

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**



***“SIGNIFICADO DE LA PRÁCTICA DE LA  
MEDICINA FAMILIAR, EN MÉXICO: EL CASO  
DEL IMSS”***

**TESIS**

**Que para obtener el grado de  
Doctor en Ciencias de Salud Colectiva**

**PRESENTA**

**M.P.S. OSCAR DONOVAN CASAS PATIÑO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. EDGAR C. JARILLO SOTO**

**Mayo 2013**

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN	1
<b>PARTE I. LA HISTORIA Y LA TEORÍA</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. Antecedentes históricos de la Seguridad Social</b>	<b>6</b>
1.1. La seguridad social, origen e historia	7
1.2. La seguridad social en México	13
1.2.1. El surgimiento del IMSS	21
<b>CAPITULO 2. Antecedentes en la conformación de la práctica de la medicina familiar</b>	<b>33</b>
2.1. Antes del siglo XV	34
2.2. El renacimiento	40
2.3. El modernismo: clínica e ilustración	45
2.4. Medicina contemporánea	52
<b>CAPITULO 3. Especialidades Médicas en México</b>	<b>73</b>
3.1. Antecedentes de la Medicina familiar como especialidad	76
3.2. Atención Primaria en Salud	104
3.3. Medicina familiar y Atención Primaria en Salud	108
3.4. La Medicina familiar en el IMSS	110
<b>CAPITULO 4. La Salud Colectiva para el análisis de la Medicina familiar</b>	<b>121</b>
<b>PARTE II. APROXIMACION METODOLOGICA</b>	<b>131</b>
<b>CAPITULO 5. Justificación y planteamiento del problema</b>	<b>139</b>
<b>CAPITULO 6. Diseño de la investigación</b>	<b>146</b>
6.1. Selección de los casos	151
6.2. Método	152
6.3. Instrumento, construcción y validación	154
6.4. Instrumento final	156
6.5. Muestra del estudio	161
6.6. Implicaciones éticas	162
<b>PARTE III LA EVIDENCIA EMPIRICA.</b>	<b>164</b>

<b>CAPITULO 7. La voz de los actores (Entrevistas)</b>	165
7.1. Categoría Identidad	165
7.2. Categoría Actividad	183
7.3. Categoría Propósitos	208
7.4. Categoría Normas y Valores	216
7.5. Categoría Posición y Relación	233
7.6. Reconstrucción de la voz de los especialistas en medicina familiar.	245
<b>CAPÍTULO 8. Los actores en su práctica</b>	252
8.1. Categoría Identidad	252
8.2. Categoría Actividad	263
8.3. Categoría Propósitos	274
8.4. Categoría Normas y Valores	280
8.5. Categoría Posición y Relación	293
8.6. Reconstrucción de la observación de los especialistas en medicina familiar	299
<b>CAPITULO 9. La reconstrucción de la Medicina Familiar</b>	304
<b>CAPITULO 10. Conclusiones.</b>	318
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	325
<b>ANEXOS</b>	337

## **“SIGNIFICADO DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO: EL CASO DEL IMSS”**

### **RESUMEN:**

**OBJETIVO:** Interpretar el significado en la práctica de los profesionales de la medicina familiar y de la estructura de la Medicina Familiar dentro de la Atención Primaria a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio realizado según el nivel de intervención es observacional de tipo descriptivo-encuesta, corte transversal. Se aplicó una entrevista estructurada y cedula de observación; ambas orientadas hacia la búsqueda del significado de la práctica profesional de los médicos familiares a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes: utilizamos la teoría del **funcionalismo-estructural**, por tener un **enfoque general** que explora las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el **significado** dentro de la cultura. De acuerdo con esta teoría, dentro de una **cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación, y su aproximación es a partir de la ideología; identidad, actividad, propósitos, valores (normas) y posición (relación)**. Se aplicaron los instrumentos a 12 médicos familiares del IMSS, de 4 diferentes Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del Estado de México Oriente, posteriormente se realizó la transcripción de las entrevistas y codificación de las observaciones. El análisis estadístico se realizó con Atlas.Ti v7.

**RESULTADOS:** En la búsqueda de una **identidad** de la medicina familiar; la entrevista demostró descripciones sin vitalidad, significados repletos de sombras y poco elaborados, la familia se reitera como objeto de estudio y práctica sin precisar su método y enfoque; la opinión vertida sobre lo que representa ser médico familiar se delimitó al status social, a la realización profesional en la que se insiste en determinar la diferenciación social de una profesión más que a una función social, ese prestigio social pragmatizado en el logro personal, seguridad

económica y laboral, se visualiza más en el **ámbito social que en el institucional IMSS**. El **tiempo disponible para la consulta médica en la medicina familiar** es considerado insuficiente, el tiempo lo suponen breve para la atención médica de los pacientes; el tiempo de consulta médica limitado a 12 minutos por paciente en promedio, con 30 a 32 pacientes por turno, limita el ejercicio médico a tiempo por consulta como parte del **esquema de trabajo dentro del IMSS**.

Las opiniones acerca del **propósito** de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia, subyace en ello el **pensamiento biomédico de la práctica médica**. Las expresiones acerca de los **valores** muestran que el respeto al paciente está implícito en el quehacer profesional del médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad). Respecto a **posición y relación** de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el **jefe del departamento clínico (JDC)** a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica.

En la **observación** se evidencio, que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: **la computadora, el baumanometro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote**; son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar; la **bata blanca**, un objeto con una carga simbólica; se muestra una **bata blanca** que se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica **no corresponde al del IMSS**, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional e Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos **invadido por la computadora, impresora y papeles**, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente.

La **actividad y propósito** observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue: el **interrogatorio médico**, el **uso**

***ininterrumpido de la computadora*** para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la ***expedición de la receta*** con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la ***exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca*** (constantes vitales), y por último, la ***interpretación de estudios de laboratorio y gabinete***, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica.

Los ***valores y normas*** observados mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de decisiones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC). Las indicaciones médicas manifiestan ***dos relaciones de poder***: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionabilidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron ***tres relaciones de poder***; a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

***CONCLUSION: El acto médico de la medicina familiar en el IMSS se reduce a un breve interrogatorio y expedición de receta, lo que condiciona una atención efímera, corta y medicalizada, reproduciendo así un imaginario social negativo por parte de los individuos: médico y usuarios y en toda la sociedad.*** Este ordenamiento de la realidad representa la transformación reconfigurada del significado de la práctica médica a partir de la estructura del IMSS, caracterizada por insatisfacción en la relación médico-paciente, uso exhaustivo de la tecnología y sus múltiples aplicaciones que de ser un auxiliar se torna en elemento central, de las decisiones administrativas del flujo de la atención basado en la estructura piramidal del IMSS; todas ellas reconfiguradas condicionan un significado carente de idea (función, actividad, propósito, visión, misión) y figura (personajes emblemáticos de la especialidad en medicina familiar),

no existe una fuerza vital (identidad/pertenencia), borrándose así todo tipo de referencia respecto a la especialidad en medicina familiar, ocasionando fuerzas centrípetas que originaran implosión; ***la falta de coherencia entre los actos y principios y valores que se expresan institucionalmente y con reconocimiento parcial por los especialistas en medicina familiar desdibujan su consistencia y fortaleza, poniendo en duda la continuidad de la medicina familiar como especialidad en el IMSS, al haber una heterogeneidad de ideas y principios e incoherencia de lo que distingue a los profesionales de la especialidad, al final sólo se vislumbran dos funciones: el apego a un modelo biomédico de la especialidad y de la institución y la puerta de entrada a un sistema de salud.*** Esas dos funciones pueden dejar de ser de la medicina familiar y es posible que algunas otras especialidades las asuman, si además el modelo sigue basado en la especialización, donde este pensamiento se está convirtiendo en dominante insertándose en el sentido común de los médicos familiares y usuarios, pasando a ser asumido como algo dado, no cuestionable y sugerido por nuestra institución social (IMSS).

**PALABRAS CLAVE:** Medicina Familiar; paciente; significado de práctica médica;IMS

## INTRODUCCION

La presente tesis se lleva a cabo desde la corriente del pensamiento de la Salud Colectiva, la cual busca una nueva mirada a las condiciones de salud de las colectividades, proponiendo que “la intervención no sea sobre meros individuos, sino en sujetos sociales y centrarse en una práctica de la salud” (Arango, 2008), su mirada al proceso salud-enfermedad es desde lo colectivo con elementos teóricos, conceptuales y metodológicos que incorporen la trama compleja de las dimensiones sociales y biológicas donde tiene existencia el proceso mismo, otorgándose un peso importante a la sociedad respecto al proceso de salud-enfermedad, con énfasis en que “el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales” (Laurell, 1994).

Estos cambios sociales deben surgir de los sujetos sociales, es por eso que la salud aun cuando se expresa en daños y lesiones de nivel subcelular, celular, de órganos o sistemas de los individuos en tanto materia orgánica, en última instancia esa existencia natural está determinada por lo que ocurre en la sociedad y una manera de explicarlo es la salud colectiva. Esta es una corriente de pensamiento social, que está dirigida hacia una práctica en salud de la colectividad, donde lo político y lo económico juegan un papel de determinación y de entendimiento de la salud, donde el Estado en tanto expresión de la organización y rectoría de la vida social, marca sus políticas, las de los ámbitos sociales y en salud se dirigen a la mejora de las condiciones de sus ciudadanos. En esta investigación se entrelazan, por un lado, la seguridad social donde el Estado es garante de las necesidades sociales de la población, decretadas por políticas internas y compromisos externos del país, que condicionan ciertas características y prácticas dentro de las instituciones de salud, las cuales circunscriben el fenómeno asistencial médico de la coyuntura actual, lo que remite al devenir histórico de la práctica médica; y por otro, confrontar las necesidades colectivas de los actores que ejercen la función

social de brindar servicios de atención médica, los profesionales de la salud y que al final son sujetos de toda la colectividad.

En este trabajo se transita por una mirada interdisciplinaria, para tener un acercamiento del significado de la práctica médica institucional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), específicamente en la medicina familiar y la Atención Primaria en Salud (APs) que se aplica en esta institución. Donde las características principales de este tipo de práctica médica institucional han sido por mucho tiempo poco cuestionadas, por ser reconocidas oficialmente el instrumento asistencial médico de las instituciones de seguridad social y de salud del Estado; en estas instituciones la práctica médica se reproduce en todos sus componentes, sujeta a los vaivenes de las políticas de la propia institución y de las contradicciones propias de su existencia. En esta coyuntura, los procesos de gestión institucional han sido orientados por los procesos de evaluación que imponen criterios que se expresa en indicadores de producción de servicios, sin una aproximación real de la reproducción cotidiana gestada en los consultorios médicos institucionales, desde la Salud Colectiva se aspira a tener un acercamiento al fenómeno social en salud, y así poseer una interpretación general y específica de esta práctica médica institucional.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, la práctica médica institucional realizada para la APs en México, hecha por médicos generales y médicos especialistas en medicina familiar, las instituciones en salud que tienen este modelo asistencial son el IMSS, ISSSTE y SSa., la institución con mayor número de población registrada a nivel nacional la tiene el IMSS (IMSS.gob.mx, INEGI), y la puerta de entrada a su sistema de salud se lleva a cabo por las Unidades de Medicina Familiar (UMF). El IMSS a nivel nacional cuenta con 1,516 UMF en régimen ordinario, y con 25,780 médicos familiares, los cuales han sido formados académicamente por la misma institución. Esto le confiere al IMSS complejidad en sus procesos, y aunado a lo anterior, los recortes presupuestarios desde 1994, han mermado su estructura financiera y material,

que también ha repercutido en rezago económico a sus trabajadores (Casas, 2010); por ende la práctica médica debe contener un significado único, que es reproducido a nivel nacional en cada uno de los consultorios de las UMF, donde los médicos de primer nivel de atención confrontan la práctica médica con la realidad institucional y nacional, que se vive en el país, así como las necesidades en salud de la colectividad.

Esta investigación hace un acercamiento al área de recursos humanos en salud dentro del marco institucional del IMSS, profundizar desde la perspectiva de la Salud Colectiva, fue un interés académico, porque representa una gran oportunidad para poder aportar una mirada reciente y actualizada de la reproducción de la práctica médica en el IMSS. En el ámbito profesional como médico familiar, el interés versó en conocer los significados de los sujetos sociales en su práctica médica diaria, aportados por el contexto social y laboral de las condiciones que se desarrollan en las UMF del estado de México Oriente del IMSS.

La metodología empleada en esta investigación se basó en la selección de varias UMF del estado de México oriente del IMSS, con estrategia observacional de tipo descriptivo-encuesta, de corte transversal. A los médicos/as especialistas de MF de esas UMF se les aplicó una entrevista estructurada y cédula de observación; ambas orientadas hacia la búsqueda del significado de la práctica profesional de los médicos familiares a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes, con la interpretación de la teoría del funcionalismo-estructural para explorar las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el significado dentro de la cultura institucional.

De acuerdo con esta teoría, dentro de una cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación, y su aproximación es a partir de la ideología; para

lo cual se establecieron las categorías de: identidad, actividad, propósitos, valores (normas) y posición (relación). Se aplicaron los instrumentos a informantes claves por medio de muestreo probabilístico, 17 médicos familiares del IMSS, de seis diferentes Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del Estado de México Oriente del IMSS, posteriormente se realizó la transcripción de las entrevistas y codificación de las observaciones. El análisis fue apoyado con la paquetería Atlas.Ti v7.

La finalidad del desarrollo del este trabajo de investigación fue analizar la estructura de la medicina familiar dentro de la APs del IMSS y su significado en la práctica médica de los profesionales de la medicina familiar, además contrastar este significado de la práctica médica con la medicina familiar y confrontar su construcción a partir del IMSS.

La tesis está dividida en 10 capítulos, en el primer capítulo se brinda un panorama histórico mundial de la Seguridad Social, así como del origen y surgimiento del IMSS, como institución de Seguridad Social y no sólo como institución médico-asistencial; el segundo capítulo abre de manera general e histórica, con la práctica de la medicina familiar donde se intenta mostrar que esta práctica es resultado de la evolución de las ciencia médicas y de la organización asistencial de las instituciones de salud, con un acercamiento desde antes del siglo XV hasta la medicina contemporánea, tratando de buscar un identario respecto a esta práctica médica familiar. En el capítulo tercero, se aborda el origen de las especialidades médicas en México, el caso particular de la medicina familiar, y su relación que guarda con la Atención Primaria en Salud en específico con la estructura organizacional del IMSS.

En el cuarto capítulo, se analiza el concepto de la Salud Colectiva, la cual es el pilar conceptual de esta investigación, y su relación para el análisis de la medicina familiar; en el quinto capítulo se expone la justificación a partir de la pregunta ¿en qué contexto la medicina familiar realiza su práctica médica? y se formaliza el

planteamiento del problema, a partir de la siguiente pregunta, ¿Cuál es la práctica de los profesionales de la medicina familiar en la atención primaria a la salud del IMSS?; en el sexto capítulo se presenta la estrategia metodológica seguida para desarrollar la investigación, se detallan uno a uno los pasos orientados a resolver las preguntas formuladas en la investigación, a partir de una metodología que desarrolló los instrumentos para resolver esta problemática, y además se explica el método de la investigación.

En el capítulo 7, se muestran resultados de la voz de los actores; en el capítulo 8, se exponen las observaciones de los actores en su práctica; en el capítulo 9, se realiza la reconstrucción del significado de la práctica médica en el IMSS, a partir de las entrevistas y las observaciones; finalmente, en el capítulo 10, se presentan las principales conclusiones del estudio, donde se articulan distintos elementos destacados de la fase cualitativa, y asimismo se realiza un acercamiento teórico al funcionalismo-estructural en el significado de la práctica médica.

## **Parte I. LA HISTORIA Y LA TEORÍA**

“el sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”

Simón Bolívar

### **CAPÍTULO I. Antecedentes históricos de la seguridad social**

En este apartado se analizan las vertientes de la conformación y re-conformación de la medicina de primer nivel en una institución de salud y seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde la perspectiva de la salud colectiva.

Se inicia con la descripción del origen histórico de la seguridad social para arribar a una definición de seguridad social, a continuación se presenta el origen del IMSS como institución en México, para consecutivamente describir la estructuración de la atención médica dentro del IMSS.

También se presentan los criterios de selección de los recursos humanos para la salud en el primer nivel de atención, así como el origen de la conformación de la estructura académica dentro del IMSS ya que es quien define la manera como se forma y actualiza a los médicos de primer nivel de atención de esta institución.

Con ello se tendrán elementos para explicar el estado actual de la medicina en el primer nivel de atención y la forma como su desarrollo devino en un modelo hegemónico, poniendo en el debate algunos elementos filosóficos de la especialidad de medicina familiar en el quehacer médico institucional; de allí entender las tensiones de su conservación y transformación, su dominación y

resistencia, su deconstrucción en la Atención Primaria a la Salud y su instauración en la Medicina Institucional.

### **1.1. La seguridad social, origen e historia**

La seguridad social es el sistema por el cual los individuos de una sociedad aseguran el derecho fundamental a la salud, al trabajo, a la vivienda y a una vejez digna; la mayoría de los países han tratado de legislar estos principios básicos que se observan como fundamentales para el beneficio de sus ciudadanos. Inicialmente la seguridad social surgió como una preocupación respecto a los riesgos de trabajo de la población económicamente activa, en segundo término surgieron las ramas de viudez, incapacidad, muerte, enfermedad, maternidad y no todos los países han podido brindar hasta la fecha una legislación sobre desempleo y asignación familiar.

Casi todos los países del mundo han podido legislar expresamente sobre la seguridad social, pero no se ha logrado concretarla después del discurso político, algunos países lo han abordado en sus constituciones, otros en sus leyes de trabajo y de salud.

La seguridad social no ha podido ofrecer el bienestar completo al que tiene derecho el ser humano, porque tiene limitaciones en su aplicación universal, los aspectos más atendidos han sido la salud y las pensiones, y en la mayoría de los casos restringidos a un sector de la población basado en criterios de derechohabencia de las instituciones de seguridad social. Así se centra el objeto de estudio en la seguridad social en su rama de salud, por ser la que dispone de legislación, mayor extensión y claridad en muchos países, lo que incluye estructuras hospitalarias, medicina hegemónica, investigación médica, educación de recursos humanos para la salud, sistemas de seguridad social; por lo que su análisis requiere comprenderla desde su origen y su evolución.

Diversos factores han afectado u impedido poner en práctica las disposiciones de una seguridad social universal, por ejemplo: el insuficiente desarrollo económico de los países, la contracción de la población económicamente activa, las políticas neoliberales, el incremento en la expectativa de vida, entre otros.

La seguridad social remonta su origen al final del siglo XVIII, generada por una idea moderna del papel que debería jugar el Estado-Nación y de cómo se insertaría en él la seguridad social, surge por la cantidad de personas que trabajaban sin protección social, además de que la esperanza de vida se acortaba, existía aumento en riesgos de trabajo, la muerte laboral al alza, condiciones de vida atroces, aunado a esto, la industrialización y la transformación de la fuerza de trabajo, y como factor condicionante de este cambio social el capitalismo, esto generó tensas relaciones entre trabajadores y patrones. Como menciona Ávila;

“En este desarrollo se siembra la semilla del espíritu de clase, pero a la par el Estado Policia evoluciona al Estado Interventor (política, económica y social), hecho que permitió a Alemania promover una legislación de seguro social en el año de 1883” (Ávila, 2007).

Dando origen así a un estatuto jurídico que protegiera al trabajador y existiera responsabilidad empresarial originándose el seguro social, como instrumento de previsión social que se encargara a través del aseguramiento por parte del patrón a favor de los empleados, en virtud de la responsabilidad legal de aquellos respecto a posibles y prevenibles necesidades sociales que pudiesen suceder a los trabajadores. Señala Piñeiro al respecto:

“...el canciller Otto Von Bismarck concibió el plan de un seguro unificado y centralizado como una medida más de su actividad política. En el parlamento de la Alemania unificada bajo la hegemonía de Prusia, su propio partido conservador tenía que convivir con el centro católico, con los liberales y con el nuevo partido socialdemócrata. Enfrentado en terrenos

distintos con los dos primeros, la lucha contra los socialdemócratas le había llevado a promulgar en 1878 una ley que les prohibía reunirse y disponer de prensa propia. Pero junto a estas medidas externas, pensó que el mejor modo de minar su fuerza política era terminar con la inseguridad del proletariado” (Piñero, 2008).

Esto originó que se redactara una ley el 15 de junio de 1883, sobre seguros de enfermedad, después la ley del 16 de julio de 1884 sobre accidentes de trabajo y por último la ley del 22 de junio de 1889 sobre seguros de invalidez y vejez.

Respecto a leyes de enfermedad-maternidad además de Alemania, encontramos que:

“Austria promulgo en 1888, Suecia en 1891 prestaciones en efectivo, Dinamarca 1892 y Bélgica 1894 mutualidad” (González, 2007), referente a los accidentes de trabajo los países que adoptaron estas leyes además de Alemania fueron “Austria en 1887, Finlandia 1895, Irlanda y Reino Unido 1897, Dinamarca, Francia e Italia en 1898” (González, 2007).

Lo que ofrece una visión comparativa de Europa respecto a la legislación de la seguridad social, partiendo como innovador Alemania. Piñero (2008) dice al respecto:

“Por las concesiones a las que se vio obligado en su forcejeo político, Bismarck tuvo que renunciar a su idea original de un seguro unificado y centralizado que incluyera tanto el proletario agrícola como el industrial. El sistema finalmente implantado fue una solución de compromiso. Se respetaba la autonomía de las distintas cajas de seguro o Krankeskassen (cajas de los enfermos), reservándose únicamente el estado la supervisión”.

Estas leyes ofrecían seguros a cargo del Estado que los cubría con impuestos recaudados, y aunado a esto se va consolidando la obligatoriedad de los seguros sociales, los sistemas de ahorro y los seguros voluntarios:

“El sistema de las Krankeskassen se ha mantenido en Alemania hasta la actualidad, a través de regímenes políticos tan distintos como la república de Weimar, el gobierno nazi etc. Por otra parte fue adoptado antes de la primera guerra mundial por países como Austria (1888), Hungría (1891), Luxemburgo (1901), Noruega (1909), Suiza (1911) y la Gran Bretaña (1911)” (Piñero, 2008).

Francia extendió la seguridad social a todo el territorio en 1928 a partir de la anexión de Alsacia y Lorena, Rusia estaba saliendo de una estructura feudal-agrícola y creó otros modelos de asistencia colectivizada, “llamados zemstvo (gobierno o consejo civil provincial) porque su administración dependía por completo del gobierno”(Piñero, 2008), referente al sistema de salud, las autoridades contrataban médicos, cuyos honorarios eran pagados con los fondos procedentes de los impuestos, este sistema social fue la base de la organización de la asistencia en la Unión Soviética.

Este seguro social se desarrolló sobre bases capitalistas y socialistas, que procuraron la paz social, reproducción de condiciones saludables para la clase trabajadora, reconocimiento de esta clase trabajadora como parte de la sociedad, aseguramiento de los patronos a favor de los trabajadores, mantenimiento perdurable de la fuerza laboral, y constitución de un sistema colectivo de protección regulado y establecido por el Estado.

Con la segunda guerra mundial en 1944 en Filadelfia se dio una conferencia internacional en relación a la seguridad social, la primera recomendación fue establecer un sistema de seguro social obligatorio que cubriera a todos los asalariados y a los trabajadores independientes, así como a personas a su cargo,

la segunda recomendación se refiere a la prestación de la asistencia médica a toda la población, esto dio origen a nuevos sistemas de seguridad social. Tras la postguerra se generó un crecimiento económico mundial que desató los beneficios de la seguridad social por parte del Estado, pero sólo para trabajadores asalariados y sus familiares nucleares registrados de modo legal, pero los más desprotegidos trabajadores independientes o desempleados siguieron en desamparo social.

El origen del concepto de seguridad social se inscribe dentro de modelo de Estado proveedor, se originó en Inglaterra con Sir William Beveridge:

“las circunstancias creadas por la segunda guerra mundial en el país ofrecieron una ocasión favorable para emprender la reforma radical que reclamaban los médicos sociales y científicos sociales” (Piñero, 2008).

Esto motivó que en 1942 se presentara un análisis e informe llamado Social Insurance and Allied Services (SIAS por sus siglas en inglés), en donde se proponía entre otras cosas la creación de un Servicio Nacional de Salud que procurara asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significara entorpecerla:

“el gobierno publicó el “libro blanco” en respuesta a este informe, donde las medidas de largo alcance proyectadas en todo lo que concierne a la salud de la nación, se suscitan en estos temas, la Medicina Social, la Institución del Servicio Médico Estatal y el futuro de la profesión médica”(Hayward, 1956).

Además el libro blanco resalta que el seguro social es reflejo de una sociedad humana que concibe a los individuos como parte de un tejido social, este seguro social debe estar basado en la solidaridad, distribución y compensación de los

riesgos, buscando un equilibrio. Ejemplo; unos dan más por los que aportan menos, los nuevos afiliados y jóvenes permitirán que se pueda atender a los ancianos, los empleados dan su aporte para atender a los desocupados, los solteros dan su aporte a la maternidad, etc.

La transformación de seguro social a seguridad social está dada por los principios de búsqueda de necesidades básicas de los trabajadores sin perjuicio de los empleadores, el seguro social creado para los trabajadores garantiza bienestar económico, el cual debe ser consecuente con las modificaciones o transformaciones que va imponiendo el progreso económico y social, con el fin de ajustarlo a las realidades de las necesidades del trabajador (único individuo con protección). La seguridad social es planteada como la liberación de la necesidad cimentada en el extraordinario principio de la universalidad, vinculándolo a la protección de la persona física (atención médica, seguro para el retiro, seguro de accidente de trabajo, secuelas de enfermedad de trabajo, etc.), abandonando así el sistema tradicional de protección exclusiva del trabajador para dar paso a una disciplina de protección social generalizadora y no excluyente.

La ONU en su artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del día 10 de diciembre de 1948 establece:

“Todos tenemos derecho a un nivel de vida adecuado, que asegure a nosotros y a nuestra familia, la salud, el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tenemos, así mismo, derecho a seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de nuestros medios de subsistencia por circunstancias ajenas a nuestra voluntad. Tanto la madre que va a tener un hijo, como su hijo, deben recibir cuidado y asistencia. Todos los niños tienen los mismos derechos, esté o no casada la madre”(UN.org).

Estos sistemas de seguridad social, tratan de brindar la seguridad necesaria y requerida por la mayoría de las personas en una sociedad, y su buen funcionamiento debería ser un objetivo esencial para el mismo sistema. Un sistema de seguridad social eficiente puede contribuir a una reproducción de la población económicamente activa dentro de una economía capitalista o socialista y esto además origina la continuidad de la hegemonía del Estado, aparentando una preocupación de las necesidades de su población.

Una seguridad social creada con fin político, económico, social y de salud, permitirá la permanencia y reproducción de modelos económicos, cubriendo las necesidades básicas de los individuos, sin permitirles la crítica de las tomas de decisión que se lleven a cabo en estas instituciones, dando continuidad a la hegemonía política y en este caso médica del país, con un grupo de individuos que se organice, que estén informados, que sean solidarios, que tengan actitud, y que sean participativos, puede constituirse en una gran fuerza capaz de defender sus intereses, necesidades, expectativas, y así poder tener el control del estado, para vigilar los excesos y carencias de las instituciones sociales, y alcanzar instituciones estatales participativas.

## **1.2. La seguridad social en México**

En el año de 1943 con el mandato del Presidente Manuel Ávila Camacho nace el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) una institución de gran importancia en la vida social y económica del país, con esto se enunciaba el interés del gobierno por modernizar las relaciones laborales, repartiendo el costo de la seguridad social tanto entre obreros, gobierno y los patrones.

Aunque remontarse a la seguridad social como principio del derecho individual en México, se puede encontrar en el año de 1917 en la Constitución Mexicana, la cual tras años cruentos de revolución, derrumbes de organizaciones gubernamentales, y tras reclamos colectivos de rebeldía con miras a la búsqueda

de justicia de los grupos sociales populares, México se perfiló hacia cambios estructurales en su política, economía y legislación, que se vieron reflejados en su constitución de 1917, aunque su fundamento filosófico de la revolución era la repartición armoniosa de la tierra y la igualdad de los derechos;

“La propia dinámica social que vivió el país una vez culminada la lucha armada llevó a que las acciones sanitarias adquirieran peso político considerable. Con la revolución se generó, entre las fuerzas sociales y políticas que buscaban cambios sustanciales en la vida política nacional, una clara conciencia de la necesidad de considerar el problema de la salud y de la asistencia social como una cuestión de interés nacional en la que el Estado debería intervenir de una manera creciente. Por lo demás, los ideales de justicia social proclamados en la Revolución encontraron en las medidas de salud adoptadas por el Estado un terreno sumamente viable para cristalizar en la práctica de manera inmediata” (Moreno, 1982).

Las condiciones en la que México vivía esa época desarrollaron el detonador social, en políticas de beneficio público, saneamiento, combate de enfermedades epidémicas, vacunación y control sanitario de puertos y fronteras, mejores condiciones laborales para el trabajador, educación higiénica, se vislumbraba una ruta propia hacia la seguridad social en México.

El seguro social es al fin tomado en consideración del capítulo IV en sus fracciones XXV y XXIX del artículo 123 constitucional de 1917, “del trabajo y de la previsión social”, en la cual refiere que:

“Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para fundir e inculcar la previsión popular”.

El general Álvaro Obregón había venido haciendo propuestas basadas en el artículo 123 constitucional relacionadas con la seguridad social en su calidad de candidato a la presidencia de la República y en 1919 suscribió un convenio con la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), por lo cual se comprometía a establecer un Ministerio de Trabajo para la resolución de los problemas laborales a nivel nacional, le correspondió a Obregón también plantear el primer intento por implantar un sistema de seguro social:

“En 1921 Obregón presento al Congreso de la Unión el primer proyecto de ley de Seguro Social, en el que se hacían importantes consideraciones ideológicas respecto del papel del Estado como promotor de la salud de la población obrera, Obregón proponía como sistema de financiamiento una contribución de los empresarios del 10% sobre los pagos por concepto de trabajo, con el cual el capitalista quedaría exento del reparto anual de utilidades a que obligaba la fracción VI del artículo 123. La iniciativa de ley provocó una fuerte oposición patronal que impidió su implantación” (Moreno, 1982).

Es así como el trabajo empieza a ser considerado como condición de que en cualquier momento puede desencadenar un riesgo profesional y no profesional, invalidez, muerte, necesidad familiar, accidente, enfermedad, de ahora en adelante el trabajador será considerado en las decisiones que traten de mejorar sus condiciones laborales.

Pero el concepto general de seguro social sólo se ve reflejado en salud y riesgo laboral en ese momento, por lo cual la medicina se incrusta al seguro social como pilar inamovible de servicio estatal, dando y generando hasta la fecha una ideología construida sobre la concepción social de esta seguridad social, la medicina se vuelve la enmienda de la seguridad social en México, inalterable, de

un solo eje político, multifacética, científica, biologicista, hegemónica, capitalista, recurrente y socialmente aceptada como mejora social de un nuevo mundo:

“El peso que la cuestión de la salud y de la asistencia pública tenía en la construcción del nuevo estado surgido de la revolución se derivaba, por supuesto no sólo de lineamientos programáticos de los partidos, organizaciones y fuerza sociales que participaron en la contienda. Se trataba de un problema que se alimentaba de la situación que, a dos decenios de iniciada la revolución, seguía prevaleciendo en nuestro país. En 1934, México podía considerarse todavía como uno de los más insalubres y desnutridos del mundo: en él morían al año 25 de cada mil habitantes, y 1 de cada 4 recién nacidos no lograba vivir doce meses. Esto, en condiciones en que la población crecía según tasa anual de 2%. Además, la población económicamente activa era muy reducida, dada la existencia de una pirámide poblacional muy pronunciada en la que 39% del total era menor de 14 años y 15% mayor de sesenta. Solo cinco millones y medio, de 18 millones de habitantes, estaban en condiciones de funcionar como fuerza de trabajo” (Moreno, 1982).

Esto gestaba la necesidad de un balance respecto a las políticas sociales, en lo referente a asistencia social y salubridad, le correspondió al cardenismo las modificaciones, declaró que la “Salubridad General era ahora de interés público”, con esto la idea juarista de la “beneficencia pública” fue trastocada, ahora la asistencia pública era una obligación política del Estado hacia la población en general:

“La nueva concepción jurídica permitió al cardenismo crear en 1937 la Secretaria de Asistencia. El mismo general Cárdenas planteaba, al finalizar su administración, que se había dado una transformación completa del concepto, la finalidad y los métodos de asistencia social, y la cantidad de los servicios relativos tuvo importantes aumentos. Anteriormente no se

consideraba a la asistencia como parte importante de la acción federal, sino que estaba atendida por los gobiernos locales y por las beneficencias privadas como públicas...” (Moreno, 1982).

Se podría afirmar que fue el terreno de la asistencia social en el que el gobierno de Cárdenas definió sus mayores avances políticos sociales. Respecto a política en salud se puede mencionar que en esta época se inicia el servicio social de los pasantes de medicina y de los servicios médico-sanitarios ejidales, que en 1941 se convertirían en los servicios rurales cooperativos.

Fue hasta la promulgación de la Ley Federal del Trabajo en agosto de 1931, con la creación del Departamento del Trabajo cuando se hizo hincapié en la necesidad de un seguro de invalidez-vejez-defunción, y es hasta 1934 cuando se reglamenta la higiene del trabajo y el reglamento de medidas preventivas de accidentes en el trabajo, fue Lázaro Cárdenas quien pugna por implantar el régimen del seguro social inútilmente, ya que en 1940 se crea la Secretaria de Trabajo y Previsión Social (STPS) abrogando al Departamento del Trabajo:

“En 1935, a raíz de la gran cantidad de accidentes de trabajo en las industrias, la Suprema Corte de Justicia responsabilizó a los empresarios de los accidentes y enfermedades que padecieron sus trabajadores en el desempeño de sus labores. En ese mismo año el Departamento del Trabajo envió al Congreso de la Unión un nuevo proyecto de Ley de Seguro Social en el que llevaría a la práctica mediante un organismo descentralizado. Su cobertura no se reducía a los trabajadores industriales, sino que se proponía extensiva a los del campo. El Instituto propuesto tendría personalidad jurídica y sería administrativo mediante la participación tripartita del Estado, los asegurados y los patrones” (Moreno, 1982).

La STPS estipula que durante el primer año de su vigencia se expidiera la Ley del Seguro Social que debe cubrir los riesgos profesionales y sociales más

importantes, debiendo aportar el capital necesario para ello la clase patronal y el Estado, y en cuya organización y administración debe intervenir la clase obrera organizada, estos hechos se enlazan en 1941 con la creación del Departamento de Seguros Sociales creado en la STPS, en 1942 es redactada la ley del Seguro Social de México, y su anteproyecto aplaudido en Santiago de Chile, durante la 1ra. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y ya en diciembre en México es aprobada por la cámara de diputados y senadores inmediatamente, y es el 19 de enero de 1943 que se publica en el diario oficial de la nación la instalación del Instituto Mexicano del Seguro Social, instituto descentralizado, con personalidad jurídica propia y con libre disposición de su patrimonio, en julio de 1943 se lleva a cabo la primera afiliación de trabajadores en el Distrito Federal y el 1 de enero de 1944 el IMSS iniciaba formalmente sus actividades.

Con referencia a América Latina, es en Venezuela donde se promueve la primera Ley del seguro social 1940, pero hay datos de que en Uruguay en 1929 y en Chile desde 1924 introdujeron los primeros programas de seguridad social en riesgos ocupacionales y en pensiones, precediendo inclusive a la Ley del seguro social norteamericano de 1931 y aventajándolo hoy en programas como el seguro de enfermedad-maternidad y de asignaciones familiares. Esta seguridad social se hizo sin la existencia de un plan que integrara a toda la población, reduciéndola a acuerdos fragmentarios y rudimentarios que propiciaban una cobertura desigual y privilegiaban a grupos de trabajadores sin articulación y coherencia definidas.

En la segunda guerra mundial México vivió una época de expansión económica como menciona Escalante:

“el impacto en México fue muy favorable, puesto que la economía recibió un fuerte estímulo por los flujos de capital del exterior y por la posibilidad de emprender nuevos negocios, se vivía una verdadera euforia entre algunos grupos privados, si a causa de la guerra era difícil adquirir productos extranjeros, empresarios y autoridades gubernamentales unieron esfuerzos

para fabricarlos en el país, esa estrategia de industrialización, conocida como sustitución de importaciones, fue reforzada más adelante con aranceles o impuestos a la importación que protegían a los productores nacionales de la competencia internacional. El IMSS se sumaba ahora a PEMEX, a la CFE y a los bancos agrícolas y otras instituciones gubernamentales como Nación Financiera, que mostraba que el gasto público era indispensable para impulsar la economía” (Escalante, 2008).

El IMSS tiene un mandato legal derivado del artículo 123 constitucional título sexto del trabajo y previsión social, en el cual se establece entre otras medidas, responsabilidad de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad laboral, se ideó el IMSS con una composición financiera tripartita; Gobierno Federal, patrones y trabajadores, su primer Director General fue Ignacio García Téllez (1943-1946). En un principio el IMSS solo atendía al trabajador, fue hasta 1949 que se extendió la seguridad social a toda la familia.

Hasta esta fecha es la institución de salud más grande de América Latina:

“esta institución se encargó de reproducir la fuerza de trabajo en México, cuya creación formo parte de la política de industrialización de los años 40’s y 50’s, cuando había que mantener, reproducir y calificar la fuerza de trabajo industrial para garantizar el éxito del proyecto de industrialización” (Eibenschutz, 1991, 2007).

Actualmente el IMSS atiende a 43.2 millones de personas, brindando cinco ramos de protección social:

“Seguro de Enfermedades (atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, rehabilitación física y mental) y Maternidad (incapacidad prenatal y postnatal, ayuda para lactancia), Seguro de riesgos de trabajo,

Seguro de invalidez y vida, Seguro de retiro, Cesantía por edad avanzada y vejez y Seguridad e guardería” (IMSS.gob.mx).

El sistema mexicano de salud garantiza a toda la población del país acceso a la salud, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 título primero de garantías individuales, establece la protección de la salud como un derecho de todo mexicano, el sistema mexicano de salud está dividido en tres grupos;

- a) El sistema público está constituido por instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa (SEDENA), Secretaria de Marina (SEMAR).
- b) Instituciones que prestan servicios a población abierta sin seguridad social: Seguro Popular (SSP), IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Secretaria de Salud (SS).
- c) Instituciones de salud privadas para población con capacidad de pago.

En este sistema de salud mexicano el IMSS; mantiene una hegemonía en infraestructura, recursos humanos, población adscrita, atención médica completa y expedita a la población y en prestaciones sociales es la más completa en el rubro de seguridad social.

A pesar de las políticas de ajuste y de intervención neoliberal aplicadas en los años 80's por parte de Miguel de la Madrid ex-presidente y por Carlos Salinas de Gortari por un lado y por el otro del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, el IMSS mantiene una configuración sólida en comparación con otras instituciones públicas de salud. Este cambio político se ha visto reflejado

como desmantelamiento de la institución, para favorecer el crecimiento del sector privado y la privatización de esta institución, ocasionando dudas en la población acerca de la calidad que brinda el IMSS, pero una completa conciencia ciudadana y su participación puede mantener esta institución.

### **1.2.1.- El surgimiento del IMSS**

El IMSS, en sus inicios se fue adaptando a las necesidades de los trabajadores, comenzó como un proyecto único en el país, esto le condicionaría errores en su operación y aciertos en su ejecución. En lo que respecta a las prestaciones médicas, el IMSS carecía de instalaciones, de personal médico, y además de una filosofía de seguridad social:

“los primeros años de funcionamiento del IMSS no fueron fáciles. A la inexperiencia institucional se aunaba la carencia de instalaciones, la situación conflictiva por la que atravesaba las asociaciones obreras en el país y la necesidad de consolidar una ideología de la seguridad social adecuada a la realidad nacional. Por ello, no es de extrañar que uno de los objetivos primordiales del Seguro en esos años fuera la creación de un cuerpo médico social propio que impulsara el crecimiento del instituto una vez identificando con la filosofía y con las metas de la seguridad social” (Moreno, 1982).

Ante este panorama la solución inmediata que tomó el IMSS para su operación fue la de subrogación de los servicios médicos, con clínicas y consultorios privados para afrontar sus carencias de servicios. Ante esta situación varias clínicas obtuvieron concesiones. Los resultados de la primera subrogación de servicios médicos no fue la esperada, las clínicas operaban con pérdidas y eran subutilizadas, además que los derechohabientes sentían discriminación en el trato médico.

Pero para el Instituto esta subrogación de servicios ayudó a consolidar un plan estratégico de trabajo médico y además era la única alternativa en la que la institución podía recurrir para dar inicio a sus actividades, cabe mencionar que funcionó a pesar de la críticas. En 1949 se modificó su reglamento jurídico operativo respecto a prestaciones médicas, aprobándose un sistema de reembolso en el pago de subsidios que permitía la especulación y el lucro en la prestación de los servicios médicos, el cual prosigue hasta la fecha; el IMSS sufrió expansión en infraestructura y servicios médicos, por lo cual la constante fue la subrogación de los servicios médicos. En 1953 nuevamente se recurrió a la subrogación a escala nacional, esta vez por medio de la organización de Uniones Médicas a las cuales contrataba para su ejecución operativa, los servicios médicos eran liberales por lo cual la operación tenía un costo muy elevado para la institución, aunque se trataba de tener controles sobre esta práctica médica liberal, para esto se crearon departamentos autónomos como la “Extensión del Régimen del Seguro Social” y el de “Servicios Concesionados”, los cuales no sirvieron en una primera fase de evaluación, dando paso a la “Subdirección Médica”, departamento encargado de someter en una línea uniforme a la medicina liberal sometiéndola a la medicina institucional.

Esto ocasionó inconformidades en los médicos quienes manifestaban una gran resistencia hacia el desempeño burocrático de su profesión, tenían que practicar una medicina bajo condiciones establecidas por el Estado, una entidad que hasta entonces se había mantenido en cierta forma marginada del ejercicio médico, concretándose a establecer lineamientos institucionales no compatibles con la medicina liberal; esto reforzaba en las políticas institucionales la urgente cohesión de un cuerpo médico institucional dedicado exclusivamente al IMSS:

“este nivel de conflicto provocado no daba al Estado el tiempo necesario para brindar una solución estructural a las demandas de salud planteadas por la población afiliada al reluciente sistema de seguridad social, precisamente porque el sujeto primordial de esta acción, el médico, se

había convertido también en una disyuntiva al plantear al Estado sus propias demandas como grupo profesional. Nunca esperó el Estado que al impulsar con tanto ahínco la integración del grupo médico a fin de consolidar la nueva línea institucional de la medicina, obtuviese como resultado una organización que por principio ideológico y por sus nuevas condiciones laborales se opusiera a sus propios lineamientos” (Moreno, 1982).

