que guían al otorgamiento de la misma son aquellos que resultan de la representación creada a partir de la percepción que se tiene acerca de la empatía y la eficacia práctica, así como la comunicación sobre la enfermedad.

La opinión acerca de la relación se basa más en la forma que en el contenido, aquello que responde o se adecua mejor al “deber ser” ya que la evaluación de su contenido exige un análisis de la información a través de elementos técnico-conceptuales con los que el paciente no cuenta. Es así que la comunicación adquiere importancia para el paciente aún cuando, en algunos casos, la información no pueda ser analizada y asimilada.

De esta manera, la noción acerca del “deber ser” sirve de base para la representación de lo confiable, la empatía y la eficacia práctica, pero hasta cierto punto, ya que los sujetos responden a elementos que surgen en una situación dada con los cuales se colocan en la posición de otorgar confianza, de sentir insatisfacción con la relación o de percibirla como adecuada a lo que se espera.

El poder otorgado al médico es reafirmado a través de objetos que establecen diferencias, tales como barreras físicas o disposiciones espaciales entre los sujetos, pero también a través del discurso en el que se pretende la ejecución de un mandato. Así, mientras los primeros establecen y reproducen jerarquías, el segundo evidencia la posición de quien ejerce la autoridad. El manejo en la disposición espacial y la manera en que es utilizado el discurso del saber médico son dos aspectos que establecen diferencias entre los procesos de interacción de los mecanismos de pago. Mientras mayor posibilidad de aumentar las ganancias generan el discurso se vuelve menos agresivo en su expresión y la interacción a través de las disposiciones espaciales es más cercana. No obstante el fundamento de la contradicción permanece el mismo.

Se hace referencia al compromiso del profesional, tanto en sentido económico como social, cada uno se encuentra presente en los distintos tipos de financiamiento, pero en diversos grados

según el método de pago. De esta manera los pacientes perciben un mayor compromiso cuando éste se establece por medio de un contrato mercantil. Prácticamente, para ellos el compromiso social no genera interés en la atención, por lo que ésta se ve deshumanizada, y eso merma la calidad de los mismos.

Cuando se hace referencia al nivel institucional los elementos que definen la preferencia de los pacientes son la eficacia y la posibilidad de pago. Pero a nivel individual construyen sus preferencias basándose más en comportamientos y situaciones que colocan al paciente en disposición de otorgar confianza. No obstante, el concepto de confianza basado en elemento de comunicación, familiaridad e incertidumbre no es suficiente para explicar las situaciones en las que el paciente o el médico la otorgan o la niegan. En la relación surgen situaciones particulares en las que se perciben características que el sujeto relaciona con lo que socialmente se espera y por lo que le es factible “confiar”. En la mayoría de las situaciones actuamos conforme a un “deber ser”, pero la manera en que nos formamos una noción de ello se determina subjetivamente y de ahí la diversidad con la que actuamos ante una misma situación o situaciones similares.

Hay muy pocas referencias acerca de las situaciones conflictivas. Sin embargo, se ha dicho cómo ciertos aspectos como la eficacia en la atención, el trato personal o el apego a las especificaciones del médico provocan insatisfacción. De ello se deriva que aunque la contradicción no es percibida por los pacientes y los médicos está presente en las opiniones que los sujetos hacen tanto de la condiciones como de las situaciones en las que tiene lugar el servicio, sólo que ellos no lo hacen conciente.

En el caso de los pacientes se encuentran diferencias de opinión desde el punto de vista del financiamiento pero no desde los mecanismos de pago. Así, las personas que opinaron sobre la base de la experiencia de los servicios privados tuvieron un mayor porcentaje de respuestas favorables que aquellos que basaron sus opiniones en su experiencia con los servicios públicos: 89% y 72% respectivamente. Estos resultados son comparables con un estudio acerca de la percepción de los usuarios sobre los servicios basado en los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud II (Ramírez, 1998), en donde se encontró que la opinión sobre la buena calidad del servicio en las personas que asistieron a instituciones privadas fue del 90%, 82% en las personas que acudieron a la

SSA y de 73% a las que recibieron atención en las instituciones de seguridad social. El trato personal resultó ser el principal motivo que definió la buena calidad con una mayor proporción en los servicios públicos que en los privados. Un análisis más detallado de las opiniones que se recogen en este trabajo revela, no obstante, que las personas a pesar de que califican el servicio público como bueno opinan que los privados son mejores aunque nunca hayan asistido a estos últimos. Lo anterior sugiere que la percepción varía de acuerdo al referente que las preguntas plantean a los usuarios. Cuando se piden comparaciones la opinión no es formulada a partir de un fundamento empírico, sino basándose en una serie de disposiciones aprehendidas y reproducidas en situaciones particulares. Es así que la opinión de los sujetos sobre que tipo de servicio es mejor hace referencia, en la mayoría de las veces al “deber ser” más que a la situación vivida.

Se ha dicho que la valoración del trato personal constituye un elemento de segundo orden en la elección de un tipo de servicio o espacio de atención. Sin embargo, también se debe considerar que la posición del sujeto en el espacio social lo coloca en condiciones y circunstancias en las que las opciones se le presentan distintas, por lo que la valoración que hace de los servicios y la opción que toma en una situación determinada no se reduce a simples acciones que resultan de una decisión individual ante igualdad de opciones.

Algunos organismos internacionales han cuestionado la eficiencia y eficacia de las instituciones públicas. No obstante, las justificaciones que emplean en ello tienen un fundamento puramente valorativo suponiendo que la inequidad en salud puede resolverse mediante la autorregulación de los procesos sociales en el mercado (Laurell, 1995). La experiencia ha demostrado que estos mecanismos de autorregulación no existen en la práctica (Akerlof, 1970). Las imperfecciones del mercado llevan a los participantes a establecer relaciones en desigualdad de condiciones, por lo que la equidad no puede concretarse a partir de suponer la posibilidad de estas premisas. Esta noción construida sobre la base de la valoración de lo que es bueno y lo que no lo es, lo que es mejor de lo que es peor y que tiende a darle un sitio privilegiado a los bienes individuales y mercantilizados se corrobora en este trabajo, ya que la falta de un referente empírico hace que exista una predisposición a los ideales colectivos, a la opinión desde el “deber ser”. La experiencia de los médicos en ambos sistemas de atención a la enfermedad, en cambio, los lleva a opinar distinto a los

que descalifican *a priori* las instituciones públicas en nombre de la equidad y la igualdad de oportunidades.