El Estado no podía imponer en esos momentos a un grupo de profesionales médicos a cargo de los servicios médicos, porque ocasionaría conflictos como el de junio de 1945 donde un grupo de médicos del Sindicato Nacional de Médicos Cirujanos de la República Mexicana, convocó a sus agremiados a una convención extraordinaria para tratar el tema de los servicios médicos del IMSS, para discutir mejoramiento de los sueldos, así como las condiciones de trabajo de los médicos adscritos a esa institución. Durante esta convención se votó para que fuera dejada en libertad la iniciativa privada, es decir, que los médicos pudieran ejercer su profesión con toda libertad, que no se constituyera un monopolio mediante el cual solamente el IMSS proporcionara consulta médica, además se discutieron horarios de trabajo y el sistema de contratación de médicos. El Estado se mantenía con una incipiente estabilidad por lo cual no podía enfrentar en ese momento repercusiones sociales de un conflicto por obreros y médicos, la subrogación continuaba con los servicios médicos, pero el Estado tendría su gran oportunidad de consolidar a su cuerpo médico institucional y vendría del exterior:

“las demandas tanto de derechohabientes como de médicos tenían que ser resueltas inmediatamente si se quería dar inicio efectivo a la política de seguridad social. La forma de lógralo surgió de la influencia del Informe Flexner de 1910 y de la promoción que en 1945 se hacía del Plan Beveridge. Ambos otorgaban un peso enorme al establecimiento de un modelo hospitalario y al desarrollo de las especialidades médicas bajo la coordinación del Estado, para fundamentar una política general de salud en

un país. Bajo la bandera de una medicina altamente especializada, los médicos no opondrían resistencia a la intervención del Estado en su campo de acción, ya que se le consideraba el único económicamente capaz de desarrollar una infraestructura hospitalaria lo suficientemente moderna como para sentar las bases reales al desenvolvimiento de la medicina científica mexicana” (Moreno, 1982).

Con esta medida adoptada, los conflictos médicos se encontraban políticamente resueltos, la formación de la Sociedad Médica del Seguro Social recibió un tremendo impulso en 1946, los planes de enseñanza de las universidades se adecuaban a la prestación de servicios médicos del IMSS, y se pretendía una estrecha adecuación al modelo científico de la actividad médica institucional. Esto permitió el acceso directo a la estructura del IMSS de las Academias de Medicina (médicos consagrados, académicos, científicos, médicos políticos, etc.), por lo que, las resistencias de la medicina liberal así como los saberes y prácticas de la población derechohabiente se modificaron en favor de la medicina institucional.

Los grandes hospitales se empezaron a construir, pero el servicio de consulta externa de primer nivel siguió siendo impulsado con cierta lentitud, hasta el año de 1947 con la creación de la Oficina de Prevención de Enfermedades, lo que dio origen en 1950 a la Oficina de Medicina Preventiva, la cual estaba orientada a campañas nacionales de vacunación como partida de necesidad epidemiológica real; junto con esto el IMSS se fija como proyecto prioritario el desarrollo de la medicina general externa (germen de la medicina familiar), a fin de obtener un adecuado equilibrio financiero con la medicina especializada.

El IMSS siguió creciendo en infraestructura, no así en personal médico, su inadecuada infraestructura de enseñanza médica así como las necesidades reales de salud de la población trabajadora complejizaban su operación adecuada. En 1960 el IMSS inicia un nuevo proyecto la “medicina social” como elemento de unificación de los médicos generales respecto a las necesidades académicas profesionales, se pretendía un acercamiento hacia las necesidades reales de

salud de los trabajadores. Se pretendía iniciar con un diagnóstico de salud nacional, este sería el punto de partida para las acciones de salud del IMSS, pero nunca fue realizado. Pero esta medicina social quedó conceptualizada al margen de actividades preventivas, epidemiológicas y de medicina general (familiar); pero la problemática continuaba en la necesidad de atender un gran número de pacientes, ni la medicina general (medicina familiar) ni la medicina social contaban con una perspectiva clara de lo que querían obtener.



Para subsanar las sumas elevadas de la construcción de obras, y continuar con la atención médica en los hospitales se recurrió sin excepción a solicitar a los médicos de internado y pasantes de medicina a extender sus pasantías a un año, y las residencias médicas ampliarlas en años de permanencia de servicio médico y académico. Se destinaron sueldos beca de niveles muy bajos a estos profesionales, condicionando el movimiento médico de 1964-1965, que buscaba mejorar las condicionantes laborales de los médicos institucionales, aunque en ese momento el Estado se encontraba fortalecido en decisiones políticas

apoyadas por gremios y sindicatos de obreros, por lo cual los médicos institucionales fueron opacados y hasta desaparecidos:

“Los participantes fueron puestos en una lista negra boletinada a todo el país, para evitar el acceso a algún puesto médico. El sistema Hospitalario fue transformado con un giro burocrático para desterrar a los dirigentes y que el sistema político pudiera asegurar su reproducción y estabilidad.

La represión y el mecanismo de control circunscriben la enseñanza y la formación académica, coaccionando y trastocando normas y valores dentro de los hospitales, sufriendo un estancamiento en la búsqueda de la igualdad y justicia dentro del sistema de salud” (Casas, 2009).

Después de este conflicto el Estado marcaría la pauta de las formas que asumiría la práctica médica. La gran mayoría de la práctica médica nacional por no decir toda, debería ser ejercida bajo las formas instituidas por el Estado a través de su representante mayoritario el IMSS, la ideología médica institucional nunca permitió una pertenencia de cuerpo médico colegiado que velara en beneficio de la población mexicana, la educación médica así como los servicios médicos quedaron a merced de las decisiones del IMSS al adquirir el Centro Médico Nacional el cual inicio con el otorgamiento masivo de los servicios médicos con una práctica médica científica, lo que significó la institucionalización de la medicina al servicio del pueblo de México y capacitó a la seguridad social no solo para singularizarse por la alta y elevada calidad de sus servicios médicos sino como la institución más poderosa encargada de conservar la salud.



El IMSS se ha encargado de reproducir, calificar y actualizar, la medicina a escala social, tiene a su cargo a la mitad de la población mexicana y cuenta con infraestructura médica en grandes ciudades y en pequeñas comunidades. El IMSS tiene espacios donde se puede librar la práctica médica y además formar a los nuevos recursos humanos para la salud, por lo cual hasta la fecha dirige la línea hegemónica de la medicina institucional desde una ideología médica, pasando por la formación médica y estableciendo una práctica médica homogeneizada, y por si fuera poco legitimado por el Estado.

Es en el IMSS donde se realiza y procura una práctica médica institucional ¿pero que ha sido de la salud de los obreros y de la población en común? ¿Se tiene una idea clara de lo que es salud por parte del IMSS? ¿Se tiene un proyecto a largo plazo en el IMSS?, apunta Samaja (2004) respecto a la práctica médica:

“está destinada a la preservación de la salud de los seres sanos y la curación y recuperación de los seres enfermos”, pero tal vez no ha

conceptualizado a la salud en un sentido amplio, “la salud tiene que ver con el cuerpo y con fisiología (con el organismo: con sus órganos, sus procesos causales físico-químicos y sus variables y constantes fisiológicas). Pero también tiene que ver con evaluaciones; con interpretaciones, con preferencias, con signos y con decisiones, es decir con alimentos y provisiones; tiene que ver con refugios y abrigos, con el dolor y el bienestar, etc....que tanto ha estado dispuesto a entender o luchar por “la salud entendida como una especie de bien”.

Tal vez el IMSS no ha comprendido la gran capacidad que tiene en su reproducción social como eje hegemónico de la práctica médica, es un reto o una veta para explotar. Es aquí, en el IMSS donde se forma la gran mayoría de los especialistas del país:

“en 1983, estaban afiliadas a la UNAM 43 residencias de especialidades médicas, en 31 hospitales de la SSA, 43 IMSS y 26 del ISSSTE” (Graue, 2010).

Llama la atención el gran número de hospitales y clínicas en las cuales el IMSS ha reproducido la educación médica, práctica médica y el control hegemónico del conocimiento médico a nivel nacional. Otro dato interesante es que “desde el año de 1964 el IMSS ha formado médicos especialistas en todas las diferentes ramas de la medicina, 6173 médicos especialistas por año” (imss.gob.mx), la pregunta sería ¿cómo se ha formado la medicina en México? pues gracias al IMSS, al ISSSTE y a la SSA. Pero con cuales controles, si la medicina estatal carece de médicos catedráticos, médicos profesores, médicos investigadores de tiempo completo, instalaciones adecuadas para la cátedra y aprendizaje, insumos, además carga laboral, jornadas laborales extensas para residente y médicos internos, no existen planes educativos adecuados a la realidad, ausencia de supervisores de las universidades para las Instalaciones Médicas Estatales; aunado a esto existe duda sobre la selección de los médicos candidatos a las

residencias médicas, a tal grado de “suspender el examen de admisión a las residencias médicas (ENARM) por presunto fraude en el cobro de este por un monto de 150 a 80 mil pesos; cabe mencionar que el ENARM se aplica en 40 sedes de 21 ciudades, con la intervención de más de 1200 personas por lo cual el control en la seguridad de fuga de un examen es muy alta, por lo cual el Dr. Cordero Villalobos (Secretario de Salud, en el gobierno de Calderón) suspendió la prueba hasta garantizar la seguridad del examen” (Crónica,2007; El Sol de Puebla, 2007; La Jornada, 2007). Esta compra del ENARM le garantizaba al médico pasante o titulado, la entrega del examen nacional de residencia dos días antes de su aplicación a nivel nacional con lo que se permitía al aspirante conocer y contestar con apoyo didáctico el examen nacional antes que otros aspirantes, y posteriormente memorizarlo para acudir a contestarlo en su sede asignada ¿quién garantiza o que garantizó el acceso a la realización de una especialidad médica?

Actualmente se cuentan en el IMSS con más de 60 especialidades médicas, esto le confiere un papel relevante en la formación de recursos humanos para la salud, creando así a los médicos especialistas del siglo XXI, con gran apego a los valores cívicos, motivando capital intelectual (científicos), sin negar la condiciones de incertidumbre que vive el país, el IMSS sigue a la vanguardia reinventándose y adaptándose a la sociedad hacia un horizonte que le permita tener un sitio en el siglo XXI donde la mundialización está presente en cada rincón del ejercicio de la medicina.

Mi interés es reconstruir a la Especialidad Médica de Medicina Familiar desde su propia realidad, por ser hasta el momento una especialidad médica la cual no tiene claro su desarrollo histórico-social y mucho menos su inserción social, confinándola sólo como una disciplina médica del IMSS o ISSSTE delimitando su práctica médica, fijándola exclusivamente a las instituciones estatales de salud, y encontramos justificaciones a este respecto como:

“la medicina familiar se identifica como una especialidad médica y disciplina académica que tiene como su compromiso más importante, el lograr una actitud adecuada que le permita servir a la población bajo su cuidado” (Barrios, 2003).

Las preguntas que de aquí resultan son ¿Cómo poder servir? ¿De qué manera? y ¿Quién le confiere ser una disciplina? González aproxima una respuesta:

“la medicina de familia es la práctica centrada en la persona, no en la enfermedad” (González, 2004).

Además al carecer de una aproximación del proceso salud-enfermedad como un todo del sistema, tradicionalmente en la práctica de la medicina familiar el abordaje de la problemática de salud, se ha dado en forma fragmentada, producto de una formación ausente de una visión histórico-social del proceso salud-enfermedad sólo con una revisión histórica-social los médicos familiares podrán entender su momento actual en una institución de salud.

La situación actual de la medicina familiar es valorada con desprestigio profesional por parte de otras especialidades de la profesión, en contradicción con la medicina familiar que postula una visión totalizante del proceso salud-enfermedad, pero que en el discurso institucional los pacientes son atendidos con una visión reduccionista y parcializante, lo que ha fomentado la “superespecialización médica” desplazando a los profesionales médicos con una visualización del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva global.

El proceso de trabajo médico en las instituciones está definido por la superespecialización médica, allí el médico familiar es el primer contacto con la Institución Médica y debe satisfacer un conjunto de indicadores de su trabajo: número de pacientes por día, número de envíos, número de prescripciones médicas, número de diabéticos e hipertensos controlados, tiempo de espera de

paciente por médico, número de quejas por médico, número de envíos de gabinete, contrarreferencia de otras especialidades ignorando el diagnóstico inicial, etc. queda a merced de ser exclusivamente quien pueda generar interconsultas con las otras especialidades médicas.

Así, el paciente se atiende por el profesional de medicina familiar en una fase imprecisa sintomatológica y es remitido a las diferentes especialidades médicas, quienes brindan sus diagnósticos generando hipótesis con prescripciones médicas, pronósticos médicos y muchas veces con contraposición en las indicaciones de cada especialidad, ocasionando en el paciente la duda de a que especialista debe apegarse. Esta fragmentación y reduccionismo médico se puede observar en la mayoría de los procesos de atención. Un ejemplo de esto sería el siguiente:

El médico familiar consulta con médicos/as de otra especialidad cuando el diagnóstico presuncional condicione el tratamiento especializado del tipo quirúrgico (traumatológico, cirugía general, etc.); de prescripción médica (sólo autorizada institucionalmente por especialistas de segundo y tercer nivel), estudios de gabinete (tomografía computada, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, ecocardiograma, panendoscopia, etc.), estudio de laboratorio (perfil tiroideo, perfil hormonal ginecólogo, marcadores tumorales, etc.), todo lo cual genera recorridos y travesías institucionales que terminan muchas de las veces de la siguiente manera:

El médico familiar o general interconsulta al médico internista por un diagnóstico presuncional de cardiopatía isquémica, el cual prescribe y lo reenvía a la especialidad de cardiología el cual prescribe y lo reenvía a cardiología hemodinámica, el cual prescribe y reenvía al médico familiar para la resolución de la complejidad. Es aquí donde el médico familiar puede tomar la decisión para cada paciente, por conocer su núcleo familiar, su ocupación, su movilidad, su estado civil, su preferencia sexual, su origen étnico, sus condiciones de

interculturalidad, etc., y así tomar la decisión médica para el paciente; al final el médico familiar debe jerarquizar con cada paciente su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, desde una visión de totalidad del proceso salud-enfermedad de cada individuo y grupo familiar.

## **CAPITULO 2. Antecedentes en la conformación de la práctica de la medicina familiar**

En este capítulo se aborda el origen de la medicina familiar en su desarrollo histórico en una perspectiva occidental para posteriormente situarla en América específicamente en México. Al respecto menciona Viniegra:

“La Medicina Familiar, a nivel mundial, surge como un movimiento de replanteamiento del quehacer médico con un enfoque integrador del ser humano, en respuesta al fenómeno de sobre-especialización y del avance tecnológico que han fragmentado el ejercicio de la medicina, tanto en el diagnóstico como el tratamiento. El concepto de Medicina Familiar surge en Inglaterra en 1948, al implantarse el Servicio Nacional de Salud y establecerse que la medicina general era la forma de práctica médica que debería de fundamentarse en principios de orden general y estudios de posgrado” (Viniegra, 2005).

Pero su origen lo podemos rastrear desde el siglo XIX, las clases medias eran principalmente asistidas a domicilio por los “médicos de familia” o de “cabecera”. Este antecedente está compaginado con la evolución de la seguridad social, dentro de una primera forma de asistencia médica colectivizada pero individualizada, menciona Hayward (1956):

“en esos tiempos el médico o cirujano “de familia” se hacía cargo del tratamiento de toda clase de afecciones en todas las partes del cuerpo, y el reinado del especialista todavía no había comenzado”

Es por esto que no podemos hablar de una medicina familiar anterior al siglo XIX, sin entender que la medicina dominante hasta el siglo XVII estaba construida sobre antiguos textos babilónicos, egipcios, la antigua china, védica, griegos y romanos; prácticas cargadas en conceptos de magia, cosmología, macro-

microcosmos, universo, demonios, religión hacia diferentes divinidades, monoteísmos, ying-yang, leyendas, fábulas, farmacopea, cirugía, terapéuticas (acupuntura, sangrías, moxibustion), medicina empírica surgida en diferentes culturas hacia la búsqueda de una práctica médica que no pudo despegarse de la religión, y al mismo tiempo de una construcción social de gran presencia del profesional dedicado a ella con respeto y admiración.

Las sociedades han tenido que enfrentar desde la antigüedad problemas relacionados con la enfermedad. Al enfrentarse a dicho fenómeno esto ha dado origen a la medicina, entendida como conjunto de actividades destinadas a la curación, prevención y continuación de la salud.

Entender la construcción de la medicina es remontarse a épocas cuando las sociedades inician su desarrollo cultural, social, político, económico, religioso y filosófico, donde la medicina se vuelve una expresión con significado teórico y consecuencia práctica, esto es la época Helénica, donde convergen fusiones de teorías médicas de todo el mundo.

## **2.1. Antes del siglo XV**

En la Grecia clásica, cuna de la medicina racional europea, los filósofos acostumbrados a la discusión y la especulación sumergieron a Asklepios semi-dios discípulo de Quirón el centauro fundador de la familia médica, a la duda, y depositaron la medicina griega a las manos de Hipócrates en el siglo de Pericles V a.c, con gente bien dotada para las ciencias y las artes:

“la cultura griega y la medicina, como una de sus manifestaciones, no nació aislada, ni por generación espontánea, fue resultado lógico de uno de los medios culturales más ricos en la historia del hombre y formó un cortejo magnifico con tantas otras disciplinas que componían la filosofía de la época aurea de la cultura helénica” (Barquín, 2001).

Un personaje central dentro de la historia de la medicina occidental es Hipócrates de Cos, médico del siglo V a.c., quien desarrolló preceptos, aforismos, pronósticos, historias clínicas, asociaciones de la enfermedad. Creó la teoría de los humores, describió el proceso de las enfermedades con espíritu científico, fundó la clínica de la observación, recomendaba estudiar al enfermo con la vista, con el tacto, con el oído, con la nariz, con la lengua, con el entendimiento, con lo que puede conocer todo aquello con que conocemos.

“Hipócrates logró hacer una composición de todas las partes del organismo, haciendo de estas mezclas en proporciones variables de cuatro humores cardinales de cualidades opuestas: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema o pituita” (Piñero, 2008).

Su principio de terapéutica hipocrática era la fuerza curativa de la naturaleza, donde el médico se limitaba a favorecer mediante los fármacos, la dieta entendida como régimen de vida y la cirugía. Todos sus libros fueron traducidos al latín, lo cual produjo un continuo conocimiento médico hasta la época medieval.

Otro pilar fundamental histórico de la medicina es el que atañe a la historia de Alejandro el Magno, ya que al conquistar Grecia, Egipto y territorios persas, absorbe la medicina hipocrática como suya. Lo relevante de esta época fue el inicio de las disecciones en cadáver, época entre el realismo y el misticismo, superstición y escepticismo, la medicina se nutre con la llegada de tradiciones místicas y empíricas de Persia, de Mesopotamia principalmente, lo que originó una medicina alejandrina llena de múltiples matices,

“aquí la medicina sufrió una muy notable evolución y perdió su carácter de artesanía, volviéndose ciencia” (Barquín, 2001).

Fue así como en Alejandría se fundó la primera Universidad, con textos inéditos, Herófilo inició con la comparación de la anatomía humana en vivisecciones con

los animales, conocimiento que lo llevó al descubrimiento de la causa y el lugar de la enfermedad (anatomía racional), escribió que la salud es el bien máspreciado que posee el hombre, y la sabiduría, el arte el poder y la riqueza, no son nada si faltare ésta.

Hasta esa fecha, los médicos podían desempeñar un cargo público, percibiendo un salario anual, otorgado por los ciudadanos por medio de un impuesto que cobraba el Estado. Podía también por su cuenta tener práctica privada y recibir esplendidos honorarios y valiosos presentes, eran honrados por reyes y príncipes.

Aleandría cayó sumergida por cambios políticos en el siglo I antes de Cristo. Los médicos viajaron hacia Roma. La práctica médica se confió casi exclusivamente a los empíricos y charlatanes, el esplendor que se vivía en Aleandría empezó a decaer al paso que los romanos iban imponiéndose en el Mediterráneo, resurgió la medicina hipocrática y todos los conceptos fueron transmitidos a la cultura romana.

Roma concedió por parte de Julio Cesar año 46 D.C. la ciudadanía romana a los médicos, la profesión cobro prestigio entre los romanos, pues antes era vista con desprecio por aquellos que pensaban que era un oficio ruin, que se practicaba con las manos y por lo tanto, indigno de un romano, Grecia de conquistada se convirtió en conquistadora por sus médicos.

Un personaje imprescindible ya en el siglo II d.c. es también Galeno de Pérgamo, médico romano, que hasta la época medieval llevó su ejercicio profesional sin cuestionarse, apegado irremediabilmente a Hipócrates por su escuela de formación: Aleandría, además su declaración de ser monoteísta, parece ser lo que conquisto a numerosos simpatizantes del mundo cristiano de la edad media así como árabes y hebreos. Ofreció una sistematización del saber médico antiguo principalmente basada en la tradición hipocrática “medicina griega clásica”, planteo la fisiología y la patología desde una perspectiva humoralista, convirtiendo

en canónico el esquema de los cuatro humores, al parecer nunca realizó disecciones en humanos, sólo en animales como elefantes y gorilas, y realizó sus analogías anatómicas lo que explica sus errores anatómicos que serían develados hasta la edad media.

La medicina hasta esta época era considerada una ocupación sin titulación ni aprendizaje reglamentado, la difusión del cristianismo significó para la asistencia médica una consideración distinta del enfermo y una relación humana basada en caridad,

“el enfermo pasó a ser un elegido por la divinidad para que aceptando los sufrimientos de la vida terrenal, aumentase sus méritos sobrenaturales” (Piñero, 2008).

Una cuestión basada en la fe, es así como la iglesia seguía teniendo el control de la vida social y de la creencia popular.

“la consecuencia principal de este cambio, fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población, que condujo a la creación del hospital como institución específica” (Piñero, 2008).

El resultado; alrededor de las iglesias y monasterios se empezaron a fundar una serie de instituciones de servicio, constituyendo una de las características institucionales más importantes de la iglesia durante la edad media.

La época de Bizancio, inicia cuando se divide la metrópoli de Roma hacia Oriente y Occidente, con el emperador Teodosio el Grande, se constituye Constantinopla como el centro del arte y de la ciencia, y empezaron a formarse médicos de origen bizantino, es en el siglo IV d.c. con Oribasio el cual escribió una amplia recopilación del saber médico basado en la obra de Galeno, que influyó en la conversión de éste en la máxima autoridad médica. El periodo de esplendor de la

medicina bizantina coincidió con el máximo poderío político y militar de Bizancio, en la época del emperador Justiniano (siglo VI), el último gran médico bizantino fue Pablo de Egina, formado en Alejandría, escribió un libro llamado "De la medicina", texto donde abordaba cirugía y obstetricia, quemaduras, hemorragias, venenos, farmacología y una serie de ensayos relativos a la higiene.

La conquista de Alejandría por los árabes en el año 642 d.c. convirtió a Constantinopla en el centro de la medicina bizantina durante ocho siglos siguientes, en Bizancio no se reglamentó la titulación ni la enseñanza médica, la medicina no llega a convertirse en una profesión en sentido estricto.

"hubo instituciones docentes de carácter superior, a partir de la fundación en el siglo IV de la Stoa Basilike (Pórtico Real) por el emperador Constantino, pero no fueron equiparables a las universidades de la Europa occidental, entre otras razones, por la ausencia de una enseñanza médica de importancia semejante a la teológica, filosófica y jurídica. En cambio alcanzaron un amplio desarrollo los hospitales, que estuvieron destinados a los pobres y miserables" (Piñero, 2008).

Esto explica por qué los primeros médicos fueron en general altos sacerdotes:

"Los primeros médicos cristianos fueron en general, altos sacerdotes que predicaron la necesidad de la fe, reconociendo el origen de la salud en Cristo, cuyo evangelio era la palabra dirigida a toda la humanidad doliente, que esperaba la salvación, aun cuando se sacrificase el cuerpo en esta vida, pero cuando era compatible, se ejercía una medicina del cuerpo y del alma" (Barquín, 2001).

Esta tradición originó a los santos con poderes curativos, medicina basada en supersticiones y magia, surge así San Antonio de Padua quien cura fracturas y afecciones estomacales, Santa Antonia dolores dentarios, San Mauro contra la

gota, San Valentín para la epilepsia, San Lázaro o San Job para la lepra, incontables santos para una medicina en transición helénica-romana-bizantina cristiana naciente.

Por otro lado con la conquista y expansión del territorio árabe bajo los principios de una nueva religión islámica predicada por Mahoma en siglo VII d.c:

“el mundo árabe o islámico fue el escenario fundamental el cultivo de la medicina y de la ciencia durante buena parte de la Edad Media, asimiló el saber médico de origen griego, combinándolo con algunos elementos de la medicina clásica india” (Piñero, 2008).

Fue así como los árabes palparon la necesidad de absorber la cultura de los países conquistados y de esta manera los califas fueron los protectores e los centros de cultura, tras la fundación de Bagdad en 765 y su conversión en capital del califato, se inició por parte del médico Hunain ibn Ishaq siglo IX, la traducción de la mayoría de textos de Galeno, Hipócrates y otros autores griegos, así como abundantes textos bizantinos. Esto consolidó el sistema de Galeno en la medicina islámica y más tarde en la Europea, a partir del siglo X, los autores islámicos desarrollaron y enriquecieron notablemente el campo de la terapéutica de la medicina clásica de origen griego.

Uno de los aspectos de la medicina árabe que influyó en el desarrollo en la medicina Europea medieval, fue la creación de hospitales tanto para el tratamiento que recibía el enfermo como por la contribución de este a la enseñanza de la medicina. Los hospitales islámicos fueron modelo de organización con sentido humano-religioso, especialmente en el tratamiento de los enfermos mentales y crónicos. En todos los hospitales laboraban médicos pagados por el Estado y que además de realizar funciones de asistencia médica, se dedicaban a la enseñanza y conferían diplomas a los estudiantes de medicina que terminaban su curso, los hospitales estaban constituidos por pabellones en que se separaban a los

enfermos por especialidades, sexo y condición. Los hospitales árabes impresionaron muy favorablemente a los peregrinos cristianos que iban a las cruzadas, inspirándoles la creación de instituciones similares en sus dominios.

“La medicina árabe conservó para el occidente el tesoro médico producido por los clásicos, enriqueciéndolo con sus adelantos en química, farmacia, botánica y administración de hospitales” (Barquín, 2001).

Es así como podemos explicar cómo la absorción y preservación de la medicina grecorromana fue otra de sus aportaciones de la medicina árabe, pues en Europa se destruyeron grandes vestigios de la medicina grecorromana,

“cuando la medicina y la ciencia islámica comenzaron a decaer para estancarse totalmente en el siglo XIII, su simiente había sido ya transmitida y sembrada en el suelo fértil de la Europa medieval, esperando el riego fertilizante del Renacimiento” (Barquín, 2001).

Es así como se ingresa a un periodo nuevo, donde se amalgama el desarrollo precedente con las nociones dominantes durante el periodo medieval, con el surgimiento de una nueva etapa enriquecedora y fructífera para la vida social en general y para la medicina en particular.

## **2.2. El renacimiento**

El Renacimiento fue para la medicina un periodo de transición entre la medicina medieval y la moderna, la consolidación de los Estados europeos, la caída de Constantinopla, el descubrimiento de América, la descomposición del feudalismo, el surgimiento de la reforma protestante por Lutero, la imprenta son hechos que marcan esta etapa. El Renacimiento tuvo su origen en Italia debido al gran desarrollo económico de Venecia y Florencia, además de la poca fuerza del feudalismo y el recuerdo de la Roma poderosa; esto dio origen al movimiento

intelectual del Renacimiento llamado humanismo. El humanista es escritor, filósofo, que no solo se limita al estudio de la teología, sino que da gran importancia a las Ciencias Naturales, en especial a las lenguas clásicas, latín y griego, y es “el predominio de la razón sobre la fe” lo que lo distingue de otras etapas; esto marcó una corriente médica con el rompimiento de los mitos y supersticiones de la edad media, surgieron críticas abiertas sobre los saberes médicos tradicionales galénicos, aunque cabe mencionar que la gran mayoría de la gente se curaba con sanadores no médicos por no contar con médicos formados en las incipientes universidades.

En esta época la anatomía humana descriptiva fue la primera disciplina que rompió con los saberes tradicionales, Galeno quedó reemplazado por Andreas Vesalius (1514-1564), con la publicación de sus disecciones en humanos realizadas en Italia (Venecia). En 1543 aparece *De humani corporis fabrica libri septem*, en el mismo año que Copérnico creó una nueva visión del mundo cósmico.

A esta corriente en la medicina se agregaron avances múltiples, como los de Ambrosio Paré (1510-1592) con la cirugía moderna. Se le atribuye la práctica de la ligadura vascular, la herniotomía, el tratamiento gentil de las heridas de arma de fuego y la prótesis. En la obstetricia Gabriele Falopio, Bartolomeo Eustacchio y Realdo Colombo, sucesores de Vesalius en la cátedra de anatomía en Padua, describieron los órganos femeninos y masculinos, así como deformidades de la pelvis de gran ayuda para la obstetricia; algunos órganos llevan sus nombres.

Felipe Teofrasto Bombasto de Hohenheim o Teofrasto Paracelso (1493-1541) introdujo el mercurio para combatir la sífilis, construyó una teoría acerca del tratamiento medicamentoso, pensaba que en la naturaleza había “arcanos”, es decir, principios curativos de cada enfermedad, y que el médico debe aislar mediante las prácticas alquímicas,

“Esto condujo al perfeccionamiento de la técnica farmacéutica y sobre todo a la introducción de preparados químicos minerales, que fueron los primeros medicamentos de carácter artificial” (Piñero, 2008).

La epidemiología y la salud pública, también tuvieron sus orígenes en esta época Miguel Juan Pascual (1505-1561), catedrático de la Universidad de Valencia, publicó un informe acerca de la contaminación en esta ciudad. Girolamo Fracastoro (1478-1553), en 1546 publicó su libro *De Contagione et Contagiosis Morbis*, describió en este libro varias enfermedades como tifo exantémico, paludismo, tuberculosis, introdujo el concepto *seminaria morbis* (semilla de enfermedad).

Las primeras universidades médicas de Europa, de la Edad Media al Renacimiento fueron Italia, con Bolonia y Padua; Francia con Montpellier y Paris; España con Salerno y Murcia; Inglaterra, Oxford y Cambridge; en América, México con la Universidad Real y Pontificia 1578 y Lima, Perú, con la Universidad de San Marcos. Esta enseñanza médica se basaba en conocimientos antiguos filtrados por los textos árabes y traducciones latinas, en las cuales el aspirante a médico tenía que pagar a su maestro, y la universidad no era el único camino para ejercerla, existía el aprendizaje mediante la práctica con lo cual se formaban cirujanos, que se hacían cargo de luxaciones, fracturas, heridas de todas clases y amputaciones; comadronas, se encargaba del oficio de atender el parto y sus complicaciones, así como las heridas de la vagina, tejidos subyacentes y a veces suturaban los desgarros con aguja e hilo, comprobaba el estado de la madre y el hijo en el puerperio; barberos, cortaban cabello y afeitaban barbas, eran curanderos humildes y no ambulantes además practicaban pequeñas intervenciones como la aplicación de ventosas, extracciones dentarias, y las sangrías con o sin sanguijuelas; alquimistas, los cuales curaban a partir de elixir; médicos de baños, realizaban baños curativos calientes y fríos, recortaban los callos y colocaban ventosas. La población enferma de la época no acudía a solicitar ayuda de forma rutinaria, en primer lugar por el alto costo de los servicios

y otra por carecer de médicos, sin embargo cuando lo hacía, no distinguía hasta este momento la formación académica, sólo se consultaba en razón de la fama que le precedía a cada personaje, y esto valía exclusivamente para solicitar el servicio.

La asistencia médica en esta época estaba en tres niveles, médicos de cámara – prestaban servicios médicos en el palacio de los reyes-, médicos de cabecera – que asistían a una persona o a su familia-, y los hospitales para miserables –asilo de pobres, peregrinos, maternidad, ancianos, huérfanos y hospital general, excepto leproso-, en estos tres niveles se conjugaban las diferentes prácticas medicas de la época,

“El proceso paulatino de secularización acabó con la consideración cristiana del enfermo y se justificó la asistencia por la necesidad que tiene el Estado de disponer de una población productiva, principalmente bajo la influencia del mercantilismo” (Piñero, 2008).

Esta secularización reorganizó la asistencia médica, sustituyendo la caridad por una beneficencia gubernativa de carácter laico. Estos hospitales para miserables se convirtieron en instituciones dedicadas a una asistencia médica organizada de los estratos inferiores, en Inglaterra las autoridades del pueblo tenían la responsabilidad de atender a los pobres que lo merecieran, existía un doctor nombrado Superintendente de los Pobres. El renacimiento desarrolló ciudades y existió auge de Universidades, los doctores se apartaron de los castillos feudales y se instalaron en estas ciudades, laborando en los hospitales que fueron los escenarios iniciales de la enseñanza médica.

En el siglo XVI en España, se inicia la reglamentación de la titulación y control del ejercicio profesional, todo esto refleja la organización existente en los reinos hispanos, debido a la posición hegemónica que entonces se tenía.

“Para presentarse al examen que facultaba para el ejercicio profesional, los médicos tenían que haber cursado unos estudios universitarios estrictamente reglamentados, tras obtener el grado de bachiller en artes (estudios científicos y humanísticos), debían cursar cuatro años en una facultad de medicina de una universidad aprobada y practicar después sin poder curar, dos años continuos en compañía de médicos aprobados. Por el contrario, los cirujanos, para ser admitidos a examen, solamente tenían que presentar testimonios de haber practicado durante cuatro años en algún hospital donde hay cirujano aprobado, o en alguna ciudad o villa donde haya tal cirujano aprobado” (Piñero, 2008).

En México, en esa época la atención médica para los pobres estaba a cargo de la Iglesia, de manera caritativa y cristiana, y para los acaudalados estaba la medicina privada.

“en 1524, se funda el Hospital de Jesús, por orden de Hernán Cortes; 1534, por iniciativa de Fray Juan de Zumárraga, funda el Hospital Real de las Bubas para atender las enfermedades venéreas, en 1566 Fray Bernardino Álvarez funda un hospital, donde comenzó a recoger a convalecientes, viejos, inválidos y locos; inicio de lo que sería la orden de los Hipólitos; en 1572 se funda el Hospital de San Lázaro para leprosos.” (Micheli, 2005).

Somolinos d' Ardois identifica en la Nueva España, entre 1521 y 1618 noventa y siete médicos españoles o criollos, setenta y seis médicos indígenas, ocho enfermeras, dos parteras, treinta y dos algebristas (reducción de fracturas), seis curadores de bubas y veintiún aficionados. En 1551 se funda la Universidad de México, abriendo sus cursos en el años de 1553, el primer doctor en Medicina en graduarse fue Pedro Farfán en año el de 1567; en 1576 se realiza la primer autopsia en México; en 1628 se instala la junta del Protomedicato, encargada de velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y profesiones afines, y vigilaba todo aquello que estaba en conexión con la higiene y salubridad pública.

La docencia médica en la Nueva España estaba influenciada por la Universidad de Salamanca, los aspirantes al ejercicio de la medicina debían obtener primero el grado de bachiller en artes, el bachillerato de medicina requería aprobar los cursos de Prima, de Vísperas, de Anatomía, Cirugía, Astrología y Matemáticas, así como el Método Midendi, una vez obtenido el título, debían realizar una práctica de dos años en la facultad de medicina y presentar nuevo examen ante Protomedicato, en caso de aprobarlo, podían ejercer la práctica remunerada. En 1617, el Rey Felipe III, ordenó que los catedráticos de medicina leyeran el capítulo correspondiente del libro de Galeno, Hipócrates, Avicena, para que el estudiante entendiera el fundamento de la medicina su esencia y sus causas.

### **2.3. Modernismo, clínica e Ilustración**

La asistencia médica en esta época empezaba a tomar forma el Estado empezaba a responsabilizarse poco a poco de la salud de su población, por la economía mercantilista, una de sus ideas centrales era la necesidad de una población en constante crecimiento que había que mantener materialmente para que el mayor número de personas estuviera en condiciones de producir y ser utilizada en la forma que lo requiriera la política estatal; en el siglo XVII inicia la revolución científica, con el cambio de la ciencia basada en el razonamiento deductivo a un razonamiento de lógica experimental y la ciencia cuantitativa, uno de los grandes exponentes de esta época es William Harvey (1578-1657), estudiante de Padua, descubridor de las válvulas venosas, quien publicó en 1628 *De motus cordis et sanguinis in animalibus*, demostró en su publicación por vez primera la circulación mayor, basando sus estudios en experimentación y cálculo numérico, dos recursos básicos del método científico moderno: comprobó que la sangre vuelve al corazón por las venas y sólo por las venas, estas aportaciones iniciaron una revolución metodológica en el campo de la medicina. Cabe mencionar que en esta época está llena de pensadores como René Descartes (1596-1650), con su publicación en 1637 del *Discurso del método* para dirigirse bien a la razón y hallar

la verdad en la ciencias, rechazando las verdades absolutas y planteando una postura ideológica (método inductivo); Francis Bacon (1561-1626), publica en 1620 *Novum Organum*, propone abandonar todos los prejuicios y actitudes preconcebidas, y así estudiar al hombre y su entorno, a partir del método inductivo; Galileo Galilei (1564-1642), publica en 1610 *Siderus Nuncius*, primer tratado científico basado en observaciones de la luna, las estrellas y lunas de Júpiter, colapsando la teoría geocéntrica.

Este nuevo método científico, aunado al telescopio y al microscopio, permitió penetrar en los fenómenos celestes y en la textura del ser humano.

Marcelo Malpighi (1628-1694), publica en 1661, *De pulmonibus*, donde expone la descripción de los alveolos pulmonares, posteriormente publica otros trabajos sobre anatomía microscópica. Francesco Redi (1621-1697), realizó una demostración experimental comprobando que no existe la generación espontánea de seres vivos inferiores macroscópicos a partir de sustancias orgánicas en descomposición, imponiendo la fórmula “*omne vivum ex vivo*” todo ser vivo procede de otro ser vivo anterior.

Existieron en esta época dos corrientes de pensamiento médico; una basada en explicar los fenómenos de la vida y enfermedad a partir de las leyes de la física, llamados iatrofísicos, en Inglaterra estaban influenciados por William Harvey, en Italia por Santorio Santori (1561-1636), creador de la fisiología metabólica. La otra corriente de pensamiento médico fue la iatroquímica, en la cual inspirados en Paracelso reducían la fisiología, la patología y la terapéutica en acción química, su principal exponente fue el Holandés Francisco de la Bøe (Sylvius, 1614-1672), el cual además en 1658 abre una escuela *clínica* en el hospital de Leyden, publica sus observaciones con el nombre de *Collegium Nosocomium*, fue el iniciador en Europa de la clínica, disciplina orientada al diagnóstico, la enfermedad se presenta al observador con signos y síntomas, el método es la clínica, la cual se aprende en el lecho del enfermo,

“En todos los tiempos han existido médicos que después de haber, con la ayuda del análisis tan natural al espíritu humano, deducido del aspecto del enfermo todos los datos necesarios sobre su idiosincrasia, se han contentado con estudiar los síntomas... Inmóvil, pero siempre cerca de las cosas, la clínica da a la medicina su verdadero movimiento histórico”... “no se tiene, por lo tanto, que inventar, sino descubrirla de nuevo: existía ya en las formas primeras de la medicina” (Foucault, 2006).

Hermann Boerhaave (1668-1738), retoma la cátedra en clínica, asociándola con la enseñanza junto a la cama de los enfermos, difundiéndolo a todo Europa, ganándose el nombre de “maestro de toda Europa”, reforma la Universidad de Edimburgo, Escocia, creando una clínica basada en el modelo de Leyden; insistió en la indagación de la necropsia, contribuyendo al diagnóstico patológico, y además fortaleciendo la historia clínica, como instrumentación de un método de inducción, Mary Lindemann, cita algunos ejemplos;

“Señorita Nicholson, irlandesa, padece fiebre epidémica. Mujer soltera de unos veinte años, guapa, alegre, de buen temperamento; padece cierta dureza en el pecho; muy aficionada a los alimentos líquidos y a llevar una vida de ocio. Hacia cierto tiempo que se sentía deprimida y luego, la noche del 7 de julio se sintió súbitamente muy febril, con vómito y dolor de cabeza y espalda. Tomo solo salprunela. El 9 de julio se sentía confusa: se le extrajeron 10 onzas de sangre. Me llamaron enseguida y le encontré el pulso débil y rápido, respiración dificultosa y profunda, lengua pálida, sed, estreñimiento, orina viscosa con escaso sedimento blancuzco. Delirio. La sangre ligerísima inflamada. A las 10 de la noche movió el vientre y se sintió menos confusa”.

-Del registro de historias clínicas del doctor William Brownrigg-(Lindemann, 2001).

“Examinar a cada paciente capaz de presentarse ante ti, que no se te escape ningún detalle y proceder de la siguiente manera: 1° Te daré una historia de la enfermedad. 2° Investigaré la causa. 3° Te daré mi Opinión sobre cómo cesará. 4° Formularé las indicaciones de cura que aparezcan y se producen nuevos síntomas te pondré al corriente de ellos, para que puedas ver como cambio mis prescripciones. Y 5° Señalaré el método de cura diferente. Si en algún momento descubres que me equivoco al emitir mi juicio, tendrás la bondad de excusarme, pues ni yo pretendo ser infalible ni lo es el arte de la física, y lo que en justicia puedes esperar de mi son algunas observaciones y comentarios precisos sobre las enfermedades” – prefacio a la primera lección clínica, alumno de Boerhaave, Jonh Rutherford (1695-1779)-. (Lindemann, 2001).

Thomas Sydenham (1624-1689), apodado como el Hipócrates inglés, estudió en Oxford, Montpellier y se doctoró en Cambridge. Publicó en 1676, *Obsevationes medicae*, resultados de la descripción de todas las enfermedades a las que se enfrentó, describiéndolas gráficamente y naturalmente en el lecho del paciente, ordenando los casos de la experiencia en especies, con el mismo cuidado que los botánicos, él se mantuvo escéptico de las corrientes medicas del momento, pero no así de las influencia de los planteamientos metodológicos de Bacon, Locke, del botánico John Ray y del químico Boyle.

Gracias a la línea del inductivismo clínico de Sydenham, se describieron grandes clásicos nosográficos entre los que figuran, la angina de pecho del británico William Heberden, la diabetes insípida del austriaco Johann Peter Frank, la ciática del italiano Domenico Cotugno, la purpura hemorrágica del alemán Paul Gottlieb Werlhoff, la pelagra del español Gaspar Casal.

También en esta época se lleva a cabo la separación entre médicos (internistas; los cuales observaban, especulaban y prescribían) y cirujanos (los cuales

practicaban un arte manual). El médico llegó a despreciar abiertamente todo lo que significara trabajo manual. En Inglaterra los médicos ingleses representaron lo que se ha llamado una profesión de posición, lo cual quiere decir que la profesión se define por su rango de privilegio más que por su papel en la división del trabajo,

“El médico –afirma un difundido texto de esta centuria destinado a los estudiantes de medicina- no debe cortar, ni quemar, ni colocar emplastos, cosas contrarias a la dignidad de un médico racional, puesto que por doquier se encontraran barberos” (Piñero,2008).

En México, en 1801 se promulgó la Cédula Real de Carlos IV ordenando la misma separación entre la Medicina Interna y la Cirugía.

Los cirujanos resultaban perjudiciales para los intereses de las monarquías absolutas, los barberos-cirujanos con nula o muy escasa instrucción, eran incapaces de responder a las exigencias que planteaba la nueva organización del ejército, la navegación y los hospitales. La separación partió de Francia con Luis XV, donde los cirujanos sufrieron una conversión hacia el prestigio, en 1731 se crea la Real Academia de Cirugía en Francia, su primer director fue Jean Louis Petit, creador del torniquete, diez años después fue equiparada a la Facultad de Medicina por el punto de vista de enseñanza, con capacidad de otorgar grado de doctor. Este modelo fue imitado en todo el mundo: En México en 1768 se funda la Real Escuela de Cirugía, en la cual se impartían las cátedras de anatomía, fisiología , operaciones y clínica quirúrgica, una de las consecuencias inmediatas fue la existencia de dos profesionales: los médicos latinos que eran graduados de esta escuela, y los cirujanos romanticistas se graduaban de la Universidad de México, en donde aprendían, arte obstétrico, compostura de huesos, batar cataratas y curar herida, los médicos romanticistas tenían título universitario y los médicos latinos eran formados por estas escuelas sin por el momento ostentar título alguno.

Durante esta época llena de inventos e implementaciones, surgen los métodos de exploración del paciente enfermo, como el termómetro de Boerhaave para medir la fiebre; John Flover recurrió al reloj para determinar la frecuencia cardiaca; pero la aportación semiológica más destacada fue la percusión, ideada por el austríaco Joseph Leopold Abrugger (1722-1809), quien publica en 1761 su obra *Nueva invención para diagnosticar enfermedades ocultas del interior del pecho mediante la percusión del tórax humano como signo*; pero su uso no se generalizó hasta comienzos del siglo XVIII, y se convirtió en el primer signo físico anatomoclínico.

Es durante la Ilustración cuando se gesta una de las especialidades médicas: la cirugía, el cirujano dejó de ser un práctico de bajo nivel social para convertirse en un técnico de prestigio, formado en centros docentes de mayor altura que las facultades de medicina, y el acto quirúrgico adquirió auténtica categoría de técnica; la cirugía de práctica empírica y aventurada pasó a convertirse en una técnica sólidamente fundamentada. El cambio fue posible gracias figuras quirúrgicas que desarrollaron el saber anatómico topográfico, dado ahora por regiones, desde un plano superficial a uno profundo, llamada anatomía quirúrgica.

Johann Peter Frank (1745-1821), en 1790 escribe *Sobre la miseria de los pueblos como madre de las enfermedades*, exposición teórica de la etiología social basada en los supuestos mercantilistas y las condiciones políticas del despotismo ilustrado (separación de poderes). Afirmó que el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir. Escribió seis volúmenes entre 1779 a 1817; de aquí surgen los primeros códigos sanitarios de la era moderna, los cuales no estaban destinados a los médicos no a una educación popular, sino a los reformistas, lo que explica la puesta en práctica de la legislación como instrumento de higiene pública que dará lugar a la policía médica.

Cabe mencionar que el nacimiento de la clínica se acuña a Francia en la década de 1790, para ser más precisos en las salas de los hospitales de Paris en 1794-

1795; Antoine Fourcroy observaba en un informe presentado al gobierno Francés revolucionario en 1794:

“lo que hasta ahora ha faltado en las escuelas de medicina, la práctica del arte y la observación junto a la cama del enfermo, será una de las principales partes de la enseñanza”.

A raíz de esto, el periodo moderno empezó en 1795 con la inauguración de la nueva “escuela de Paris”, la prolongada hibernación que había predominado desde la Edad Media dio lugar a un cambio súbito y radical; el nacimiento de la clínica y la aparición de la medicina hospitalaria fueron la época crítica de la historia de la medicina moderna y marcaron el paso decisivo de la ciencia médica premoderna a la ciencia y la enseñanza médica moderna. Las consecuencias de esta enseñanza práctica fueron la unificación de la medicina y la cirugía, enseñando a los médicos a pensar desde el punto de vista de lesiones locales, a emplear técnicas de diagnóstico física sistemática y minuciosa, a establecer siempre que fuera posible correlaciones entre los signos y síntomas observados durante la vida del paciente con los cambios físicos que pueden descubrirse en la autopsia y emplear la gran experiencia médica que puede conseguir en los hospitales en descripciones de enfermedades más precisas y en valoraciones terapéuticas meticulosas.

“La nueva clínica practicada en los primeros años de este siglo en Viena y Paris comprueba que la naturaleza sólo habla cuando se le interroga bien. A partir del momento en que la medicina deja de fundar su diagnóstico en la observación de síntomas espontáneos para apoyarlo en el examen de signos provocados, las relaciones respectivas de enfermo y médico con la naturaleza se transforman.” (Canguilhem. 2004).

Esto expresa la situación concreta de la práctica lo que significa una forma normalizada de ejercicio profesional.

## 2.4. Medicina contemporánea

Para analizar la siguiente etapa de la medicina, se utiliza la propuesta de Eric Hobsbawm acerca de un siglo XIX largo y un siglo XX corto. Considera este autor que el siglo XIX comienza históricamente con el estallido de la revolución Francesa y finalizaría con el inicio de la Primera Guerra Mundial. Respecto a la medicina fue la culminación del enfrentamiento dialéctico que los movimientos renovadores venían manteniendo con el galenismo tradicional, convirtiendo al galenismo en objeto de curiosidad histórica. En esta época la medicina tenía una gran cantidad de conocimientos acumulados centrados en polémicas doctrinales, eclecticismos y sociedades médicas, que dieron como resultado la especialización médica; aunado a esto la sociedad sufrió revoluciones (políticas, económicas y sociales); además de la rápida y frecuente formación de grandes ciudades, que ofrecieron marcos económicos, tecnológicos y sociales, dirigidos hacia el consumismo; los médicos reafirmaron su identificación con las nuevas clases dominantes, asumiendo los principios y valores burgueses, entre ellos, los presupuestos del liberalismo político y económico y los aplicaron a su propio trabajo con normas como el ejercicio libre de la profesión, la elección libre del médico por parte del enfermo, autonomía en los cobros y tratamientos, etc. El médico se convirtió en el prototipo de profesional liberal, apareciendo como figura protagonista del progreso (Jarillo, 2007), del idealismo se pasó al materialismo y así vio luz el positivismo de Comte, muy arraigado en la medicina.

Estados Unidos de Norteamérica se independiza de Gran Bretaña en el año de 1783, con la ayuda de Francia, incorporando ideas revolucionarias de igualdad y libertad, propagando movimientos sociales en toda América; en Estados Unidos la profesión médica no evoluciono siguiendo los lineamientos de la medicina inglesa, basada en lo que se llama una “profesión de posición”, lo cual quiere decir que la profesión se define por su rango de privilegio más que por su papel en la división del trabajo; los médicos de la elite inglesa no tenían razón alguna para emigrar a los Estados Unidos, los practicantes capacitados en las colonias eran el

equivalente de los cirujanos y de los boticarios, y dado que los médicos estadounidenses no servían a una sociedad tan rígidamente estratificada, los títulos gremiales, al igual que los propios gremios, no tenían fuerza alguna en las colonias; los estadounidenses acabaron considerando que todos los que practicaban la medicina eran médicos, e hicieron a un lado las formas lingüísticas que reflejaban distinciones de clases tradicionales en la práctica médica; en Francia sucedía un fenómeno contrario a lo que se establecía en los Estados Unidos:

“A finales del siglo XVIII, y llevada por el espíritu del que nació su revolución, Francia inicio una reforma en su entonces desordenada educación médica. El nuevo programa de estudios de las escuelas francesas, abandonó las lecciones en el aula que se usaban desde tiempos medievales y se centró en los hospitales, en particular los grandes hospitales de París, donde se enseñaba junto a la cama de los pacientes, que después serían estudiados a plenitud en la autopsia y donde se daría un gran énfasis a la correlación entre datos clínicos y los obtenidos durante el postmortem. Esta innovación educativa convirtió a París en el centro de la enseñanza en Medicina.” (Guzmán, 2009).

Agrega Lindemann al respecto;

“...lo que ocurrió en París era cuantitativamente diferente y esa diferencia cuantitativa dio lugar a una cualitativa. Los hospitales públicos de París contaban con un número elevado de pacientes (20,000) para fines pedagógicos. Los estudiantes asistían directamente a los pacientes y veían una extraordinaria variedad de casos. Al minucioso reconocimiento de los enfermos seguían las autopsias en que se subrayaban la anatomía patológica y la identificación de las lesiones. El objetivo de la (clínica parisina) no era sólo divulgar los saberes existentes a los estudiantes, sino también crear conocimientos. En París se expresaron por primera vez la

objetivación, estandarización y cuantificación fundamentales para la medicina moderna.” (Lindemann, 2001).

Inglaterra tuvo una situación diferente respecto a la enseñanza médica, la gran mayoría de los médicos ingleses eran egresados de Padua, Leiden y Edimburgo, aunque se tenían Oxford y Cambridge; los centros privados y de formación médica fuera de las universidades habían llegado a dominar la enseñanza médica. En Londres, los estudiantes frecuentaban una de las numerosas escuelas privadas o recorrían salas de los hospitales de la ciudad con los médicos o cirujanos que atendían a los pacientes, Londres no tenía universidad por lo que era imposible relacionar la enseñanza universitaria con los grandes hospitales metropolitanos; muchos profesores impartían enseñanza a cambio de honorarios en el siglo XVIII, la escuela más famosa fue la de Windmill Street, fundada por el escocés William Hunter (1718-1783), daba clases de anatomía y de obstetricia (era un comadrón famoso y escribió un importante estudio sobre el embarazo); entre 1710-1810 al menos veintisiete escuelas daban clase de anatomía con posibilidades de prácticas de disección. Todas estas escuelas privadas se anunciaban en los periódicos de la capital, Richard Mead (1676-1754) generalizó la enseñanza privada de la medicina:

“mientras que en Francia y otros lugares, el hospital y un puesto hospitalario eran el *sine qua non* del prestigio médico y de una próspera carrera, la conjunción era menos importante en Inglaterra. Como señala W. F. Bynum, en Inglaterra el puesto en un hospital de beneficencia podía tener mucha importancia para el médico porque le permitía acceder a la clase alta, proporcionándole el bien cultural de aparecer en el papel humanitario y caritativo propio de las élites. Además, la oportunidad de enseñar en el hospital solía constituir una fuente de ingresos muy bien acogidos, sin embargo, los médicos y cirujanos de los hospitales británicos casi siempre tenían al menos parte de su atención puesta en los consultorios privados,

pues era allí donde se conseguía la riqueza que auguraba el éxito profesional”. (Lindemann, 2001).

La medicina moderna evolucionó de forma distinta en Inglaterra que el continente Europeo, y esa diferencia se debió a la estructura de la carrera médica. También es de mencionarse que una sociedad consumista y despreocupada fomentó una evolución menos sistemática y más informal e individualista de la profesión médica.

París era la metrópoli médica mundial, basta mencionar a Jean-Nicolás Corvisart (1755-1821) quien en 1806 escribió “Ensayo sobre las enfermedades y Lesiones Orgánicas del Corazón y de los Grandes Vasos”, obra que fundó las bases de la cardiología médica y obra que durante casi un siglo fue considerada la biblia de la cardiología, otra de sus grandes aportaciones fue la traducción al francés de la obra de Leopold Auenbrügger (1727-1809) “Inventum Novum”, primera descripción de la percusión como método clínico; Corvisart amplió la obra y la publicó en 1808 como *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, gracias a esta obra la percusión como método clínico se hizo pronto del dominio general entre los médicos de todo el mundo.

Otro discípulo de Corvisart, fue René Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) quien publicó *De L'auscultation médiate* en 1819, estableció la auscultación por medio del estetoscopio, y realizó descripciones magistrales que revolucionaron el estudio de la patología respiratoria y dando a la profesión médica el instrumento para ver indirectamente, y que se ha tornado identitario de la profesión.

En Alemania la enseñanza médica se fue especializando de acuerdo a las materias y no en la enseñanza clínica:

“la especialización médica fue tomando forma en la enseñanza, en Alemania, con materias como práctica médica (especialidades prácticas),

policía médica (higiene pública y medicina legal), anatomía y cirugía, farmacia, química, fisiología y patología. Se instruía mayormente en policlínicas, pero con pacientes ambulatorios” (Buzzi, 2008).

Una de las especialidades médicas que toma cuerpo en Alemania en esta época, es la higiene (higiene clínica), esta progresa como rama científica mediante investigaciones médico-sociales, cátedras a legisladores y tratados de saneamiento público; entroncado con la sociedad mediante legislaciones sanitarias, lo que será fuente de surgimiento de la medicina social.

Xavier Bichat (1771-1802) funda en París la moderna histología y la anatomía descriptiva, en un invierno examinó 600 autopsias y dedujo que la enfermedad se localizaba en determinados tejidos, afirmó que la medicina alcanzaría rigurosidad científica cuando se estableciera una relación cierta entre la observación clínica de los enfermos y las lesiones anatómicas que la autopsia descubre después de la muerte. Los síntomas clínicos deben subordinarse a las lesiones anatómicas, que son el fundamento de la ciencia y de la práctica médica; estableció la relación entre observación clínica y lesiones anatómicas, hizo posible un nuevo tipo de diagnóstico que ya no estaba basado en síntomas, sino en signos anatomopatológicos en tanto expresiones objetivas obtenidas al explorar al enfermo.

El diagnóstico clínico tenía que unirse a la técnica quirúrgica, iniciada un siglo antes en Francia, sin embargo los resultados distaban mucho de ser satisfactorios, las tasa de mortalidad postoperatoria se elevaba de forma alarmante, los cirujanos de este periodo tenían que enfrentarse a tres barreras: el dolor, la hemorragia y la infección.

El dolor se superó con la invención de la anestesia quirúrgica, éter etílico, cloroformo y óxido nitroso, entre los numerosos autores que iniciaron su utilización como anestésicos fue el dentista norteamericano William Morton (1819-1868),

quien utilizó el éter en 1844 para su práctica odontológica; en Inglaterra James Simpson, catedrático de Edimburgo, introdujo el cloroformo como anestésico en 1847.

La hemorragia, se controló gracias a técnicas hemeostáticas quirúrgicas, pinzamientos, presión sobre los vasos, ligaduras, aplicación de sustancias que fomenten el coagulo y la transfusión sanguínea, el arma más eficaz.

La infección se abordó, con la antisepsia y asepsia; el húngaro, Ignaz Philipp Semmelweis en 1846, logró bajar drásticamente la mortalidad por fiebre puerperal de las parturientas, haciendo que el personal que las asistía se lavara antes las manos con la solución de cloruro cálcico. Lister Joseph (1827-1912), recurrió al ácido fénico, pulverizándolo en la sala de operaciones y aplicando curas de pomada fenicada, con el fin de destruir los microorganismos con ello consiguió reducir la mortalidad operatoria de casi el cincuenta por ciento a sólo un seis por ciento. En 1866, Bergmann utilizó la esterilización por el vapor de los guantes, ropas del cirujano, de sus ayudantes y de todos los instrumentos. Vencidos el dolor, la hemorragia y la infección, pudo hacerse realidad la cirugía abdominal, torácica, neurocirugía y todas las demás vertientes del panorama quirúrgico actual, de acuerdo a la mentalidad anatomoclínica, el objetivo fundamental de la cirugía consistía en extirpar lesiones anatómicas, surgiendo la cirugía como especialidad médica.

El surgimiento de la anatomía patológica se debe a Jean Cruveilhier (1791-1874), publicó en 1829, Anatomía patológica del cuerpo humano, nueva disciplina encargada del estudio de las lesiones; aunado a esto surgió el análisis de la textura íntima de las lesiones anatómicas mediante la indagación microscópica y su interpretación con los recursos de la biología celular, su máximo exponente Rudolf Ludwig-Karl Virchow (1821-1902), publica su gran obra La patología celular en 1858, describió el cuerpo humano como una comunidad de células que llamó "Democracia Celular", exponiendo sus ideas sobre la enfermedad desde la

concepción celular del organismo; fue activista político, el más duro crítico de Bismarck, además publicó en 1849 “Sólo Colegas Médicos”, donde demostró que se puede ser médico a la par que científico y clínico de primer orden; la enfermedad en este momento era estática, hasta la llegada de la fisiopatología originada en Alemania, su contribución fundamental fue superar la visión estática de la enfermedad propia de los anatomoclínicos, introduciendo un punto de vista dinámico mediante el estudio de las disfunciones orgánicas con los medios de las ciencias experimentales; la fiebre fue la primera alteración funcional estudiada científicamente como un proceso energético por August Wunderlich (1815-1877), la ciencia física ofrecía por vez primera el fundamento adecuado, demostraba que el calor animal se origina principalmente en las oxidaciones orgánicas, publicó en 1868, “El comportamiento de la temperatura corporal en las enfermedades”, en la que expuso una explicación física de la fiebre, así como las curvas febriles objetivadas con el termómetro que son típicas de las distintas enfermedades, la medición con el termómetro de la temperatura corporal se convirtió así en un nuevo tipo de signo fisiopatológico; así surgió la semiología fisiopatológica, agregándose años más tarde en 1854, el esfigmomanómetro del fisiólogo Karl Vierordt, introduciéndose también en la práctica médica.

La microbiología médica se constituyó a partir de dos grandes investigadores; Louis Pasteur (1822-1895), el cual observó por vez primera la existencia de bacterias anaerobias y desmintió experimentalmente que los microorganismos se formasen por generación espontánea, demostró la naturaleza microbiana de la infección; Robert Koch (1843-1910) fue el creador de la técnica bacteriológica con sus aportaciones de tinción, los medios de cultivo, la microfotografía y la esterilización por el vapor, además de descubrir gérmenes patógenos, entre ellos vibrio colerae, bacilo de tuberculosis y diferentes causante de infecciones quirúrgicas, contribuyó a la teoría microbiana de la infección, fijando las condiciones para demostrar que un microorganismo es la causa específica de una afección; el descubrimiento de la etiología microbiana promovió el desarrollo de

vacunas, antisueros y pruebas diagnósticas, de donde surgió la infectología y la microbiología clínica.

La aplicación de las ciencias sociales al estudio de la medicina, inició con la constitución de la medicina social y salud pública a principios del siglo XIX, la interacción entre ambas áreas fue relativamente frecuente en esta etapa; Adolphe Quételet (1796-1874), matemático, sociólogo y estadista, fundador de la estadística vital, tuvo una amistad personal con el francés René Villermé (1782-1863), destacado investigador de los estudios médico-sociales. Los materiales que le proporcionó Villermé contribuyeron de manera destacada a que Quételet pudiera realizar su obra "Del sistema social", en 1848, de ahí se desprende el concepto de "hombre medio", de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales porque implicaba que las distribuciones de observaciones en torno a una media que corresponde a la de una curva de probabilidades. Emile Durkheim (1858-1917), sociólogo, político y filósofo, iniciador de la sociología contemporánea, fue el primer autor que planteó de forma madura los objetivos y los métodos de las ciencias sociales al estudio de su gran obra "El suicidio" de 1897, primera investigación sociológica basada en datos y análisis estadístico; se llegaba a considerar a la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida social, gracias a la estadística, se llegó al análisis de distribuciones de la mortalidad por clases sociales, situación sanitaria de los obreros textiles y otras cuestiones sociomédicas, que influyeron en la medicina como subsistema social.

La investigación del mecanismo de defensa orgánica frente a la infección condujo al desarrollo de la inmunología, la fagocitosis descubierta por el ruso Elie Metchnikoff (1845-1916), sentó las bases de la inmunología. Charles Richet (1850-1935) realizó el hallazgo del fenómeno que denominó anafilaxia.

La anatomía del ojo y la fisiología de la visión progresaron en esta etapa, los cirujanos empezaron a ejecutar técnicamente operaciones como la extracción del

cristalino, la iridectomía, el tratamiento de la fistula y el absceso lagrimal, el diagnóstico de las afecciones oculares estaba todavía basado en la anamnesis y la inspección exterior, la situación cambio con la invención por Hermann von Helmholtz (1851) del oftalmoscopio; casi simultáneamente el holandés Franz Cornelis Donders realizó importantes investigaciones sobre las anomalías de la acomodación y la refracción, introdujo las lentes prismáticas y cilíndricas, e ideó el oftalmotonometro; estas nuevas bases se asociaron poco después a las operaciones para el tratamiento del glaucoma, desprendimiento de retina, enfermedades de las vías oculares, etc., lo que permitió la revolución quirúrgica, constituyéndose así el complejo conjunto de saberes y de técnicas que dio lugar a la especialidad oftalmológica.

La pediatría tiene su origen y evolución de intereses sociales, apunta Kumate;

“La pediatría tiene un origen social cualitativo más marcado que en los adultos, son los orfanatos, las casa cuna, las santas casas, el Hospital de los Inocentes en Florencia desde el siglo XV recibía a recién nacidos expósitos sin otra connotación que la asistencia alimentaria y puericultura a cargo de religiosos que relataban con frecuencia que los allí albergados con frecuencia “morían de tristeza“ Napoleón funda en Paris L`Hôpital des Enfants Malades en 1802 e introduce el ingrediente patológico de la institución diferente del propósito del Hospice des Efant Trouvés en 1814, en la primera expresión del interés particular para atender a los niños enfermos en una institución ad hoc” (Kumate, 2005).

Los hospicios no eran instituciones médicas, ni siquiera en el sentido muy amplio en que lo fueron las leproserías o los manicomios medievales. Esto explica, en parte, las grandes cifras de mortalidad de sus moradores, el gran higienista Villermé afirmó, que debía colocarse en la entrada de los hospicios “aquí se mata a los niños a cargo del erario público”. La constitución de la moderna pediatría

supuso grandes cambios en la mentalidad de los médicos y, sobre todo, en la sensibilidad social.

La psiquiatría tuvo su origen en los valores y actitudes sociales, en este caso frente al enfermo mental, la consideración de locura como una enfermedad no procede de una supuesta medicalización; todos los tratados de esta época de patología mental incluyen capítulos sobre las enfermedades mentales y también fueron numerosos los libros dedicados a estas, en especial a la melancolía, entidad nosológica que corresponde a lo que hoy llamamos depresión; antes del siglo XIX los locos, o deficientes mentales eran recogidos en departamentos de hospitales generales, siendo el primero el de Valencia (1409), la asistencia médica estaba reducida al mínimo; en el siglo XVIII, los estudios médicos acerca de enfermedades mentales se asociaron a un movimiento asistencial, inspirado en diversas vertientes humanitarias de la Ilustración, que preconizó la abolición de los tratamientos violentos, las jaulas y las cadenas en los manicomios. Pinel Felipe (1745-1826), logró el permiso de la comuna revolucionaria para remover las cadenas de algunos enfermos mentales, convencido de que tratados con bondad esos pacientes serían más fáciles de manejar que cuando se les trataba como bestias salvajes. El experimento resultó favorable, y fue el punto de partida de reformas importantes al régimen del propio hospital, se permitió a los enfermos circular libremente en los patios, se les alimentó mejor y se les trató con amabilidad, lo cual tuvo efectos favorables en los propios enfermos haciendo más tratables aún a los agitados. En Inglaterra, William Turke (1732-1822), organizó el “York Retreat”, una institución tipo granja donde los enfermos mentales asilaban y trabajaban en una atmósfera agradable; en América, Benjamín Rush (1745-1813), publica los primeros textos de psiquiatría en el Hospital de Pennsylvania. En México, se contaba con el Hospital de San Hipólito fundado en 1566 que prestó servicio hasta la primera década del siglo XX, brindó cuidados a dementes, y desde 1867 se inició allí la enseñanza sobre enfermedades mentales, en 1860, se organizaron servicios psiquiátricos en los hospitales generales de los estados de Jalisco y Nuevo León; Pinel planteó la psiquiatría de acuerdo con la mentalidad

anatomoclínica; Charcot Martín (1825-1893), fue uno de los principales fundadores de la neurología clínica; estudió la histeria a partir de la sugestión hipnótica el mecanismo de producción de la parálisis histerotraumática, llamada así tras aparecer por traumatismos insignificantes; sus alumnos fueron Freud, Gilles de la Tourette, Raymond, Babinsky y Bourneville, todos estos grandes neurólogos; Freud, fue el alumno menos dotado de poderes hipnóticos e inventó en Viena “el psicoanálisis”, es decir, un método de exploración psíquica sin tener que recurrir al hipnotismo.

La farmacología moderna, inició con el alemán Friedrich Serturmer (1783-1841), quien aisló la morfina como principal componente del opio, que tiene diferentes efectos activos, narceína (induce el sueño), morfina (analgésico), codeína (mitiga la tos); después se trató de explicar el mecanismo de acción de los medicamentos en el organismo, naciendo la farmacodinamia; el primer instituto de farmacología se fundó en Alemania a cargo de Rudolf Buchheim, quien publica un tratado de farmacología (1856) y ofrece por vez primera una exposición de los medicamentos según su analogía química y farmacodinamia; Schmiedederg Oswald sentó las bases para conocer con rigurosidad la relación existente entre la composición química de un fármaco y su acción en el organismo; la culminación lógica de los postulados de la mentalidad terapéutica moderna fue la quimioterapia sintética, es decir la producción por la técnica de laboratorio, no sólo de los principios activos de los productos naturales, sino de sustancias químicas no existentes de forma espontánea en la naturaleza y cuyas propiedades resultan ventajosas desde el punto de vista del tratamiento de las enfermedades; el ejemplo clásico es el ácido salicílico, sintetizado en 1874 y empleado en el reumatismo, al igual que el ácido acetilsalicílico o aspirina sintetizado por Adolf von Baeyer, en 1899.

Por otro lado, bajo el influjo del pensamiento etiológico, la quimioterapia se planteó como objetivo conseguir fármacos que destruyesen los gérmenes causales de las enfermedades sin perjudicar al organismo del enfermo. La principal figura fue Paul Ehrlich (1854-1915), cuya meta fue obtener sustancias químicas de síntesis que

destruyeran los gérmenes patógenos, y que tuvieran mínima toxicidad al organismo, su primer resultado fue en 1910, con el preparado 606, que llamó salvarsán (arsénico que salva); lo mejoró con el número 914 o neovalsartan, tratamiento para la sífilis en ese momento.

La dermatología y la venereología especialidades médicas en cuya constitución ha pesado decisivamente el rechazo social de la enfermedades de la piel por repugnantes o antiestéticas y de las veneras por prejuicios morales, muchos hospitales tenían separados en salas especiales a los pacientes que sufrían, bajo los rótulos de tiña, escabies, morbo gálico, sífilis, etc., lo mismo que la pediatría y la psiquiatría, estas especialidades surgieron del escenario anatomoclínico de Paris, y su crecimiento y diseminación mundial estuvo a cargo de los planteamientos histopatológicos, fisiopatológicos y etiológicos.

Las especialidades médicas se constituyeron a partir de una autonomía de saberes y conocimientos especializados de una parte de la medicina, de técnicas médicas especializadas y grupos institucionales, asociaciones o sociedades especializadas, dueñas del saber, del control y de la validación del conocimiento nuevo, esto ha facilitado la parcelación de la medicina en todas sus vertientes de las especialidades médicas.

El siguiente periodo se basa en lo señalado por Eric Hobsbawm, quien refiere un siglo XX corto que inicia en 1914 y termina con la caída del bloque soviético en 1991; la medicina en todo el mundo se mantenía hacia la especialización, la práctica médica iniciaba con la era de la tecnología, los grandes progresos realizados en la investigación básica, en la clínica, aunado a las revoluciones farmacológicas y quirúrgicas, dio un paso agigantado de una atención individual u oficio individual hacia empresas médicas ya sea de índole público o privado, hoy día es impensable la medicina oficial sin centros de investigación y sin hospitales docentes con alta tecnología. Desde que el canciller Otto von Bismarck puso en marcha un seguro médico gestionado por el estado en la Alemania unificada de

1883, los políticos han comprobado que una mejor sanidad puede servir de zanahoria con la que tentar al electorado, los votos no se consiguen sólo con pan y circo sino también con camas y cirugía.

Para 1900 los profesionales sanitarios tenían que estar autorizados por ley, pero en ningún país el Estado prohibía la práctica a los ilegales, y la ética médica para asegurar una correcta práctica estaba autorregulada por los propios profesionales, la medicina seguía siendo una transacción privada, como comprar muebles o contratar a un profesor de música.

Dentro de la medicina propiamente dicha, la división del trabajo entre especialistas y médicos generales fue también un punto de conflicto, cuando los especialistas afirmaban que varias técnicas y procedimientos exigían sus capacidades, condenaban junto al personal no médico, a los médicos generales. Los tocólogos que expresaban que las parteras estaban insuficientemente preparadas para manejar partos opinaban con frecuencia lo mismo de los practicantes generales. Así, en el mismo terreno ocurrirían dos conflictos diferentes: los especialistas buscaban ascendencia en sus campos sobre los especialistas no médicos; los tocólogos sobre las parteras, los oftalmólogos sobre los optometristas, los anestesiólogos sobre las enfermeras anestesistas, etc., y al mismo tiempo buscaron hacer ver a los médicos generales los límites de sus habilidades, lo cual condicionó aún más la especialización médica.

En Estados Unidos de Norteamérica ocurrió un cambio en la educación médica que influyó en todo el mundo, este evento sucedió en la Universidad Johns Hopkins , en 1893, se concibió a la educación médica como un campo de estudios superiores, arraigado en la ciencia básica y en la medicina hospitalaria; la investigación científica y la instrucción clínica adquirieron ahora un lugar central; el profesorado, en vez de ser reclutado entre los practicantes locales, se compuso de investigadores a los cuales se atrajo de fuera de Baltimore, a los estudiantes

también se les escogió con gran cuidado, se construyó un hospital junto a la escuela y ambos se manejaron como una empresa conjunta.

“se crearon residencias avanzadas en campos especializados (fue en Hopkins donde la palabra residencia se usó por vez primera para recibir la capacitación especializada posterior al internado). Aquí estaban los relumbrones de los centros médicos dominados por las grandes universidades que imperarían en el siglo siguiente” (Starr, 1991).

La trascendencia de la escuela de medicina de Hopkins radicó en las nuevas relaciones que estableció, conjuntó ciencia e investigación de un modo mucho más firme que antes, con la práctica hospitalaria clínica; mientras que anteriormente los aprendices se habían formado en el arte de la medicina de consultorios de sus preceptores y en hogar de los pacientes, ahora los estudiantes de medicina verían la práctica médica casi exclusivamente en las salas de los hospitales de enseñanza; conto con dos grandes figuras en esa época: William Welch, quien siendo joven había hecho importantes trabajos de patología, llegó a ser la voz autorizada de Hopkins en el terreno de las cuestiones públicas; William Osler, gran clínico, tenía un interés vivísimo en la historia y en las tradiciones de su profesión.

Los cambios en Jonhs Hopkins, Harvard y otras universidades, se contraponían con el crecimiento sostenido de la escuelas medicas comerciales; a pesar de las primeras leyes sobre el otorgamiento de licencias, las puertas de entrada a la medicina seguían abiertas de par en par, y los poco gratos seguían cruzándolas en grandes números en escuelas concesionadas, las filas de la profesión se llenaban con trabajadores y con miembros de la clase media baja, los líderes profesionales consideraban que estos descuidos ponían en peligro los esfuerzos para elevar la posición de los médicos en la sociedad:

“Desde el punto de vista de los médicos establecido, las escuelas comerciales eran indeseables cuando menos por dos razones: la competencia cada vez mayor que creaban y la pobre imagen que de los médicos daban los graduados de esas escuelas. La medicina nunca llegaría a ser una profesión respetable, según declararon sus voceros, mientras no se deshiciera de esos elementos vulgares” (Starr, 1991)

La sociedad médica americana (AMA), en 1904, estableció un consejo de educación médica compuesto por cinco profesores de medicina de las principales universidades del país, que tendrían como tarea elevar y uniformar los requisitos de la educación médica; una de sus primeras medidas consistió en formular un nivel mínimo para los médicos que exigía cuatro años de preparatoria, otros cuatro de enseñanza profesional y aprobar un examen de licencia. Su norma ideal pedía cinco años de escuela de medicina (inclusive un año de ciencias básicas, que posteriormente fue integrado en el plan de estudios premédico en la universidad) y un sexto de internado en hospital.

En su empeño por identificar y presionar a las instituciones más débiles, la AMA empezó a clasificar a las escuelas de medicina conforme a la actuación de sus graduados en exámenes para conseguir licencias estatales, luego extendió la evaluación para incluir en ella el plan de estudios, instalaciones, profesorado y requisitos de admisión.

“La ética profesional prohibía a los médicos tomar partido unos contra otros en público; habría sido del todo impropio que la AMA violara su propio código, al publicar los resultados de sus investigaciones. En vez de eso, el consejo de la AMA invitó a un grupo externo, la Fundación Carnige para el avance de la enseñanza, a que llevara a cabo una investigación similar. La fundación aceptó y escogió para la tarea a un educador joven, Abraham Flexner, que en Johns Hopkins había obtenido su grado de bachiller, y cuyo hermano Simón era protegido de William Welch y presidente del Instituto

Rockefeller de Investigación Médica. Mucho antes de que se publicara el informe Flexner muchas escuelas de medicina cerraron por múltiples motivos, requisitos cada vez más estrictos establecidos por los comités estatales de otorgamiento de títulos [como] la duración de la capacitación médica [los que] impusieron costos de oportunidad cada vez mayores sobre los médicos en ciernes, el ciclo académico se alargaba y era tiempo perdido para ganar dinero, conforme al nuevo sistema los médicos jóvenes difícilmente podían esperar ganarse la vida en su profesión antes de los treinta años, las elevadas colegiaturas influyeron todavía más en el cambio, el alza combinada en costos directos e indirectos trajo consigo un descenso e largo plazo en el número de estudiantes de medicina, esto evidenció con más claridad entre muchas escuelas de segunda y tercera categoría, su cierre, no estaban preparadas para soportar bajas en su matrícula. Por esos días escuelas de medicina enfrentaban gastos mayores pues se les pedían laboratorios modernos, bibliotecas e instalaciones clínicas. Ninguna institución podía sufragar todos estos costos con sus colegiaturas y como las escuelas comerciales no tenían otra fuente de ingresos, tuvieron que cerrar. Fueron estas nuevas realidades económicas, más que el informe Flexner, lo que destruyó a tantas escuelas de medicina en 1906”.

“Flexner visitó a cada una de las escuelas de medicina del país, como representante de la Fundación Carnegie, se pensó que iban en una misión exploradora de filantropía y se le abrieron todas las puertas, para muchos directores y profesores al borde de la desesperación el nombre de Carnegie debió haber evocado visiones de cuantiosas dotaciones, sus sueños se desvanecieron cuando se publicó el famoso Boletín Número Cuatro de Flexner; los juicios que tomó Flexner eran referentes a: laboratorios de que se hacían gala no existentes, reducción a unos cuantos tubos de ensayo apiñados en cajas de puros, los cadáveres apestaban porque no se usaban desinfectantes en la sala de disección, no había libros en las bibliotecas, los miembros del profesorado estaban ocupadísimos en su práctica privada, los

supuestos requisitos de admisión se hacían a un lado para admitir a todo aquel que pagara la matrícula, nada de esto era nuevo pero ahora los problemas tenían un significado diferente,

“Según Flexner vio las cosas, se había abierto una gran discrepancia entre la ciencia médica y la educación médica. Mientras la ciencia había progresado, la educación médica se había rezagado. Las recomendaciones fueron reforzar el modelo de Johns Hopkins [...] en cierto sentido, el informe fue el manifiesto de un programa que para 1936 encauzó 91 millones de dólares del Comité de Educación General Rockefeller, más varios millones más de otras fundaciones a un grupo selecto de escuelas de medicina” (Starr, 1991).

En Inglaterra, los especialistas (consultores) lograron el monopolio sobre los puestos en hospitales. En ese país los pacientes sólo podían consultar a un especialista cuando los enviaba un médico general. En Estados Unidos los pacientes podían acudir directamente al especialista, el practicante general no se situó entre el especialista y el mercado, a la larga este hecho de no poder lograr un papel intermedio contribuyó al desplome de la medicina general, en los Estados Unidos; en Inglaterra la distinción entre médico general y especialista, quedó bien establecida,

“se basa, no en diferencias sustanciales en entrenamiento o competencia, sino en el equipo de hospital, el Diario Médico Británico describía al especialista de provincia como el médico general que debe su posición al hecho de mantener un equipo semejante al de un hospital de provincia” (McKeown, 1989).

Aunado a esto la medicina en Inglaterra, funcionó a partir de médicos generales, al instituir en 1948 el Plan Nacional de Seguridad, en el cual se estableció para los trabajadores asegurados los servicios a domicilio de un médico general y algunas

medicinas, los médicos confirmaron con esto que trabajarían para el sector público. Aunque algunos pensaron que podían perder su independencia descubrieron que su nueva relación con el Estado era fija y bien remunerada, la Seguridad Social ensanchó el abismo entre médico general y especialista pero consolidó una valiosa relación entre el enfermo y su médico de cabecera, ya que era una presencia tangible y tranquilizadora. En 1979, tras la llegada al poder de Margaret Thatcher, el National Health Service inició un declive que ha conducido a la profunda crisis que padece en la actualidad, tanto en el terreno de la asistencia como en la de la prevención. Su principal causa ha sido la aplicación de los extremados criterios macroeconómicos neoliberales acerca de la reducción de los llamados gastos sociales.

La medicina estadounidense demostró ser imaginativa y tuvo la energía suficiente para impulsar nuevas especialidades médicas y llegar a acuerdos comerciales, a la vez que ofrecía más servicios y más pruebas diagnósticas la sanidad se convirtió en un negocio prospero, aquí surgieron los seguros de gastos médicos, planes de pago por adelantado Blue Cross (hospital) y Blue Shield (medicina y cirugía),

“Los médicos que tenían consultas privadas en las grandes ciudades, sobre todo en Estados Unidos, descubrieron las ventajas de actuar como sus colegas los abogados y los hombres de negocio, y abrieron consultas impresionantes, una actividad casi totalmente desconocida por entonces en el reino Unido. Utilizaban los medios más modernos, tenían telefonistas y técnico, aparatos de rayos X, máquinas y reactivos de laboratorio y así atraían a los pacientes y les transmitían confianza. En el año de 1929 la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, ya era una organización enorme que tenía 386 médicos en nómina y 895 personas entre técnicos de laboratorio, enfermeras y trabajadores.” (Porter, 2003).

En Francia, un sistema de seguridad social estatal reembolsaba a los pacientes los honorarios del médico y les ofrecía elegir libremente médico y hospital. Sin embargo los hospitales públicos tenían problemas de financiamiento y escasa calidad, por lo que los asegurados iban en masa a los hospitales privados, se avanzó en el terreno de las ayudas a las madres y los niños, de acuerdo con los movimientos pro natalidad que propugnaban un aumento de la población, la actitud liberal respecto a la economía seguía teniendo muchos adeptos en Francia, y en esa línea se intentó proteger la libertad tanto de los pacientes como de los médicos alejándose de la seguridad social estatal obligatoria que existía en Alemania.

Después de la segunda guerra mundial la estatalización soviética se extendió con escasas modificaciones a los sistemas sanitarios de los países comunistas, aunque en los de Asia Oriental se adaptó a la coexistencia de la medicina científica moderna y una mayoría de profesionales de la clásica China y sus variantes, a partir de 1991 al terminar el régimen comunista en la Unión Soviética y fragmentarse esta en numerosos estados, y también en la Europa Oriental, los sistemas de sanitarios estatalizados no han sido sustituidos por un modelo uniforme, sino por diversas fórmulas intermedias entre la seguridad social de tipo occidental y la falta de asistencia colectivizada.

Las especialidades médicas se originaron en el siglo XIX pero se consolidaron en el principio del siglo XX, al emerger con ellas nuevos modelos de aprendizajes, tecnologías aplicadas a la medicina y mercados abiertos para su explotación; las especialidades médicas se alejaron del individuo y en algunos casos se mercantilizaron; el médico general a diferencia de otras especialidades médicas dio origen al médico familiar, entre tanta división del trabajo médico. La cosmovisión reduccionista y mercantil alejó la relación entre médico y paciente, generándose la necesidad de un médico de cabecera, capacitado y conocedor de las grandes áreas de la medicina especializada y con enfoque humanístico, conocedor de la fragilidad humana y de los factores sociales que engloban al

proceso salud-enfermedad; conocedor de la salud pública del momento, de las intervenciones para las enfermedades transmisibles, del abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y además conocedor de las políticas en salud; determinar la fecha exacta de su origen es incierto, pero lo que sí es seguro es que el médico general debe ser preparado como médico familiar, pues los dos, son médicos de cabecera y de confianza para los pacientes.