Los cambios en el financiamiento y los métodos de pago a los prestadores de servicios médicos son evaluados por las instituciones aseguradoras o prestadoras de servicios en función de la ganancia que puedan generar y no de los beneficios que pudieran aportar al paciente, como lo demuestra la manera en que se fijan las tasas de pago en función del tiempo o del producto y los incentivos que generan. La satisfacción del paciente no se establece como un criterio médico sino como un factor que pueda ayudar a eficientar el servicio y de esta manera contener los costos o como una forma de atraer un mayor número de clientes. La Organización Internacional del Trabajo (2000) establece estándares de calidad generando cambios en el producto que puedan ser percibidos por el comprador, pero no más allá. Aún cuando existan los elementos teóricos y tecnológicos para llevar al producto o un nivel de mayor calidad, estos no son utilizados si ese cambio no es percibido. Esta visión ha sido incorporada en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. De esta manera la mejoría en un producto o servicio se basa en la percepción del cliente, un mal servicio desde el punto de vista técnico puede ser visto como bueno desde el punto de vista del “cliente”.

Según Enthoven (1994), el modelo de pago por servicio en la práctica médica individual o grupal no fue un producto natural de las fuerzas del mercado, sino de la acción concertada de los profesionales médicos organizados con vistas a bloquear el desarrollo de la competencia económica. Desde el punto de vista de este autor el modelo tradicional de práctica privada falla porque los incentivos que genera son “muy malos”. En cambio, el manejo de los pagos a través de terceros proveedores genera mejores incentivos y como consecuencia mayores beneficios para el paciente. Sin embargo, esto no es cierto en la mayoría de los casos. Estos mecanismos han sido construidos con la finalidad de reducir los costos de la atención, a través de mecanismos de contención o de racionalización. Cuando el paciente advierte mejores beneficios en un plan que en otro posiblemente abandonará el actual, si es que puede pagarlo. Por lo que la preferencia del paciente determinará en cierto grado la viabilidad del método de pago y sólo en este sentido la calidad de la atención juega un papel en su planeación. Por ello se dice que, al menos bajo este esquema, lo que determina las

modalidades de pago y los planes de aseguramiento es, en última instancia, la racionalidad economicista y no el carácter humanista al que siempre se identifica con la medicina.

Lo anterior es importante porque, como ya se ha dicho, uno de los argumentos que sustentan la necesidad de trasladar los servicios de salud a manos de los organismos privados es que la competencia regulada aumenta la eficiencia y la equidad en la atención, aunque no está claro cómo es que ello ocurre y si repercute en mejores resultados para los pacientes. Diversos autores han cuestionado el sentido que la práctica médica ha tomado con su incorporación al libre mercado (Mynard, 1993, 1994; Laurell, 1995; Anders, 1996; Bodenheimer, 1996; Bindman and Weiner, 2000).

Si bien el contrato por servicio con empresas aseguradoras dota al médico de un número de clientela que no le es posible adquirir a través de los mecanismos tradicionales de demanda, el pago que recibe por unidad de servicio representa hasta un 50% menos de la cuota fijada por la competencia no regulada, es decir el valor promedio convenido para ese servicio de acuerdo al grado de especialización que se requiere y a la experiencia y el reconocimiento del profesional. Cuando el servicio es ofertado a través de una empresa administradora, es decir sin un plan de seguro, no existe en términos reales una disminución en el costo de la atención para el paciente, a menos que éste llegue a un acuerdo con el médico para lograr una reducción en el pago. En este sentido la incorporación de estos esquemas de remuneración y aseguramiento no resultan siempre en un beneficio económico para el paciente, sino simplemente una distribución de las ganancias mediante su regulación privada. También demuestra que existen estrategias que siguen los médicos y los pacientes en la consecución de sus intereses que escapan al control de estos mecanismos de regulación.

Los médicos perciben una limitación de la autonomía en el ejercicio de su profesión cuando trabajan en un ambiente hospitalario, pero también cuando se hace a través de una aseguradora de servicios médicos. Sin embargo, el hospital sigue constituyendo un espacio importante en la generación de estrategias que le permiten mantener su poder económico, pero también su poder simbólico. El efecto que esta reestructuración en el financiamiento, la gestión y la economía de los servicios de salud representa para la relación médico-paciente es que el ejercicio del saber sólo ha

tomado nuevas formas bajo mecanismos de control más complejos que involucran su incorporación al proceso de producción de plusvalor. La existencia de contradicción y de dominación se hace menos evidente en esta nueva dinámica del poder sobre el cuerpo, mediante el uso de nociones creadas sobre la normalidad y la idealización de los objetos que crean interés en los sujetos.

Esta nueva visión del trabajo en salud aumenta aún más la tensión entre la medicina como profesión y la medicina como negocio, legitimando el privilegio que se les da a los aspectos administrativos por encima de las necesidades y los requerimientos de las personas. De esta manera se evidencia cómo el carácter humanitario de la profesión es superado en las situaciones concretas por el carácter mercantil y por la posición que se le otorga al médico para ejercer su autoridad.

Bibliografía

- Abel-Smith, B (1992)
“Entre lo público y lo privado. Nuevos incentivos para la atención a la salud”. **Salud Pública Mex**; 34: 467-470.
- Aglietta, Michel (1972)
Regulación y Crisis del Capitalismo. Siglo XXI, México, 1988, pp. 72
- Anders, George (1996)
Health Against Wealth: HMOs and the Breakdown of Medical Trust. Boston, Houghton Mifflin.
- Anderson, David; Denis Sweeney y Thomas Williams (1999)
Estadística para Administración y Economía. México, Thomson, p 828.
- Arkelof, George (1970).
“The Market for Lemons: Quality Uncertainty Market Mechanism”. *Quarterly Journal of Economics*, 113, 79-119. En:
<http://www.nobel.se/economics/laureates/2001/press.html>. The 2001 Sveriges Riksbank (Bank of Sweden) Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel.
- Arroyave, María y Pablo Isaza (1989)
“Una Perspectiva Histórica del Hospital”. **Educ Med Salud**, 23(2):182-191.
- Bachelard, Gastón (1973)
“Algunos Obstáculos”. En: **Epistemología**. Anagrama, México. Pp 193-203
- Báez, René (1989)
Teorías sobre el Subdesarrollo. Editorial Diógenes, México, pp. 54
- Balakrishnan, RN (1998).
“Patient, Client or Customer?”. **Med J Aust**; 169:593.
- Banco Mundial (1983)
“Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud”. Banco Mundial, Washington DC. En: **Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud**. Laurel, Asa Cristina (coord.) México, Fundación Friedrich Ebert Stiftung/UAM-X. Pp 9-31
- Banco Mundial (2001)
Panorama General. Informe Sobre el Desarrollo Mundial 2002. Banco Mundial, Washington, DC.
- Barquin, Manuel (1998)
Historia de la Medicina. México, Méndez Editores, pp. 330-335