En la actualidad la medicina se convirtió en parte integrante de la maquinaria de la sociedad industrializada, las consecuencias no son fáciles de evaluar, las enormes desigualdades de salud entre ricos y pobres derivados de una política económica neoliberal, mantienen en cuanto al acceso a los servicios de salud diferencias entre los niveles de salud del primer y tercer mundo que se han incrementado; la medicina moderna posee una capacidad excepcional de mantener a las personas vivas, sanas y sin dolores, aun así, su contribución a la mejora de salud de la humanidad es más que discutible en este siglo, muchos creen que las inversiones en salud pública, en higiene medioambiental y mejorar la nutrición de la población harían más por los países pobres y por las amplias franjas de población pobre en los países, que todos los sofisticados programas de medicina clínica.

Hoy en día, la práctica de la medicina está envuelta en una vorágine de tecnología, que va permitiendo poner en duda el diagnóstico más preciso hecho por el médico más capacitado. Esta tecnología tan precisa en diagnósticos y de múltiples baterías, va llenando de sesgos a la medicina clínica en sus diagnósticos, el médico queda a la merced de grandes laboratorios y aparatos electrónicos, pero debe conocer, interpretar y solicitar los estudios adecuados, sin sujetarse al mercadeo de la tecnología médica actual; el médico debe adaptarse a esta evolución tecnológica, como: ultrasonografía, resonancia magnética, tomografía de positrones, operaciones quirúrgicas realizadas vía electrónica desde la casa o desde la oficina a lugares tan remotos y sin accesibilidad terrestre, medicamentos a prueba de falla y error que pueden modificar el curso de una enfermedad crónica hasta el punto de desaparecerla, medios electrónicos de

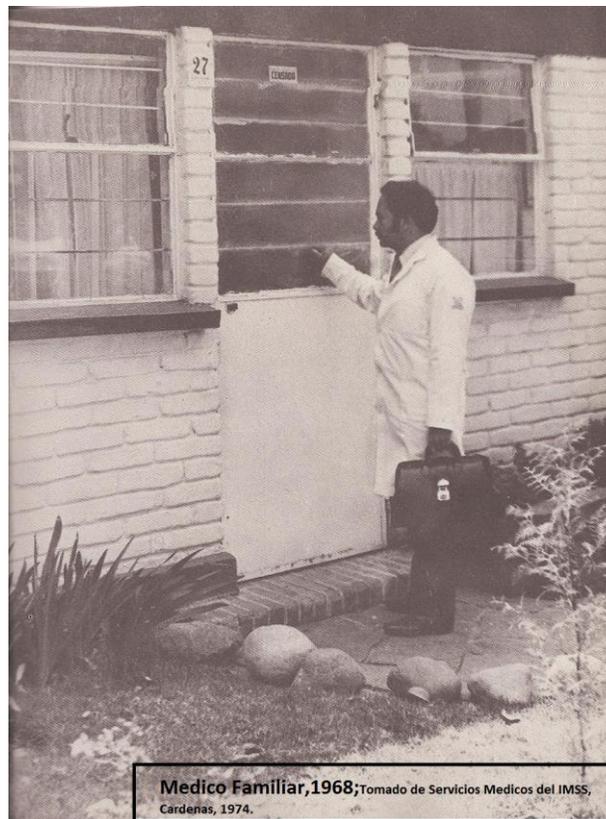
apoyo diagnóstico de consulta médica los cuales dirigen el diagnóstico hasta permitir prescribir los medicamentos por receta electrónica, implantes y trasplantes de órganos vitales cual el cuerpo fuera una maquinaria con repuestos, clonación celular, genética evolutiva, plasma sintético, medicina anti envejecimiento, etc. La práctica médica está quedando a merced de la tecnología, el arte de la clínica que era el pilar fundamental de la medicina está sustituyendo el oler, tocar, palpar, escuchar al otro que padece, por la certeza diagnóstica apoyada por la tecnología; parecería que en esta época el médico que no utiliza algún medio tecnológico no es un médico capaz. Aquí hay un hecho social relevante: la aplicación de la tecnología a la práctica médica...

Parece claro que la medicina en su práctica clínica permitirá cada vez más tecnología hasta suplantar al médico más capacitado, pues la tecnología puede albergar *infinito* de diagnósticos clínicos, prescripciones médicas, pronósticos médicos, alternativas de tratamiento, procedimientos médicos quirúrgicos y hasta la toma de decisión más adecuada para cada paciente de acuerdo a evidencias clínicas.

### **CAPÍTULO 3. Especialidades Médicas en México**

En México, al inicio del siglo XX la medicina estaba influenciada por los desarrollos de la llamada escuela médica francesa:

“la inmensa mayoría de las figuras médicas del país, los profesores de las Escuelas de Medicina, los directores de los institutos y las autoridades en salud pública, se habían formado en aquella nación y abrevado en las fuentes clásicas francesas. El sistema médico mexicano había aceptado que la clínica francesa, con su sentido agudo de observación y el planteamiento humanista de su actitud, ofrecía los elementos más adecuados al temperamento latino y a la realidad socioeconómica de México. Lo habitual era terminar la carrera en París y cursar después estudios de posgrado en la clínica de algún hospital como el Necker, el Hotel de Dieu o el Broussais” (Soberon, 1988).



Pero no todos los médicos siguieron esta tradición y algunos otros se formaron en los Estados Unidos de América. Soberon hace un recuento:

“Bustamante Zozoya y Varela se formaron como epidemiólogos y bacteriólogos en el Johns Hopkins y en Boston, Gómez Santos fue el primer pediatra mexicano con formación norteamericana y Zubirán se preparó como internista en Boston” (Soberon, 1988).

Estos médicos fueron recibidos en el Hospital General de México que:

“fundado en 1905 a petición del presidente Porfirio Díaz el cual representó el símbolo de la modernidad médica del país” (Sánchez, 2002).

Es así como Inicia sus actividades con diversos pabellones, cirugía, medicina, obstetricia, infecciosos, ginecología, tuberculosis, niños infecciosos, sífilis y venéreos, dermatología y oftalmología. Con esa multiplicidad de orientaciones especializadas y de gran capacidad de atención se torna el espacio más representativo de la educación profesional al vincularse con la principal institución de formación profesional de medicina:

“en 1911 por iniciativa del Ministerio de Instrucción Pública se dictó, que la secretaria de Instrucción Pública y Bellas Artes está facultada para nombrar y remover al personal científico y administrativo, para que dirigido y vigilado por la escuela de Medicina contribuya eficazmente a la enseñanza de la Medicina, naciendo así la vinculación del Hospital General de México con la Escuela de Medicina” (Cedillo, 1999).

Este es un momento histórico, México vive una revolución buscándose reformas sociales en un proceso de modernización social. En el Hospital General se iban a formar la gran mayoría de los médicos y enfermeras, quienes reproducirán los

conocimientos adquiridos en este hospital, otorgándose la validez por parte de la sociedad y permitiendo una hegemonía médica a nivel nacional.

El origen de la especialización en México se da en momentos históricos, de gran turbulencia social, el Hospital General en 1915 tenía que cerrar sus puertas por falta de presupuesto, sin embargo por la utilidad y auxilio a los mexicanos enfermos, y por su papel en la enseñanza de la medicina se decidió que siguiera trabajando, aun con los pocos recursos de que disponía y el movimiento revolucionario que se vivía en México, con carencias en el mantenimiento de las instalaciones. Al pasar la revolución mexicana y restablecerse los poderes, el Hospital General de México continuó a la vanguardia de la medicina en México y lo demuestra, al instituir por parte del Dr. Genaro Escalona una transformación del hospital instalando los servicios de especialidades médicas:

“rompiendo así el viejo molde de estructuras arcaicas. La aparición de una serie de “pabellones” destinados a cada una de las principales ramas médicas casi es obra de magia. Surgen los médicos capacitados, formados en escuelas extranjeras o autodidactas, directores de cada uno de los sitios especializados: en primer término, las tres secciones primeras de cardiología, doctor Ignacio Chávez en su jefatura del pabellón 21; de gastroenterología, doctor Abraham Ayala González, al frente del pabellón 24; y de urología, doctor Aquilino Villanueva, guía del pabellón 5. Después las especialidades crecen multiplicándose” (Cárdenas, 2000),

Con la guerra civil española de 1939 llegan a México médicos españoles y profesores de medicina de gran nivel, los cuales influyen en la evolución de la práctica médica mexicana.

Otro giro importante en la medicina mexicana y que la marcó rotundamente por sus influencias fue el inicio de la II Guerra Mundial, el 1ro de septiembre de 1939, con dos consecuencias inmediatas:

“la interrupción de facto de las relaciones culturales con Francia (viajes de estudio, visitas de profesores franceses), y por consiguiente la tendencia a buscar en los Estados Unidos las oportunidades para estudio de posgrados. La entrada de este país al conflicto bélico, el 7 de diciembre de 1941, aceleró esta tendencia, al abrirse allá un gran número de oportunidades para ocupar plazas de residencia hospitalaria. En 1934, la política del primer Secretario de Salubridad y Asistencia, Gustavo Baz, facilitó que prácticamente todos los especialistas mexicanos se formaran en algún hospital norteamericano” (Soberon, 1988)

Esto produjo un cambio en la orientación de la medicina, de una influencia francesa a una presencia estadounidense, con más tecnológica y con evolución hacia la superespecialización médica, dejando a un lado al médico de familia, quien:

“atendía un parto, resolvía una obstrucción laríngea por difteria o atendía al enfermo con angina de pecho, este tendió a desaparecer con la especialización” (Soberon, 1988).

La especialización se vuelve en el centro de la organización de la atención médica, y ubica su centro de influencia en lo que ocurría en los Estados Unidos de América, lo técnico, lo organizacional y lo profesional se definirán a partir de entonces por ese polo de influencia mundial.

### **3.1. Antecedentes de la Medicina familiar como especialidad**

En América Latina, México fue el primer país que inició el programa de residencia de Medicina Familiar el 1 de marzo de 1971 en la clínica 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de México, Distrito Federal, aunque se tiene datos de que en Nuevo Laredo Tamaulipas la Caja Regional de Monterrey,

ensayó este programa de atención médica con un solo médico atendiendo a una determinada población derechohabiente, tanto en consulta médica ambulatoria como visita a domicilio. En 1954, el IMSS presentó su ponencia <Médico de Familia>, durante un seminario en Panamá sobre seguridad social, donde se informaba que implantaría un sistema denominado <médico de familia> y se destacaba que la contratación de los médicos no se regiría por horas de trabajo o por número de enfermos atendidos en un lapso fijo, sino por la obligación de atender, bajo su responsabilidad, a grupos determinados de población derechohabiente que les serían adscritos, sin perder su carácter de empleados del IMSS. En una fase de asistencia médica que trató de instaurar al médico general y familiar como el líder de 1er nivel de atención:

“surge fundamentalmente para incrementar la capacidad resolutive de 1er nivel de atención, así como asegurar una prestación medica humanista y de calidad” (Chávez 2002, 2005),

Fue tanto su impacto que se tomó como modelo inicial de la medicina familiar en México. La duración del curso de la especialidad era de dos años e iniciaron 32 alumnos.



En 1974, se obtuvo el reconocimiento universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En 1975, se creó el departamento de Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la UNAM y en 1977, se creó uno similar en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

El IMSS y la UNAM fueron los pioneros en América Latina. El primero como institución de servicio y la segunda como institución universitaria:

“Hasta febrero de 2004 se habían formado en el IMSS aproximadamente 14 500 médicos familiares, de los cuales cerca de 50 % desarrolla actividades como médico en consulta externa en el primer nivel de atención, y el otro 50 % se desempeña en urgencias, actividades médico-administrativas como jefe de departamento clínico o en puestos directivos en las delegaciones y en nivel central” (Chávez, 2005).

En México para formalizar al médico general para ser especialista se debe realizar una evaluación nacional y de carácter anual a los médicos/as con título de médico cirujano general, y sólo se puede acceder a una especialidad médica. El 18 de octubre de 1983, por Acuerdo Presidencial, se crearon dos comisiones interinstitucionales la de Formación de Recursos Humanos en Salud y la de Investigación en Salud, cuyos propósitos están estrechamente ligados con la educación y la salud, enfocados en la especialización de los médicos generales.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) es un organismo colegiado interinstitucional que tiene el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud. Dentro de los objetivos educativos se encuentra el elevar la calidad de la educación en todos los niveles, vincular la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, elevando la calidad del personal médico y de salud propiciando el incremento de la investigación. Asimismo, es un órgano de consulta de la Secretara de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, así como de otras dependencias e instituciones del Sector Público.

En lo que respecta a la formación de recursos humanos, trata de conciliar la cantidad con la calidad, así como la matrícula con la capacidad del Sistema Nacional de Salud para la instrucción clínica (especializaciones médicas). Cabe destacar que en el esfuerzo por elevar la calidad académica, prepararan mejores profesores y proporcionan una orientación educativa adecuada a quienes aspiran a ingresar en las áreas que conforman el sector salud.

Para el estudio, tratamiento y despacho de los asuntos específicos, la CIFRHS está integrada por las Secretarías de Salud, de Educación Pública y de Hacienda

y Crédito Público, así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, las Universidades de Guadalajara, Autónoma de Nuevo León, Autónoma de Puebla, Autónoma de San Luis Potosí, Veracruzana y Autónoma de Yucatán, el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, la Academia Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de Salud. Además, el CEPEC se ha visto enriquecido con la incorporación de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina-Armada de México, de la Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior, de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos, la Academia Mexicana de Cirugía y de las instituciones de salud privadas; y cuenta con cuatro comités: Comité de Planeación y Evaluación (COPLANE), Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC), Comité de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social (CEPSS) y Comité de Formación de Personal Técnico (CFPT).

Desde hace 30 años el proceso de selección de los médicos que pretenden cursar una especialidad médica se ha distinguido por un gran esfuerzo de numerosas instituciones mexicanas, públicas y privadas, para identificar por medio de un mecanismo profesional honesto, transparente, equitativo, justo, verificable y altamente confiable, a los aspirantes que cuenten con el mayor nivel de preparación.

La planeación, elaboración, aplicación y calificación del examen nacional de aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) está a cargo del Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC). El procedimiento de asignación de plazas de residencia para quienes aprueban el examen se realiza una vez determinada la puntuación obtenida por cada uno de los aspirantes, se

enlistan de acuerdo con el lugar obtenido dentro del grupo correspondiente a la especialidad solicitada y se procede a otorgar a los de mayor calificación la constancia de seleccionado que les permitirá ocupar uno de los lugares disponibles para cursar la especialidad en que se inscribieron como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 (para la organización y funcionamiento de residencias médicas). Estos procesos también son verificados por auditores externos y notarios públicos.

El objetivo del ENARM es seleccionar, mediante un instrumento objetivo y consensado, en un proceso transparente, profesional, seguro, equitativo y justo, a los médicos aspirantes mexicanos y extranjeros mejor preparados, a fin de que las instituciones de salud y educativas cuenten con el personal y alumnado más apto para el buen desarrollo de sus planes y programas de enseñanza de especialidades médicas. De acuerdo a la capacidad académica y el número de espacios clínicos y de plazas de médicos residentes de las instituciones de educación superior y de las instituciones de salud.

Un elemento muy importante en la formación de recursos humanos en salud lo constituye la formación y capacitación de médicos con el perfil necesario para las políticas de la Atención Primaria a la Salud (APS):

“Actualmente, se reconoce que hay una necesidad global de que los médicos familiares sean la piedra angular de esos sistemas; asimismo, se hace necesario que cada país se provea de este tipo de médicos con una formación profunda y minuciosa enfocada en los problemas de salud más importantes de la población” (Fernández, 2002).

Se entiende como Atención Primaria de Salud a la rama de la medicina que ofrece atención de primer contacto, integral (tanto curativa como preventiva) y continúa a pacientes de diferentes edades y sexo. Entre los principales objetivos, están la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de enfermedades evitables

y la rehabilitación. Los pacientes esperan, entre otras consideraciones, poder atenderse siempre con el mismo médico, y es el médico familiar el especialmente formado para ello quien puede adoptar una decisión sobre cualquier problema y ser capaz de dispensar a pacientes y familias en atención médica continua, integral y coordinada con otros servicios.

Así, para desempeñarse en la APS, el médico familiar es;

“aquel profesional que presta una atención integral a cualquier tipo de paciente, independientemente del tipo de problema, edad, género, enfermedad o sistema. La medicina familiar se centra en el grupo. Este enfoque no está determinado por el diagnóstico ni por los procedimientos, sino por las necesidades humanas”(Turabian, 2001).

A su vez la ALPMF (Asociación Latinoamericana de Profesores en Medicina Familiar) define al médico/a familiar como:

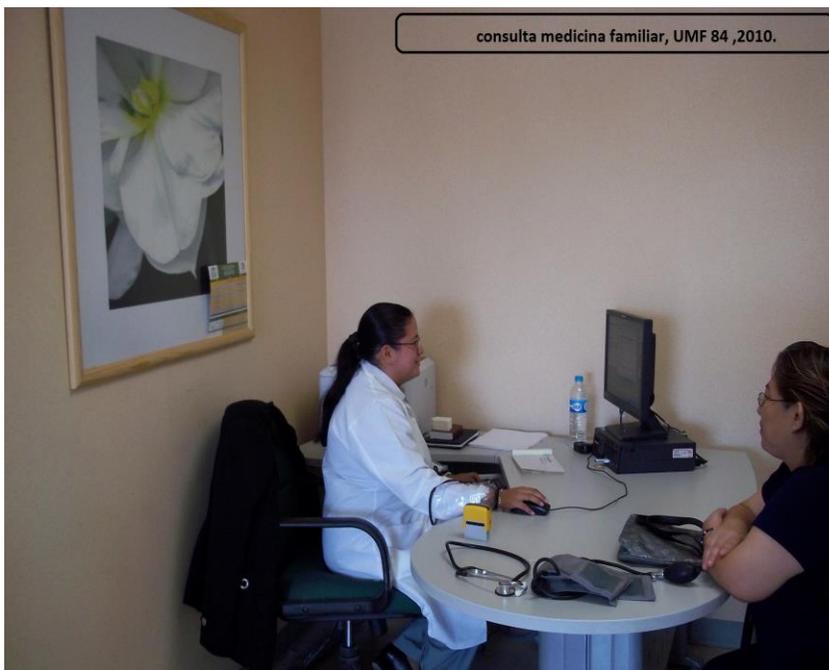
“el especialista que atiende a los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico” (Editorial, 2005).

Esta es una visión más amplia ya que abarca desde el contexto económico y hasta el psico-social, pero Irigoyen también hace una reflexión acerca de la definición:

“es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas –que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecología y la psiquiatría- y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradiciones ciencias biológicas y clínicas. El núcleo de conocimientos abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un

papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo y en la coordinación total de la atención para la salud” (Irigoyen, 2002).

Así puede coincidirse en que la medicina familiar abarca todos los conocimientos médicos de las grandes especialidades médicas; la medicina familiar es una especialidad médica integral, porque abarca todas las especialidades médicas enfocadas hacia la APS, con un objeto de estudio que es la familia donde converge la complejidad y donde se ponen en práctica su integración cognitiva, es el médico de 1er contacto quien incide en la salud como en la enfermedad del individuo y la colectividad; es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral y complejizada, considerando ahora el contexto biológico, histórico, social, económico, psicológico, político, geográfico.



Por mejor que se ha diseñado un sistema de salud, siempre tenderá a ser impersonal. Pero el paciente requiere una interacción personal e individual; se podría decir frente a frente en el marco del sistema de salud. Este es el papel del

médico familiar, y no solamente –como a veces se le atribuye de modo superficial e incompleto- la promoción de la salud, la prevención, y las medidas epidemiológicas correspondientes. Junto a todas estas acciones, lo que no puede faltar en el médico familiar, es su misión en la que nadie puede sustituirle, el ser “el médico personal del enfermo”. Como se ha comentado con acierto, el médico de familia no es el médico del corazón, ni del hígado, ni de la artrosis, es simplemente el médico de la familia, su médico de cabecera institucional.

“El perfil del médico familiar debe contar con áreas específicas de su ejercicio profesional, así como conocimientos, habilidades, actitudes, valores, dentro de las dominios más importantes está el área asistencial (el médico debe brindar atención primaria, debe conocer modelos de abordaje para la atención médica, debe contar con conocimientos bioéticos, conocimientos de las ciencias sociales, debe procurar ser efectivo y eficiente, tomador de decisiones compartidas, además detector oportuno de enfermedades, debe ser humanista, responsable, con capacidad resolutive y/o para la referencia a otro nivel institucional, debe contar con el compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y la familia) en el área administrativa debe ser gestor en coordinación en el equipo de salud, optimizador de recursos, debe contar con liderazgo, debe tener conocimientos básicos en economía y salud, conocedor de leyes y reglamentos en materia de salud, ser honrado y apegado al servicio), en el área educativa (debe ser tener lectura crítica, debe interpretar lectura de textos médicos en inglés, debe contar con conocimientos de informática, debe ser un líder en educación y promoción de la salud, evaluador de los programas educativos, y formador de nuevos recursos humanos, comprometido con su desarrollo profesional), en el área de la investigación (debe contar con conocimientos básicos de estadística, metodología de la investigación, evaluador de resultados de investigación y contar con rigor metodológico)” (Archivos de Medicina Familiar, 2005).

El médico familiar debe contar con los atributos de este perfil para el desarrollo del campo con el conjunto de disciplinas necesarias, desde una perspectiva académica que a su vez fortalezca sus conocimientos y coadyuvé a la actualización en la mejora de las actividades profesionales, utopía y recurso necesario para el perfil de especialista en medicina familiar, todo apunta a que lo académico mejorara el nivel de la medicina familiar:

“La medicina de familia tiene ahora la obligación de volverse explícita, de presentarse como ciencia con las credenciales que le confieren su cuerpo propio de conocimientos, sus métodos, y sus líneas de investigación” (González, 2004).

No basta la intuición o el sentido común. La medicina de familia se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica. Incorpora el progreso científico, certificado por las evidencias de calidad, lo asimila para llevarlo en lenguaje comprensible, hasta el paciente, su paciente. Porque lo que más caracteriza la actuación del médico familiar no son las molestias que trata, sino las personas a las que cuida.



Ahora bien, también el médico general sin especialidad en medicina familiar, se ha integrado a primer nivel de atención brindando Atención Primaria a la Salud dentro del IMSS sin complicación alguna, adaptándose y en formación académica constante. En México para obtener el título en Médico Cirujano General y/o Partero, se cuenta con Universidades y Escuelas Formadoras de este recursos humano, cada una con currículo aprobado por la ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior), la licenciatura en la mayoría de las Universidades es de cuatro años de formación académica y clínica, un quinto año de formación clínica conocido como internado con rotación dentro de hospitales de 2do y 3er nivel de atención, privado y/o público. El médico interno tiene una pasantía de dos meses por los servicios médicos más representativos de la unidad como, pediatría, medicina interna, cirugía, medicina familiar, ginecobstetricia y urgencias adultos como pediátricos. Al término inicia el sexto año de la licenciatura llamado servicio social con duración de 1 año, instaurado desde 1936 por el Dr. Gustavo Baz (Urbina, 2006), el cual está coordinado con los Gobiernos Federales y la Instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

Ahí el médico brinda atención médica y de prevención en las comunidades asignadas, normalmente son enviados a Unidades Auxiliares de Salud o de Primer Nivel de Atención en municipios del interior de la república, al término de este cada universidad tiene diferentes formas de titulación y obtención de cedula profesional.

“A pesar de que en los últimos diez años se ha incrementado, la cantidad de recursos humanos empleados por el sistema de salud, México todavía enfrenta un serio desequilibrio en esta materia, cuya expresión más dramática es la coexistencia de médicos desempleados en los grandes centros urbanos con una escasez crítica de personal en las comunidades rurales” (Frenk, 2008).

Se requiere seguir realizando investigación en medicina familiar, reconstruir su proceso histórico-social y su modelo de abordaje del proceso salud-enfermedad, pues es un elemento clave para proporcionar servicios de salud encaminados a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y reducir la carga de enfermedades crónicas para la sociedad. La medicina familiar constituye la mejor forma de otorgar servicios de salud a distintos miembros de la familia en una visita única y también en una forma continua en el tiempo. Por lo cual es necesario conocer a la medicina familiar en otras partes del mundo para tener referentes:

“México es uno de los pocos países que hace cuatro décadas ya contaba con programas asistenciales y de formación de recursos humanos en el campo de la medicina familiar, vale la pena señalar que hoy en día en nuestro continente, se han sumado muchas otras naciones como: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela” (Irigoyen, 2006).

A esta realidad hay que sumar otros países en el mundo que cuentan con la especialidad y con un sistema asistencial institucionalizado, entre esos se pueden citar: Alemania, Arabia Saudita, Australia, Bélgica, China, Dinamarca, Egipto, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Israel, Italia, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido, Suecia, Singapur, Sudáfrica, Taiwán, Tailandia, etc., es importante mencionar que los países que han logrado impactar con mayor rapidez y calidad sus programas educativos y asistenciales en medicina familiar, son aquellos que han implantado departamentos de esa rama de la medicina en sus universidades, tal es el caso de Estados Unidos, Canadá, México, Reino Unido, Mongolia, Georgia, Singapur y Tailandia, entre otros” (Hays, 2003; O’Rourke, 2003; Leung, 2003; Sanders, 2007).

Este éxito puede ser atribuido a varios factores, el primordial es a la promoción de la atención primaria a la salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS): los gobiernos latinoamericanos buscaban la necesidad de desarrollar sistemas de salud eficientes y costo-efectivos, que a la vez ofrecieran buenos servicios de salud a sus poblaciones. Además la influencia de líderes que tomaron el estandarte de la medicina familiar como factor de calidad y excelencia de la atención primaria, entre estos pueden mencionarse a José Narro y Arnulfo Irigoyen en México, Pedro Iturbide en Venezuela, Tomas Owen en Panamá, Cosme Ordoñez en Cuba, y Julio Ceitlin en Argentina. En Brasil, un país en vías de desarrollo como el nuestro, el desarrollo de su medicina familiar y atención primaria van a la par de sus políticas en salud;

“el modelo asistencial aplicado en las décadas anteriores a los años noventa distaba mucho de las propuestas de *Salud para Todos*. La Constitución Federal Brasileña, promulgada en 1988, otorgó a todos los ciudadanos brasileños el derecho al libre acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud. Se crea el SUS (Sistema Único de Salud) que supone la consolidación real de un esfuerzo para construir un

sistema de salud que pueda responder y atender a las expectativas y necesidades de la población. En 1990, se aprueba la Ley Orgánica de la Salud que otorga a todos los ciudadanos el derecho a ser atendidos en el sistema público de salud, sea para cuidados ambulatorios, de laboratorio clínico y hospitalario” (Benedetto, 2006).

La atención en las unidades de salud pública funciona en el ámbito municipal, estatal y federal, de acuerdo con las conveniencias de cada servicio, promoviéndose así un mayor acceso, descentralización y efectividad del sistema de salud.



A la creación del SUS se suman otros esfuerzos del gobierno brasileño por mejorar la atención primaria. Así, en 1994 se inicia el Programa de Salud de la Familia y se siguen otros programas complementarios, todos con vistas a promover la medicina familiar, la selección para cursar una especialidad es dado por las diferentes Universidades las cuales tiene sus métodos propios de selección para ingreso al posgrado:

“Hasta el momento en Brasil, no se ha fomentado la preparación adecuada, ni se ha promovido una cultura médica de la prevención y promoción de la salud, al contrario la formación del médico continúa centrada en la enfermedad y no en el enfermo, ubicada primordialmente en la enseñanza hospitalaria y más bien se ha dirigido hacia la especialización que se vuelve, cada día más dependiente de la tecnología médica, en Brasil surge la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (SOBRAMFA), la cual se encarga de establecer los fundamentos científicos y académicos de la medicina familiar en estudiantes de medicina, su sede se encuentra en la Universidad de Sao Paulo” (Moreto, 2006).

En Argentina, la medicina familiar ha tenido grandes cambios y expectativas, todo al parecer por la turbulencia política que vivió este país:

“Argentina, ha adoptado a lo largo de las últimas décadas diferentes nombres a la medicina familiar, lo cual es producto de diferentes circunstancias políticas y realidades regionales, llamándose medicina familiar, medicina generalista, medicina rural, comunitaria etc., su historia comienza a escribirse en la década de los 70s, en la provincia de Neuquén en la Patagonia Argentina, creándose las primeras Residencias de Medicina Rural, actualmente este distrito cuenta con un sistema centrado en APS” (Rubinstein, 2001),

“la medicina familiar formalmente surge al formarse la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG) y la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF) en 1986, los primeros sistemas de formación de recursos humanos en medicina familiar fueron en el subsector privado, inspirado en el modelo americano de formación,” (Ciuffolini, 2006).

Se inserta en un contexto de colapso del sistema sanitario y de cuestionamiento al modelo de atención centrada en la subespecialización.

”En las décadas de los 90s el médico familiar y general en Argentina comienza a ser valorados al interior del sistema sanitario como recurso costo-efectivo satisfactorio en perjuicio de sus capacidades para brindar una atención integral. Se tienen datos que desde 1997 se inicia la especialidad de posgrado en medicina familiar avalado por la Universidad Nacional de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Córdoba, la cantidad de residentes en medicina familiar en el año del 2003 ascendía a 876 según datos del Ministerio de Salud de la nación Argentina” (Ciuffolini, 2006).

Para cursar la especialidad las universidades tienen sus criterios propios de ingreso al posgrado, no existe hasta el momento un consenso nacional para la selección del médico, solo la certificación es dada desde el año 2003 por la AAMF y la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG).

Argentina sufrió una crisis financiera en el año 2001, que marco el fracaso dramático del modelo social hasta entonces vigente, los incipientes cambios en el modelo de organización estatal actual, la clara enunciación oficial de una política sanitaria sustentada en la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), sumado a la existencia de estructuras de formación de recursos humanos en medicina general/familiar, aparecen como una esperanza para la conformación de un espacio de diálogo y consenso que contribuya a una redefinición de acciones tendientes a mejorar la condiciones de vida de la población y a una política de organización de los servicios de salud y formación de recursos humanos en medicina familiar.

“Argentina vive actualmente un importante proceso de desarrollo de la Medicina Familiar, los médicos de familia están insertados en niveles

decisorios y operativos del sistema sanitario, tanto en el subsector público como en el privado, se incorporaron modelos de salud familiar como estrategia de atención en el subsector público” (Ciuffolini, 2006).

En Uruguay, la medicina familiar se consolida con muchas dudas, y después se fortalece como especialidad médica reconocida en todo su territorio nacional:

“En Uruguay los que ejercen como médicos de familia son actualmente hasta el 2006, 139 médicos (1%) del total de médicos en el país, 68 de ellos en Montevideo y 71 distribuidos en todo el país, durante los años de 1986 y 1987, el MSP recibe asesoramiento técnico con la finalidad de emprender el desarrollo de la medicina familiar, este asesoramiento vino de México y Estados Unidos, se tiene antecedente de que el 10 de octubre de 1987 se crea el cargo de médico de familia por el Ministerio de Salud Pública (MSP), de acuerdo con lo anterior, para ser médico de familia se requería realizar y aprobar el curso dictado por el MSP, si bien la convocatoria para realizar dichos cursos, contaba con la única condición de tener título de doctor en medicina registrado en el MSP, pero en realidad solo se podía acceder a la especialización los médicos que portaban una nota de presentación, que únicamente era posible obtener si se poseían determinadas afinidades políticas. La medicina familiar ingresa al Programa Nacional de Residencias Médicas en el año de 1996, mientras que la facultad de medicina mantenía un largo debate acerca de la pertinencia de esta naciente especialidad en Uruguay” (Calíope, 2006: Editorial 2006).

“En Uruguay se ingresa al posgrado en medicina familiar a través del examen de residencias médicas, que consiste en dos pruebas escritas anónimas, con un temario preestablecido, cada una de ellas eliminatorias; éstas permiten ordenar por puntaje a los postulantes y distribuir el número de cupos existentes, los cargos de Residentes se adjudican a quienes

hayan obtenido mayor puntaje, en el 2005 se cuenta con un cupo de 25 plazas para residencia en medicina familiar” (Calíope, 2006).

El desarrollo de la especialidad médica en Canadá sirvió como estímulo adicional al desarrollo latinoamericano y mundial de esta especialidad; en la década de 1955-65, la población de Canadá aumentó en 18% mientras que el número de especialistas médicos lo hizo en 94% y el de médicos generales sólo en 4%, esto podría llevar a la desaparición del médico general, agregado a esto el patrón de enfermedades también estaba cambiando, la mayoría de las enfermedades infecciosas estaban siendo controladas y se estaba haciendo más hincapié en el control de las enfermedades crónicas, mentales y por traumas por accidente, la gente vivía más y la preocupación por la prevención se iba trasladando de la sanidad pública a la privada, la respuesta de la profesión médica en Canadá fue la de establecer una estructura organizativa que apoyara a la Medicina General para compensar el crecimiento de la especialización; en 1954 se creó el Colegio de Medicina General de Canadá, luego se transformó en Colegio de Médicos de Familia de Canadá.

La mayor dificultad para introducir la medicina familiar en Canadá, fue la idea de que la especialidad no era más que la unión de las partes más simples de las especialidades médica. Uno de los máximos exponentes de la Medicina Familiar nace en Inglaterra, Ian McWhinney que en año de 1969 se traslada a Canadá, para dirigir el Departamento de Medicina de Familia en la Universidad de Ontario. El profesor identificó cuatro criterios esenciales en toda disciplina académica: un cuerpo de conocimientos, un campo de acción, una actividad de investigación y una rigurosa preparación intelectual. Contribuyó a desarrollar el método clínico centrado en el paciente, por medio del cual enseñaba a los estudiantes a incluir en sus entrevistas no sólo las preguntas médicas tradicionales para determinar un diagnóstico clínico, sino también en conjunto de preguntas abiertas para determinar los temores y expectativas del paciente sobre la consulta médica.

En Canadá, la formación de residentes en Medicina Familiar, se da en dos años, existen hasta la fecha suficientes plazas para acomodar aproximadamente a la mitad de los graduados que salen de las 16 escuelas médicas canadienses cada año, y esto se hace deliberadamente para mantener el porcentaje de 50/50 entre los médicos de familia y los consultores especialistas de acuerdo con la política general en salud de Canadá:

“Canadá cuenta con un contexto social y económico de la medicina familiar el cual es favorable para su desarrollo como especialidad, el desarrollo de la medicina familiar data de más de hace 30 años, son los pioneros en la formación en medicina familiar, no obstante, existen pocos programas de capacitación en atención médica, que formen proveedores de atención médica para trabajar en atención primaria a la salud, su organización de servicios de medicina familiar es de predominio no gubernamental, la formación en recursos humanos y capacitación en medicina familiar está fragmentada y falta de coordinación, sus desafíos futuros son el enfocarse a la atención social y a la salud integrada, expediente electrónico de salud para mejorar la toma de decisiones clínicas y poder obtener resultados adecuados en salud” (Cindy, 2004).

En Estados Unidos de América (EUA), en los años 70, sólo el 8% de los graduados de las escuelas de medicina se dedicaba a la medicina general, la gran mayoría aspiraba a una especialidad médica. En 1930 Flexner reconoció que el espíritu de cuidado se había perdido con los cambios de raíz de su informe de 20 años antes cuando su informe fue tomado como inicio de la formación académica de las especialidades médicas; para frenar la desaparición de la medicina general, y tratar de compensar el crecimiento de la especialización médica, se creó en 1947 la Academia Americana de Medicina General, más tarde se llamaría Academia Americana de Médicos de Familia, la Sociedad de Profesores de Medicina de Familia en 1967 y el Consejo Americano de Medicina Familiar en 1969; otro fenómeno para la no desaparición de la medicina general y surgimiento

de la medicina familiar, fue la puesta en boga de los conceptos de *servicios de salud mercantiles*, en los cuales se impulsa en Norteamérica la función del médico de familia como barrera o portero del sistema de salud (*gatekeeper*), cuya misión es limitar el acceso de los pacientes a niveles más complejos del sistema de salud, con el objeto de reducir costos.

El nacimiento de la medicina familiar en los EU ocurre en 1969, y ese mismo año el Consejo Americano de Medicina Familia (American Board of Family) realiza sus primeros exámenes de certificación, surgiendo como la vigésima especialidad médica en los EUA; esto fue alentado por dos informes: la Comisión Mills en 1966, detecto la necesidad de una nueva especialidad denominada medicina primaria, y recomendó suprimir el año de internado rotatorio y sustituirlo por un programa de tres años de residencia a nivel de posgrado; en esas mismas fechas el Comité Willard detectó la necesidad de un médico de familia que pudiera ofrecer servicios en un primer contacto con los pacientes y proporcionar atención personalizada, así mismo, reconoció la importancia de la familia en los cuidados de salud; dichos informes concluyeron que la medicina de familia constituía un cuerpo de conocimientos distinto y cumplía una función diferente a las de otras especialidades médicas recomendando que se otorgara a la medicina de familia la categoría de especialidad. En 1969 se inicia con 15 lugares para especializarse, actualmente la residencia dura tres años, combinando la formación ambulatoria, en un centro de medicina familiar y por otro lado hospitalario con formación en las especialidades tradicionales; la medicina general y familiar en los EU, es escasa por el exceso de especialistas. La medicina familiar esta mas involucrada en actividades comunitarias:

“Estados Unidos, la medicina familiar está dirigida hacia los servicios de salud en administración de veteranos(VHA), en su contexto social y económico de la medicina familiar es indiferente, aunque los principales actores políticos del momento lo apoyan poderosamente, el desarrollo de la medicina familiar en este contexto tiene más de 30 años, la formación en

medicina familiar tiene una tradición de colaboración entre las universidades y la VHA, la organización de los servicios de medicina familiar es de predominio del mercado de atención médica, no obstante el VHA es el sistema de salud más grande del país, la relación que se guarda entre la formación en medicina familiar y su organización nos demuestra que existe un fuerte vínculo entre los servicios de atención primaria a la salud y la formación de proveedores de atención primaria (médicos, asistentes médicos y enfermeras profesionales), sus desafíos futuros los deben centrar hacia la atención médica innovadora para las nuevas amenazas, como el terrorismo global y énfasis en la prevención, y atención integral” (Cindy, 2004).

En los EU, la medicina de familia se introdujo en el contexto académico, como movimiento social, con el objetivo de que la asistencia médica prestara otra vez atención al paciente y a la familia. Esta estrategia no fue bien recibida. Hoy día en la educación médica y en la provisión de los servicios médicos influyen profundamente los valores de la medicina de familia:

“En EU existen 797.000 médicos. De estos 69.000 son médicos de familia y 17.000, médicos generales. Cada año, los médicos de familia estadounidenses llevan a cabo más visitas ambulatorias que la suma de las realizadas por los médicos que ejercen como internistas y pediatras. Hoy en día, existen 471 programas de formación de residencia en medicina familiar en los hospitales comunitarios y centros médicos docentes. En casi todas las facultades de medicina estadounidense se imparten cursos de medicina familiar, que enseñan a los estudiantes los valores de esta especialidad y su estrategia en cuanto a la asistencia sanitaria. Estos cursos, y la presencia de médicos de familia en los centros médicos docentes, demuestran la importancia de la formación médica en el ámbito de la consulta. Los estudiantes que tan solo una generación anterior no habría visitado nunca a una familia multigeneracional de pacientes ni habría

cuidado de un paciente con problemas en múltiples sistemas corporales actualmente aprende a ofrecer una asistencia sanitaria integral, y lo hacen en las consultas de los médicos de familia de la comunidad” (Taylor, 2006; 3-5).

En Inglaterra, el médico general es el prestador clave del sistema nacional de salud:

“El Reino Unido cuenta con un contexto social y económico de la medicina familiar favorable, con un desarrollo de la medicina familiar de hace 8 años, hasta el momento no existe programa de formación específico para medicina familiar, los médicos generales pueden concebirse como médicos familiares por completo, la organización de los servicios de medicina familiar son de predominio gubernamental, se han desarrollado un conjunto de iniciativas en distintos niveles del gobierno para mejorar la calidad de la atención primaria a la salud, la formación en recursos humanos y capacitación en medicina familiar es llevada por una educación continua con vínculo entre la capacitación de médicos generales y la organización del sistema bajo *trusts* de atención primaria, sus desafíos futuros están centrados en mejora de la calidad de la atención médica, toma de decisiones clínicas y resultados de salud” (Seifert, 2008).

Los países de la Unión Europea (UE) han llegado al acuerdo de que la formación de posgrado en medicina general debe durar un mínimo de 2 años completos, de los cuales 6 meses han de transcurrir en un centro acreditado. Existen la European Academy of Teachers of General Practice y el European Center for Research and Development in Primary Health Care. En nueva Zelanda se:

“cuenta con un contexto social y económico de la medicina familiar favorable, el desarrollo de la medicina familiar tiene más de 5 años, no cuenta hasta el momento con un programa formación en medicina familiar,

solo cuenta con un sólido programa de enfermería en atención primaria, la organización de los servicios de medicina familiar es de predominio no gubernamental, pero organizado por el gobierno, la relación entre la formación en recursos humanos en medicina familiar y organización tiene un vínculo poderoso entre ambas, enfocados en atención primaria a la salud, sus desafíos futuros son tener enfoque de atención social y de salud integrada, empleo de expediente electrónico, para mejorar la toma de decisiones clínicas y resultados de salud” (Cindy, 2004).

En Europa, la práctica de medicina general, médico de la casa (huisartsen) y medicina de familia, son denominaciones que se emplean con significados equivalentes, estos están relacionados con la cultura, la tradición y el desarrollo de la profesión médica de cada país; la medicina general o la práctica general ha tenido una continuidad histórica y ha mantenido una imagen relativamente buena entre la gente. Las designaciones oficiales no han cambiado, en cambio en otros países la medicina general significaba medicina de baja calidad, en estos casos se ha advertido la necesidad de cambiar de nombre, y medicina de familia ha sido el nombre elegido para una disciplina nueva. En Portugal, el Colegio de Medicina General de la Asociación Médica Portuguesa ha propuesto la designación de Medicina General y de Familia.

“Portugal es uno de los países con mayor éxito en la reducción de la mortalidad. Actualmente, la esperanza de vida al nacer es 9,2 años superior a la de hace 30 años, gracias a uno de los desempeños mundiales más persistentemente exitoso en la reducción de la mortalidad” (WHO 2008).

Portugal tiene una población de aproximadamente 10,687.000 de habitantes y un Servicio Nacional de Salud (SNS) que desde 1979 se adhiere al principio de cobertura universal.

“El éxito de Portugal es el resultado del desarrollo de un sistema de atención primaria de salud nacional, anclado en los principios de la Declaración de Alma-Ata de 1978, cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud prometieron proporcionar Salud para todos sobre la base de la atención primaria” (WHO, 2008).