- Becker, MH; Drachman, RH and Kirscht, JP (1974)
 "A field Experiment to Evaluate Various Outcomes of Continuity of Physician". **Am J Public Health**; 64:1062-70
- Bindman, Adrew and Jonathan Weiner (2000)
 "The Modern NHS: An Underfunded Model of Efficiency and Integration". **Health Aff**; 19(3):120-22.
- Bloom, SW (1963)
The Doctor and his Patient. New York, Russell Sage Foundation.
- Bodenheimer, T (1996)
 "The HMO Backlash—Righteous or Reactionary? **N Engl J Med**; 335:1601-1604.
- Bourdieu, Pierre (1996)
Cosas Dichas. España, Gedisa, pp. 26-36
- Bourdieu, Pierre and Lóic JD Wacquant (1992)
An Invitation to Reflexive Sociology. The University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre; Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron (2002)
 "La construcción del Objeto". En: **El Oficio de Sociólogo**. Siglo XXI, México, p. 262.
- Campbell JD, Mauksch HO, Meikirk HJ and Hosokawa MC (1990)
 "Collaborative practice and provider styles of delivering health care". **Soc Sci Med**.;30:1359-1385
- Cattell, R. B. (1966).
 "The scree test for the number of factors". **Multivariate Behavioral Research**, 1, 245-276.
- Casar MA y Pérez W (1988)
El Estado Empresario en México: ¿Agotamiento o Renovación? México, Siglo XXI, p. 180.
- Clavreul, Jean (1978).
El orden Médico. Argot, Barcelona. Pp. 243-260
- Coleman, James (1986)
 "Social Theory, Social Research and Theory of Action" *American Journal of Sociology*. 91:1309-1395. In: John Urry (Ed.) Peter Abell (1991). *Rational Choice. Schools of Thought in Sociology*. Cambridge University Press, Great Britain.
- Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (2000)
Anuario Estadístico de Seguros y Finanzas, 2000.
- Comisión Nacional los Sistemas de Ahorro para el Retiro (2003)
 Nuevo Sistema de Pensiones. En: <http://www.consar.gob.mx/consar.shtml>

- Cortés, Beatriz (1992).
 “Experiencia de Enfermedad y Narración: El Malentendido de la Cura”. **Cuicuilco**;
 4(3):89-115.
- Cooper-Patrick, Lisa; Joseph Gallo; Juninus Gonzáles; Hong Thi Vu; Neil Powe; Christine Nelson and Daniel Ford (1999)
 “Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship”.
JAMA.282:583-589
- De Ferranti D, Guillermo E. Perry, P Indermit S. Gill and Luis Servén with Francisco H.G. Ferreira, Nadeem Ilahi, William F. Maloney and Martin Rama (2000)
 “Designing Social Policy When People Face Risk: A Conceptual Framework”. In:
Secure Our Futuring in a Global Economie. World Bank Latin American and
 Caribbean Studies.
- Diario Oficial de la Federación (1994)
Decreto para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, 21 de Julio.
- Duverger, Maurice (1998)
Metodología de las Ciencias Sociales. Madrid, Ariel Sociología.
- Elster, John (1982)
 “Marxism, Funtionalism and Game Theory”. *Theory and Society*. 40(1): 17-36. In:
 John Urry (Ed.) Peter Abell (1991). *Rational Choice Theory. Schools of Thought in
 Sociology*. Cambridge University Press, Great Britain.
- Emanuel EJ and LL Emanuel (1992)
 “Four models of the physician-patient relationship”. **JAMA**;267:2221-2226
- Emanuel, Ezequiel and Nancy Dubler (1995).
 “Preserving the Physician-Patient Relationships in the Era of Managed Care”. **JAMA**;
 273(4):323-329.
- Englehardr, HT (1996).
Foundations of Bioethics. Oxford University Press, Oxford. Cited in Ramdass, Michael,
 Vijay Naraynsingh, Dale Marahaj, Keith Badloo, Surujpaul Teelucksingh and Adrew
 Perry. “Questions of «Patients» versus «Clients»”. **J Qual Clin Pract**. 2001; 21(1-2):14.
- Enthoven, Alain (1994)
 “On the Market Structure for Third-Party Purchasing of Health Care”. **Soc Sci Med**;
 39(10):1413-1424.
- Entralgo, A Lain (1998)
Historia de la medicina. México, Masson-Salvat, pp. 514-543.
- Esping-Andersen, Gosta (1991)
 “As Três Economias Polítidcas do Welfare State”. **Lua Nova**; 24:85-115.

- Esquivel, Ma Teresa y Mercedes Sánchez (1981)
Índice de los Ramos Hospitales y Protomedicato. México, AGN, pp 1-8.
- Ferreira, José Roberto (1986)
 "Análisis Prospectivo de la educación Médica". **Educ Méd Salud.** 20(1):26-40
- Flexner, Abraham (1910)
Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No.4. Boston, Massachussets.
- Francis V, Korsch BM and Morris MJ (1969)
 "Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice". **New Engl J Med;** 280.535-40.
- Frenk, Julio, Rafael Lozano, Miguel A González , et al (1994).
Economía y Salud. Propuesta para el Avance del Sistema de Salud en México. México, Fundación Mexicana para la Salud, pp 275.
- Freyermuth, Graciela (1986)
 "Stress y fatiga en médicos residentes de posgrado del Hospital General (SSA) de Ciudad Nezahualcoyotl". **Reportes de Investigación,** UAM-CBS, pp. 9-20
- Freud, John and Gary Simon (1994)
Estadística Elemental. México, Prentice Hall, p. 292.
- Freud, Sigmund (1989)
 "Sobre la Dinámica de la Transferencia". **Obras Completas.** Vol. 12, Argentina, Amorrortu Editores, pp. 1911-1913.
- Friedson, Eliot (1961)
 Patient's Views of Medical Practice. New York, Russel Sage Foundation. Citado en: Everardo Duarte Nunes (1988). Brasil: Relación Médico-Paciente y sus determinaciones sociales. **Educ Med Salud,** 22(2): 153-166.
- (1988)
Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge. The University of Chicago Press, pp. 78-85
- Foucault , Michel (1999)
 "Entrevista Sobre la Prisión: El Libro y su Método". En: **Estrategias de Poder.** Obras esenciales. Vol. 2. México, Paidós. Pp. 295-312.
- (1992)
Microfísica del Poder. Madrid, Ediciones de la Piqueta. Pp. 111-118.
- (2001)
Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. México, Siglo XXI, pp. 139-198

- García, José Luis (1999).
 “Relación Médico-Paciente en un Modelo de Comunicación Humana”. **Rev Med IMSS**, 37(3):213-220.
- Glass, Richard (1996).
 “The Patient-Physician Relationship JAMA Focuses on the Center of Medicine”. **JAMA**; 275(2):147-148.
- Glaser, Barney and Anselm Strauss (1967)
The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago, Aldine Publishing Co., p 30.
- Habermas, Jürgen (1989)
Teoría de la Acción Comunicativa, II. México, Taurus, p 471.
- (2001)
Ciencia y Técnica como Ideología. España, Tecnos, pp 53-112.
- Hayes-Bautista, David (1976)
 “Modifiyin the treatment: Patient compliance, patient control and medical care”. **Soc Sci Med**.10:233-88
- Henderson, L (1935)
 “Physician and Patient as a Social Sistem”. *N Eng J Med* 212(18):819-823. Citado en: Everardo Duarte Nunes (1988). Brasil: Relación Médico-Paciente y sus determianciones sociales. **Educ Med Salud**, 22(2): 153-166.
- Hernández, Guillermo (1993)
 “Crisis y Regulación: Elementos Teóricos Fundamentales”. En: **Mercados y Regulación**. Guillermo Martínez (Editor). UAM-I, México.
- Hernández Llamas, Héctor (1982)
 “Historia de la Participación del Estado en Instituciones de Atención Médica en México”. 1935-1980. En: F, Ortiz Quesada (Editor). **Vida y Muerte del Mexicano**. Tomo 2, Folios Ediciones, México, pp. 49-96.
- (1986)
 Antecedentes Históricos del Sistema Nacional de Salud. En: **¿Qué es el Sistema Nacional de Salud?** Serie Materiales de Apoyo. No. 5. UAM-X, México. Pp. 8-10.
- Hernández Sampieri, Roberto; Carlos Fernández Collado; Pilar Baptista Lucio (2001)
 “Escalas para Medir las Actitudes”. En: **Metodología de la Investigación**. México, Mc Graw-Hill, pp. 255-293.
- Hjortadahl P (1992)
 “Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients”. **Fam Pract**; 9:3-8
- Internacional Monetary Found (2002)
 Public Sector Debt Management. In: **Mexico: Selected issues**. IMF, Washington, DC.

- Jarillo, Edgar; Arturo Granados y María del Consuleo Chapela (2000)
 "Estudiantes de Medicina. Un Estudio de Caso". **Argumentos**; 35:45-58.
- Jaspers, Karl (1988)
La Práctica Médica en la Era Tecnológica. España, Gedisa, pp. 11, 17.
- Johnson, Dallas (1998)
Métodos Multivariados Aplicados al Análisis de Datos. México, Thompson Editores, p. 456.
- Ibarra, Eduardo (1993)
 "Foucault, Entre el Poder y la Organización – La Teoría de la Organización como Caja de Heramientas". En: Guillermo Martínez (coord). **Mercados y Regulación**, México, UAM-I. Pp 11-32.
- Kant, Emmanuel (1998)
Crítica de la Razón Práctica. México, Porrúa, pp. 105.
- Kao Audiey; Green DC and Zaslavsky AM (1998)
 "The relationship between the method of physician payment and patient trust". **JAMA**; 280:1708-14
- Kaplan, SH, S Greenfield, B Gandek, WH Rogers and JE Warp (1996).
 "Characteristics of Physician with Participatory Decision-Making Styles". **Ann Intern Med**; 124:487-504.
- Kaplan, SH; S Greenfield and JE Ware (1989).
 "Assessing Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease". **Med Care**; 27(Suppl), 51:10-27.
- Kosik, Karel (1965)
Dialéctica de lo concreto. México, Enlace-Grijalbo. Pp 214-230 .
- Krafchik, Warren (2002)
 "¿Puede la sociedad civil ser un valor agregado en las decisiones presupuestarias?
 "The International Budget Project. En: <http://www.worldbank.org/participation>
- Krueger, Anne (2002)
 "A International Financial Architecture for 2002: A New Approach to Sovereign Debt Restructuring". In: <http://www.imf.org/external/np/speeches/2001>
- Landon, Bruce; Ira Wilson and Paul Cleary (1998).
 "A Conceptual Model of the Effects of Health Care Organizations on the Quality of Medical Care". **JAMA**; 279:1377-1382.
- Laurell, Asa Cristina (2001)
 "El contexto. La Reforma Social del Estado". En: **Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social**. Como Garantizar y Ampliar tus Conquistas Históricas. México. Temas de Hoy. Pp 13-35.

- (1995)
 La Salud: De Derecho Social a Mercancía. **En Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud**. México, UAM-X/Fundación Friedrich Ebert, pp. 10-16.
- Laplanche, Jean y Jean-Bertrand Potalis (1994).
 “Contrarreferencia”. **Diccionario de Psicoanálisis**. Colombia, Labor. Pp 84.
- Llovet, Juan José (1999).
 “Transformaciones en la Profesión Médica: un cuadro de situación al final del siglo”.
 En: Bronfman MR. **Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina**, México, EDAMEX. Pp 335-349.
- López, Daniel (1993)
La Salud Desigual en México. México, Siglo XXI, p 13.
- López, Oliva (1992)
 “La Política de Salud en México: ¿Un ejemplo de liberalismo social?” En: Laurell, Cristina (Coord.) **Estado y Políticas de Salud en el Neoliberalismo**. México, Fundación Friedrich Ebert, pp 165-183.
- López, Oliva y José Blanco (2001)
 “La Polarización de la Política de Salud en México”. **Cad Saúde Pública**, 17(1):43-54.
- Luhmann, Niklas (1982)
The Differentiation of Society. Columbia University Press, New York.
- (1998)
 “Doble contingencia”. En: **Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general**. México, Antropos, pp. 113-139.
- (2000)
Confianza. México, Editorial Antropos, pp. 5-103
- Maceira, Daniel (1998)
 “Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo”. **Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe**. México, pp. 3-10
- Makoto Iwayama and Tokunaga Takenobu (1995)
 “Cluster-Based Text Categorization: A Comparizon of Category Search Strategies”.
Technical Report. Department of Computer Science. Tokyo Institute of Technology.
- Marcus ER (1999).
 “Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education”.
Acad Med; 74:1211-15
- Marx, Karl (1981)
El Capital. TomoI/Vol. 1, Libro primero. México, Siglo XXI, pp. 107, 205