La medicina general desapareció casi por completo entre 1940 y 1980, y reapareció en 1982 para convertirse en uno de los pilares básicos del sistema de atención sanitaria, gracias a la ley que estableció la carrera de Medicina General dentro de los centros de salud del SNS, se interrumpe el servicio cívico o social, miles de jóvenes que habían estado suministrando este servicio en áreas periféricas deciden emprender esta nueva carrera, aunque la denominación oficial de la nueva carrera era clínica general, se hace popular la designación de médico de familia.

“Portugal reconoció el derecho a la salud en su Constitución de 1976, aprobada dos años después de que una revolución democrática pusiera fin a más de 40 años de gobierno autoritario. La presión política para reducir las grandes disparidades sanitarias llevó a la creación de un sistema nacional de salud, financiado por la tributación y complementado por planes de seguros públicos y privados, y pagos directos” (WHO, 2008).

En Portugal, se establece la especialidad médica en 1982, en este país se dispone de sistemas de formación profesional especializada en Medicina General y de Familia bien establecido, de tres años de duración. En mayo de ese año un grupo de médicos funda la Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General (APMCG).

“La Constitución describe el sistema como universal (para todos), amplio (extensa variedad de servicios) y gratuito. Paulatinamente, una red de centros de salud dotados de médicos de familia y enfermeros fue dando

cobertura a todo el país. Portugal considera esta red como su mayor éxito en cuanto a la mejora del acceso a la atención y los progresos en materia de salud” (WHO, 2008).

Israel, es un país pequeño, en el 2003 la población era de 6.748 millones de habitantes, con una larga historia de migración no controlada, Israel cuenta con una amplia gama de médicos especialistas, pero a la vez con falta de médicos en la periferia, y crecimiento acelerado del sector hospitalario altamente especializado:

“Israel cuenta con un contexto social y económico favorable inicialmente dentro del contexto de la seguridad social y actualmente dentro del sistema de salud ya reformado, el desarrollo de la medicina familiar tiene antecedentes de existir en el país de más de 35 años, respecto a la formación de médicos familiares es uno de los pioneros a nivel mundial, la organización de los servicios de medicina familiar es de predominio gubernamental, aunque a partir de 1990 se amplía para tener una participación pública y privada importante, la relación entre la formación de recursos humanos en medicina familiar y su organización nos remite a la existencia de una historia amplia de colaboraciones entre el sector académico y los servicios. Con un gran compromiso con la medicina comunitaria, sus desafíos futuros son en tener un enfoque de atención social y salud integrada: padecimientos crónicos, envejecimiento de la población, mejorar la toma de decisiones clínicas y resultados de salud, atención a la salud a nivel de las comunidades, garantizar el acceso a centros médicos de alta calidad técnica cuando sea necesario” (Tandeter, 2007; Kahan, 2007).

En la República Islámica de Irán, los iraníes abrieron la puerta a la salud para todos. Las casas de salud iraníes, creadas durante la guerra con Iraq de 1980 a 1988, han ampliado los servicios básicos de salud a los más pobres, los rincones

más remotos de la República. Pese a la oposición inicial de expertos que consideraban que la infraestructura del plan era demasiado ambiciosa y que los agentes de salud carecían de formación, gracias al plan, actualmente más del 90% de los 23 millones que forman la población rural de la República Islámica del Irán gozan de acceso a servicios de salud.

Los agentes de salud comunitarios han contribuido de manera destacada al acusado descenso de las tasas de mortalidad en los últimos tres decenios, lo que ha ayudado a reducir las muertes entre lactantes y mujeres embarazadas, así como a detener las enfermedades contagiosas, según el Dr. Kamran Baqeri Lankarani, Ministro de Salud. En sólo dos decenios, en el país se ha registrado un aumento de la esperanza de vida de ocho años (ahora de 71 años) desde 1990. Los agentes de salud o *behvarzan*, de los términos farsíes *beh* (buena) y *varz* (competencia), reciben formación para satisfacer las necesidades básicas de atención de salud de las personas que viven en las zonas rurales. Los agentes de salud comunitarios a menudo proceden de la aldea a la que atienden. Existen aproximadamente 17, 000 puestos médicos rurales como estos, que constituyen la unidad más básica del sistema de salud iraní. Cada casa de salud atiende como promedio a 1500 personas, y algo más de la mitad de los 30 000 agentes de salud comunitarios son mujeres (OMS, 2008).

La medicina familiar cubana surge en el año de 1984, llamada medicina general integral, surgió de cuatro fenómenos cubanos:

“los cambios en el cuadro epidemiológico del país a partir del desarrollo social alcanzado apuntaban a la necesidad de una atención medica más pertinente dados los cambios demográficos y del cuadro de morbilidad y mortalidad de entonces, la subespecialización medica no era ya la alternativa sustentable y existía un elevado número de médicos generales no especializados que se mantenían laborando en los policlínicos, otro

factor fue la insatisfacción de la población con los servicios de salud de entonces, una epidemia de dengue hemorrágico y sus reflexiones, además de la voluntad política de desarrollar una táctica que permitiera responder a la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para lograr las metas de salud para todos en el año 2000. En pocos años se construyeron miles de consultorios equipados adecuadamente para facilitar el desarrollo de las acciones propias de nuestra especialidad en función de la población y confortables viviendas para los médicos y enfermeras de la familia, quienes mejoraron su calidad de vida y comenzaron a formar parte activa de la comunidad atendida por ellos” (Soberats, 2004).

La introducción del este modelo al sistema de salud cubano, lo consolidó desde un enfoque clínico-epidemiológico-social, lo cual orientó un enfoque familiar de la situación comunitaria y de dispensación médica en una dimensión bio-psico-social, Cuba en pocos años alcanzó en cobertura al 100% de su población hasta la fecha, además el médico de familia comenzó no sólo a concentrarse en la demanda de los pacientes sino también en sus necesidades de salud no sentidas y en las acciones de educación para la salud al nivel comunitario:

“estos cambios tuvieron repercusión en la atención secundaria y terciaria, las cuales, con el paso de los años, vieron reducirse el número de casos que afluían a cuerpos de guardia y dentro de ellos la frecuencia con que llegaban los pacientes presentando formas graves de muchas enfermedades, el médico de familia fue ganando prestigio entre el gremio médico” (Jiménez, 1987).

En España, la medicina de familia surge en 1978, como especialidad médica, aunque se tienen antecedentes de 1942, con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que además de cambiar de forma radical el entorno asistencial, influyó en gran medida en la evolución futura de los médicos titulares, también llamados de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), una orden de 1948

establece que todo médico titular o de APD en servicio activo o con plaza en propiedad, será designado automáticamente médico del SOE, con esta iniciativa se contaba con médicos en todo el territorio nacional y, sobre todo, en aquellos lugares de difícil acceso. A partir de ese momento, el médico del APD se hace responsable de los cuidados, no sólo de las personas asistidas por la Beneficencia Municipal, sino de las familias beneficiarias del SOE, podríamos asegurar que en España sería este médico el precursor o antecesor del actual médico de familia, dado que en un modelo asistencial y formativo diferente, su perfil de práctica contenía una cierta integración de actividades preventivas y curativas que llevaba a cabo mediante un abordaje no sólo individual sino también familiar, dado que los propios sistemas de afiliación al SOE lo favorecía.

Actualmente la medicina de familia, está arraigada, a partir del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, de 1984, esta reforma respondía a la necesidad urgente de modernizar la muy deficiente atención, se vio la intención decidida de modificar la concepción y la estructura sanitaria del país, uniendo en un mismo concepto tanto las labores asistenciales como las preventivas, rehabilitadoras, dirigidas al individuo y a la comunidad. Se habla entonces de Equipos de Atención Primaria (EAP), y complementario a esto en 1986 la Ley General de Salud, en el artículo 43, establece que la estructura sanitaria española se conformara en base al Sistema Nacional de Salud (SNS), este brinda hasta la fecha a la población española centros de salud y hospitales en todo el territorio, cobertura universal, capacidad tecnológica y capital humano, accesibilidad de su red de servicios, ofrece acceso a los últimos avances de la medicina y la tecnología médica.

La medicina familiar es un modelo consolidado de la atención primaria como organización y como filosofía asistencial, la especialidad médica en España, se consigue al ser seleccionado en el examen del sistema MIR, y la duración de la especialidad médica es de tres años.

### **3.2. Atención Primaria en Salud**

La Atención Primaria en Salud (Aps), guarda en sí misma historia, ideología, filosofía, planificación, conceptos, gestiones, debates, política y desarrollo, todo esto gracias a que estos componentes se han ido modificando de acuerdo al desarrollo de las sociedades y de los cambios socioeconómicos.

La Aps, surge como política en salud en 1978 en la Declaración de Alma-Ata (Kazajastan, URSS), en el cual todos los países del mundo se comprometieron a alcanzar, en el 2000, una salud para todos, con base en una estrategia de atención que implica el concepto integral de la salud en el cuidado de los enfermos, el combate de la desnutrición, las campañas de vacunación, la dotación de agua potable, el saneamiento básico y el crecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios de calidad adecuados para toda la población, limitándose al parecer sólo a la atención medica organizativa, partiendo todas las iniciativas del concepto salud, esto originó reduccionismo a la Aps porque la enmarcó en atención médica.

La atención primaria de salud quedó definida de la siguiente manera:

“es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y

trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Pan American Health Organization, 2011).



En México, se tiene antecedentes de Aps, desde el año de “1936 en las cuales el Doctor Gustavo Baz siendo director de la Escuela Nacional de Medicina, lanzó el programa de servicio social de pasantes para las Escuelas de Medicina” (Urbina, 2006). Ya existía en México en esa época el Programa de los Servicios Médicos Ejidales, con esto se vinculaban instituciones estatales y participación comunitaria que coinciden con lo estipulado en la Declaración de Alma Ata, también se tienen antecedentes del Doctor Miguel Bustamante, quien presentó un trabajo para ingresar a la Academia de Medicina en 1934, titulado; “*La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México*”. En este trabajo tocó temas como la descentralización de los servicios de salud y la atención primaria. El Doctor Bustamante precisa la organización de los

servicios de salud en México de esa época, además describe el concepto y composición del equipo de salud y la necesidad imperiosa de que la comunidad participe.



La APs en México, ha tenido “un desarrollo importante en tres ámbitos; políticas en salud (ampliación de la cobertura y la creación de programas nacionales para los principales problemas de la población, a partir de programas preventivos y de servicios médicos, principalmente en áreas rurales), instituciones públicas (IMSS e ISSSTE orientan sus servicios médicos a un determinado número de familias en una área geográficamente definida, desde 1954) y en la formación de recursos humanos (posgrado en Medicina Familiar especialidad médica, con reconocimiento universitario)” (García, 2009). Pero definitivamente el sistema de salud mexicano es el que otorga los atributos de reconocimiento social a la APS. La APs tiene relación con el sistema de salud y la sociedad, es por esto que aquí se debe de gestar la políticas en salud, por ser el aparato que identifica las necesidades sociales en salud.

Mario Testa refiere que la Aps tiene una contextualidad dependiendo del sistema de salud, al que uno quiera referirse, dice también que esta puede tener “un

significado concreto, el que le otorga su inserción en una sistema de salud, o tener significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica”(Testa, 2006). A 25 años de la Declaración de Alma-Ata, se intentó realizar una recapitulación histórica-social-económica de esa declaración de 1978, y se efectuó una reunión en Ginebra 2003, en la cual se determinó que el concepto de Aps se originó de una percepción sesgada y errada, por lo cual obtuvo una restringida interpretación conceptual. El Doctor Tejeda Rivero comenta “repetidas veces en mis actividades docentes he desarrollado este punto procurando señalar lo que no es la atención primaria de salud (no importa su nombre, que lleva a errores), y lo que sí es”(Tejeda, 2003).

Que es la APs?, se pueden señalar definiciones basadas en:

1.-su organización;

- a) Atención médica proporcionada por médicos: generales, médicos familiares, médicos internistas, pediatras, ginecólogos, médicos en rehabilitación física.
- b) Punto de entrada al sistema de salud.
- c) El sistema de salud que realiza las funciones de atención médica primaria (primer contacto): resuelve los problemas de menor dificultad técnica –diagnostica, terapéutica, pronostica y de seguimiento-.
- d) Vincula los servicios de salud hacia las familias y comunidades, especialmente orientado hacia los determinantes sociales.
- e) Prevención, tratamiento, pronosticó de accidentes y enfermedad laboral (Cortes, 2008).

La APs, es un sistema de atención en salud, que depende de cada país la orientación que deba otorgarle, adecuarse a sus problemáticas sociales principalmente de salud, no existe definición completa o incompleta. La APs debe dirigirse a las comunidades, a la sociedad y a las familias, con un marco de significado sustentado en la problemática emergente de cada país. Varias investigaciones han intentado explicar porque la APs difiere de un país a otro, y han concluido que el desarrollo histórico de la salud y los servicios de salud,

aunado a los sistemas políticos y sociales, pueden explicar la gran variedad de conceptos y aplicaciones en cada país, como cualquier programa social la APs, sufrirá cambios por influencias internas y externas, ideológicas, políticas, económicas –neoliberalismo-, intereses multinacionales, y esto la conlleve a una crisis sin salida.

### 3.3. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud

La medicina familiar (MF) y la atención primaria a la salud (APs), son conceptos que transitan en el mismo contexto, organizativo, técnico-asistencial y en los sistemas de salud; interaccionan de forma múltiple y compleja, siendo la APs el terreno de juego de la MF, y consecutivamente la MF es la herramienta clave para conseguir un desarrollo pleno de los objetivos y actividades propias de la APs.



La APs y la MF tienen un desarrollo histórico, con elementos de relación muy marcados; la creciente complejidad tecnológica aunada con la especialización médica, y acentuado con el final de la II Guerra Mundial, llevo a centrar los sistemas de salud de los países desarrollados hacia la hospitalización, con olvido

de la asistencia primaria, deteriorando el prestigio y la función del médico general y familiar.

Esta orientación centrada en la hospitalización, despersonalizada de la atención de salud y además del alto costo económico, originó modificaciones en los sistemas de salud a partir de los años 60s y 70s, orientados hacia la APs. Los pacientes comenzaron a reclamar una atención médica más personalizada, integral y continuada en el tiempo.

A partir de 1978, secundario a la legendaria reunión de Alma Ata, la APs comienza a ser considerada como el elemento central y principal del sistema, capaz de reconducirlo y garantizar una atención de salud más acorde con las necesidades reales de la población y a un precio soportable para el Estado. En efecto inmediato esta reorientación de los sistemas de salud, comienzan a diseñarse políticas de recursos humanos que tiendan a la producción de médicos generalistas capaces de asumir una atención integral e integrada de las personas y de sus problemas de salud en el ámbito de la APs. Los médicos de familia formaron entonces el núcleo principal de dichas políticas; pero no hay que olvidar que la APs y la MF son ámbitos y conceptos distintos aunque interrelacionados, esta aclaración surge por las interpretaciones erróneas de que APs y MF son herramientas útiles para conseguir ahorros significativos en las políticas en salud estatal; la APs y la MF lo que si pueden facilitar es la racionalización en la utilización de recursos, empleándolas en forma eficaz, equitativa y eficiente.

La APs está organizada en dos pilares importantes: los centros de salud y el equipo de trabajo. El médico de familia está instaurado en el equipo de trabajo, sus funciones pueden ser variadas: puede ser regulador de entrada en el sistema de salud (gatekeeper); puede dar atención médica primaria de forma personalizada, continuada e integrada; puede ser líder en la división del trabajo de equipo de APs; puede desarrollar actividades docentes y de investigación; puede integrar actividades curativas, de promoción y preventivas; puede integrar los

problemas de salud individual y familiar en el contexto poblacional; el médico de familia es un médico de personas, no de enfermedades, su herramienta de trabajo básica es la comunicación con los pacientes y con otros profesionales y sectores, a diferencia del médico especialista hospitalario el médico de familia acepta a todas las personas que demandan atención independientemente de la edad, sexo o grupo de patologías que puedan presentar, es por esto que la MF y la APs no se desarrollan a partir de requerimientos tecnológicos, tal como sucede con otros servicios y especialidades, sino en respuesta a una necesidad social y de mejora de la atención médica.

### **3.4. La Medicina familiar en el IMSS**

La medicina familiar (MF), surge en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se inicia en consultorios y clínicas improvisadas, sin una metodología definida para dar respuesta a las demandas de atención de la población, sin una definición conceptual de médico familiar. El servicio se otorgaba como consulta externa, visita a domicilio y hospitalización; en 1955 se instituye en el IMSS el “sistema médico familiar”, se basaba en la adscripción de un grupo determinado, de población derechohabiente a un médico; en 1956, se publica el “primer instructivo que rige las actividades del médico de familiar”:

“en sus generalidades dicese que dicho médico, será el responsable ante el Instituto, tanto desde el punto de vista de las atenciones que imparta, como desde el punto de vista administrativo –expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.- de la población derechohabiente que se le encomienda, a la que atenderá en consulta externa como a domicilio ... su población adscrita será de 3 500 derechohabientes por médico, con una jornada de 6 horas al día repartidas entre 4 horas de consulta externa y 2 horas de atención domiciliaria” (Cárdenas, 1974).

En estas normativas institucionales el médico de familia iniciaba su práctica médica con un instructivo denominado “*sistema del médico de familia*”, estaba constituido en un experimento médico-administrativo y económico-social sin precedente, las quejas por parte de los usuarios eran alarmantes, las largas filas de los derechohabientes y el desprestigio en la prensa, orilló a múltiples propuestas, guías, procedimientos, que al parecer fomentaron la medicina familiar de nuestros días, desprestigiada y carente de valor conceptual institucional.

En marzo de 1971, el número de médicos familiares es de 1177 en el Distrito Federal y con los servicios foráneos es de 2,735. Las quejas respecto al sistema de medicina familiar son las siguientes:

“esperas inadecuadas para recibir servicio, mal trato, rechazo a la atención solicitada, despersonalización de la relación médico-paciente, y por parte de los trabajadores, insatisfacción y frustración de gran parte del personal, trámites burocráticos exagerados para el médico, conflicto del personal paramédico para realizar sus funciones, debido a las múltiples demandas que acomete a la vez, problemática en la recepción, por exigencia de atención por parte del derechohabiente y limitación requerida al médico, manejo repetido del expediente clínico, retraso en la entrega, el personal es múltiple, dificultando la delimitación de la responsabilidad, la consulta se concreta a impartir una medicina sintomática por interpretación caso exclusiva del interrogatorio” (Cárdenas, 1974).

La enseñanza de la MF en estos tiempos alcanza gran realce, iniciándose con cursos monográficos y cursos permanentes de actualización para médicos familiares. Los cursos derivan de la planeación organizativa de diferentes hospitales tanto de la capital como foráneos, muchos de ellos están destinados a aumentar los conocimientos de los médicos familiares, con la pretensión de colocar a la orden del día los conceptos básicos sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico y profilaxis de los padecimientos más comunes, además de informar

sobre la filosofía de la Seguridad Social y de la organización médica como administrativa. Originándose en 1971 el curso de especialización en MF:

“la especialización en MF, es una modalidad novedosa en cuanto la concepción que se tiene acerca de médico familiar no concuerda con la de médico general estrictamente, porque su postura no ha de ser la limitativa de curar a la población enferma, sino la de promover integralmente la salud. Apenas en vías de experimentación, tras otro trecho evolutivo, se anhela alcanzar una especialidad en MF. Sin dejar de buscar esa razón misma de la existencia del médico, es decir, la comprensión y atención del ser humano como organismo integro, como individuo sensible y reactivo, como miembro básico del universo, o quizá por eso mismo, el enfoque de su acción se lanza más allá de los límites usuales, tratando de que no se estacione a la altura de la curación de la población enferma, sino que se prolongue a la promoción integral de la salud. El médico, entonces, establece contacto íntimo con la población a su cargo, considerado como parte integrante de ese núcleo, auxiliado además por otros profesionales – médicos y paramédicos o no médicos- a la vez que procura conseguir y mantener el más alto grado de salud colectiva” (Cárdenas, 1974).

El médico familiar es instaurado como especialista en un sistema de seguridad social en evolución; dirige el primer curso el doctor Alfredo Ponce de León, director de la clínica hospital número 25, y como profesor adjunto actúa el doctor Víctor Rodríguez Pérez, jefe de enseñanza de la propia unidad médica. Termina la primera generación el 28 de febrero de 1973. En el periodo de 1972-1974, se realizan ajustes a la especialidad médica, debidos a que en diferentes partes del mundo se ha visto la necesidad de recuperar la validez y la jerarquía del médico general, y que el médico familiar en el IMSS será fundamental para el buen funcionamiento de los servicios de salud, ya que a su alrededor gira la atención médica, la calidad de los servicios prestados y la conservación de la salud; el médico familiar en el IMSS, en estas fechas, se considera un profesional con

características de promotor primario de la salud, y es calificado como especialista, su primera definición es tomada de la American Academy of Family Physicians:

“el médico de familia, es un especialista en amplitud, que usa muchas disciplinas y que proporciona atención médica primaria, continua y adecuada, a todos los miembros de la familia, independientemente de su edad, sexo o padecimiento actual. La MF puede ser definida como la disciplina académica que es adquirida y aplicada por el médico familiar, dirigida hacia un campo de acción; como área activa de investigación y como entrenamiento, en la práctica conduce al desempeño adecuado e inteligentemente riguroso” (Cárdenas, 1974).

Posteriormente, en 1974 se instala el “sistema médico familiar de 7 días”, en la que la atención era otorgada por un grupo de médicos con horario discontinuo, esto quiere decir que un médico era de horario matutino y vespertino, laboraban de manera discontinua para tener tiempo para visita a domicilio y capacitación médica. En 1987 la jornada médica sufre otro cambio, y se reasigna la población derechohabiente en turnos matutino y vespertino, con atención médica realizada por cualquier médico de la unidad, no existía población asignada toda la población era atendida indistintamente, las quejas no se resolvían, larga filas de espera, mala atención médica, mal trato por el personal de salud, rechazo de la atención médica por múltiples factores; logísticos, de vigencia de derechos, horarios no flexibles a los trabajadores, de accesibilidad: la medicina familiar no se consolidaba a pesar de tener reconocimiento universitario e institucional, las políticas y normas de la atención médica familiar, no eran suficientemente oportunas para la gran gama de problemas que mantenía el IMSS, en este rubro.

En 1990, otra normativa entró en vigor para solucionar las quejas los pacientes, se adscribe la población por grupos familiares a médicos específicos por consultorio médico, y se fija un límite máximo de 2400 derechohabientes por médico, con un horario de trabajo de 6 horas durante 5 días a la semana, con visitas a domicilio

cuando se requiera por parte de los derechohabientes o el médico, este tipo de organización es la que prevalece hasta el momento en las unidades de medicina familiar del IMSS, no se estableció cuantos pacientes debe atender por día y esa situación se mantiene sin normatividad oficial, solo por normatividades gerenciales de cada unidad familiar.

En 1997, se inicia una controvertida ley en el IMSS, apoyada por el gobierno federal en ese entonces fungía como secretario de IMSS el Lic. Santiago Levy y como presidente de la república mexicana el Lic. Ernesto Zedillo:

“esta reforma es importante, encaminada a ampliar la cobertura de la seguridad social y fortalecer su viabilidad financiera. La reforma incluyó cambios en el sistema de retiro, en los costos de las aportaciones al IMSS por parte de los patrones y los empleados, descentralización y desconcentración de funciones y cambios en las políticas y procedimientos para otorgar los servicios de salud, estas modificaciones fueron sustentadas en cambios a la Ley del Seguro Social. La institución invirtió parte de su presupuesto en esta estrategias, el gobierno federal incremento su contribución financiera y el Banco Mundial otorgó un préstamo para asistencia técnica externa.” (Pérez, 2006).

Esta ley es el parte aguas para analizar por una vez más los servicios de medicina familiar. En esta ocasión las autoridades del IMSS y el sindicato nacional de trabajadores del seguro social (SNTSS), abordaron de manera frontal el rezago y la problemática de los servicios de medicina familiar, la propuesta se conoce como Proceso de Mejora de Medicina Familiar (PMMF), y se implementó en el año 2002, como plan nacional de salud, extensivo a todas las unidades primarias de salud, fue firmado por el Lic. Fernando Flores y el Dr. Onofre Muñoz. El principal objetivo es otorgar atención integral de calidad, con base en las necesidades de salud de la población, la utilización óptima de los recursos, el reconocimiento a la participación de los trabajadores y la mejora del ambiente laboral, está

encaminado a satisfacer las necesidades en salud de la población más que la satisfacción de la demanda; las estrategias son:

1. Atención integral en salud (cuidado y satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de la población con oportunidad y en la secuencia técnicamente correcta, mediante la articulación de todos los servicios de la UMF, y con la participación del asegurado y su familia).

2. Flexibilidad (consiste en la facultad del ámbito local para adaptar la organización y adecuar los servicios con el fin de que el modelo sea aplicable a los diversos tipos de UMF que existen en el sistema).

3. Coordinación (posibilidad de interacción entre el médico familiar responsable de la población adscrita, con el personal de las áreas sustantivas, laboratorio, radiología, segundo nivel, con intercambio de información).

4. Calidad de la atención (grado en los que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que se obtengan los resultados de salud deseados, consistentes con el conocimiento científico actual, y con el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, implementación de las guías clínicas más de 60 médicos de diferentes especialidades realizaron 12 guías clínicas de los padecimientos más comunes, y se publicaron en la revista imss, además de estar vía electrónica a disposición real).

5. Mejora del ambiente laboral (crear las condiciones adecuadas para las actividades coordinadas de todo el equipo de salud, infraestructura adecuada y capacitación continua).

6. Desarrollo profesional (formación académica como base de conocimiento en actividades de educación continua).

7. Incremento de la capacidad resolutive (armonía entre insumos y procesos, implica mejores resultados en salud).

8. Viabilidad financiera (optimización de las funciones y la implementación de programas costo-efectivos).

Para la captura de la información respecto a la PMMF, se instaló infraestructura electrónica en todos los consultorios de MF de toda la república, en tiempo real se captura la información médica electrónica que se requiera:

“se incorporó el software del sistema de información de medicina familiar (SIMF), este incluye el catálogo de la clasificación internacional de enfermedades en su versión decima (EIC 10), el catálogo del cuadro básico de medicamentos, la consulta en línea de guías clínicas de los principales padecimientos de consulta, y el consejero medico de incapacidades (MDA), y además la posibilidad de hacer búsqueda de bibliografía en línea” (Romero, 2006).

Se instauró a nivel nacional el PMMF, en el año 2002, su primera evaluación fue en 2006, apuntado en un libro llamado “*Libro Blanco*”. Ahí se rindieron cuentas sobre el proceso de mejora en medicina familiar, toda la evaluación fue por 24 indicadores de desempeño del primer nivel de atención, los indicadores son de modelo biomédico y administrativo, las recomendaciones fueron, mejorar la captura de todas las actividades preventivas, exclusivamente, no hay más recomendaciones. Además en 2010 se dio a conocer una evaluación por parte del IMSS, llamada “*sistema integral de medición de la satisfacción de usuarios*” realizada por un organismo autónomo descentralizado Transparencia Mexicana A.C., donde se obtuvo una muestra de 29,406 cuestionarios a derechohabientes, 20,201 a 1er nivel de atención y 9,205 en 2do nivel, cabe mencionar que el IMSS cuenta con 36 millones de derechohabientes (INEGI), y que en primer nivel de atención de otorgan al año “67 millones de consultas médicas” (IMSS,2003). Los

resultados fueron sorprendentes, “77% muy satisfechos, 85% recomendaría la utilización de 1er nivel a otro familiar, 83% fue prescrito, 40% de confianza se establece en el derechohabiente en primer nivel de atención” (IMSS.gob.mx), al parecer todo marcha bien para las autoridades del IMSS.

La situación en el IMSS, es que el primer nivel de atención está constituido por “1 201 unidades médicas” (IMSS.gob) con las siguientes características: unidades de medicina familiar, con o sin hospitalización, hospitales generales de zona con medicina familiar y hospitales regionales con unidades de medicina familiar; aquí laboran “13 441 médicos familiares adscritos a la consulta externa de medicina familiar y 2 177 médicos familiares adscritos a los servicios de urgencias, de estos médicos 10,250 con médicos con especialidad” (IMSS.gob), divididos en 36 delegaciones en todo el país, de este contexto partimos para analizar la otra medicina, la real;

\*Un hecho indudable es la asignación de la población por médico se sabe que listas superiores a “2000 personas ocasionan una sobrecarga de trabajo” (Freire, 2006), esta carga de trabajo es incompatible con la calidad de una buena atención y constituye uno de los motivos de queja más importante de la población, cada médico familiar o general en el IMSS tiene asignado 2400 derechohabientes, esto origina larga filas de espera para la atención médica, así como apresuramiento en el diagnóstico clínico, pronóstico y tratamiento, con el solo interrogatorio.



\*Otro hecho es el SIMF, sistema electrónico que dificulta la relación médico paciente, al estar de por medio un monitor, teclado, además de aplicaciones múltiples y variadas, la interrelación se vuelve más tecnológica que clínica, las habilidades computacionales en el manejo del SIMF tecnifican la relación, con recetas e incapacidades electrónicas, los formatos se mantuvieron sin mejoría en su simplificación, ahora están descargables en vía electrónica, las descargas eléctricas en las unidades, así como la falla en el suministro eléctrico, ocasionan lentitud del sistema operativo del SIMF, esto condiciona poca credibilidad y funcionalidad inadecuada, así como falta de vigencia laboral por caída del sistema, con lo cual el paciente no puede ser atendido; (Abadalejo, 2004; Aranda, 2005; Arenas, 2004; Tena, 2002). La consulta médica promedio de cada médico familiar, no está establecida por un reglamento central del IMSS o por parte de SNTSS, se han establecido normas por sección sindical donde se expone que cada turno, debe atender un promedio de 26 pacientes, la realidad es descomunal hay zonas, que la demanda del servicio es mayor, otorgando consultas médicas a libre demanda, aumentando la insatisfacción de paciente y del proveedor.

\*Otro hecho es la falta de medicamento en farmacia de las unidades de medicina familiar, las recetas electrónicas son entregadas por el médico familiar, pero al llegar a farmacia no existe el medicamento, y se regresa la receta electrónica sin ser registrada en farmacia como no surtible, teniendo indicadores casi del 98% de recetas surtible en los indicadores; cabe mencionar que el IMSS ganó el premio al “trámite más inútil convocado por la función pública, Cecilia Velázquez Tello recibió 300 mil pesos por haber denunciado que cada mes tramita un medicamento para su hijo que padece agammaglobulinemia de Burton, síndrome de deficiencia de anticuerpos, que tarda en recibir hasta 15 días”(Herrera, 2009).



\*Diferente hecho es los largos recorridos de los pacientes, en su envió a segundo y tercero nivel de atención, número uno por falta de recursos monetarios por los pacientes en los traslados, así como ausencia laboral por recurrir a solicitar su cita a este nivel, numero dos es la sobresaturación de las especialidades médicas más tradicionales, el tiempo de espera de la cita es de más de un mes a tres meses, número tres, las puertas de entrada a ese nivel cada día es más difícil, por la solicitud de laboratorios, placas de rx y electrocardiograma recientes, que muchas de las veces pierden vigencia al mes, y son rechazados el día de consulta, esto sobrecarga al

1er nivel y por consecuencia a los otros niveles, además de los recorridos de los pacientes que son extenuantes.

\*Siguiente hecho es la incapacidad por enfermedad general o por riesgo de trabajo, las cuales son generadas ahora electrónicamente por los médicos de familia, pero el paciente sufre largos recorridos al tratar de cobrar su incapacidad por más de 7 o 15 días, en ocasiones impide su convalecencia, y aumenta sus gastos de traslado de las UMF a los bancos de pago.

Podríamos continuar con una larga lista de hechos insólitos, que se asemejan, a las preocupaciones de los años 50, y que al parecer no han sido resueltos como se esperaba, continúan las largas filas de espera, las vigencias de derechos en ocasiones son imposibles de obtener, las espera en las salas de medicina familiar para la atención es de horas, la mala atención del personal, así como la falta de médicos familiares por ausentismo, son problemáticas de hace 60 años, sin poderse resolver, este proyecto pretende, analizar la estructura de la Medicina Familiar dentro de la Atención Primaria a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus consecuencias para la práctica de los profesionales de la medicina, desde un enfoque cualitativo que pueda dar la pauta a un análisis de relevancia clave para un nuevo modelo en México.

## CAPÍTULO 4. La Salud Colectiva para el análisis de la Medicina familiar

*Medite sobre el concepto salud,  
tan controvertido, tan variado,  
tan complejo, y al final lo encontré vacío.  
Donovan Casas*

En el ámbito de la atención primaria, en el ejercicio profesional de la Medicina Familiar si bien el médico utiliza su acervo técnico-científico donde se manifiestan sus competencias adquiridas dentro de las ciencias biomédicas, también requiere de otras competencias como las que aportan las disciplinas sociales y conductuales, mismas que le permitan establecer una adecuada relación médico-paciente-familia y poder brindar una medicina humanista.

En esta relación, el médico se rige por diversos valores que su ética profesional le exige y debe extender más allá su sentido común e interpretar el sentimiento colectivo que se evidencia a través de un individuo: su paciente. En él, percibe la esperanza de recuperar el estado de salud o el desaliento ante diagnósticos no favorables, por lo que; ¿Cómo interpretar expresiones de sentido común? ¿Cómo interpretar un sentimiento colectivo? ¿Cómo discernir entre la desesperanza y el desaliento? si no se hace desde una perspectiva positivista para quien la objetividad es uno de los elementos más importantes para otorgarle credibilidad científica. Aunque el sentido común no necesariamente es conocimiento científico, está lleno de sentido práctico.

El sentido común es un fondo de evidencias que comparten las personas, que garantiza dentro de su universo social, el dialogo, el conflicto, la competencia, los comportamientos cotidianos y los cuales manifiestan oposiciones, malo-bueno, valido-no valido, correcto-incorrecto, etc. con lo cual se garantiza un cierto ordenamiento de la organización de la sociedad, al mismo tiempo que da un orden social. El sentido común actúa como una estructura-estructurante (Bourdieu, 1988), entonces se trata de observar lo cotidiano para ver el *mundo operandi*.

Observar las interacciones cotidianas de las personas como parte del espacio social, el día a día que converge entre desesperanza y desaliento, observar la realidad institucional del entorno laboral, no sólo los planteamientos formales sino la realidad que opera, no la realidad del discurso oficial, sino observar la forma como se realiza la práctica médica en el espacio institucional la cual ha quedado a merced de una realidad en papel interpretada por el indicador mercantil-institucional. Se ha olvidado de la salud social la cual le dio su origen, y es hoy una práctica clínica y asistencia médica que ha pasado a un espacio social con el objetivo final de satisfacer el indicador mercantil-institucional.

El espacio social de la práctica clínica ha sido influido en su organización por la toma de decisiones de los administradores que se basan en mejorar los indicadores de salud (el administrador en salud no médico de formación, priorizará la eficiencia por medio de indicador y no así la eficacia). Los administradores en salud toman cada final de año decisiones en salud, a partir de evaluaciones con base en las variables que establecieron y muchas veces alejados de la eficacia del resultado de las actividades de los profesionales de la salud. Cabe mencionar sólo algunos ejemplos claros: a) abatir la tasa de mortalidad materno infantil para ello, se otorga consulta médica a la embarazada cada 7 días o cada 15 días; b) aumentar el indicador de número de consultas por mes por médico, se agenda pacientes cada 5 o 10 minutos; c) para garantizar el número de asistencias médicas al año por médico, se ha establecido el bono de productividad; d) para disminuir la referencia de pacientes al segundo o tercer nivel, el número de envíos autorizado sólo es de dos por médico por día, independientemente de la patología de base; e) para disminuir la prescripción, el número de recetas por médico es de dos tipos de recetas la manual y la electrónica, además de bloquear acceso electrónico a prescripción de medicamento cuando se requiera de supervisión; f) en el indicador de “control de paciente” diabético e hipertenso el número de consultas médicas se ha aumentado a cada paciente pretendiendo con esto garantizar su control; g) los minutos de espera en sala se ha cambiado por el momento de ingreso del paciente a consulta médica, disminuyendo el tiempo de

espera en la sala de los registros de la agenda electrónica; h) mejorar la captura de diagnósticos clínicos, se inicia con la nota médica electrónica, no importando la eficacia terapéutica, sólo el indicador diagnóstico de cada paciente. En estos ejemplos el paciente se convierte en indicador, un número; reproduciéndose así una práctica médica institucional, la cual determina códigos y significados dentro de las instituciones de Salud, y se establece una estructura que le confiere complejidad.

La preeminencia del cumplimiento de indicadores de desempeño, ha adquirido mayor presencia a partir de los procesos de reforma en el sector salud iniciados con las políticas gestadas desde el neoliberalismo, como puede constatarse en países como Colombia y Chile, donde esta práctica se erigió hegemónica y muchas veces el apego a programas o lineamientos que maximizaron el beneficio, ha producido un habitus médico deformado, no siempre dirigido, a los principios de capacidad resolutive en la intervención técnica y científica de la práctica de los profesionales con una mirada en la acción humanista para ser mucho más cercano a los valores de desempeño dominados por el mercado de servicios médicos.

No cabe duda que hoy día se toman decisiones operativas para mejorar el desempeño, con mirada centrada en indicadores, pero se olvida que en el espacio social (en este caso las instituciones de salud), se procede con mucha mayor complejidad que incluye otros elementos como la reproducción médica, la cual se ha transformado en una producción mecanizada-acrítica para satisfacer el cumplimiento de los indicadores en salud, una situación que se ha convertido en una forma de dominación institucional, basada en relaciones de producción de los servicios de salud. No se piensa que está en disputa el prestigio médico, el reconocimiento médico, la confianza en el médico institucional, la fe al médico, el ethos médico, la vocación médica, y si se omite ese reconocimiento en este espacio social, el médico continuará perpetuando su práctica médica institucionalizada conforme al modelo hegemónico impuesto por la institución en

salud, otorgando reconocimiento irracional a las relaciones de producción establecidas entre medico/paciente/institución médica, perpetuando un imaginario patológico.

Por la complejidad que encierra un problema de este tipo, debe ser comprendido y analizado fuera de referentes circunscrito a las ciencias biomédicas, porque no solamente comprenden situaciones propias de la salud-enfermedad orgánica. Tampoco puede basarse en los límites de la salud pública, y menos aún en el plano de la administración; aun con el reconocimiento que desde esas disciplinas y otras más, es posible desentrañar algunos elementos valiosos.

Una perspectiva comprensiva e integral requiere una multiplicidad de conceptos y procesos metodológicos diversos. Ante esto, se plantea un abordaje desde la Salud Colectiva, porque la dimensión social del problema en cuestión es parte de las prácticas en salud. Así el análisis desde la salud colectiva se basa en una corriente de pensamiento multidisciplinario desde una perspectiva de la academia, de instituciones de salud, institutos de investigación en salud y de asociaciones sociales, que se articulan con base en las ciencias sociales para comprender la salud-enfermedad y las respuestas sociales para enfrentarla. La Salud Colectiva aborda las relaciones económicas y políticas de la sociedad con repercusiones en la salud de la colectividad y de los individuos, convirtiéndose en una mirada multidisciplinaria para el análisis de los problemas sanitarios con transversalidad.

La salud colectiva surge de los debates respecto a: ¿qué es salud? desde una concepción del derecho humano fundamental que se abrieron en Latino América en los años 70s, nuevos aportes teórico metodológicos que fueron planteados en Brasil por un grupo de profesionales progresistas, que dio lugar a una concepción social identificada como salud colectiva. Esta corriente de pensamiento propone, desde sus inicios, que la intervención no sea sobre meros individuos, sino en sujetos sociales y centrarse en una práctica de la salud (Arango, 2008).

Actualmente la salud colectiva es un nuevo campo de conocimiento que aún se encuentra en construcción y desarrollo, que demanda categorías epistemológicas, nuevos modelos o modelos teóricos, como la teoría del caos, y formas lógicas de análisis; es un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas con el fin último de mejorar las condiciones de salud de las colectividades y las formas de práctica que instrumentan las sociedades.

La salud colectiva aborda la salud-enfermedad desde lo colectivo con reflexiones sociales y biológicas de este proceso mismo, otorgándole un peso importante a la sociedad respecto al proceso de salud-enfermedad, “el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales” (Laurell, 1994). Estos cambios sociales deben surgir de los sujetos sociales, y que al final repercuten en condiciones sociales de cambio.

Breilh la define como “instrumento clave de la práctica social, corresponde a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y no se reduce, por tanto, a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública” (Breilh 2003; Testa, 2006). La salud no sólo es necesario que la garantice el Estado, sino que éste, con sus intervenciones, determina las condiciones de salud de la colectividad. Por ejemplo, la obesidad está determinada por factores sociales que influyen en la presencia de esta patología; en cambio se responsabiliza a las escuelas de vender productos chatarra a los niños, sin examinar los intereses económicos que existen detrás y la utilización de la fuerte mercadotecnia para lograr el consumo alto de carbohidratos (Burger-King, Coca-Cola, Mac-Donald, Donuts, etc.). De manera complementaria no existe el cumplimiento de los objetivos de programas escolares de activación física, ni áreas verdes y seguras donde los niños puedan practicar algún deporte. Aunado a esto, ambos padres trabajan en horarios de más de 12 horas al día dejando el

cuidado de sus hijos a terceros, en muchos casos a sus abuelos, los cuales cansados y con múltiples patologías brindan alimentos rápidos de preparar y consumir, con un alto contenido de carbohidratos o bien son “entretenidos” con la televisión en donde se dirige y refuerza la inducción al consumo de los productos hipercalóricos. Así, para entender las causas de la obesidad, no puede circunscribirse al nivel metabólico y equilibrio entre ingesta y gasto energético, se requiere ubicarla en las determinaciones y los condicionantes económicos y sociales de la comunidad, y una manera de explicarlo es la salud colectiva.

Desde esa perspectiva el análisis que se puede realizar de la forma que adopta la práctica profesional de la medicina en un contexto institucional y que perfila características concretas a las que están sujetos los profesionales que allí laboran, puede interpretarse con la noción de medicina institucional, una forma de la práctica de la medicina entendida como práctica social (Hernández, 2010; Romero, 2006).