- Mayntz, Renate; Kart Holm and Peter Hübner (1993)
Introducción a los Métodos de la Sociología Empírica. España, Alianza Universidad, p 197.
- McCarthy, Douglas; Michael Finch; Paul Cleary; Alan Zaslavsky; Diane Green; Jeffrey Koplan, and Audiey Kao (1999)
“Method of Physician Payment and Patient Trust”. **JAMA**; 281:1173.
- McKinlay, J (1977)
“The bussiness of Goog Doctoring or Doctoring as Good Bussiness: Reflections on Freidson's view of the medical game. **Int J Health Serv**; 7(3):459-483.
- Moreno R, Miguel (1998).
“Crisis del Método Clínico”. **Rev Cubana Med**; 37(2):123-128
- Murphy, Julia; Hong Chang; Jana Montgomery; William Rogers; Dana Safran (2001).
“The Quality of Physician-Patient Relationships: Patients' Experiences 1996-1999”. **J Fam Pract**; 50(2):123-129.
- Mynard, Alain (1993)
“Competition in the UK National Health Service: Mission Impossible”. **Hlth Policy**; 23, 193.
- (1994)
“Can Competition Enhace Efficency in Health Care? Lessons from the Reform of the UK National Health Service”. **Soc Sci Med**; 39(10):1433-1445.
- Nogueira, Roberto (1988)
“La Medicina Liberal y el Mercado de Trabajo en Salud. ¿Qué es la Medicina Liberal?”. **Educ Méd Salud**. 22(2): 141-152.
- Ocaranza, Fernando (1995)
Historia de la medicina en México. México, CIEN, pp. 166.
- Organización Internacional del Trabajo (2000)
Introducción al Estudio del Trabajo. México, Limusa, p. 92.
- OPS (1998).
“El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a Cargo de los Ministerios de Salud”. **Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud**.
- Onions, CT (1968).
Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles. 3rd ed. Oxford University Press. Cited in Ramdass, Michael, Vijay Naraynsingh, Dale arahaj, Keith Badloo, Surujpaul Teelucksingh and Adrew Perry. “Questions of «Patients» versus «Clients»”. **J Qual Clin Pract**. 2001; 21(1-2):14.

- Palloix, C (1976)
 "Les Procès de Travail: du fordisme au neofordisme". La Pensée, 185. En: Michel Aglietta. **Regulación y Crisis del Capitalismo**. Siglo XXI, México, 1988, pp. 93.
- Parsons, Talcott (1937)
Structure of Social Action, McGraw Hill.
 -----(1951)
 "Estructura Social y Proceso Dinámico. El Caso de la Práctica Médica Moderna". **El Sistema Social**. Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, pp. 430-478.
- Poder Ejecutivo Federal (1983)
Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.
 ----- (2001)
Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- Ramírez-Sánchez, Teresita; Patricia Nájera-Aguilar y Gustavo Nigenda-López (1998)
 "Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios". **Salud Pública Mex**; 40:3-12
- Reeder, L (1972)
 "The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional Client Relationship". **J Health Soc Behav**; 13:406-412.
- Roberts, John (1998).
 "Primary Care: Core Values: Primary Care in an Imperfect Market". **BMJ**; 317(7152):186-189.
- Russell, Bernard (1994)
Research Methodology in Anthropology. SAGE Publications Thousand Oaks, London. pp 97, 98.
- Seixas, Paulo Enrique (1996)
 "Incentivos Financieros: revisión y elementos de reflexión". En: Brito Pedro, Campos Francisco y Novick Marta (Orgs.), **Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: cambios y oportunidades**. Washington, DC. OPS
- Siegler, M (1985)
 "The Profession of Medicine: from Physician Paternalism to Patient Autonomy to Bureaucratic Parsimony". **Arch Intern Med**;145:713-715
- Soria, Victor (1993)
 "Las Políticas de Gasto Social y Privatización en México. Un Proyecto de Legitimación Estatal". En: **Mercados y Regulación**. Guillermo Martínez (Editor). UAM-I, México.
- Spiro H. (1992).
 "What is empathy and can it be taught?" **Ann Intern Med**; 116:843-6.

- Suchman, Anthony; Kathryn Makarkis; Howard Beckman and Richard Frankel (1997).
 "A model of empathic communication in the medical interview". **JAMA**,
 277(8); 1997
- Taylor, SJ (1996)
Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Barcelona, Paidós, p. 170.
- Thom DH (2001)
 "Physician Behaviors that Predict Patient Trust". **J Fam Pract**; 50:323-28
- Thom, DH and B Campbell (1997).
 Patient-Physician Trust: an Exploratory Study". **J Fam Pract**; 44:169-76.
- Saha, S; Komaromi, M; Koepsell, TD; Brindman AB (1999)
 "Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health
 Care". **Arch Int Med**. 159(9):997-1004, 1999 May 10.
- Schmittziel, Julie; Joe Selby; Kevin Grumbach and Charles Quesenberry (1997)
 "Choice of a Personal Physician and Patient Satisfaction in a Health Maintenance
 Organization". **JAMA**.1997;278:1596-1599
- Szasz, Thomas and Marc Hollender (1956)
 "A Contribution to the Philosophy of Medicine: The basic models of doctor-patient
 relationship". **JAMA**, 97:585-88.
- Sigerist, Henry (1929)
 "The Social Position of the Stock". In: Roemer, MI, eds. Henry Sigerist on the
 Sociology of medicine. New York, MD Pubs., Inc. Citado en: Everardo Duarte Nunes
 (1988). Brasil: Relación Médico-Paciente y sus determinaciones sociales. **Educ Med
 Salud**, 22(2): 153- 166.
- Vellinga, Menno (1997)
El Cambio del Papel del Estado en América Latina. México, Siglo XXI, pp. 13-44.
- Vincent, Jean-Marie (1973)
Fetichismo y Sociedad. Era, México, 1973. pp 66-79.
- Von Bertalanffy, Ludwig (2000)
Teoría General de los Sistemas. México, FCE.
- Waitzkin, Howard (1979)
 "Medicine, Superstructure and Micropolitics". **Soc Sci Med**. 13A:601- 609.
- Waitzkin, Howard and Barbara Waterman (1976)
The Exploitation of Illness in Capital Society. The BOBS-Merrill Co. Inc.,
 Indianapolis, pp. 35-36

Weber, Max (1947)

"The Fundamental Concepts of Sociology". In: Parsons, Talcott, ed. **The Theory of Social and Economics Organizations**. New York: The Free Press.

----- (1967)

Class, status and power. New York. The Free Press. pp 531-540.

----- (1988)

Sobre la Teoría de las Ciencias Sociales. México, Premia, p 65.

----- (1999)

Economía y Sociedad. FCE, México, pp. 43

Wolinsky, Friedic (1988)

The Sociology of Health. Prnciples, practicioners and issues. Wedsworth Pub. Co., Belmont, CA., pp. 111

Anexo I
Encuesta sobre las formas de financiamiento y la relación médico-paciente
Cuestionario para el paciente

Folio _____
Fecha: ____/____/____
Empresa/Institución _____

Sexo: **M F**
Edad: _____ años
Ocupación: _____
Tiempo que lleva afiliado a esta institución o empresa: _____ años _____ meses
Cuanto tiempo lleva asistiendo a los servicios de atención médica privados: _____ años _____ meses
Cuanto tiempo lleva asistiendo a los servicios de atención médica públicos: _____ años _____ meses
Ingreso Mensual Promedio: _____ pesos

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: En las preguntas de opción múltiple encierre en un círculo la opción que considere correcta. En las preguntas abiertas escriba lo más detallado posible con las palabras del entrevistado. En las preguntas de escalamiento tipo Likert se marcará una "X" tal y como se indica en el encabezado de los recuadros.

1. ¿De que manera cubre los gastos para tener acceso a los servicios de atención médica de esta institución?

- a) Pago directo de bolsillo (*pase a la pregunta 3*)
- b) Seguro empresarial con co-pago
- c) Seguro empresarial sin co-pago (*pase a la pregunta 4*)
- d) Seguro personal
- e) Seguridad Social (*pase a la pregunta 4*)
- f) Cuotas de recuperación (*Pase a la pregunta 4*)
- g) Otro: _____

2. Usted cubre la cantidad que le corresponde de su seguro o cuota de recuperación en pagos: ¿Cuánto paga?

- a) Mensuales _____ pesos
- b) Anuales _____ pesos
- c) Otros: _____ pesos (*Pase a la pregunta 4*)

3. En caso de que usted pague los servicios médicos directamente de su bolsillo ¿Cuánto paga aproximadamente por cada uno de los siguientes servicios en caso de que los haya utilizado?

- a) Consulta General _____
- b) Servicios de Especialidad _____
- c) Servicios de cirugía _____
- d) Paraclínicos (Rayos X, Laboratorios, otros) _____
- e) Medicamentos _____

4. ¿Qué tipo de servicios puede solicitar en caso de que necesite ser atendido? *Puede seleccionar más de una opción*

- a) Consulta externa
- b) Consulta a especialistas;
- c) Urgencias
- d) Internamiento
- e) Otros: _____

5. ¿Usted puede acceder a todos los servicios ofrecidos en el contrato desde el momento en que éste se hace efectivo?

- a) Sí
- b) No,Cuál es la condición? _____

6. ¿Por cuántos médicos es atendido en cada uno de los siguientes servicios en caso de que los haya utilizado?

	1	2	3	4	5 ó más
Consulta general					
Cirugía					
Especialidad					

Elija la opción que considere la más adecuada y márquela con una "X"

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
¿Usted puede elegir a su médico en los servicios de consulta general?					
7. ¿Usted puede elegir a su médico en los servicios de cirugía?					
8. ¿Usted puede elegir a su médico en los servicios de especialidad?					
9. ¿Ha solicitado ser atendido por el médico en especial?					
¿Le han otorgado la consulta con el médico que usted eligió?					
¿El médico le dice de qué está enfermo?					
¿Le explica a qué se debe su Enfermedad?					
¿Le explica cómo se desarrolla su enfermedad?					
10. ¿Le dice si se pueden presentar posibles complicaciones?					
11. ¿Le dice cuales son?					
12. ¿Cuándo le indica algún tratamiento el médico le explica para que sirve?					
¿Le explica como funciona el tratamiento?					
¿El médico le da opciones para elegir entre un tratamiento u otro?					
13. ¿Le explica cuales son las ventajas y desventajas de cada tratamiento para que usted pueda elegir?					

DURANTE SU ÚLTIMA CONSULTA:

14. ¿Qué hizo el médico para saber sobre su padecimiento?

- a) Le hace preguntas para que las conteste de forma breve
- b) Le hace preguntas abiertas para que se exprese libremente
- c) Deja que usted hable y solo le hace preguntas en torno a lo que usted comenta.

15. Cuando el médico le extendió una receta, ¿cuál de los siguientes escribió? *(Puede seleccionar más de una opción)*

- a) Nombre del medicamento
- b) Cantidad del medicamento que debe ser tomada
- c) Frecuencia con la que debe tomar el medicamento
- d) Duración del tratamiento

16. ¿Qué hizo el médico para poder explorarlo (a)?

- a) Le indica que se coloque en una posición determinada e inicia la exploración
- b) Le explica que debe explorarlo y le pide que se coloque en una posición determinada para hacerlo.
- c) Comienza a explorarlo mientras le da indicaciones para poder hacerlo
- d) Le indicó que se colocara en la mesa de exploración
- e) Otra _____

17. En promedio ¿Cuanto tiempo tarda en la sala de espera?

R: _____ minutos

18. En promedio ¿Cuanto tiempo tarda en la consulta?

R: _____ minutos

19. ¿Cómo se sintió con el médico que le atendió?

	Definitivamente no	Probablemente no	Indeciso	Probablemente	Definitivamente
Confiado					
A gusto					
Tranquilo					
Con incertidumbre					
Otro: _____ _____					

20. ¿Intentó hablar con el médico acerca de esos sentimientos?

- a) Nunca (*Pase a la pregunta 31*)
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Muy frecuentemente
- e) Siempre

21. Cuando usted le menciona al médico que tenía alguno de los sentimientos señalados arriba él que hizo?

- a) No dio respuesta, continuo interrogándole o explorándole (*Pase a la pregunta 31*)
- b) le hizo algún comentario y continuó interrogándole o explorándole (*Pase a la pregunta 31*)
- c) le interrumpió mientras hacía el comentario para hacerle otras preguntas (*Pase a la pregunta 31*)
- d) le hizo preguntas sobre lo que usted le comento.

22. ¿Cuál fue la reacción del médico después de que usted le describió sus sentimientos?