La Medicina Familiar (MF) es una práctica social que se instala en la atención primaria a la salud (Irigoyen, 2002, 2006), la cual está condicionada por reglas y normas de estructuras de las instituciones de salud donde existe y que a su vez forman parte de estructuras sociales. En este nivel se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, con base en el modelo biomédico que se ejerce de manera más o menos uniforme en las unidades médicas de atención primaria. Este modelo hegemónico se construyó a partir de condicionantes sociales/económicos/políticos de un momento histórico. Las reglas que surgieron en ese momento asegurarían a la sociedad la accesibilidad a la salud, y hasta la fecha este modelo no ha podido dar respuesta clara a las necesidades de atención médica de las colectividades a las que sirven.

La MF ha sido practicada dentro de los límites de un modelo biomédico institucional, donde el proceso salud-enfermedad es visto desde una perspectiva biologicista, que en su búsqueda de identidad ha tratado de tener una mirada

diferente: la *“terapia familiar”*. El médico familiar se convierte en terapeuta familiar llenando así el vacío psico-social de esta especialidad en México. A la familia se le instituye como el objeto de estudio y su acercamiento la *“terapia familiar”*. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), no se tiene una apuesta multidisciplinaria que vislumbre los niveles macro, meso y micro en que se puede ubicar a la MF, ya que presenta una complejidad originada por los condicionantes sociales/económicos/políticos que existen en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) donde se le practica como parte de la estructura organizacional del Instituto, estructura que es a la vez compleja y local con la reproducción de procesos dominantes a nivel nacional.

El concepto de MF puede ser comprendido en el marco de las organizaciones complejas ya que por su magnitud, requieren la instauración de procesos normalizados que permitan alinear todas las acciones individuales bajo una orientación específica. De esa forma definen la actuación de los profesionales de la medicina, matizando y orientando sus acciones técnicas, sin dejar de responder a la función específica de esa forma de práctica social (Jarillo, 2007), articulando así los procesos determinados por la institución para normar sus mecanismos de atención médica.

De esta forma, la salud colectiva es la herramienta de análisis que puede ayudar a explicar la dimensión compleja de la MF y de su práctica desde el nivel micro hasta el macro, para entender su construcción como modelo hegemónico biomédico, su instauración en la atención primaria y sus relaciones en el momento actual. Se requiere del pensamiento complejo, porque con éste se puede comprender dentro de sí niveles de categorización socio-médicos hasta ahora poco comprendidos o soslayados, siendo el pilar estratégico el conocimiento que puede vislumbrar los entramados de la dimensión política, en un marco de hegemonía institucional y no reducido al espacio médico, con su carga biologicista, tanto en la intervención diagnóstica como en la terapéutica, donde se ha mantenido la M F.

Es así como se parte de una mirada transdisciplinaria, para el análisis del significado de la práctica médica institucional caso IMSS con la Medicina Familiar y la APs, con lo que se aspira para tener un acercamiento a ese problema no como un asunto técnico sino como un fenómeno social, y así disponer de una interpretación general y específica de esta práctica institucional desde la mirada de la salud colectiva. Se le ubica como objeto de las políticas y prácticas en salud, parte de la salud colectiva, porque, es la respuesta social que se articula desde el Estado quien define la existencia y controla los procesos de gestión y financiamiento de las instituciones en salud y estas a su vez ejercen un poder hegemónico sobre la práctica médica de los profesionales que se inscriben en la MF en esas instituciones, esta relación de poder somete a los individuos y colectivos profesionales en sus acciones técnico-profesionales en la prestación del servicio médico prestado a la sociedad por parte del Estado, así la MF se constituye en un proceso subordinado de ejercicio médico institucionalizado.

Las principales categorías en esa mirada multidisciplinaria de la salud colectiva que destacan son las siguientes:

- a.- La mirada histórica y social.
- b.- La complejidad.
- c.- La determinación social.
- d.- El análisis desde la teoría social.

Es aquí donde la MF en el IMSS, puede entenderse como resultado de un proceso histórico en el devenir del país y en conjunto con el desarrollo social acaecido en distintos momentos de la vida del país. Además, la institución está inmersa en una estructura organizacional que, por su magnitud y procesos de todo tipo, le confiere complejidad. La práctica médica resulta así condicionada por una determinación social y ésta a su vez actúa como condicionante en los individuos y la colectividad que atiende. Esto le vislumbra desde la salud colectiva un anclaje de análisis desde la teoría social.

Finalmente en tanto proceso social complejo, se recuperan los aportes de: Silva y Almeida sintetizados por Granda (2004) quien, define a la salud colectiva como un conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. La salud colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras. La salud colectiva como corriente de pensamiento propone una práctica de la salud a partir de los sujetos sociales, que en el caso de la medicina familiar se puede referir a la familia.

Laurell (1994), define a la salud colectiva desde la observación del proceso salud-enfermedad con reflexiones sociales y biológicas como partes de un mismo proceso, otorgándole un peso importante a la sociedad, el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales, el sujeto social como portador de una práctica social acercaría a la medicina estatal a un preámbulo donde las condiciones de salud jugarían el papel más importante en el proceso de salud-enfermedad.

Por otro lado Breilh (2003), la define como instrumento clave de la práctica social, corresponde a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y no se reduce, por tanto, a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública. El empoderamiento del sujeto social por parte de la salud colectiva es una propuesta de transformación que implica un rumbo social diferente, donde las condiciones de salud tomen rumbos definidos no por la imposición de grupos de poder (económico, político) sino consecuencia del consenso social con base en necesidades y derechos de todos los ciudadanos.

Finalmente, López (2006) la define como, la corriente del pensamiento médico social en Latino América que cuestiona la insuficiencia de los planteamientos de la salud pública, dominante de tradición positivista, para quien las colectividades son solamente sumas de individuos como características demográficas similares, como edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, ingreso, escolaridad; el reducido impacto de las prácticas clínicas y hospitalarias sobre la distribución desigual de la salud-enfermedad-representaciones-respuestas sociales y la perspectiva funcionalista. La salud colectiva surge con múltiples frentes, enriquecida por su propuesta social en beneficio de la colectividad y llena de expresiones históricas entendidas como respuestas sociales.

Aunado a lo anterior, López agrega que la salud colectiva también reconoce que el proceso salud-enfermedad está determinado socialmente, lo que implica un posicionamiento sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. Una plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales (López, 2008). La salud colectiva sitúa a la política como determinante de la mejora en salud social, vinculando los asuntos políticos como asuntos de salud, es decir las decisiones políticas definen el curso de vida de grupos sociales –como la familia- y por ende sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte, la decisión política en salud está inmersa en el poder, -y es ahí donde el sujeto social debe tener una acción social para la mejora de las condiciones de salud-.

Estos autores se han abocado a proporcionar herramientas conceptuales valiosas para comprender problemas de la respuesta social organizada, dentro de la cual se ubica a la MF, la APs y el IMSS.

## PARTE II. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

¿Qué se entiende por significado? ¿Desde qué perspectiva se aprecia el significado? ¿Sobre qué teoría, se analiza e interpreta el significado de práctica de MF y APs en el IMSS? Para responder estas preguntas se parte de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes. En el sistema social los individuos negocian estructuras de significado entre ellos, se toman en cuenta, crean y exhiben imágenes de ellos mismos y de otros, todo esto da como resultado un significado en la interacción social. El significado no se deriva de procesos mentales sino del proceso de la interacción social. Los significados se aprenden durante la interacción social en general y la socialización en particular. Las personas aprenden los significados en el curso de la interacción social.

El significado reside dentro del acto social, y está estrechamente relacionado con el sistema social:

“un sistema social consiste, pues, en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a <obtener un óptimo de gratificación> y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores- están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos” (Ritzer, 2002).

El significado tiene una acción e interacción; la acción social (que implica un solo actor) y la interacción social (dos o más actores implicados en una acción social mutua) sus características distintivas son: la acción social es aquella en la que el individuo actúa teniendo en mente a otros, tratando de medir su influencia sobre el otro u otros actores implicados. En el proceso de interacción social las personas comunican simbólicamente significados a otra u otras personas implicadas en este

proceso, en la interacción social los actores emprenden un proceso de influencia mutua. El significado tiene elección, esto quiere decir que las personas no necesitan aceptar obligatoriamente los significados que les vienen impuestos de fuera; los humanos son capaces de formar nuevos significados y nuevas líneas de significado.

El significado de un objeto (acción) particular es lo que lo distingue de otros objetos (acciones) posibles; sino existe la posibilidad de ser diferente, no hay significado. El objeto tiene significado sólo en la medida en que se hace una elección entre una serie de objetos posibles; los sistemas sociales que se basan en el significado son cerrados porque; el significado siempre se refiere a otro significado, sólo el significado puede cambiar el significado y el significado suele producir más significado. Por lo tanto se entenderá, que significado es la acción y la interacción sobre la base de la interpretación de la situación del actor, ahora bien ¿cómo interpretar como investigador el significado de esta situación dada por el actor? en la práctica de la MF y APs en el IMSS.

El funcionalismo-estructural es un enfoque de las ciencias sociales que creció hasta convertirse en uno de los métodos más utilizados para analizar el lenguaje, la cultura y la sociedad en la segunda mitad del siglo XX, teoría que se ocupa principalmente de las grandes estructuras e instituciones sociales. El significado está contenido en la acción y en la interacción de las estructuras e instituciones sociales, por eso es de gran ayuda la apuesta teórica del funcionalismo-estructural, para entender al significado en esta investigación.

La obra de Talcott Parsons “The Social System” es considerada habitualmente como un punto de origen de esta teoría. El funcionalismo-estructural puede ser visto como un enfoque general con un cierto número de variantes. En términos amplios, busca explorar las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el significado dentro de la cultura. De acuerdo con esta teoría,

dentro de una cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación.

El análisis ideológico del lenguaje y del discurso es una postura crítica ejercida ampliamente entre estudiosos de las humanidades y las ciencias sociales. Este análisis supone que es posible poner "al descubierto" la ideología de hablantes y escritores a través de una lectura minuciosa, mediante la comprensión y análisis sistemático, de sus ideologías por medio del lenguaje u otros modos de comunicación, signos, símbolos, significados, etc.

En este caso, se supone que tales estructuras del discurso contribuyen a los modelos mentales deseados de los acontecimientos: toda la información acentuada o las opiniones (esto es aquellas expresadas a través de los encabezados o aquellas que son tipificadas) tiende a colocarse en una posición prominente en el modelo mental. Esto facilitará la organización, el recuerdo y por ende el uso de tales modelos 'sesgados' en la formación y el cambio de opiniones.

En relación con las ideologías, las estructuras del discurso tienen siempre la doble función de poner en juego o "ejecutar" ideologías subyacentes por una parte, pero por la otra pueden funcionar como medios de persuasión más o menos poderosos, esto es, como medios estratégicos para influir en modelos mentales preferentes e –indirectamente– en actitudes e ideologías favorecidas. Es así que la formación, cambio y confrontación de las ideologías es también una función de la estructura del discurso, tanto a nivel micro de la expresión verbal el significado y la coherencia local de las oraciones, como en el nivel macro de los tópicos y del sentido global de lo expresado, todo ello muestra las ideologías subyacentes que pueden afectar en múltiples formas la semántica del discurso.

Cada una de estas líneas de influencia requeriría examinarse en una perspectiva más cognitiva y semántica pero el principio global es claro: los significados están, estructuralmente incluidos, por el principio del favoritismo hacia el *ingroup* y la

descalificación del *outgrup* un hecho muy conocido en la cognición social, y también en el análisis de las ideologías.

Si las ideologías, son estructuras basadas en categorías de grupo-esquema, entonces es de esperar que los significados del discurso bajo la influencia de tales ideologías contengan información que responde a las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes somos nosotros? ¿Quiénes (no) pertenecen a nosotros?
- ¿Qué hacemos nosotros? ¿Cuáles son nuestras actividades? ¿Qué se espera de nosotros?
- ¿Cuáles son las metas de estas actividades?
- ¿Qué normas y valores respetamos en tales actividades?
- ¿Con qué grupos estamos relacionados: quienes son nuestros pares, amigos, nuestro grupo y quienes No forman parte de esos núcleos?
- ¿Cuáles son los recursos a los que típicamente tenemos o no acceso (privilegiado)?

Esto es, cuando se examinan discursos que funcionan generalmente como modos de autodefensa, legitimación o explicación, o que tienen otras funciones de auto-compensación, esperaríamos encontrarse una presencia prominente de significados que pueden interpretarse como expresiones de estas categorías. En este caso servirá el significado como expresión de los modelos de valoración ideológica que están presentes en los sujetos que son parte y que son excluidos de su pertenencia para conocer la práctica de la MF en Aps en el IMSS.

Hay que tomar en cuenta que las ideologías son abstractas, porque tienen que ser funcionales en muchos campos y situaciones sociales, sin embargo estas categorías pueden especificarse en el texto y habla concretos en relación con asuntos sociales particulares (práctica médica). Por ejemplo, los médicos familiares de APs no solamente hablarán acerca de ellos mismos y de su

especialización en general, sino que pueden también hablar del porque su posición profesional con respecto a su bienestar social, la educación o la política.

En tanto estos modelos mentales admiten muchas experiencias y opiniones personales y se combinan con determinaciones contextuales (tal como se representan subjetivamente en los modelos mentales de contexto), la comparación de los discursos de diferentes miembros del grupo, en diferentes contextos, puede dar lugar al descubrimiento de articulaciones con ciertas ideologías y sus estructuras, en un contexto particular con los significados construidos como una generalidad en un marco significativo donde las ideologías cumplen este papel articulador y significante.

La etnografía ha sido quizá la contribución más importante que ha hecho la antropología cultural al campo del conocimiento, ella nos acerca físicamente al otro aunque el aproximarse no asegura el encuentro, lo que en realidad se busca es conversar con los *otros* y desde su función teórica es suministrar un vocabulario en el cual pueda expresarse la que la acción simbólica tiene que decir sobre sí misma, en este caso sobre el papel de la cultura en la vida humana. En palabras resumidas: es el lugar donde se construye y se discute el análisis social.

La adaptación del diseño etnográfico a la medicina ha dado origen a investigaciones médico-sociales. La etnografía fue desarrollada por antropólogos y sociólogos, la gran mayoría de los investigadores médicos tiene formación clínica y están fuertemente influenciados por los estudios cuantitativos, se ha habituado a observar el proceso salud-enfermedad desde un modelo medico biologicista, con resolución de la problemática con base en la medicalización de la mirada y de la aproximación metodológica, y a pesar de los desarrollos cualitativos su influencia en la investigación clínica es poca.

De los modelos de investigación en el área social, la etnografía se relaciona con la antropología y la sociología, y en particular con la perspectiva teórica funcional-

estructural. La etnografía es una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales; la etnografía recrea para el lector las creencias compartidas, prácticas, artefactos, conocimiento popular, significados y comportamiento de un grupo de personas, en consecuencia, “el investigador etnográfico comienza examinando grupos y procesos incluso muy comunes, como si fueran excepcionales o únicos, esto permite apreciar los aspectos, tanto generales como de detalle, necesarios para dar credibilidad a su descripción” (Galindo,1998; Hammsersley, 2007). La etnografía es una metodología que permite al investigador mirar y reconstruir el fenómeno estudiado. Comenta Galindo:

“en la invisibilidad de la rutina y la costumbre, cuando todas las acciones de los seres interiorizados parecen naturales y las de los demás, mundos cerrados en su propio sentido y lejanía, la etnografía tiene una vocación del otro, lo busca, lo sigue, lo contempla, su asombro se resuelve muchas veces en la racionalidad de los propios referentes, pero también hace estallar la certidumbre y alerta la imaginación” (Galindo, 1998).

¿Cómo es que conocemos a través de la etnografía?. Cabe señalar que este acto interpretativo rompe con las normas clásicas de hacer etnografía dentro de las cuales el objetivo era describir de manera característica los eventos específicos como si fueran rutinas culturales programadas colocando al observador a una distancia mayor del observado, pero el punto no es descartar estas normas clásicas, sino reemplazarlas para que sólo sean una, entre diversas formas viables de descripción social, en lugar de ser un modo único de escribir sobre otras culturas.

Para Geertz (1989) las influencias de metodologías construidas son insuficientes para explicar la realidad social. A partir de ello Geertz propone no sólo una metodología para la construcción de una etnografía científica, sino más bien una actitud para encarar una etnografía concebida como un acto interpretativo.

Para acceder a la comprensión de alguna ciencia se debe atender lo que hacen los que la practican, esto es hacer etnografía y es a partir de esta que se plantea una forma de conocimiento a través de este análisis.

¿Pero qué es lo que significa hacer etnografía? Geertz propone acerca de *cultura*: él se remite a un concepto semiótico, que retoma de Max Weber y considera que:

*“el hombre es un animal inserto en tramas de significación que el mismo ha tejido”* (Geertz, 1989).

Propone el análisis de la cultura no como una ciencia experimental en busca de leyes, sino como una *ciencia interpretativa en busca de significados*, propugna así por un concepto delimitado de cultura que no tenga múltiples acepciones ni ambigüedades que sostengan una vana universalidad, por lo que Geertz la ubica en el campo de lo simbólico.

El estudio de cultura empieza con la comprensión de cómo se entienden las personas. Si los etnógrafos estudian las historias que la gente dice sobre ellos mismos su trabajo es, entonces, el de mirar por el hombro de la gente cuando ellos cuentan estas historias y anotarlas con precisión. La idea es conseguirlo correctamente y no con malas citas y, más allá de eso, tratar de discernir entre los problemas importantes y los triviales.

El oficio de la etnografía es la observación del investigador (llamado *etic*) dirigida hacia el otro (llamado *emic*), dejando que la percepción haga su trabajo, y todo lo que aparezca formara parte de un texto que al final podrá descifrarse, la etnografía trata de hacer lo invisible visible. El *etic* intenta comprender al *emic* en su espacio (lugar donde se ubica el *emic*), reconociendo sus prácticas (que hace, como lo hace, quien y entre quienes lo hacen) en un espacio. La etnografía según Geertz tiene tres partes, la observación, la descripción y el análisis.

La investigación etnográfica pretende explicar e interpretar expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie, Geertz, opina:

*“si uno desea comprender lo que es ciencia, en primer lugar debería prestar atención, no a sus teorías o a sus descubrimientos y ciertamente no a lo que los abogados de esa ciencia dicen sobre ella; uno debe atender a lo que hacen los que la practican” (Geertz, 2000).*

La etnografía como acercamiento a una forma de conocimiento, no es un método, es el tratar de establecer relaciones, seleccionar a los informantes, transcribir texto, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario, etc., pero estas técnicas no definen a la etnografía la define su *descripción densa*, pensar y reflexionar.

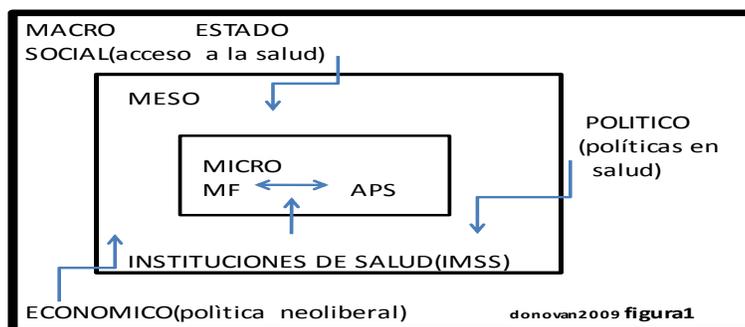
El etic debe trasladarse al lugar de la investigación (trabajo de campo o *in situ*), donde está el hecho a investigar, donde se llevara a cabo la observación, esa mirada del etic, tiende a formar guías o cédulas de observación que tratan de la descripción del fenómeno en estudio, lo que arrojará posteriormente la construcción de un instrumento de guía de entrevista para la aplicación al emic, en donde el emic ofrecerá el significado del problema en investigación, el cual podrá ser analizado posteriormente.

## CAPÍTULO 5. Justificación y planteamiento del problema

Abordar desde la perspectiva de la salud colectiva, el proceso histórico de la medicina familiar en el primer nivel de atención, su desarrollo como un modelo hegemónico, las contradicciones que guarda la especialidad en el quehacer médico de los servicios de salud, entre otras; hallar las tensiones de su conservación y transformación, su dominación y resistencia, así como entender la Atención Primaria a la Salud desde su estructura más fina, pasando por sus debilidades y fortalezas, para comprender la Medicina de la Atención Primaria a la Salud (APs) basada en Medicina Familiar (MF), y poder revelar las contradicciones en la mejora de la Medicina Familiar, que tanto han costado y que se ha difundido como ejemplo a nivel mundial.

La medicina familiar está instaurada en la atención primaria a la salud (práctica de la medicina que ofrece atención integral de primer contacto, tanto curativa como preventiva) y a su vez opera con base en el modelo de atención médica hegemónica, en contextos sociales, político y económico. La Figura 1 representa la mirada de totalidad de los servicios de salud donde está instalada la MF y las Aps.

**Figura 1: Modelo de los servicios de atención en salud, a nivel Macro, Meso y Micro.**



La MF tiene la oportunidad de ser protagonista en el sistema de salud mexicano, y hasta la fecha no se ha podido consolidar como pilar fundamental de la APs en México. Parecería que está destinada al olvido o al fracaso en un sistema social que le dio vida y que ahora lo abandona, como un gasto excesivo al sistema, así como la falta de capacidad resolutoria del problema de salud de la mayoría de la población. Agregado a esto, el aumento de los conocimientos médicos ha tornado que un médico familiar no pueda estar enterado de la enorme cantidad de información que se incorpora y descarta continuamente, a pesar de ser un especialista. La medicina se ha dividido y este proceso ha llevado a reducción de áreas cada vez más específicas del individuo, la subespecialización es la tendencia dominante y no parece que vaya a declinar; donde insertar al médico de familia, que lo mismo atendía un parto, resolvía una intoxicación por picadura de alacrán o atendía una angina de pecho, ¿tenderá a desaparecer?

Esta investigación surge a partir de la pregunta ¿Cuál es la práctica de los profesionales de la medicina familiar en la atención primaria a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)? la cual incluye los aspectos de: Atención Primaria a la Salud (APs), Medicina Familiar (MF) e Instituciones de Seguridad Social. Se trata de abordar esta situación desde la salud colectiva para explicar los procesos sociales de la medicina y en particular el de su carácter mercantilista (mirada del proceso de producción, fuerza laboral etc.).

Esto representa un desafío de análisis respecto a la MF y la APs, el trabajo se centrará específicamente en el caso Mexicano. No se ha realizado hasta el momento una reflexión de esta índole, dado que el devenir de la medicina familiar (MF) es incierto, podría tender a desaparecer, con las instituciones públicas de salud, o tendrá inmersa dentro de sí una nueva posibilidad de práctica, y es aquí donde está la oportunidad de incidir otorgándole aportes innovadores para repensar a la MF y a la Aps.

Una segunda razón es porque en mi quehacer diario como médico-administrador-clínico y familiar, se han detectado situaciones de apatía, exceso laboral, poca retribución económica, desgaste de la relación médico-paciente, y rechazo académico de otras especialidades médicas. La realidad institucional de este entorno laboral ha quedado a merced de una realidad en papel interpretada por el indicador mercantil-institucional, y se ha olvidado de la salud social la cual le dio origen. La MF, como práctica clínica y asistencial que ha pasado a transformarse en un proceso con un objetivo final de satisfacer los indicadores institucionales con orientación mercantil-institucional, que terminara justificando la propia extinción estatal de la MF.

La tercera fue porque en el espacio social del IMSS, se han tomado en la mayoría de los casos, decisiones con administradores que se basan en mejorar los indicadores de desempeño y rendimiento profesional al margen de consideraciones sobre los resultados de la atención. La orientación de los gestores de la administración central del IMSS toma al final de cada año decisiones, a partir de evaluaciones con variables definidas a priori sin incorporar las características de la realidad institucional. Cabe mencionar como ejemplos; tasa de mortalidad materno infantil, para abatirla consulta médica cada 7 días o cada 15 días; número de consultas por mes por médico, para aumentar el indicador agenda de pacientes cada 5 o 10 minutos; número de asistencias médicas al año por médico, para garantizar su asistencia bono de productividad; número de envíos a segundo nivel o tercer nivel, para disminuir referencias autorizar sólo dos por médico por día, independientemente de la patología de base; número de recetas por médico, para disminuir la prescripción dos tipos de recetas la manual y la electrónica, además de bloquear acceso electrónico a prescripción de medicamento cuando se requiera en supervisión; consultas médicas a pacientes diabéticos e hipertensos, aumentar para cada paciente el control de paciente diabético e hipertenso; minutos de espera en sala, corrigiéndolos al momento de ingreso del paciente a consulta médica; mejorar la captura de diagnósticos clínicos, se inicia con la nota medica electrónica. No cabe

duda que son indicadores para mejorar la operación, pero se olvida que en el espacio social donde ocurre la atención hay procesos que intervienen que no son directamente ni únicamente imputables al rendimiento médico. Con lo cual se afecta a la MF y la APs, generando o incrementando las percepciones negativas de los usuarios sobre su existencia.

La cuarta razón, gira en torno al tipo de práctica médica que se está llevando a cabo en las Instituciones de salud. Al parecer todo marcha hacia la involución del sistema salud público, si sólo existiera la organización institucional hacia la mejora y se invirtiera más presupuesto en salud, tanto la práctica médica y la atención médica, volverían a renacer, con nuevos impulsos que se verían reflejados en una población integralmente atendida, tal vez el debate de exigencia debe ser en el entorno político donde está sujeto el campo de juego del poder, donde existen intereses particulares evidenciando la incoherencia discursiva del poder político, mientras se manifiesta escasez de recursos, falta de organización, pertenencia y rumbo social.

Otra, la quinta razón: la mitad de la población mexicana depende de la atención médica de la seguridad social a tal grado que la vida sería impensable sin esta prestación estatal. Pero cada día hay signos de una creciente crisis de confianza en ella, propiciada a partir de la crisis económica y política del país desde final de los años 70, “profundizándose en 1982-83 dieron lugar a políticas denominadas de ajuste –política neoliberal-” (Menéndez, 2006), la cual impulsa el libre mercado, disminución de aranceles a las exportaciones y privatización de empresas nacionales, respecto al sector salud las políticas dictadas por el Banco Mundial se aplican en México, como extender coberturas de atención médica a enfermedades sólo en primer nivel de atención, eliminar enfermedades transmisibles y disminuir la fecundidad, reducir el gasto en salud a nivel federal así como el papel del gobierno federal en la prestación de servicios de salud, descentralizando los servicios de salud e impulsando el sistema único de salud.

En la crisis de 1994, respecto a salud las políticas neoliberales, llevaron a la

“descentralización del sistema de salud mexicano, así como promovieron la desfinanciación de la seguridad social y favorecieron la mercantilización de los servicios de salud” (Menéndez, 2006).

En los años 2008-09 se recrudeció mundialmente la crisis económica por la desaceleración económica de los Estados Unidos de América, en México el secretario de Hacienda Agustín Carstens propuso el recorte presupuestario del gobierno, en el cual los programas sociales no serían afectados, sin embargo ese discurso no se correspondió con la realidad, ya que resultaron afectados en primer lugar las universidades públicas y en segundo lugar el sector salud; así, en salud el recorte presupuestario para el año 2010 fue de \$5 mil millones de pesos, para la Secretaría de Salud (Ssa), el Secretario de Salud Córdova Villalobos explicó que

“este impacto sólo se reflejaría en el gasto corriente y no implicaría despidos ni afectaría el desarrollo de la investigación médica” (Becerril, 2009).

No cabe la duda que la economía influye en la medicina, por lo cual esto ha marginado a la medicina institucional, y la ha sometido a un modelo inacabado e ineficiente, en un modelo médico-hegemónico-estatal rebasado por las expectativas de la población y de los propios políticos. En este modelo domina lo curativo que definitivamente es altamente costoso, incrementa la prescripción de medicamentos, subutilización de la tecnología médica que favorece a las grandes industrias en salud, sobresaturación de la demanda de los servicios de salud; todo ello con eficacia limitada. La crisis económica que vive el país, ha recrudecido el incremento en la desocupación laboral y con esto la desfinanciación de los servicios estatales en salud principalmente IMSS e ISSSTE, lo que pone en duda la atención médica con calidad sin recursos financieros y sin reconocimiento social.

Todas las situaciones señaladas, muestran la importancia de la MF como especialidad médica, y emerge la necesidad de análisis desde un enfoque económico, político y social, para entenderla, y también a la atención primaria a la salud y las instituciones de salud estatal; entonces surgen varias preguntas ¿la práctica médica redignifica los espacios sociales? ¿la MF construirá una significación medico social alternativa? ¿la MF-APs son pilares aislados? ¿La MF y el IMSS son indisolubles? Para el IMSS como institución y para su trascendencia en la sociedad es necesario investigar si la MF está llegando a su fin como señalan algunos autores:

“la gran mayoría de los profesionales ya empezaron a dar muestras de una pérdida de confianza en sus conocimientos” (Pakman, 2005).

La realidad social es cambiante y el campo donde pretendíamos jugar es indeterminado, la complejidad y la incertidumbre del campo médico está presente, el conocimiento es de sólo algunos médicos investigadores, es momento de indagar otros caminos para la MF, en espacios no mercantilizados ni subordinados al cumplimiento de los indicadores, sino apegados al fortalecimiento de esta gran institución de seguridad social.

**De lo anterior surge la siguiente pregunta de Investigación:**

¿Cuál es el significado de la práctica de los profesionales de la medicina familiar en la atención primaria a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social-Edo. Mex. Oriente?

**Objetivo General:**

Interpretar el significado en la práctica de los profesionales de la medicina familiar y de la estructura de la Medicina Familiar dentro de la Atención Primaria a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social

**Objetivos Específicos:**

- 1.-Conocer el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medicina Familiar en la Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.-Categorizar el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medicina Familiar en la Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 3.-Describir la estructura de la Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 4.-Contrastar los servicios de atención medica del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus efectos en la Medicina Familiar.

## CAPÍTULO 6. Diseño de la investigación

*“La metódica es un proceso móvil, no rígido”.*

Este capítulo aborda la estrategia metodológica para desarrollar la investigación; se presentan uno a uno los pasos orientados a resolver las preguntas de la investigación, a partir de una metodología que articula el nivel conceptual con el empírico con el desarrollo los instrumentos para la aproximación concreta, y además se explica el método de la investigación.

Cuando se inició la realización del trabajo, en enero del año 2009, no se tenía un enfoque de trabajo metodológico específico, el trabajo estaba definido en comprender las formas y prácticas de la medicina familiar (MF) en la atención primaria (APs) en México, como eje central en el IMSS, *obtener el significado de práctica de la MF en la APs*, delimitaba y definía el problema de la investigación; sin embargo era manifiesto que la mayoría de las investigaciones en MF se realizan con un perfil biomédico, con tintes o barnices de terapia familiar, existen pocos antecedentes enfocados a los aspectos formativos y de práctica, así como sobre los significados de esta especialidad. Ante ello, se decidió orientarla el trabajo con técnicas etnográficas, porque ofrecen elementos y enfoques que permiten dar cuenta de las pretensiones de conocimiento enunciadas en los objetivos planteados de esta investigación.

En este trabajo existe interés por la exploración de un fenómeno social particular, más que examinar hipótesis de estos fenómenos, en esta investigación se trabaja con datos no estructurados, y su análisis implica la interpretación de significados, además el trabajo de campo incluye la observación participante, de médicos familiares, con el fin de disponer de reflexividad contextual (*la interacción social que se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar, así como las negociaciones consensuadas y las complejidades del trabajo clínico y práctico, las tipificaciones, las relaciones entre medicina hegemónica y liberal*); las cuales no son características exclusivas de la etnografía pero sí consensuadas por varios

autores como Guerrero (2003), Guber (2001), Hammersley (2007), Savage (2000) y Schwartz (1999).

Los ejes de este trabajo de investigación se remiten a nociones como práctica médica de especialistas en medicina familiar, en los cuales se trata de ubicar los significados de práctica médica, su origen, problemas, características, procesos, gestiones, alcances, virtudes, limitaciones, extensiones, pertenencia. Para hacer visible la vida cotidiana de la formación y práctica de la medicina familiar en la atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social. Una aproximación a los significados dado por las personas en esta relación requiere realizar investigación de corte cualitativo ya que los significados constituyen el núcleo de la investigación. La mejor manera de aprenderlos es por esta forma de proceder en la investigación científica.

En la investigación cualitativa se operan técnicas interpretativas de aproximaciones de la vida cotidiana, que tratan de identificar y analizar el mundo empírico, donde la realidad de una circunstancia o situación concreta se expresa, además que, por la naturaleza del objeto de estudio existe un vínculo indisoluble entre el mundo objetivo y el mundo intersubjetivo de los sujetos, lo que implica observación directa de las situaciones reales y cotidianas, y como resultado el trabajo constante en la formación no estructurada de los datos para reconocer el significado esta acción social.

Por lo tanto el discurso ideológico de modo particular estará semánticamente orientado hacia los tópicos, significados locales e implicaciones, y por ello se identificaron las siguientes categorías de análisis:

a) Descripciones autoidentitarias. Quienes somos, de dónde venimos, cuáles son nuestros atributos, cuál es nuestra historia, de qué modo somos diferentes a otros, de qué estamos orgullosos; pero también ciertos argumentos delimitativos en relación a los Otros. Tales descripciones de auto-identidad son generalmente

positivas. Esto es, que las descripciones auto-identitarias son particularmente importantes para aquellos grupos que se definen en relación a sí mismos o en relación al otro, principal o exclusivamente por sus características (más o menos permanentes, inherentes o atribuidas) tales como género, raza, etnicidad, religión, lenguaje, origen.

b) Descripciones de actividad. ¿Cuáles son nuestras tareas? ¿Qué es lo que hacemos? ¿Qué se espera de nosotros? ¿Cuáles son nuestros papeles sociales? La descripción de la actividad ideológica es típica en aquellos grupos que se definen por lo que hacen, como los grupos profesionales y los activistas. Las ideologías médicas periodísticas, profesionales, o ecologistas, etc., se centran en lo que hacen sus miembros (buenas cosas), tales como escribir noticias, hacer investigación, curar enfermos o protestar contra la contaminación.

c) Descripciones de propósitos. Las actividades adquieren un sentido ideológico y social solamente si tienen propósitos (positivos). De este modo, el discurso ideológico de los grupos se enfocará particularmente en los (buenos) propósitos de sus actividades, tales como informar al público o servir como vigías de la sociedad (los periodistas), buscar la verdad o educar a los jóvenes (los profesores), o bien preservar la naturaleza (los ambientalistas). Se debe enfatizar que tales descripciones de objetivos son por definición ideológicas, y no necesariamente corresponden a los hechos: es así como los grupos y sus miembros quieren verse a sí mismos o quieren ser vistos y evaluados.

d) Descripciones de normas y valores. Para una buena parte de los discursos ideológicos son cruciales los significados que involucran normas y valores acerca de lo que nosotros consideramos como bueno o malo, correcto o erróneo, y lo que en nuestras acciones y propósitos tratamos de respetar o de alcanzar.

e) Descripciones de posición y de relación. También los grupos definen ampliamente su identidad, actividades y propósitos en relación con otros grupos.

Mediante esta categoría se puede prever que se pondrá un especial énfasis en las relaciones grupales, el conflicto, la polarización, y la presentación negativa del otro (desacreditación).

Se puede apreciar que un análisis elemental de las ideologías en términos de cierto número de categorías hipotéticas que definen parámetros sociales básicos de los grupos, permite también postular significados en el discurso típicamente orientados al grupo, especialmente cuando la identidad, propósitos, normas, posición y los recursos del propio grupo de pertenencia están en conflicto con otros grupos y cuando el propio grupo es desafiado, amenazado o dominado.

Cuando este no es el caso, por ejemplo cuando la dominación no está cuestionada, dichas estructuras ideológicas estarán simplemente presupuestas o bien se pueden considerar como propias del sentido común. En tal caso, se requiere analizar los significados ideológicos haciendo explícitos los significados implícitos y aquellos significados que se toman habitualmente como lugares comunes.

En síntesis: el significado es la acción y la interacción sobre la base de la interpretación de la situación del actor (sujeto, persona, individuo) en una estructura social, *función/estructura+acción= significado*, ahora bien, sobre qué base teórica interpretar el significado del actor en la práctica y formación de la MF y APs en el IMSS; la teoría del funcionalismo-estructural es el acercamiento para el análisis e interpretación del significado de práctica y formación, por ser una teoría sociológica que trata de articular categorías, tipificaciones o estructuras, en donde el investigador somete la realidad a su análisis, es un sistema simbólico construido para indagar sistemas reales, y el elemento dominante es la relación entre estructura y función, o sea el grado de integración que muestran las partes en su relación dinámica con el todo, así como la posibilidad de la predicción a corto plazo de un sistema social.

La práctica médica se interpreta como la operación que implica a un conjunto de conocimientos científicos (en este caso médicos) y técnicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos (cuerpo, individuo, persona, etc.). En medicina familiar esta práctica se realiza en el primer nivel de atención del sistema nacional de salud, en el caso del IMSS en unidades de medicina familiar, unidades auxiliares de salud y hospitales regionales. Esta práctica debe caracterizarse por atender el proceso salud-enfermedad del individuo, familia y comunidad, con principal atención en prevención, curación y rehabilitación.

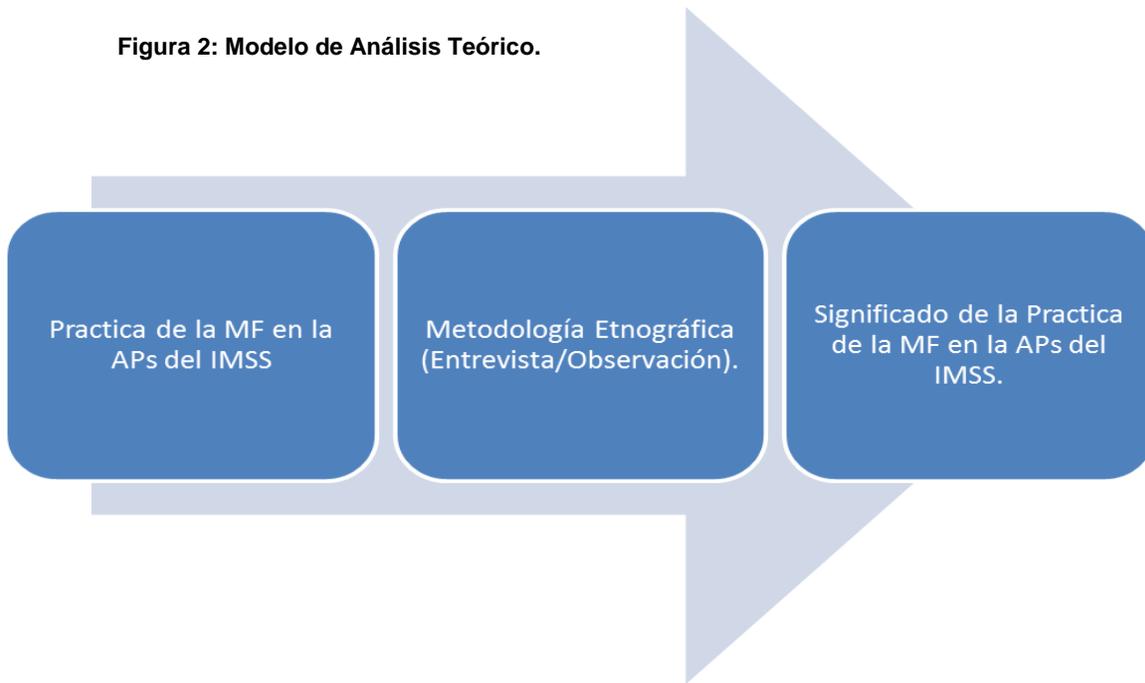
La formación médica, se interpreta como la acción destinada a desarrollar en los médicos residentes los conocimientos, destrezas y habilidades (reflexión, crítica, análisis e interpretación), que les permitan cuidar la salud del individuo, familia y comunidad, en un ambiente médico de primer nivel de atención.

La práctica médica se expresa en el significado de los actores médicos en la atención primaria, significado=acción+función/estructura, este será el punto estratégico de análisis y búsqueda de la información que remita a la realidad de la medicina familiar en el IMSS.

El interés de este estudio está en los significados de la práctica y formación de la MF en la APs en el IMSS, lo cual evidencia la formación y práctica médica dentro una institución de salud. Se trata de un estudio de casos examinado con estrategia etnográfica, que implica una observación directa de estas situaciones reales y cotidianas, la construcción de datos y la búsqueda de significado de acuerdo con la perspectiva de los sujetos investigados.

La validez de este estudio se integró con la riqueza de la información histórica, su análisis teórico y su interpretación.

**Figura 2: Modelo de Análisis Teórico.**



### **6.1. Selección de los casos**

Para seleccionar los casos se partió de los siguientes criterios:

1. Ubicación en el Estado de México Oriente (Edo.Mex.Oriente), por ser el lugar de adscripción del investigador, la delegación del Edo. Mex. Oriente, tiene 57 municipios, y está dividida administrativamente en tres zonas, Tlalnepantla, Ecatepec y los Reyes. Ocupa el segundo lugar a nivel nacional por el número de población derechohabiente (dh) de cualquier delegación del IMSS con 3 477 206 (IMSS.gob.mx), cuenta además con 45 Unidades de Medicina Familiar/2 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria con MF (UMAAcMF) y/o Hospital General Regional con MF (HGRcMF), donde se ofrece también medicina familiar.

2.-Que fuera en el Instituto Mexicano del Seguro Social (MSS), lo cual garantiza institucionalmente la identificación de la práctica médica familiar en primer nivel de

atención, esta delegación Edo. Méx. Oriente, cuenta con 1 312 médicos familiares (IMSS.gob.mx) y además imparte formación de médicos residentes en medicina familiar.

3.-Que fuera en Unidades de Medicina Familiar (UMF) donde se practica la medicina familiar, el IMSS Edo. Mex. Oriente tiene en Ecatepec 12 UMF, en Tlalnepantla 12 UMF, y en los Reyes 21 UMF, cada una de las cuales tiene entre 1 consultorio de MF hasta 40 consultorios de medicina familiar, lo que se explica por la demanda de atención médica en algunas zonas.

4.-Que existan médicos con especialidad en medicina familiar en las UMF, el IMSS fue el iniciador en México de esta especialidad médica, por lo cual es imperante para la investigación el contar con este recurso en salud.

5.-Que exista la disponibilidad institucional para el desempeño de esta investigación.