- a) No hubo respuesta
- b) comenzó a platicar con usted acerca de ese sentimiento
- c) le hizo más preguntas sobre lo que usted sintió mientras continuaba tomando datos
- d) le interrumpió mientras usted hacía el comentario
- e) le hizo algún comentario y continuó con el interrogatorio o la exploración

23. Ante la reacción del médico ¿usted como se sintió en ese momento?

- a) Confiado
- b) A gusto
- c) Incomprendido
- d) Molesto
- e) Comprendido
- f) Con incertidumbre

Elija la opción que considere la más adecuada y márquela con una "X"

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
24. ¿Usted siente mejoría con el tratamiento que el médico le indica?					
25. ¿Usted considera que la atención brindada por el médico es buena?					
26. Además de su padecimiento, el médico le hace preguntas o comentarios acerca de otros temas como la familia, el trabajo, gustos personales, por ejemplo?					
27. Usted es atendido por el mismo médico?					
28. El médico le programa citas para valorar nuevamente su padecimiento?					
29. ¿Usted asiste a las citas que el médico le programa?					

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
30. ¿Usted cree que su médico puede equivocarse al hacer un diagnóstico?					
31. ¿Usted cree que su médico puede equivocarse al recetar algún medicamento?					
32. Le preocupa que se pueda equivocar en el diagnóstico o en el tratamiento?					
33. ¿Cuanto el médico le da un diagnóstico, usted pide una segunda opinión?					
34. ¿Alguna vez se ha sentido molesto con su médico por no haber tenido buenos resultados con el tratamiento?					

35. ¿Cuál fue su respuesta ante esta situación?

R:

36. En el caso en que usted pueda elegir al médico, su elección la hace (*Puede elegir más de una respuesta*):

- a) Por en las referencias que otras personas le han dado
- b) Por la impresión que le ha causado el médico en la(s) primera(s) visita(s)
- c) Por los resultados del tratamiento que ha obtenido en la(s) primera(s) visita(s)
- d) Otro: _____

37. Usted considera que los siguientes elementos en los servicios de atención médica privados son:

	Muy malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Excelente
Trato personal					
Diagnóstico					
Auxiliares diagnósticos (radiografías, laboratorios, por ejemplo)					
Tratamiento					
Acceso					
Tiempo de espera					
Otros _____					

38. Usted considera que los siguientes elementos en los servicios de atención médica públicos son:

	Muy malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Excelente
Trato personal					
Diagnóstico\					
Auxiliares diagnósticos (radiografías, laboratorios, por ejemplo)					
Tratamiento					
Acceso					
Tiempo de espera					
Otros _____					

39. Conteste según sea el caso:

Si usted contestó esta encuesta basado en los servicios privados

- a) Ha solicitado atención en los servicios públicos
- b) Ha recibido atención de los servicios públicos
- c) Actualmente se atiende en los servicios públicos
- d) Ninguna de las anteriores.

Si usted contestó esta encuesta basado en los servicios públicos

- e) Ha solicitado atención en los servicios privados
- f) Ha recibido atención de los servicios privados
- g) Actualmente se atiende en los servicios privados
- h) Ninguna de las anteriores.

40. ¿Cuál es la institución a la que se refiere en la pregunta anterior?

- a) IMSS
- b) ISSSTE
- c) SSA
- d) DDF
- e) PEMEX
- f) SEDENA;
- g) Otro: _____

41. ¿Qué opina de los servicios que recibe?

R:

42. ¿Qué opina sobre la manera en que se paga el servicio?

- a) Muy malo
- b) Malo
- c) Ni bueno ni malo
- d) Bueno
- e) Muy bueno

43. De acuerdo a las respuestas que ha dado hasta el momento, ¿Cuál de los dos tipos de servicios considera que es mejor?

- a) Los servicios privados
- b) Los servicios públicos

Anexo 2
Encuesta sobre las formas de financiamiento y la relación médico-paciente
Cuestionario para el médico

Folio _____
Fecha: ____ / ____ / ____

Empresa/Institución _____

Sexo: M F

Edad: _____ años

Especialidad:

Tiempo que lleva afiliado a esta institución o empresa: ____ años ____ meses

¿Cuanto tiempo lleva trabajando en los servicios de atención médica privados?: ____ años ____ meses

¿Cuanto tiempo lleva trabajando en los servicios de atención médica públicos?: ____ años ____ meses

Ingreso promedio mensual: _____ pesos

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: En las preguntas de opción múltiple encierre en un círculo la opción que el entrevistado considere correcta. En las preguntas abiertas escriba lo más detallado posible con las palabras del entrevistado. En las preguntas de escalamiento tipo Likert se marcará una "X" tal y como se indica en el encabezado de los recuadros.

1. ¿Cuál es el tipo de contratación que usted tiene con esta empresa o institución?

- c) Capitación
 - a) Pago por servicio (*pase a la pregunta 3*)
 - b) Pago por día (*pase a la pregunta 4*)
 - c) Pago por caso o episodio de enfermedad (*pase a la pregunta 5*)
 - d) Otro: (*pase a la pregunta 6*)
- _____

2. Si su contrato es por **CAPITACIÓN** Podría decir cuanto recibe por cada persona que atiende? (especifique si varía de acuerdo a grupos de edad);

R= _____

3. En caso de que usted reciba su PAGO POR SERVICIO ¿Podría decir cuanto recibe por cada uno de los siguientes servicios? En caso de que las cantidades varíen demasiado en alguno de los grupo que se muestran a continuación especifíquelo y escriba el promedio (por ejemplo: P = 80)

- a) Consulta general _____
- b) Consulta de especialidad _____
- c) Cirugía _____
- d) Referencia a Cirugía _____
- e) Referencia a especialista _____
- f) Laboratorios _____
- g) Gabinete _____

(Pase a la pregunta 7)

4. En caso de que usted reciba su PAGO POR DÍA, ¿Podría decir cuánto recibe mensualmente?

R = _____

(Pase a la pregunta 7)

5. Si usted recibe su pago por CASO O EPISODIO ¿Podría nombrar los más frecuentes y decir cuanto recibe por cada uno

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

(Pase se la pregunta 7)

6. En caso de que usted tenga OTRO tipo de contrato, ¿Podría especificar

Cuál _____

Cómo le pagan _____

A Cuanto asciende su pago _____ pesos _____

Elija la opción que considere más adecuada y márquela con una X"

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
7. En relación a la cantidad de trabajo que realiza, ¿usted está de acuerdo en que la cantidad que recibe por el tipo de contratación que tiene es adecuada?					
8. ¿Usted esta de acuerdo en que el tipo de contratación le brinda estabilidad en su trabajo?					
9. ¿Usted está de acuerdo en que este tipo de contratación le puede asegurar un buen futuro económico?					