## **6.2. Método**

El método de esta investigación se conformó con la experiencia académica que se fue adquiriendo durante las actividades teóricas, conceptuales y metodológicas del Doctorado. Así, el método articula un complejo proceso de racionalidad científica que se nutre de distintas fuentes formales.

“El método es un discurso, un ensayo prolongado de un camino que se piensa. Es un viaje, un desafío, una travesía, una estrategia que se ensaya para llegar a un final pensado, imaginado y al mismo tiempo insólito, imprevisto y errante. No es el discurrir de un pensamiento seguro de sí mismo, es una búsqueda que se inventa y se reconstruye continuamente” (Morin, 2003),

Entender el significado de práctica y formación en MF en APs en el IMSS, apoyados en la investigación etnográfica con sus componentes básicos, observación y entrevistas serán referentes clave de esta investigación, un método como actividad pensante y cambiante. El alcance de los objetivos de este estudio y la aproximación a responder las preguntas de investigación, requieren entender y comprender significados, para comprender el método empleado se realizó el siguiente cuadro:

**Cuadro 1: Objetivos, métodos e instrumentos de estudio.**

Objetivos	Métodos e Instrumentos	Categorías
Conocer el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medicina Familiar-Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.	-Observación (notas de campo). -Entrevistas estructuradas.	Conocimiento
Describir la estructura de la Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	-Análisis documental (formato de análisis bibliográfico, síntesis de discursos escritos).	Comprensión
Contrastar los servicios de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus efectos en la Medicina Familiar.	-Observación (notas de campo). -Entrevistas estructuradas.	Analizar
Categorizar el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de Medicina Familiar-Atención Primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.	-Entrevistas y observaciones sometidas al análisis de contenido en Atlas-Ti, su asociación.	Síntesis y Análisis

### 6.3. Instrumento, construcción y validación

Para construir el instrumentó de observación y de entrevista, se realizó un banco de preguntas orientadas a obtener el significado de la práctica de la Medicina Familiar, a partir de las categorías; identidad, actividad, propósitos, normas y valores, posición y relación; estas fueron revisadas por expertos en el área de Atención Primaria a la Salud, con tres expertos en ronda de tres, obteniéndose una versión preliminar de guía de observación y entrevista; para su validación, se aplicó a un grupo piloto, para esto se realizó un cronograma institucional, de las UMF del Estado de México Oriente IMSS, donde se tomaron en cuenta consultorios médicos, zonas administrativas, permisos institucionales y organización administrativa, este proceso fue para validar el instrumento de observación y entrevista, con médicos familiares en el área operativa (Cuadro 2 a y 2 b).

**Cuadro 2 (a): Observaciones que deben realizarse en UMF/UMAA, del Edo. Mex. Oriente (prueba piloto)**

	REGIONES						
	ECATEPEC		LOS REYES		TLANEPANTLA		
	NUMERO DE CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR						
	1 a 5	6 o mas	1 a 5	6 o mas	1 a 5	6 o mas	
UMF			2	3			
UMAA/ HGRcMF							
Total	0	0	2	3	0	0	5

**Cuadro 2(b): Entrevistas que deben realizarse en UMF/UMAA, del Edo. Mex. Oriente (prueba piloto)**

	REGIONES						
	ECATEPEC		LOS REYES		TLANEPANTLA		
	NUMERO DE CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR						
	1 a 5	6 o mas	1 a 5	6 o mas	1 a 5	6 o mas	
UMF			Amecameca (25-30-julio-2010)	Chalco, UMF 195. (25-30-julio-2010)			
UMAA/ HGRcMF							
Total	0	0	2	3	0	0	5

Ya obtenida la prueba piloto, se realizaron ajustes al instrumento;

1.- Logística y organización (obtención de los permisos institucionales para cada UMF de las zonas administrativas, desplazamiento del personal de observación y de entrevista, y la continuidad del trabajo de campo de acuerdo al cronograma de actividades). Dentro de la logística el problema encontrado fue que para las entrevistas se requirió de la contratación (médico que es contratado por la UMF u otro médico familiar, para cubrir tiempo extra o día laboral completo, los motivos por el cual cubre este médico son ausencia laboral por incapacidad, problemas familiares, evento del médico a un curso, anticipar vacaciones, etc.) de un médico familiar que funcionó, otorgando consulta médica en ausencia del médico en entrevista para así poder realizar la entrevista sin afectar operativamente el servicio de medicina familiar, esto conlleva a la elevación de los costos de esta investigación a lo cual es de suma importancia para completar la investigación.

2.- En lo referente a la guía de entrevista, se realizaron ajustes en la categoría de identidad, tratando de otorgar dirección por parte del entrevistador a este rubro de categoría.

3.-En la fase piloto, los directivos de las UMF asignaron a los médicos familiares de observación y entrevista, lo cual a sugerencia del comité de la tesis se trató de evitar, manteniendo la aleatoriedad en la prueba ya validada.

4.-Se llegó al consenso de que todo medico/a observada debía ser entrevistado/a, para este estudio.

5.-No fueron otorgados los permisos institucionales para la observación y entrevista en las regiones de Ecatepec y Tlalnepantla, por no considerarse adecuados por parte de directivos del IMSS.

#### 6.4. Instrumento final

Este se obtuvo de los ajustes realizados después de la prueba piloto, y fue el instrumento que se aplicó a la muestra, en la Zona los Reyes en UMF del IMSS.

**Cuadro 3; Operacionalización de Variables para la guía de observación, y guía de entrevista.**

Variables	Observación Practica Medica Familiar	Entrevista Preliminar
Identidad	a) Cómo es el médico familiar. b) Quiénes intervienen en la práctica de la medicina familiar. c) Qué vínculos existen en la práctica de la	a) ¿Qué es para usted la medicina familiar? b) ¿Qué es ser médico familiar? c) ¿Por qué escogió usted la medicina familiar, como especialidad médica?

	<p>medicina familiar.</p> <p>d) Alguien más participa en la práctica la medicina familiar.</p> <p>e) Con qué instrumentos se practica la medicina familiar.</p> <p>f) A qué grupos etáreos va dirigida la práctica de la medicina familiar.</p>	<p>d) ¿A quién cree usted que va dirigida la medicina familiar?</p> <p>e) ¿Cómo es la medicina familiar a diferencia de otras especialidades médicas?</p> <p>f) ¿Cómo es la medicina familiar actualmente?</p> <p>g) ¿Cuál es para usted la identidad de la medicina familiar?</p> <p>h) ¿Cuál es el futuro de la medicina familiar en el IMSS?</p>
Actividad	<p>a) Que es lo que se hace en el consultorio.</p> <p>b) Cuantos pacientes se atienden al día.</p> <p>c) En cuanto tiempo se atiende a un paciente.</p> <p>d) Cuanto tiempo emplea en el Interrogatorio médico y/o exploración física.</p> <p>e) Cuanto tiempo emplea para la explicación del diagnóstico/enfermedad/ Prescripción médica, en la consulta médica.</p> <p>f) Como es la explicación</p>	<p>a) ¿En qué consiste la práctica de la medicina familiar?</p> <p>b) ¿Qué se hace en la medicina familiar?</p> <p>c) ¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorar la medicina familiar?</p> <p>d) ¿Cuántos pacientes atiende al día?</p> <p>e) ¿En cuánto tiempo atiende a un paciente?</p> <p>f) ¿Cree que el tiempo disponible es el adecuado para la atención médica familiar?</p>

	<p>del diagnóstico/enfermedad/prescripción médica en la consulta médica.</p> <p>g) Cuantos estudios de gabinete y laboratorio interpreta al día.</p>	<p>g) Si dispusiera de menos pacientes por hora, ¿en qué mejoraría la atención que brinda?</p> <p>h) ¿Cómo influye en la atención que proporciona usted, la demanda de pacientes?</p>
Propósitos	<p>a) Se informa a los pacientes, respecto a la atención medica familiar que se realizará y realizó.</p> <p>b) Cómo se dirige a los pacientes y familiares el médico familiar (respeto, persuasión, imposición).</p> <p>c) El discurso medico está orientado al paciente, de qué forma se da (informativo, sin información, no coherente, confuso, etc.)</p>	<p>a) ¿Cuál es la misión de la medicina familiar?</p> <p>b) ¿Cómo cree usted, que se cumple esa misión la medicina familiar en el IMSS?</p> <p>c) Lo que usted hace ¿qué propósito tiene?</p> <p>d) Cual cree usted, que sea el propósito de la medicina familiar en el IMSS.</p>
Normas y Valores	<p>a) ¿Tiene capacidad de tomar decisiones sin ayuda de otras personas en la consulta médica? (<i>valora autonomía y libertad</i>)</p> <p>b) ¿Cómo es el respeto a la creencia, ideas y prácticas de los</p>	<p>a) ¿Cómo cree usted que es el respeto en la atención médica, hacia el paciente, hacia la asistente médica, hacia los colegas, hacia los familiares de los pacientes?</p> <p>b) ¿Cree usted que tiene libertad (las facilidades, condiciones) de realizar</p>

	<p>pacientes, en la consulta médica? (<i>valora tolerancia</i>)</p> <p>c) Como es la atención entre médico-paciente.</p> <p>d) Como es la comunicación verbal y no verbal en la atención médica entre médico-paciente.</p> <p>e) Se toman descansos entre la atención medica de cada paciente o incluso en la misma atención médica, cuáles? (<i>valora autonomía</i>)</p>	<p>una atención médica, adecuada, porque?</p> <p>c) ¿Cree usted que necesita tiempo de descanso entre consultas médicas, porque?</p> <p>d) ¿Qué debería ser lo más importante de la medicina familiar en el IMSS?</p> <p>e) ¿Cuál debería ser la valoración de la especialidad de medicina familiar respecto a otras especialidades médicas?</p> <p>f) ¿Cómo es el prestigio de la especialidad de medicina familiar?</p> <p>g) ¿Cómo debería ser el prestigio de esta especialidad?</p>
<p>Posición y Relación</p>	<p>a) Se manifiestan indicaciones en la consulta médica y de qué tipo son estas indicaciones, y a quien van dirigidas.</p> <p>b) Quien da las indicaciones en la atención médica.</p>	<p>a) ¿Cómo son las indicaciones, ordenes, sugerencias, que da al paciente?</p> <p>b) ¿Cuáles son estas indicaciones?.</p> <p>c) En la atención médica, sus decisiones medicas ¿las consulta/ o somete con/alguien?</p>

	<p>c) Crean conflicto estas indicaciones en la atención médica familiar.</p>	<p>d) ¿Cómo debe ser la relación de autoridad en la atención médica de medicina familiar?</p> <p>e) ¿Quién debe ejercerla?</p> <p>f) ¿Hasta qué límite?</p>
		<p>¿Qué otras preguntas considera usted que deberían hacerse?</p>

## 6.5. Muestra de estudio

El siguiente paso está encaminado a la aplicación de una guía de observación y de entrevista ya validada, la selección fue aleatoria de acuerdo a número de consultorios por unidad de la zona de los Reyes IMSS Edo. México Oriente (Cuadro 4).

**Cuadro 4: Observaciones y Entrevistas que deben realizarse en UMF, de acuerdo a consultorios médicos, del Edo. Mex. Oriente**

Zona Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ecatepec					
Tlalnepantla					
Los Reyes 19-31/08/10	UMF84, Chimalhuacán MF Consultorio 11	UMF84, Chimalhuacán MF Consultorio 3	UMF84, Chimalhuacán MF Consultorio 7,9	UMF84, Chimalhuacán MF Consultorio 14	UMF84, Chimalhuacán MF Consultorio 2
Balance de los servicios cubiertos					
Los Reyes: 6 diarios de campo y entrevistas, turno matutino y vespertino.	Tlalnepantla: 0 diarios de campo, turno matutino y vespertino.	Ecatepec: 0 diarios de campo, turno matutino y vespertino.	6 diarios de campo y entrevistas en UMF		

\*la permanencia en las UMF/UMAA oscilará entre las 9.00 am a las 19:00 pm, en horarios discontinuos.

**Cuadro 4: Observaciones y Entrevistas que deben realizarse en UMF, de acuerdo a consultorios médicos, del Edo. Mex. Oriente**

Zona Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ecatepec					
Tlalnepantla					
Los Reyes 19-31/08/10	UMF83 Chicoloapan MF Consultorio 1	UMF83 Chicoloapan MF Consultorio 6,8	UMF78 Nezahualcóyotl MF Consultorio 2	UMF78 Nezahualcóyotl MF Consultorio 3	UMF78 Nezahualcóyotl MF Consultorio 11
Balance de los servicios cubiertos					
Los Reyes: 6 diarios de campo y entrevista, turno matutino y vespertino.	Tlalnepantla: 0 diarios de campo, turno matutino y vespertino.	Ecatepec: 0 diarios de campo, turno matutino y vespertino.	6 diarios de campo y entrevista en UMF		

\*la permanencia en las UMF/UMAA oscilará entre las 9.00 am a las 19:00 pm, en horarios discontinuos.

## 6.6. Implicaciones éticas

De acuerdo a “La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” por medio de la 18a Asamblea Medica Mundial realizada en Helsinki, Finlandia, junio de 1964, enmendada por la 29a Asamblea Medica Mundial en Tokio, Japón octubre de 1975 y recientemente la 52a Asamblea General en Edimburgo, Escocia del 2000. La asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una

relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con alguna relación.

La Ley General de Salud en su Art. 20, que dice lo siguiente: “Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito donde autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección sin coacción alguna”. Asimismo el reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la salud, en el título segundo menciona sobre aspectos éticos de la investigación en seres humanos, indicando que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto, dignidad y la protección a sus derechos bienestar, entre otros, como el Art. 17, “considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”.

Para esta investigación el consentimiento informado se basó en estas dos leyes una internacional y la otra nacional, obteniendo un documento revisado y validado por el comité de ética e investigación clínica, del IMSS (*anexo 1*).

### PARTE III. LA EVIDENCIA EMPIRICA

En un lapso comprendido entre los meses de septiembre a noviembre del 2011, se realizó el trabajo de campo, la obtención de información constó de: 12 entrevistas con un lapso de 30 a 45 minutos de duración, con 12 observaciones; se pudo obtener aleatorización de los médicos estudiados de un 100%, la relación de género de mantuvo 2 a 1 del sexo femenino.

Ya obtenida la información se realizó transcripción de las entrevistas y observaciones, se realizaron códigos en cada categoría para análisis de entrevistas (*anexo 2*) y observaciones (*anexo 3*), cabe mencionar que estos códigos conforman la parte medular de la aproximación teórica al significado, lo que ratifica la postura de anclaje; para mantener el anonimato en el análisis, se le otorgó a cada entrevista con su observación un código de E1 a E12 de manera aleatoria.

Las transcripciones se analizaron en Atlas.Ti V17, ya conformados los códigos se inició el análisis discursivo, en un primer momento, asociaciones del significado de la práctica médica conformado por los siguientes códigos: identidad/actividad/propósito/normas-valores/posición-relación, en entrevistas y en las observaciones; en el segundo momento: se obtuvieron mapas de asociación entre significado de práctica médica en las entrevistas y en las observaciones.

## **CAPITULO 7. La voz de los actores**

En esta parte se presenta una aproximación al significado de práctica de la medicina familiar en la APs del IMSS. Desde la perspectiva de los sujetos formados y practicantes de esta especialidad médica; el acercamiento en este estudio fue a través de entrevistas estructuradas con base en categorías previamente establecidas; donde se identificaron las expresiones sobre los temas con códigos (implícitos/explicitos) acerca de la práctica de la medicina familiar en el IMSS. Es importante señalar que aquí sólo se presentan las entrevistas con respuestas explícitas a las preguntas que se formularon, ya que algunos de los entrevistados omitieron respuestas específicas.

A continuación se presentan los aspectos que se consideran como los más relevantes de acuerdo a las categorías y códigos establecidos, agrupados según cada una de las personas entrevistadas.

### **7.1.- Categoría Identidad**

Esta categoría se definió para establecer el sentido de identidad de la especialidad en medicina familiar por los médicos/as que la ejercen y que tienen esa contratación laboral en el IMSS.

Para ello, se establecen siete tópicos específicos, cada uno de los cuales ofrece información particular sobre algún aspecto relevante. A continuación se presentan los fragmentos más significativos de cada uno de esos tópicos.

### 7.1.1.- Forma como se expresa el significado de medicina familiar

(E1) La medicina familiar es para mí el proporcionar al paciente y a sus familiares una atención integral, eh, desde el punto de vista bio-psicosocial, o sea, no nada más nos enfocamos en un solo padecimiento sino que se ven todos los puntos de vista físicos, emocionales de sus alteraciones que también puede tener dentro de su familia.

(E3) Nosotros nos metemos más a parte de la medicina general, problemas ginecológicos, problemas de ortopedia, o sea, una cosa más global y aparte el médico familiar abarca no solamente al paciente sino a su familia, el enfoque familiar, entonces es una visión más completa.

(E4) Yo siento que profundizamos más en los problemas como médico general, pero damos mejores soluciones, eso es para mí un médico familiar, aunque no somos médicos internistas, tampoco somos cardiólogos ni neurólogos, vemos el padecimiento mucho más profundo y damos una mejor solución.

(E5) Es una especialidad que abarca a toda la familia, o sea incluye a toda la familia en general, este, ahora sí que sería eso.

(E7) Bueno es estar en contacto con un núcleo familiar, estar al pendiente investigando a fondo los problemas que aquejan dentro de la familia que nos pueden llegar a explicar el proceso salud-enfermedad que está afectando a una persona, es meternos desde un punto de vista de un núcleo, un núcleo familiar como un grupo y no como personas individuales porque muchas veces se ha visto que la enfermedad es dentro de la familia.

(E8) Para mí la medicina familiar es pues todo, o sea, pues como dice familiar te va a abarcar a toda la familia, no nada más al papá o a los pequeños, que te los divide en adultos o pequeños, aquí más bien es a toda la familia.

(E10) Bueno para mí la medicina familiar es un área que nos permite ver a la persona en todos sus aspectos, ¿no?, como son psicosociales, familiares y todo su entorno y sus problemas biológicos que traen en ocasiones, los problemas biológicos, sociales, económicos que son muy, muy importantes.

(E12) La medicina familiar es una especialidad que nos permite integrar un diagnóstico, dar un tratamiento de forma oportuna de acuerdo a ese perfil que nos establece la medicina familiar que es abordar al paciente de forma integral en todos los aspectos con la finalidad de darles un mejor tratamiento y un seguimiento a sus padecimientos.

En la interpretación del significado de medicina familiar, las nociones expresadas por los entrevistados remiten al núcleo familiar, aun cuando existen variaciones en las ideas que expresan. Así, a veces se considera la dimensión etérea y se alude como integración de adultos y niños, otras se les refiere como expresión de dimensiones económica, social, cultural. En otra más se le interpreta como acción de intervención colectiva (familia) en contraste con la individual (persona). Así puede interpretarse más una alusión por asociación con el adjetivo de la especialidad médica “familiar” que con una interpretación más o menos definida del objeto de estudio y acción de esta especialidad. Resulta muy complicado identificar una postura clara respecto a la medicina familiar, (E8) “...es pues todo” (E7) “...estar en contacto con un núcleo familiar, estar al pendiente investigando a fondo los problemas que aquejan dentro de la familia” (E4) “... profundizamos más en los problemas como médico general, pero damos mejores soluciones, eso es para mí un médico familiar”.

También se percibe una conceptualización de la familia como la causa y generadora de problemas que se expresan en demanda de atención para esta especialidad. Sin embargo, hay elaboraciones que remiten a una conceptualización holística e integral, (E1) “la medicina familiar es para mí el proporcionar al paciente y a sus familiares una atención integral, eh, desde el punto de vista bio-psicosocial, o sea, no nada más nos enfocamos en un solo padecimiento sino que se ven todos los puntos de vista físicos, emocionales”, ya existe una noción de dimensiones de la salud, de interacciones del sujeto enfermo en un entorno familiar y de acciones de intervención con mayor amplitud.

El planteamiento expresado por los entrevistados, respecto al significado de la medicina familiar, resulta descriptivo sin vitalidad, un significado con sombras y poco elaborado, el término utilizado en casi todos los discursos es el de familia, sin que se amplíe y llene de contenido, se reitera la idea de que parece el uso del adjetivo de la especialidad sin una conceptualización de las implicaciones del núcleo familiar.

Hay en la expresión del significado de medicina familiar, algunas nociones que pudieran reflejar aprendizajes durante la experiencia formativa en el posgrado de la especialización médica como son: a) familia como unidad de estudio sin precisar su método y enfoque; b) atención integral sin delimitar los énfasis o aspectos particulares respecto de la curación o prevención. Estas dos nociones, por ejemplo, podrían tener una expresión mucho más desarrollada y amplia en el concepto de medicina familiar de quienes ejercen esa especialidad, por cuanto constituyen elementos centrales en esa especialidad médica y en la organización institucional en la prestación de servicios de atención médica.

Así la medicina familiar no sólo corresponde a una forma de práctica profesional y a una especialidad médica, pionera en el IMSS, sino que en esa institución es la base de la pirámide de los servicios asistenciales, lo que implicaría dotarla de importancia estratégica y de sentido estructural en la organización de la institución para la prestación de servicios médicos.

## 7.1.2.- Representaciones; significado del ser médico familiar

(E1) Para mí significa haberme realizado en lo que yo quiero, yo adoro mi carrera, amo lo que hago, me encanta, me fascina y es una oportunidad para mí, o sea, eso es una realización personal, en primer lugar y en segundo lugar pues la oportunidad de poder ayudar a lo mejor a alguien

(E2) Significa que eres una parte del sistema importante, eres una parte que debe de tomar decisiones para mejorar las condiciones de educación, de salud de los pacientes y eres la parte importante para aplicar medidas preventivas y eres la parte importante para introducir cambios a la familia.

(E4) En el instituto, bueno una seguridad económica, un cierto prestigio y a la vez un cierto rol dentro de la sociedad, eso significa para mí y bueno una forma de subsistir, ¿no?

(E5) Qué significa, ah, ok, es como le digo dar atención integral de toda las funciones de la familia, así, es.

(E7) Pues más que nada sería para mí una satisfacción, ¿por qué?, porque yo considero que el médico familiar es aquel profesional que tiene más contacto más cercano con la gente, muchas veces la gente dice que somos sus médicos de cabecera, eh muchas veces a nosotros nos tienen confianza y por eso, para mí es una muy bonita especialidad que si se llevara a cabo sería muy, muy provechosa, ¿no?

(E8) Ser médica familiar, pues un gran compromiso conmigo misma, porque sí tienes que saber de todos los padecimientos, tanto físicos como a veces algunos mentales en los que uno puede intervenir en algunas terapias

(E9) Pues es algo muy, es una responsabilidad muy grande y muy importante, ¿no?, porque tenemos una responsabilidad con el paciente y pues yo, entonces es muy importante poder detectar en cada paciente, ¿no?, patologías

(E11) Médica familiar para mí es muy importante y se me hace una especialidad muy noble porque no nada vez se ve lo orgánico si no yo también me enfoco en la dinámica familiar y en lo que pueda yo ayudarlos con las otras especialidades, no nada más en lo orgánico, sino lo psicológico.

Las expresiones de los y las entrevistados/as tiene un ámbito personal relativo a la especialidad en tanto sujetos y en tanto profesionales de la medicina, existen alusiones al status social, realización personal y compromiso y pertenencia institucional; (E1) "...significa haberme realizado en lo que yo quiero, yo adoro mi carrera, amo lo que hago, me encanta, me fascina y es una oportunidad para mí, o sea, eso es una realización personal"; (E2)" Significa que eres una parte del sistema"; (E3)" bueno una seguridad económica, un cierto prestigio y a la vez un cierto rol dentro de la sociedad, eso significa para mí y bueno una forma de subsistir, ¿no?"; (E5) "-sería para mí una satisfacción,...porque yo considero que el médico familiar es aquel profesional que tiene más contacto más cercano con la gente" (E8) "...pues un gran compromiso conmigo misma"; (E9) "es una responsabilidad muy grande y muy importante". La satisfacción, la realización, el logro personal, la seguridad laboral y económica parecen ser parte de una noción del prestigio social, donde el médico/a en primera instancia, goza de amplio reconocimiento, complementado con ser parte de una especialidad. Ese prestigio se visualiza más en el ámbito social que en el institucional del IMSS. Parece insistirse en subrayar más la diferenciación social de la pertenencia a una profesión que a una función social, aun cuando esto también está presente.

Se expresa una simbolización del médico familiar que gira alrededor de una institución de salud en este caso el IMSS, que sin ser plenamente explícito se hace extensivo el status social de la profesión por la pertenencia institucional, aun cuando se percibe cierto orgullo y sentido de pertenencia a cambio de compromiso y la vinculación laboral en esa institución.

### 7.1.3.- Opinión expresada sobre la elección de medicina familiar como especialidad médica

(E1) La escogí en forma errónea, yo no iba para médico familiar, yo iba para anestesiología.

(E3) Yo pensaba, me inclinaba más por ginecología o la otra era medicina interna.

(E4) Quería hacer medicina interna, no me quedé dos veces, hubo la opción de medicina familiar y así fue.

(E6) Primero era ser médico, una vez que ya fui médico porque es el área donde primero no hacemos guardia y puedo estar con mi familia, segunda, no hay diferencia en el precio entre ser un especialista cirujano o un médico familiar y tercer porque es donde se puede atender al derechohabiente con toda su familia

(E7) Pues inicialmente fue como una opción, en qué sentido pues porque nosotros cuando entramos a la universidad, entramos con la intención de ser médicos, pero cuando iniciamos con el adiestramiento en la universidad donde estábamos, nos meten a primer nivel y vimos el trabajo.

(E8) Porque para empezar, este, pues todos venimos de alguna familia, entonces para seguir continuando, bueno tener una familia bien, eh, pues sí, ayudar a la gente que uno puede hacer integrando a la familia que es la base de la sociedad, entonces teniendo buenas familias o saludables, pues podemos tener una sociedad bien.

E. ¿Ésta fue tu primera opción de especialidad?

Sí.

(E9) Yo la elegí porque yo no conocí mucho de la medicina familiar. E. ¿Ésta fue tu primera opción de especialidad?

I. La primera no, de las primeras opciones que yo elegí era la medicina interna

(E10) Yo conocí un médico familiar cuando yo estaba haciendo la carrera. El hermano de una compañera y me gustó cómo se expresó de la medicina familiar. El estaba haciendo la residencia en salubridad y nos comentaba cómo lo estaban manejando ellos,- me llamó la atención, nuevamente fue una de las decisiones que tomé porque veo a la persona desde el niño hasta el adulto mayor. E. ¿Ésta fue su primera opción de especialidad?

No, fue mi segunda.

(E11) E. ¿Entonces eligió medicina familiar por estar en una especialidad?

I. Sí, por estar en una especialidad.

E. ¿Por qué medicina familiar y no otra?

I. Yo creo porque es más fácil ingresar.

(E12) Desde que yo inicié la carrera siempre quise integrar a la medicina como tal, ser global, eh de alguna forma me gusta la pediatría, la medicina interna, entonces consideré que el médico familiar tiene esa gran oportunidad de integrar todas las especialidades o subespecialidades. E. ¿Medicina familiar fue su primera opción?

I. Sí, sí fue mi primera opción aunque honestamente yo tengo el antecedente de muchos compañeros que tomaban la especialidad como otra opción más, como una opción secundaria en mi caso no fue así

Es interesante que de diez entrevistados sólo cuatro expresan que optaron por la especialidad de medicina familiar directamente, ya sea por convicción, por influencias de personas cercanas, por conceptualización del desempeño profesional de forma integral. Son esas personas entrevistadas quienes parecen asumir cierta “mística” o utopía de la especialidad, otorgan un sentido trascendente a lo que allí se hace en la lógica de la concepción de la profesión médica. En contraste seis de los entrevistados optaron por medicina familiar como especialidad en segunda instancia, sea porque no pudieron ingresar a una especialidad distinta, o sea porque las oportunidades eran mayores en medicina familiar que en otras especialidades. Seguramente estas personas de haber satisfecho los requisitos de acceso a otra especialidad hoy no serían médicos/as familiares.

En todo caso, está presente la expresión de asociar a la especialidad en medicina familiar como una especialidad médica de inferior categoría con respecto a otras especialidades que se consideran más particularizadas y reduccionistas, así se refiere: (E1) “La escogí en forma errónea, yo no iba para médico familiar, yo iba para anestesiología”; (E3) “me inclinaba más por ginecología o la otra era medicina interna”; (E4) “Quería hacer medicina interna, no me quedé dos veces, hubo la opción de medicina familiar y así fue”; (E9) “Yo la elegí porque yo no conocí mucho de la medicina familiar...de las primeras opciones que yo elegí era la medicina interna”; (E10) “yo conocí un médico familiar cuando yo estaba haciendo la carrera, el hermano de una compañera y me gustó cómo se expresó de la medicina familiar... pero fue mi segunda”; (E11) “Sí, por estar en una especialidad...yo creo porque es más fácil ingresar”. Las referencias son explícitas, los entrevistados se refieren a una especialidad médica de segunda opción para poder obtener una especialización médica, sin exponer elementos sobre inclinación profesional (algo muy reiterado cuando se interroga a los profesionales de la medicina) hacia esta especialidad. Así mismo se encuentra un discurso distinto, propio de una idea construida alrededor de un objetivo

profesional parte de la imagen de la medicina como profesión. (E12) “Desde que yo inicié la carrera siempre quise integrar a la medicina como tal, ser global, eh de alguna forma me gusta la pediatría, la medicina interna, entonces consideré que el médico familiar tiene esa gran oportunidad de integrar todas las especialidades... sí fue mi primera opción”. Sin entrar al debate de los espacios de práctica propios de la profesión, es significativa la respuesta del entrevistado E12, porque alude a un sentido que va contracorriente de la parcialización y de la fragmentación que está tan presente en la profesión. Podría asimilarse a una expresión que identifica a la medicina con la visión integral del sujeto enfermo, de las acciones a realizar enmarcadas en especialidades que más que distintas podrían ser parte integral de una sola, aún sin especialidad. Con estas expresiones podría identificarse una desvalorización de la medicina familiar con falta de dignidad y menor peso social, quizá incluso tengan consecuencias adversas al considerar la especialidad como una segunda o última opción al momento de optar, por alguna de todas las especialidades médicas.

#### 7.1.4.- Expresión sobre la finalidad de la medicina familiar

(E2) A la familia, a la familia, no al paciente.

(E3) Más que nada a la familia, el núcleo familiar es el que abarca todo, y eso es lo que creo que se enfoca más.

(E4) A quién creo, mm, yo definitivamente pienso que la medicina familiar se creó para atender estos problemas de la sociedad en cuanto a la familia, o problemas de salud en familia, o sea, muchos de los problemas giran en torno a la familia

(E6) A toda la población, mm, a la familia

(E7) Pues generalmente al núcleo familiar, a la familia, básicamente a ellos, ¿no?

(E8) A quien va dirigida, pues a todos, a todos los integrantes de la familia, aunque sean pequeños y adultos.

(E9) A todos, a todos, desde recién nacidos, embarazadas, a toda la familia.

(E10) Nuevamente a toda la población, va dirigida a la familia, ¿sí?, usted no puede ver a un paciente sin ver su entorno familiar porque eso es muy importante

(E11) A quién va dirigida, en cuestión del paciente, pues más que nada al entorno del paciente.

(E12) Pues al paciente en general

Es notable el hecho que la familia se identifica como el destinatario, el objeto de estudio, el punto final de la intervención profesional, eso es muy frecuente en los discursos. Aquí al parecer es donde se ubica el nexo entre medicina familiar y familia, sin describirse por parte de los médicos/as entrevistados esta interconexión; (E2) “A la familia, a la familia, no al paciente”; (E3) “Más que nada a la familia, el núcleo familiar”; (E4) “pienso que la medicina familiar se creó para atender estos problemas de la sociedad en cuanto a la familia”; (E5) “A toda la población, mm, a la familia”; (E7) “Pues generalmente al núcleo familiar, a la familia”; (E8) “va dirigida, pues a todos, a todos los integrantes de la familia”; (E9) “A todos, a todos, desde recién nacidos, embarazadas, a toda la familia”; (E10) “va dirigida a la familia”. El discurso se vuelve repetitivo en la expresión: *la medicina familiar va dirigida hacia las familias, unidad básica de la sociedad*, una trayectoria y un término. La forma ni mucho menos la intensidad de la trayectoria está expresada en estos sujetos, esta aproximación entre medicina familiar y familia pareciese que está vacía y aún más carente de un sentido conceptual.

Llama la atención que los entrevistados insinúan una noción de mayor amplitud, se alude a la sociedad, a la población, y como expresión de esa amplitud de sujetos se considera a la familia, espacio donde concurre la explicación del evento de enfermedad y a donde se puede dirigir la intervención. Sin embargo, al final de cuentas esa noción se circunscribe a la familia, al núcleo familiar. Pero no se le llena de significados, sólo se enuncia y en esa enunciación se centra la explicación.

### 7.1.5.- Expresión respecto a la diferencia de la medicina familiar con otras especialidades médicas

(E1) Ellos no se enfocan en una forma integral y nosotros sí.

(E2) No toman en cuenta a la familia, o sea jamás se toma en cuenta a la familia.

(E3) Abarca un poco más de las otras especialidades, más bien está dirigida hacia el núcleo familiar, es más hacia eso y las demás especialidades se enfocan sólo a un órgano como el cardiólogo al corazón.

(E4) Yo siento que no hay mucha diferencia.

(E6) Es difícil porque tenemos una amplia gama de diagnósticos, nosotros tenemos que filtrar, nosotros tenemos que establecer un pre-diagnostico o una idea de la enfermedad, en cambio en las otras especialidades, incluso ellos mismos dicen “yo nada más sé de ginecología, no me preguntes nada de pediatría”.

(E7) Otras especialidades médicas para mí se enfocan en un órgano específico, ortopedia, por ejemplo va directamente sobre el aparato locomotor, medicina interna ve un poquito como nosotros, pero va un poquito más a fondo pero del proceso de enfermedad o lo que lo está provocando y nosotros no, nosotros tenemos que enfocarnos al entorno de la familia que es lo que nos puede dar a tener una mejor solución del problema.

(E9) Bueno aquí vemos a los pacientes como ya había comentado en forma integral y eso es lo que busca la medicina familiar, en muchas otras especialidades se ve nada más su rama, el angiólogo pues el problema circulatorio, ortopedista, pues nada más el problema ortopédico.

(E10) No somos cardiólogos que sólo vemos corazón, no somos neurólogos que somos sólo sistema nervioso y si tienes otra cosa vete con el otro médico, ¿no?, o sea nosotros vemos todo a lo mejor desde una forma más sencilla a lo mejor no tan profundo como ellos, pero sí somos este, nos permite verlo, nos permite revidarlos en todos los aspectos no somos médicos que solamente vemos órganos, abrimos al paciente en todo el aspecto

(E11) En relación a otras especialidades la mayoría de las especialidades tenemos un solo órgano de estudio, dentro de la medicina familiar tenemos un todo como puedo ver yo un paciente pediátrico, una embarazada, un adolescente, tenemos el conocimiento básico a lo largo de las especialidades, pero posiblemente lo que nos hace falta es mayor profundidad.

Las expresiones en este aspecto pueden clasificarse en cuatro grupos. Uno donde la concepción reproduce un sentido de lo “familiar” como si ello estuviera suficientemente explícito, claro y compartido por todos. Otro, donde se yuxtapone la medicina familiar como algo completo frente a otras especialidades que escinden al sujeto, y consideran solamente algunas partes del todo que es el humano, fragmentado y parcializado. Un grupo más interpreta a la especialidad de medicina familiar como algo integral, completo, abarcativo. Finalmente, un cuarto grupo que no establece diferencia de la medicina familiar con cualquier otra especialidad médica, es decir, es una especialidad más.

Aún con ello, esas expresiones recabadas denotan nuevamente que se identifica a la medicina familiar con un objeto de estudio definido en *la familia*; (E2) “No toman en cuenta a la familia”, (E4) “está dirigida hacia el núcleo familiar”; (E7) “nosotros tenemos que enfocarnos al entorno de la familia”. La familia se enuncia como la expresión más común como centro de intervención de la especialidad de medicina familiar, al parecer en esta expresión descansa la meta final de todo especialista en medicina familiar. La familia es el centro de sus intervenciones, el objeto de estudio y el sentido de su existencia.

Aun así, llama la atención que las expresiones vertidas denotan que la medicina familiar se encarga del sujeto en su pertenencia a un núcleo de más integrantes, y no como ocurre en otras especialidades que se dirigen a un órgano o sistema anatómico; (E3) “las demás especialidades se enfocan sólo a un órgano como el cardiólogo al corazón”; (E7) “Otras especialidades médicas para mí se enfocan en un órgano específico, ortopedia, por ejemplo va directamente sobre el aparato locomotor”; (E9) “muchas otras especialidades se ve nada más su rama, el angiólogo pues el problema circulatorio, ortopedista, pues nada más el problema ortopédico”; (E10) “No somos cardiólogos que sólo vemos corazón, no somos neurólogos que somos sólo sistema nervioso”; (E11)” la mayoría de las especialidades tenemos un solo órgano de estudio”. La medicina familiar se encarga de la familia y lo que se incluye en esta estructura compleja no define un

método, pero si se infiere aunque se puede intuir que existen especificidades en las acciones que realiza.

La ausencia que destaca, es la referencia a la particularidad del campo de conocimientos, a pesar de distinguirse su carácter respecto de las aproximaciones fragmentadas de las otras especialidades no se postula diferencia, por lo que parece que comparte el paradigma biomédico en sus interpretaciones. También la ausencia de un método, ya que a pesar de reconocer un objeto de estudio y trabajo cambiante y lleno de historicidad no se menciona un método de aproximación a la familia.

### 7.1.6.- Expresión respecto a la actualidad de la medicina familiar

(E5) Se está llegando al objetivo de ser medicina de primer nivel preventiva, yo creo que está bien, que vamos bien, que vamos mejor.

(E6) En nuestro país por el tipo de consulta tan rápida que llevamos, no se lleva como debe de ser, no es una medicina familiar aplicada

(E8) Yo siento que no ha habido muchos cambios

(E9) Eh, este, más integral

(E10) No está reconocida como medicina familiar, la gente piensa que medicina general es sinónimo de medicina familia... yo siento que está reconocida cuando yo voy a congresos a cursos...

(E11) No sabría exactamente cómo es la medicina familiar actualmente

(E12) No, no sé, la verdad no sé

(E14) No, no sé, la verdad no sé

(E15) La medicina familiar es un poco más impersonal por la tecnología... Entonces en cierta manera ya no hay tanta relación con el paciente

(E16) Hace algunos años cuando yo era aún estudiante no se hablaba mucho de la medicina familiar... Nos falta mucha educación y reconocer que la especialidad en medicina familiar es como tal, una especialidad... Falta todavía mucho por reconocer la especialidad de medicina familiar, no se reconoce como tal, mucho tenemos que hacer labor nosotros mismos

En la interpretación de la forma actual de la medicina familiar, se identifican expresiones que ponen en juego la falta de reconocimiento de esta especialidad por parte de los pacientes, los profesionales de la medicina y los mismos médicos familiares. Se le entiende a la medicina familiar contenida en la medicina general, sin fundamentar diferencia clínica alguna para los pacientes, se comenta: (E10) “no está reconocida como medicina familiar, la gente piensa que medicina general es sinónimo de medicina familiar”;(E15) “La medicina familiar es un poco más impersonal por la tecnología”. El primer fragmento muestran esa confusión entre lo que es una especialidad médica y lo que es la medicina sin especialización, aunque el entrevistado tampoco expresa en qué consistiría esa diferencia. En cuanto al segundo fragmento, pone en evidencia una noción generalizada sobre la interposición de la tecnología en la relación entre humanos que significa el médico y el paciente. Por ejemplo, un proceso tecnológico que sin duda introduce mejoría en los procesos de registro y análisis de la atención médica como es el Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF), tiene dos consecuencias, por un lado vino a facilitar el trabajo de los médicos familiares, y por otro, en consecuencia una consulta médica impersonal, donde la captura de notas médicas en el expediente electrónico, desplaza la anamnesis y exploración clínica. Así los procesos actuales parecen trazar nuevas reglas donde lo fundamental está en el uso de la tecnología para la captura de la información clínica, donde el indicador clínico supervisa la salud de los pacientes. Si bien esto ocurre en todas las especialidades médicas, en algunas es mucho más evidente como en el caso de la medicina familiar, los propios especialistas expresan un cambio en la práctica que realizan por la introducción de la tecnología.

### 7.1.7.- Forma que expresa el futuro de la medicina familiar en el IMSS

(E2) Yo lo veo incierto, porque el sistema no nos ha permitido apoyarla si tuviéramos una opción de poner un espacio de atención para la medicina familiar, yo creo que tendríamos la oportunidad de demostrar que la medicina familiar repercute en su salud favoreciendo a un buen estado de estas leyes del seguro social.

(E3) Bueno, yo aquí o veo un poquito difícil, yo no creo que tenga mucho futuro porque debido a la gran población que tienen

(E5) creo que tiene mucho campo porque es la base de, digamos hospital de la base de la medicina preventiva para que nuestro paciente mantenga su nivel de vida, ahorita que tenemos obesidad, diabetes e hipertensión y es sobre lo que se está trabajando, se está trabajando aquí en la medicina familiar, dando las medidas preventivas básicas para que nosotros mantengamos a nuestro paciente controlado.

(E6) Pues de primer contacto y ser la única, bueno, que yo considero que en un futuro va a existir como primer contacto medicina familiar y ya, segundo y tercer nivel como pago por servicios.

(E7) la verdad no veo que cambie, no va a cambiar, ¿por qué?, porque podrán sacar camadas de médicos familiares, pero sin embargo si no tenemos el espacio no el tiempo para poder ejercerla, vamos a tener lo mismo, médicos generales, aunque el Instituto quiera tener especialistas, aunque su personal sea especialista en alguna materia, pero prácticamente no creo que tenga futuro la medicina familiar en el Instituto

(E10) que siga habiendo muchos médicos familiares que tengan la preparación para que esto, tengamos un muy buen impacto y podamos a futuro disminuir porque sería muy difícil tratar de evitar diabéticos e hipertensos por la calidad de vida que estamos llevando pero sí tener más médicos familiares con buena capacitación en el Instituto podríamos disminuir los riesgos de segundo y tercer nivel, son muchísimos.