10. ¿Qué prestaciones le brinda este tipo de contratación?

R= _____

11. Cuando establece un diagnóstico lo hace con base en :

- a) Su conocimiento y experiencia
- b) Plan de diagnóstico elaborado por la empresa
- c) Otro:

12. Cuando establece un tratamiento lo hace con base en :

- a) Su conocimiento y experiencia
- b) Plan de diagnóstico elaborado por la empresa
- c) Otro:

13. Cuando usted solicita algún auxiliar diagnóstico necesita autorización?

- a) No
- b) Sí ¿en qué casos?:

14. Usted programa las citas de sus pacientes

- a) No
- b) Sí

15. ¿Usted puede elegir a los pacientes que atiende?

- a) No
- b) Sí

16. ¿Con qué frecuencia utiliza los auxiliares diagnósticos?

Elija la opción que considere más adecuada y márquela con una X

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Laboratorios					
Radiografías					
Ultrasonido					
TAC				X	
Otros:					

17. De acuerdo con lo anterior ¿Qué opina sobre el tipo de contratación que usted tiene con la empresa o institución en la que trabaja?

- a) Muy malo
- b) Malo
- c) Ni bueno ni malo
- d) Bueno
- e) Muy bueno

Elija la opción que considere más adecuada y márkela con una X”

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
18. ¿Le explica al paciente la causa de su padecimiento?					
19. ¿Le explica cómo es que la enfermedad actúa en su cuerpo?					
20. ¿Le dice si se pueden presentar complicaciones?					
21. ¿Cuándo indica algún tratamiento le explica al paciente para qué sirve?					
22. ¿Le da opciones para elegir entre un tratamiento u otro?					
23. Si le permite elegir ¿le explica cuales son las ventajas y desventajas de cada uno de los diferentes tratamientos?					

24. En promedio ¿Cuánto tiempo tarda en una consulta?

R: _____ minutos

DURANTE LA ÚLTIMA CONSULTA

25. ¿Qué hizo usted para saber sobre el padecimiento del paciente?

- a) Le hace preguntas para que las conteste de forma breve
- b) Le hace preguntas abiertas para que se exprese libremente
- c) Deja que hable y solo le hace preguntas en torno a lo que usted comenta.

26. ¿Qué hizo usted para poder explorar al paciente?

- a) Le indica que se coloque en una posición determinada e inicia la exploración
- b) Le explica que debe explorarlo y le pide que se coloque en una posición determinada para hacerlo
- c) Comienza a explorarlo mientras le da indicaciones para poder hacerlo
- d) Le indica que se coloque en la mesa de exploración
- e) Otro

27. ¿Cómo se sintió con el paciente al que atendió? Marque con una "X" (puede marcar más de una opción)

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
Confiado					
A gusto					
Ansioso					
Con incertidumbre					
Otro: _____					

28. ¿Ha comentado con el paciente acerca de esos sentimientos?

- a) Nunca (*Pase a la pregunta 32*)
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Muy frecuentemente;
- e) Siempre

29. Cuando le mencionó que tenía alguno de los sentimientos señalados arriba ¿qué hizo el paciente?

- a) No dio respuesta, por lo que usted continuo interrogándolo o explorándolo
- b) Le hizo algún comentario y después usted continuó interrogándolo o explorándolo
- c) Lo interrumpió mientras hacia el comentario para que usted continuara con el interrogatorio
- d) Le hizo preguntas o un comentario sobre lo que usted le mencionó

30. ¿Usted le ha tomado la iniciativa para comentar con el paciente sobre estos sentimientos (u otros)?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Muy frecuentemente;
- e) Siempre

31.Cuál fue la respuesta del paciente después de que usted le preguntó sobre esos sentimientos

- a) No hubo respuesta
- b) comenzó a platicar con usted acerca de ese sentimiento
- c) le interrumpió mientras usted hacia el comentario y continuó hablando sobre su padecimiento actual
- d) le hizo algún comentario y continuó hablando sobre su padecimiento actual

Elija la opción que considere más adecuada y márkela con una X”

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
32. Además de hablar de su padecimiento el paciente le hace preguntas o comentarios acerca de otros temas como la familia, el trabajo, gustos personales, por ejemplo?					
33. Usted atiende a los mismos pacientes?					
34. El paciente asiste a las citas que se le programan?					

35. Usted considera que los siguientes elementos en los servicios de atención médica privados son:

	Muy malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Excelente
Trato personal					
Diagnóstico					
Auxiliares diagnósticos (radiografías, laboratorios, por ejemplo)					
Tratamiento					
Acceso					
Tiempo de espera					
Otros _____					

36. Usted considera que los siguientes elementos en los servicios de atención médica públicos son:

	Muy malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Excelente
Trato personal					
Diagnóstico					
Auxiliares diagnósticos (radiografías, laboratorios, por ejemplo)					
Tratamiento					
Acceso					
Tiempo de espera					
Otros _____ _____ _____					

37. ¿Además de trabajar en esta empresa o institución usted trabaja en alguna de las siguientes?

- a) IMSS
- b) ISSSTE
- c) SSA
- d) DDF
- e) PEMEX
- f) SEDENA
- g) Consultorio privado
- h) Otro: _____

38. De acuerdo a las respuestas que ha dado hasta el momento, ¿Cuál de los dos tipos de servicios considera que es mejor?

- a) Los servicios privados
- b) Los servicios públicos

Anexo 3

Guión para las entrevistas de pacientes y médicos

Guión para pacientes

1. Condiciones y situaciones de acceso a los servicios de salud públicos y privados
2. Características del servicio
3. Opinión sobre los servicios de salud
4. Finalidad en la solicitud del servicio
5. Relación médico-paciente (forma en que se racionaliza la relación)
6. Estrategias de adaptación a los mecanismos de pago
7. Estrategias de poder en la RMP
8. Opinión sobre los sistemas de pago en los servicios de salud
9. Opinión sobre los servicios de salud

Guión para Médicos

1. Experiencia en los servicios de salud públicos y privados
2. Características del servicio y modalidad de pago
3. Opinión sobre las modalidades de pago
4. Finalidad en la prestación de servicios
5. Relación médico-paciente (forma en la que se racionaliza la relación)
6. Estrategias de adaptación a los mecanismos de pago
7. Estrategias de poder en la RMP
8. Opinión sobre los sistemas de pago en los servicios de salud
9. Opinión sobre los servicios de salud