(E14) Mi expectativa la verdad no sé si se pueda dar, pero mi punto de vista es que si nosotros los médicos familiares seguimos trabajando en ganarnos un lugar, en demostrar lo que somos, en tener actitud y aptitud de aplicar nuestros conocimientos podemos lograr incluso un mejor reconocimiento que cualquier otra especialidad, es decir, considero que la medicina familiar es tan compleja que seamos médicos familiares nos corresponde una responsabilidad y el llevarla a cabo requiere un reconocimiento importante

(E11) yo creo que en un futuro....mmm

(E9) Pues yo creo que tiene un buen futuro, este, muchos médicos están egresando de la especialidad es gente muy joven, compañeros míos, igual y es gente realmente

Si se refieren las expresiones sobre el futuro de la medicina familiar, se percibe incertidumbre y poca claridad, y lo más importante: dificultad para su continuidad como especialidad, (E3) “yo no creo que tenga mucho futuro porque debido a la gran población que tienen” (E7) “pero prácticamente no creo que tenga futuro la medicina familiar en el Instituto” (E11) “yo creo que en un futuro...mmm” , la percepción es de una medicina familiar sin proyección, donde los practicantes miran la realidad acabada y sin salidas.

Parece ser reflejo de una valoración donde se entrecruza la particularidad de la especialidad en tanto práctica particular de la medicina, con las condiciones demográficas que propician alta saturación de actividades, combinado con las limitaciones institucionales. Todo ello, adquiere presencia en juicios donde se percibe desazón y cierre de perspectivas.

Aunque las expresiones del futuro de la medicina familiar son derrotistas y autolimitadas, sí pareciera aflorar la necesidad de mayor reconocimiento que nunca se ha tenido: (E14) “si nosotros los médicos familiares seguimos trabajando en ganarnos un lugar, en demostrar lo que somos, en tener actitud y aptitud de aplicar nuestros conocimientos podemos lograr incluso un mejor reconocimiento”. La posibilidad de alcanzar un futuro mejor se deposita en conseguir el reconocimiento por parte de la sociedad y el gremio médico.

Por otro lado, el futuro se deposita en el recambio generacional, en los médicos/as recién graduados de la especialidad quienes con su trabajo podrán obtener una mejoría para la especialidad,: (E9) “Pues yo creo que tiene un buen futuro, este, muchos médicos están egresando de la especialidad es gente muy joven, compañeros míos, igual y es gente realmente joven y con ganas de trabajar”, esto representa que los médicos formados y actualmente en práctica no son el futuro mediato de la especialidad, pero si se reconoce la responsabilidad que recaerá en futuras generaciones de la especialidad médica. Es decir, ante lo nebuloso de un futuro sobre la base de la valoración de la situación actual, se desplaza la

posibilidad de mejoría, sin precisar cuál es o en qué consiste, a los profesionales que se integraran a la práctica de la especialidad.

## **7.2. Categoría Actividad**

Esta categoría se definió para establecer la actividad que tiene de la especialidad en medicina familiar por los médicos/as que la ejercen en el IMSS. Para ello, se establecen nueve tópicos específicos, cada uno de los cuales ofrece información particular sobre algún aspecto relevante. A continuación se presentan los fragmentos más significativos de cada uno de esos tópicos.

## 7.2.1.- Expresión sobre la práctica de la medicina familiar

(E1) ...la práctica consiste en que tenemos que dar pues la consulta, ahora sí que es la consulta médica.

(E2) Consiste en llevar todo lo que aprendiste que son desde estudios de salud familiar, evaluación de la familia y bueno, nos dijeron que técnicas, pero todavía no las tenemos, yo las aprendí, pero fue después de la especialidad, pero las técnicas en medicina familiar nosotros las aplicamos para introducir cambios en las familias.

(E3) Consiste en el estudio general del paciente, no solamente del individuo, sino socialmente y más íntegramente.

(E4) ...ver al paciente con su entorno familiar, con sus problemas familiares y en este caso, verlo de forma integral.

(E6) Consiste en conocer a tu paciente, pero no solamente como individuo, sino desde dónde vive y cuáles son sus factores de riesgo, cómo es su nivel socioeconómico, cómo convive con su familia, en qué núcleo familiar se desenvuelve, dónde está laborando, qué riesgos tiene en su trabajo, es conocerlo, conocerlo completamente.

(E5) ...ver a un paciente, la causa, a veces la causa de la patología y el entorno familiar sobre la enfermedad.

(E7) La práctica, es pues la atención del paciente en el consultorio.

(E8)... indicar si algún paciente cursa con alguna patología o está con depresión y de acuerdo a eso, nosotros podemos ayudarlo y si no podemos lo enviamos a otras especialidades que pueden ayudarlo

(E9) ...brindarle una atención al paciente de forma integral.

(E11) Consiste en ver al paciente como en un todo, en un todo, donde no nada más se ve la enfermedad, si no se ve la enfermedad en conjunto con lo que está sucediendo en su casa.

(E12) Pues en llevar a cabo precisamente ese abordaje tanto el médico, como el psicológico como el social.

(E10) ...atender al paciente, tenemos que atender todos los aspectos médico sociales que traiga el paciente.

Las expresiones vertidas acerca de la práctica de la medicina familiar, muestran por un lado que se carece de una visión holística de esta especialidad, comenta (E1) "...la práctica consiste en que tenemos que dar pues la consulta", (E5) "...ver a un paciente, la causa, a veces la causa de la patología y el entorno familiar sobre la enfermedad", (E7) "la práctica, es pues la atención del paciente en el consultorio", (E8) "... indicar si algún paciente cursa con alguna patología". Estas referencias aluden a la interpretación de la práctica de los especialistas en medicina familiar que no establecen una diferencia específica respecto de cualquier otro profesional de la medicina, ya que cualquier profesional sea especialista de o no, debe realizar actividades de consulta, pero se omiten señalamientos que marquen la singularidad con que se realiza en la medicina familiar.

Por otro lado en las respuestas se aprecian algunas aproximaciones particulares hacia la práctica de la medicina familiar desde una visión holística e integradora, donde al menos se plantea la necesidad de valorar las dimensiones de lo social, lo individual, lo familiar y lo psicológico: todas ellas como vertientes de análisis en el acto médico de la consulta pero como atributos específicos de esta especialidad; menciona (E3) "consiste en el estudio general del paciente, no solamente del individuo, sino socialmente y más íntegramente", (E4) "...ver al paciente con su entorno familiar, con sus problemas familiares y en este caso, verlo de forma integral", (E6) "consiste en conocer a tu paciente, pero no solamente como individuo, sino desde dónde vive y cuáles son sus factores de riesgo", (E9) "...brindarle una atención al paciente de forma integral", (E11) "consiste en ver al paciente como en un todo, en un todo, donde no nada más se ve la enfermedad", (E12) "pues en llevar a cabo precisamente ese abordaje tanto el médico, como el psicológico como el social" En todas ellas se percibe un precepto limitado y lineal de esta disciplina médica, lo que contrasta con la práctica medica familiar ya que se expresa como un abordaje que pretende ser holístico, integral y aun cuando no es complementado en sus características e implicaciones al menos si hay una consideración en estas expresiones. Faltan señalamientos que aludan a la esencia

como atributos únicos y exclusivos de la práctica médica familiar: por ejemplo a las bases doctrinarias, o las estrategias particulares. Destaca que un entrevistado (E2) alude a “técnicas” y la falta de puesta en práctica de tales técnicas, eso, aun cuando no se precisa en qué consisten, al menos indica que se interpreta una parte específica, un sentido particular de hacer las cosas. Al final implica una interpretación de dispositivos propios que significan una forma de práctica particular.

## 7.2.2.- Expresión sobre el número de consultas atendidas por día

(E1)... pues varía, pero a veces llegamos con una lista de 35 y terminamos con 30 ó 28 y 31, 32, pero hemos tenido anotados en lista hasta 38, obviamente que algunos van faltando de los que están citados o algunos de los espontáneos se llegan a aburrir y se van, pero no baja de 28 a 30, en promedio.

(E2) En su caso, por ejemplo cuántos pacientes atiende al día?  
I...30, 32.

(E3)... bueno, aquí, alrededor de 30, yo creo que unos 30 más o menos, pero pueden subir hasta 35.

(E4)... depende, aproximadamente 33 pacientes.

(E5)... en promedio son 28, 28 en promedio, en días lunes hasta 35 o algo así.

(E6)... al día, en promedio, estamos viendo de 25 a 30, aunque hay días los cuales la carga de trabajo sube demasiado como los días lunes y viernes los cuales llegamos a tener hasta 40 pacientes apuntados en el SIMF, de los cuales al final por desesperación de los pacientes y de nosotros terminamos por ver unos 35 a 37 pacientes, es verdad increíble, ¿no?

(E7)... es muy variable, pueden ser 26, 28, a veces 30.

(E8)... a veces llegamos a ver un promedio de 30 a 32 pacientes, por día, pero hay días muy pesados que tenemos que ver más de 30, pero hay otros días que vemos menos de 30, pero nunca menos de 25 pacientes.

(E9)... por lo regular es un tope de 24 pacientes, a veces vemos más, a veces vemos menos.

(E10)... en promedio vemos alrededor de 30 pacientes, pero a veces vemos menos y a veces más.

(E11)... pues debo atender 24 a 35 pacientes, de los cuales me tocan 15 minutos por paciente, entonces en 15 minutos que me dan según no se puede ver a un paciente si es un neumopata, hipertenso, cirrótico y demás en donde no más tengo que ver los órganos sino también cómo se encuentra porque luego están solos, ósea vemos en promedio 30 pacientes al día.

(E12)... de 24 a 32 pacientes, 20 pacientes programados por ficha, por cita perdón, y el resto de pacientes por ficha, 30 pacientes en promedio.

Las expresiones vertidas acerca del número de pacientes por jornada laboral, muestran la carga laboral por parte del sistema de salud hacia el médico familiar, comentan: E1 "...pues varía, pero a veces llegamos con una lista de 35 y terminamos con 30 ó 28 y 31, 32, pero hemos tenido anotados en lista hasta 38, obviamente que algunos van faltando de los que están citados o algunos de los espontáneos se llegan a aburrir y se van, pero no baja de 28 a 30, en promedio", E3 "...bueno, aquí, alrededor de 30, yo creo que unos 30 más o menos, pero pueden subir hasta 35", E4 "...depende, aproximadamente 33 pacientes", E5 "...en promedio son 28, 28 en promedio, en días lunes hasta 35 o algo así", E6 "...al día, en promedio, estamos viendo de 25 a 30, aunque hay días los cuales la carga de trabajo sube demasiado como los días lunes y viernes los cuales llegamos a tener hasta 40 pacientes apuntados en el SIMF, de los cuales al final por desesperación de los pacientes y de nosotros terminamos por ver unos 35 a 37 pacientes, es verdad increíble, ¿no?", E7 "...es muy variable, pueden ser 26, 28, a veces 30", E8 "...a veces llegamos a ver un promedio de 30 a 32 pacientes, por día, pero hay días muy pesados que tenemos que ver más de 30, pero hay otros días que vemos menos de 30, pero nunca menos de 25 pacientes", E9 "...por lo regular es un tope de 24 pacientes, a veces vemos más, a veces vemos menos", E10 "...en promedio vemos alrededor de 30 pacientes, pero a veces vemos menos y a veces más", E11 "...pues debo atender 24 a 35 pacientes, de los cuales me tocan 15 minutos por paciente, entonces en 15 minutos que me dan según no se puede ver a un paciente si es un neumopata, hipertenso, cirrótico y demás en donde no más tengo que ver los órganos sino también cómo se encuentra porque luego están solos, ósea vemos en promedio 30 pacientes al día", E12 "...de 24 a 32 pacientes, 20 pacientes programados por ficha, por cita perdón, y el resto de pacientes por ficha, 30 pacientes en promedio". Si tenemos que los médicos familiares tienen una jornada laboral de 6 horas por día y en promedio atienden de 30 a 32 pacientes por turno, esto equivale a 12 minutos por paciente, donde el médico familiar debe realizar la anamnesis clínica (interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento, pronóstico). El tiempo y

la demanda de atención médica se convierten en pilares negativos de la medicina familiar.

### 7.2.3.- Expresión sobre el tiempo disponible para la atención en la medicina familiar

(E1) No, definitivamente.

(E2) No

(E3) No, porque según las reglas y las normas, debe ser aproximadamente 20, 25 minutos, y no 10 minutos.

(E4) No, no, o sea yo siento que no porque el paciente siente que uno no lo escucha,....., si tomamos tiempos de espera, que eso sirviera para que viniera gente de arriba y vea que no es de “enchilame ésta o pásame lo otro”, hay que dedicar tiempo y el paciente necesita su espacio que a veces no se siente escuchado, yo siento que unos 20, 25 minutos serían buenos y no 10 minutos.

(E5) No,  
E. ¿Por qué?  
I. Porque tenemos muchos pacientes, con poco tiempo, hay una sobrepoblación.

(E7) No, definitivamente no, ¿por qué?, porque en 15 minutos es muy difícil que averigüemos problemas más a fondo, ¿no?, cómo te decía yo, un dolorcito de panza no es nada más porque comieron mal, tal vez es porque tiene problemas con otra persona, o también falleció un familiar y bien eso se va acomodando, entonces buscan a la persona adecuada para que los escuche, muchas veces vienen con nosotros y pones el dedo en la llaga, digamos, se sueltan y se van mejor.

(E8) No

(E10) No. ¿Por qué?  
I. Porque le digo que a los pacientes usted les tiene que explicar porque su glucosa está alta, empezar a ver su nota, ver laboratorios, explicarles los medicamentos, escucharlo, que el paciente viene por dos, tres, cuatro cuadros, a veces hasta por cuatro, cinco problemas, explicarle, porque a veces lo que el paciente solicita de usted es que le explique qué es lo que está pasando, ¿no?

(E12) No, es un factor, no totalmente, pero sí es importante.

Uno de los aspectos reiteradamente expresados en general en la práctica profesional en las instituciones públicas es la carencia de tiempo disponible para realizar los procedimientos técnicos profesionales en las consultas a pacientes. Lo que predomina en esta pregunta, es la necesidad de conocer la valoración que hacen los profesionales de la medicina sobre el tiempo que se tiene en la consulta médica de medicina familiar, su suficiencia para la atención médica. Las opiniones vertidas al respecto son coincidentes, tan claras e inmutables. Comentan; (E3) “No, porque según las reglas y las normas, debe ser aproximadamente 20, 25 minutos...y no 10 minutos”, (E4) “hay que dedicar tiempo y el paciente necesita su espacio que a veces no se siente escuchado, yo siento que unos 20, 25 minutos serían buenos... y no 10 minutos”, (E7) “No, definitivamente no, ¿por qué?, porque en 15 minutos es muy difícil que averigüemos problemas más a fondo”, (E1) “No, definitivamente”, (E2; E5; E8) “no”. Todo apunta a que en la práctica de la medicina familiar el tiempo disponible para la consulta es breve y por lo tanto escaso para establecer el diagnóstico y la atención médica de los pacientes. Si bien el juicio expresado implica valoraciones desde los profesionales de la medicina, sus implicaciones no tienen consecuencia sólo para ellos/as sino que originan entre la población y las personas atendidas la persistencia de un esquema donde se atribuye poco tiempo y por lo tanto, probablemente ineficacia a los servicios médicos dentro del IMSS, (E4) “el paciente siente que uno no lo escucha”, lo que terminará por contribuir a una interpretación social negativa para el IMSS y en particular a la forma cómo se practica la medicina familiar.

#### 7.2.4.- Opinión sobre la disminución de pacientes por hora y la posible mejoría de la atención.

(E1) Pues a lo mejor tendría la oportunidad de escuchar más al paciente y de poder hacer mejores exploraciones,... si yo tuviera más tiempo a lo mejor me podría programar para hacer otras cosas un poquito más enfocadas al paciente.

(E2) Le daría más tiempo que el paciente necesita y que requiere, me daría tiempo de hacerle sus evaluaciones y ver cómo están sus estadíos, eh, le daría más tiempo si lo requiere a otros instrumentos de evaluación de la familia.

(E3) Bueno se mejoraría la atención un poquito, pues en primera conocer al paciente mejor, porque a veces no lo conocemos, a veces ni lo vemos siquiera, sería uno y la otra sería yo creo que deberíamos prestar más atención al problema que tiene....

(E4) ...tendríamos tiempo de revisarlo bien y ver si tiene otro tipo de padecimientos que a veces por la prisa no lo observamos o lo olvidamos..

(E6) Yo creo que sería un poco más integral..

(E7) ....depende de la actitud que tengamos hacia nuestros pacientes.

(E9) Pues mejoraría igual la educación, en la orientación de la que sea, tanto de los medicamentos que se toma como de los cuidados.....

(E10) ¿Dar una mejor calidad?, podría ser porque a veces incluso si tenemos menos pacientes no podría decir que le voy a dar una mejor calidad, yo creo que aquí depende también de cada uno de nosotros, ¿cómo lo podríamos manejar?, de la disponibilidad de cada médico tengamos con nuestros pacientes.

(E12) En abordarlo de forma integral, o sea en abordar la cuestión de dinámica familiar.

Se identifica la existencia de expresiones compartidas por parte de los médicos/cas, en relación a menos pacientes por hora, sobre las posibilidades de ejercicio profesional más completo y operando preceptos técnicos propios de la profesión: (E1) “tendría la oportunidad de escuchar más al paciente y de poder hacer mejores exploraciones”, (E2) “le daría más tiempo que el paciente necesita y que requiere, me daría tiempo de hacerle sus evaluaciones”, (E3) “se mejoraría la atención”, (E4) “tendríamos tiempo de revisarlo bien y ver si tiene otro tipo de padecimientos”, (E5) “yo creo que sería un poco más integral”, (E10) “¿Dar una mejor calidad?”, (E12) “en abordarlo de forma integral”. En todas estas respuestas se percibe una sensación de mejoría en la práctica de la medicina familiar si la disponibilidad de tiempo para la atención de los pacientes fuera mayor, se refieren mejorías en la atención integral, con una anamnesis de calidad, donde el médico familiar y el paciente tendrían mayor posibilidad de interactuar para producir más información y formas de atención más completas, de forma tal que la relación sería apropiada para ambas partes, uno buscando respuestas y el otro buscando el entendimiento del padecimiento del paciente.

Sin embargo, una respuesta ofrece una posibilidad de enriquecer el planteamiento, (E10) “¿Dar una mejor calidad?, podría ser porque a veces incluso si tenemos menos pacientes no podría decir que le voy a dar una mejor calidad, yo creo que aquí depende también de cada uno de nosotros, ¿cómo lo podríamos manejar?, de la disponibilidad de cada médico tengamos con nuestros pacientes”.

Aquí se expresa un cuestionamiento al sólo hecho de disponibilidad de mayor tiempo para la consulta. La crítica apunta que no basta la sola disponibilidad de mayor tiempo para la consulta; sino que también implica, al menos, una actitud del profesional para transformar su propia práctica en beneficio del paciente, que no se circunscriba a la saturación de pacientes, sino a la forma de hacer los procedimientos clínicos, de comprender el proceso de atención, y en última instancia de entender el problema de salud del paciente y resolverlo.

## 7.2.5. Factor que determina el tiempo de atención para cada paciente

(E1) El padecimiento, la Organización Mundial de la Salud hace algunos años decía que se tenía que ver un paciente cada 15 minutos, que era lo que ellos creían que era lo mínimo que nos podemos tardar, cada 15 minutos.

(E2) La cantidad de pacientes que nos indican, más sin embargo nosotros lo adaptamos a la necesidad del paciente, no lo adapto a la necesidad porque lo adapto a las necesidades de mi paciente.

(E4) El padecimiento, cuando uno trata el padecimiento tiene que también que darse tiempo para diagnosticarlo, el padecimiento el cual da el tiempo para cada paciente.

(E5) Eso es importante, a veces puedo tener 30 pacientes y sé que tengo 30 pacientes, pero si el padecimiento necesita más tiempo se lo doy, entonces es en base al padecimiento el tiempo para cada paciente.

(E7) Para mí el paciente, o sea el padecimiento que lleva determina el tiempo de consulta médica, porque te vuelvo a repetir, hay algunos médicos que lo podemos atender rápido, hasta en cinco minutos lo podemos llevar a su diagnóstico, pero otros llevan más tiempo.

(E8) Para mí el padecimiento, porque en ese sentido aunque sean muchos pues trato de dedicarles el tiempo que es lo que necesito para ellos, aunque a veces si me llevo a atrasar mucho.

(E9) El padecimiento porque aunque tenga yo un montón de pacientes si requiere uno que le haga sus estudios y su pase y esas cosas, aunque tenga muchos pacientes afuera, me tienen que esperar con la pena, porque ese paciente amerita que lo revise que lo valore, si viene muy mal, debo esperar, no sé, el tiempo que me tarde y ni modo, con la pena, me tienen que esperar el tiempo que tarde a veces se enojan, pero ni modo es porque el paciente lo requiere.

(E10) Es todo, es todo, sí, le digo se supone que nosotros tenemos que ver 24 pacientes de 8 a 2, es el tope de pacientes, a veces vemos más, a veces vemos menos, ¿cuál es el factor que determine?, ¿el horario, puede ser eso?, o creo que sí.

(E11) Cada paciente es diferente por lo tanto no puedo ser igualitaria, el ser igualitario no quiere decir ser equitativo, hay pacientes que vienen muy bien y en 15 minutos lo ves sin mayor problema pero hay pacientes que por cualquier evento se descompensan y eso me da que la consulta se haga hasta de una hora.

(E12) El padecimiento y el número de los pacientes.

La opinión vertida por los entrevistados se limita a tres factores que al parecer determinan el tiempo de consulta médica en la práctica de la medicina familiar. Uno es el padecimiento esto es la afección por la cual el paciente acude a solicitar opinión o ayuda respecto a un mal, achaque, enfermedad, o el mismo hecho del dolor. Otro, es el tiempo disponible para la consulta médica, lo cual se establece por la relación laboral o por el funcionamiento de la unidad médica en función de la cantidad de pacientes a atender, esto es, se refiere a un indicador administrativo y marca la productividad de servicios que debe otorgar el profesional en la consulta para atender a un número determinado de pacientes; y uno tercero se dirige a explicarlo por la persona que acude a consulta. En términos generales el tiempo disponible para la consulta opinan los entrevistados está delimitado por; (E4) “el padecimiento el cual da el tiempo para cada paciente”, (E5) “es en base al padecimiento el tiempo para cada paciente”, (E7) “el padecimiento que lleva determina el tiempo de consulta médica”, el padecimiento establece el tiempo de la consulta médica, solo dos entrevistados opinaron acerca del tiempo óptimo para ellos en la consulta médica, (E1) “la Organización Mundial de la Salud hace algunos años decía que se tenía que ver un paciente cada 15 minutos, que era lo que ellos creían que era lo mínimo que nos podemos tardar, cada 15 minutos”, (E11) “en 15 minutos lo ves sin mayor problema”, (E10) “se supone que nosotros tenemos que ver 24 pacientes de 8 a 2, es el tope de pacientes, a veces vemos más, a veces vemos menos”, (E12) “el padecimiento y el número de los pacientes”. En general se percibe que de acuerdo a una categorización del padecimiento grave o menor, en combinación con el número de pacientes en espera y el tiempo que se tiene para atenderlos, son los factores que marcan el tiempo de consulta médica en la práctica de la medicina familiar, (E7) “te vuelvo a repetir, hay algunos que lo podemos atender rápido, hasta en cinco minutos lo podemos llevar a su diagnóstico”.

La práctica de la medicina familiar en el acto de la atención médica está determinada por el padecimiento que manifiesta el sujeto a atender, por consiguiente el tiempo que requiere para su atención determina el tiempo de la

consulta médica independientemente de la carga de trabajo o número de pacientes en espera para su atención. No se aborda por otro lado el tiempo necesario para su diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento, al parecer se asume que el padecimiento regula el tiempo destinado a la consulta pero no las acciones a seguir en función del paciente y sus condiciones de vida, trabajo y desarrollo como se mencionó con relación a las características de la consulta en medicina familiar.

## 7.2.6.-Opinión sobre su formación en medicina familiar

(E1) Hice medicina familiar, hice los tres años de medicina familiar, después me dieron la base y ya hasta aquí.

(E2) Mi intención fue terminar la medicina familiar y después estudié psicoterapia familiar porque ya iba encaminado y entonces para aplicar técnicas de psicoterapia, pero desafortunadamente no tuve ni tiempo ni dinero y lo tuve que dejar, pero hice 6 meses de psicoterapia familiar.

(E3) Me mandaron a un lugar donde rote por diferentes servicios de especialidad, donde uno ve más cosas y dentro de esa especialidad también se ven cursos de medicina familiar, después de los tres años, uno puede entrar directamente al IMSS o a Salubridad.

(E4) Pues como toda residencia nos toca clases, nos toca consulta y luego nos tocan las guardias. Las guardias duran mucho porque son en un hospital de segundo nivel, en cierta forma nos hacemos críticos urgenciólogos y a veces vemos cosas que sin esa experiencia resolvemos, esa es la ventaja.

(E7) El adiestramiento fue en los hospitales de segundo y tercer nivel, en el primer nivel ahí fue nuestra formación, ahí llevábamos materias diferentes digamos objetivos apegados a la medicina familiar, como terapia, es como sociograma, para conocer los núcleos familiares.

(E8) Nos mandaban a rotar en los distintos servicios, entonces de todos pues aprendimos lo básico, lo elemental de cada patología y de cada servicio.

(E9) Pues a mí me pareció muy buena, yo digo que fue muy buena, yo digo que fue mucho aprendizaje con los otros especialistas.

(E11) Por diferentes especialidades inicia la formación, diferentes módulos de acuerdo al año, este, considero que estuvo bien tanto en tiempo y calidad. Lo que me faltó a lo mejor fue un poco más la búsqueda de la personalidad de diferentes teorías de la personalidad, porque psiquiatría al igual que psicología fue muy poco tiempo... también nos dieron economía, administración y sí nos abarcan diferentes temas.

(E12) Nuestras prácticas pues eran teóricas como tal y prácticas en el hospital de Troncoso de segundo nivel, entonces nosotros rotábamos por varias especialidades, fueron tres años

Las expresiones respecto a la formación de ser médicos especialistas en medicina familiar, muestran que no existen precisiones reconocidas sobre esta especialidad, se señala limitaciones de una estructura formativa y carencias informativas acerca de la especialidad de medicina familiar; Menciona (E3) “me mandaron a un lugar donde roté por diferentes servicios de especialidad”, (E8) “nos mandaban a rotar en los distintos servicios”, (E9) “fue mucho aprendizaje con los otros especialistas”, (E11) “por diferentes especialidades inicia la formación”, (E12) “...rotábamos por varias especialidades, fueron tres años”, estos fragmentos de las entrevistas denotan que los especialistas parecen tener una deformación de la estructura del médico familiar, identifican que la obtención de conocimientos se realiza a partir de aprender aspectos de otras áreas de especialidad no ajenas al ámbito médico pero que no por ello otorgan una identidad propia del médico familiar. En la estructura de formación se percibe que la medicina familiar se construye a partir de conocer lo que se hace en otras especialidades, pero la integración queda a cargo de los propios profesionales en formación en la especialidad. El cuestionamiento que se puede hacer aquí, es que parece que la suma de las partes es lo que permite el conocimiento del todo, sin establecer con precisión los aportes particulares que representa cada una de esas partes para integrarse en una perspectiva distinta que debiera tener la medicina familiar.

Por otro lado se percibe una idea del ingreso a esta especialidad a partir de obtener un ascenso profesional que supone una mejoría en la estabilidad económica personal, dejando de lado los aspectos formativos y prácticos que puede representar la formación de la medicina familiar , (E1) “hice medicina familiar, hice los tres años de medicina familiar, después me dieron la base y ya hasta aquí”, (E3) “después de los tres años, uno puede entrar directamente al IMSS o a Salubridad”; En otras opiniones parece estar presente la contradicción de formarse para una práctica de primer nivel pero con experiencias en segundo y tercer nivel de atención médica, (E4) “...las guardias duran mucho porque son en un hospital de segundo nivel”, (E7) “...el adiestramiento fue en los hospitales de

segundo y tercer nivel”, (E12) “...prácticas en el hospital de Troncoso de segundo nivel”; Esta contradicción remite al carácter hospitalario de la profesión, ya que si el médico familiar labora en primer nivel de atención y su formación se establece en otros niveles de atención, se genera una deformación que lleva a construir un hábito médico fuertemente impregnado de la visión hospitalaria, que además refleja la carencia de identidad, con conocimientos multifragmentados por la gran cantidad de conocimientos de las diferentes especialidades médicas, y que no contribuye a la visión integral y holística que pretende la medicina familiar

## 7.2.7. Aprendizaje sobre medicina familiar por influencia de los profesores

(E1) Las otras especialidades médicas, no nos querían porque no ven a la medicina familiar como una especialidad, en cambio los médicos familiares nos apoyaron en nuestra formación, aunque pasábamos menos tiempo con ellos.

(E2) Saber escuchar a los familiares, saber escuchar al paciente, saber escuchar, porque a veces no los escuchan, eso es lo que más nos enseñan, los maestros era lo que más nos recalaban, "ustedes no van a aplicar todavía técnicas de psicoterapia, pero la escucha es parte de estas técnicas"

(E3) Pues más que nada lo importante de la medicina familiar era el acercamiento con la familia, en donde nos podría permitir conocer sus problemas

(E4) Pues que hay que ver al paciente como familia.

(E5) El ver a la familia de forma integral, su patología y además ver a la familia cómo está funcionando, cuál disfunción pudiera tener y cómo llevar una patología.

(E6) Mmm, en especial no mucho.

(E9) Mira a mí, lo que nos llamaban más la atención, era el trato hacia la familia, ese es el objetivo de nosotros, ver a la familia como un núcleo.

(E10) ...eh habría que, no recuerdo la verdad.

(E11) Nos enseñaron que la familia ha cambiado, ya no es como hace mucho tiempo, entonces por lo tanto debe cambiar la medicina familiar de acuerdo a lo que estamos viviendo.  
(E9) ...brindarle una atención al paciente de forma integral.

(E12) Nos enseñaron que debemos ser integrales y resolutivos a los problemas de la familia.

Las opiniones de los entrevistados acerca de la formación que ellos obtuvieron a partir de los énfasis de los profesores durante su formación como especialistas de medicina familiar, remiten a aspectos generales del núcleo familiar como formador de problemas y al médico familiar como solucionador de estos problemas enmarcados en el núcleo familiar, (E12) "...debemos ser integrales y resolutivos a los problemas de la familia", se entiende que lo formativo por parte de los profesores de medicina familiar gira alrededor de la problemática familiar, no se percibe un método de análisis para la familia y sólo se expresan técnicas de la consulta médica familiar como lo expresado por (E2) "saber escuchar a los familiares, saber escuchar al paciente, saber escuchar, porque a veces no los escuchan, eso es lo que más nos enseñan". La *escuchología* es la herramienta de la terapia psicológica pero sólo es una técnica de acercamiento al paciente o la familia, pero no es el todo de lo que se pretendería fuera la medicina familiar.

Por otro lado la formación a los profesionales de la medicina en el pregrado no es sólo por profesores de medicina familiar, sino que la formación también la realizan por médicos de otras especialidades médicas, como pediatras, internistas, cardiólogos, nefrólogos, hematólogos, ginecólogos, oncólogos, etc., los cuales por su formación de especialistas en otra área y no como médicos familiares, transmiten la visión de cada una de las especialidades y carecen, además capacidades pedagógicas para la enseñanza, menciona (E1) "las otras especialidades médicas, no nos querían porque no ven a la medicina familiar como una especialidad".

La familia se convierte en el objeto de estudio por parte de los profesores de medicina familiar los cuales expresan a los médicos en formación que hay que estudiar a la familia, comenta (E3) "...lo importante de la medicina familiar era el acercamiento con la familia", (E4) "hay que ver al paciente como familia", (E5) "ver a la familia de forma integral, su patología y además ver a la familia cómo está funcionando", (E9) "lo que nos llamaban más la atención, era el trato hacia la

familia, ese es el objetivo de nosotros, ver a la familia como un núcleo”, (E11) “Nos enseñaron que la familia ha cambiado, ya no es como hace mucho tiempo, entonces por lo tanto debe cambiar la medicina familiar de acuerdo a lo que estamos viviendo”, aun cuando se revela a la familia objeto de estudio, no se precisa un método de análisis, lo que genera una contradicción en la formación: por un lado la fundamentación biomédica y por otro lado al sustantivo de la medicina familiar; “la familia” sin orientar características conceptuales precisas, sin métodos de análisis y sin acciones reales que la involucren.

## 7.2.8.-Opinión sobre los médicos/as que se formaban en la especialidad de medicina familiar

(E1) Nada yo creo se sentía a veces una soledad, porque siempre estábamos con otros especialistas y nunca casi, con médicos familiares, no practicamos casi nunca la medicina familia.

(E2) Conocer más de las familias, eso nos apasionaba a los residentes de medicina familiar de mi generación, pero había otros que solo les interesaba lo de las demás especialidades como ginecología o cirugía.

(E3) ...teníamos de hecho la idea de que conocer a fondo al paciente, pero sí, darle también más importancia a la medicina interna, a la ginecología.

(E4) ...aprendíamos mucho con los médicos de urgencias, porque obviamente hay médicos internistas, hay radiólogos, neurólogos y entonces nosotros teníamos que rotar más tiempo por hospital que en unidades de medicina familiar.

(E6) ... mis compañeros de residencia esperaban terminar medicina familiar para hacer otra especialidad, me decían que estaban muy decepcionados de la especialidad, de cómo se manejaba la formación.

(E8) De la medicina familiar, mmh, que nos importaba, mhm, yo creo que nada en ese momento, yo creo que lo que nos importaba era terminar la guardia en el hospital y llegar a casa, por lo desilusión de la especialidad.

(E9) A la mayoría de mis compañeros les gustaba lo que es la terapia familiar, aunque tuvimos muy pocas clases.

(E10) Pues yo creo que a veces, ay; bien le puedo decir si era en el hospital, unos eran muy buenos para hospital, competían con otros residentes de otras especialidades médicas.

(E11) La mayoría estaba más enfocado hacia las diferentes especialidades, de cierta manera le damos más importancia a las otras áreas como vendría siendo cardiología o medicina interna, porque al final ellos nos evaluaban.

Las expresiones acerca de lo que recuerda en relación con sus compañeros de formación de la especialidad de medicina familiar, por un lado refieren falta de compañerismo por parte de sus pares, nadie expresa una relación de amistad o satisfacción de haber cursado tres años de formación con los mismos pares, a pesar de estar en el mismo lugar formativo hospital/clínica. Al parecer la formación es individualista y con carencia a trabajar con los mismos pares de la especialidad. Por otro lado, los recuerdos percibidos de sus pares se refieren a su desempeño laboral; Comenta (E10) “;unos eran muy buenos para hospital, competían con otros residentes de otras especialidades médicas”, (E4) “...aprendíamos mucho con los médicos de urgencias, porque obviamente hay médicos internistas, hay radiólogos, neurólogos y entonces nosotros teníamos que rotar más tiempo por hospital que en unidades de medicina familiar”, (E11) “la mayoría estaba más enfocado hacia las diferentes especialidades, de cierta manera le damos más importancia a las otras áreas como vendría siendo cardiología o medicina interna, porque al final ellos nos evaluaban”. El contraste de las evocaciones durante la formación en medicina familiar son recuerdos de sus pares en las rotaciones médicas con otras especialidades médicas, no se comenta la medicina familiar como el área formativa específica de estos médicos. La relación de los pares está siempre en comparación con otras especialidades médicas.

Se percibe también una decepción, tener que soportar una situación ante la dificultad de ingreso a otra especialidad, como fue expresado anteriormente. Así la formación en medicina familiar, no construye una identidad por opción, sino por exclusión; (E1) “yo creo se sentía a veces una soledad, porque siempre estábamos con otros especialistas y nunca casi, con médicos familiares, no practicamos casi nunca la medicina familiar”, (E6) “... mis compañeros de residencia esperaban terminar medicina familiar para hacer otra especialidad, me decían que estaban muy decepcionados de la especialidad, de cómo se manejaba la formación”, (E8) “yo creo que nada en ese momento, yo creo que lo que nos importaba era terminar la guardia en el hospital y llegar a casa, por lo desilusión de la especialidad”, la generalización en el desencanto de la formación en la

especialidad de medicina familiar, puede ser condicionado porque la formación es otorgada por médicos no familiares y en lugares donde la medicina familiar no es reconocida, y su práctica está relegada a planos secundarios, como en hospitales de segundo y tercer nivel.

## 7.2.9.-Opiniones para mejorar la medicina familiar

(E1) ...la sugerencia sería sobre todo que nos proporcionen más tiempo por cada paciente, o sea que se nos respete, yo creo que todos los médicos necesitamos y yo como médico pido que se me respete mi tiempo para poder dar una buena consulta, una buena atención, o sea yo no puedo decir si media hora o 45 minutos, no. Lo que yo requiera para atender al paciente, porque no puede ser que nos pongan los pacientes cada 10m minutos o cada cinco minutos.

(E7) ...que nos dieran tiempo para practicar, para ejercerla, para poner en práctica los conocimientos que logramos entender, porque sinceramente yo tengo siete años que egresé de la medicina familiar, sin embargo en esos siete años no he hecho ningún familiograma.

(E2) ...que nos den el tiempo pertinente para aplicar la medicina familiar.

(E8) Que nos ofrecieran más tiempo para la consulta médica, y menos carga laboral, para poder cambiar estilos de vida que mejorarían su calidad de vida.

(E3) ...yo creo que sería darle más, un poquito más de tiempo.

(E9)No, pues que se le dé más tiempo al paciente, cada quien debe poner de nuestra parte, en eso se marcará la diferencia y mejorara el servicio de medicina familiar.

(E4) ... la reducción de consulta, ayudaría bastante, si me ponen cinco pacientes a todos les hago historia familiar, veo sus entorno, sus problemas, trato de entenderlo, este, hay más disposición para analizarlo, yo había entendido que el médico familiar vería 15 pacientes por una jornada, aquí vemos 25, 28, 29 ó 30 consultas al día.

(E11) ...un poquito más de tiempo para el paciente y la consulta médica, aquí los pacientes se quejan mucho que no les ponemos atención, de que solamente vienen, hacemos la receta y que te vaya bien, entonces no sabemos nada más, hay ocasiones en que el paciente requiere más de atención, eso mejoraría el servicio.

(E5) ... yo siento que es lo que falta, mayor tiempo y tener menos cantidad de consulta.

(E12)...a lo mejor puedo sonar un poquito drástica pero nos cuesta trabajo a nivel institucional marcar tiempo, es decir, para poder abordar a un paciente de manera integral requerimos tiempo y tiempo que la institución nos lo limita y no es por alguna autoridad físicamente, sino por el sistema en que estamos haciendo nuestras actividades, se cita pacientes y más o menos se programan a que sean 15 minutos, lo que mejoraría la consulta de medicina familiar a mi parecer sería que nos dieran más tiempo por paciente.

La percepción en las expresiones vertidas acerca de cómo mejorar la medicina familiar, coinciden en señalamientos matizados de un mismo color, comenta (E1) "...la sugerencia sería sobre todo que nos proporcionen más tiempo por cada paciente", (E2) "...que nos den el tiempo pertinente para aplicar la medicina familiar", (E3) "...yo creo que sería darle más, un poquito más de tiempo", (E7) "...que nos dieran tiempo para practicar, para ejercerla, para poner en práctica los conocimientos", (E9) "...pues que se le dé más tiempo al paciente", (E10) "...un poquito más de tiempo para el paciente y la consulta médica, aquí los pacientes se quejan mucho que no les ponemos atención", (E11) "...lo que hace falta es más tiempo en la consulta médica", (E12) "...requerimos tiempo y tiempo que la institución nos lo limita... nos dieran más tiempo por paciente". En todas las respuestas existe la opinión por parte de los entrevistados de que la solución para la mejora de la medicina familiar está en la ampliación del tiempo disponible para otorgar la consulta médica por paciente, se vierten argumentaciones sobre la base de la práctica de la medicina familiar, sobre la extensión de la comprensión del problema de salud del paciente, sobre la dinámica de organización de la atención médica, sin embargo parece imposible evitar el debate de ¿Qué tiempo es el adecuado para una consulta médica de primera vez o subsecuente? porque este debate en realidad remite no sólo al tiempo disponible, sino a la resolución y prevención del padecimiento del paciente, que si bien implica una función del tiempo, no es la ampliación de los minutos para la atención lo que por sí mismo garantiza una correcta intervención.

Por otro lado cabe mencionar que en la organización de los servicios médicos se estructura el sistema de citas de medicina familiar; cada 10 minutos o cada 5 minutos a un paciente (anexo 1), lo que asegura un flujo de pacientes de acuerdo a la demanda, pero quedándole al médico/a sólo saludar y quizás oír brevemente al enfermo hacer referencias iniciales sobre su padecimiento. Menciona (E4) "... la reducción de consulta, ayudaría bastante", (E5) "tener menos cantidad de consulta", (E8) "menos carga laboral, para poder cambiar estilos de vida que mejorarían su calidad de vida": Otra solución que señalan los entrevistados sería reducir la carga laboral, en este caso menos pacientes por hora. Cada médico familiar en la mayoría de las unidades de medicina

familiar atiende un promedio de 26 a 30 pacientes por día, algunos médicos atienden una cantidad menor a este rango y por otro lado existen médicos que atienden cantidades mayores. Esto puede ser secundario al desempeño clínico, ya que al tener menor demanda significaría menor desempeño clínico y por el contrario el tener mayor demanda de pacientes significaría mayor desempeño clínico; pero esto no necesariamente se traduce así en el indicador “promedio de consultas de Medicina Familiar por hora/médico” ya que se interpreta la sobredemanda laboral al médico, como: “un mayor resultado traduce una sobredemanda de la atención médica que puede estar condicionado por la capacidad resolutive baja del médico” (anexo 3); y aún más el promedio se analiza de manera general, esto es que siempre el promedio de consulta por medico hora quedará por debajo de sus valores de referencia, por lo que los responsables de la operación de las UMF y que realizan funciones gerenciales (directores de unidades/jefes departamento clínico) deben apuntalar esa gran debilidad, disminuyendo el tiempo de la consulta médica y así mismo aumentado la carga laboral.

### **7.3. Categoría Propósitos**

Esta categoría se definió para establecer el sentido de la misión y propósitos que identifican los médicos/as que ejercen la especialidad en medicina familiar y que tienen relación laboral en el IMSS. A esta categoría se le otorga la identificación general de la propia especialidad, y se precisa la idea de misión porque es un concepto cuyo abordaje ha sido muy intenso en los últimos años, en todas las instituciones y organizaciones, no siendo el IMSS ajeno a esa situación.

Para ello, se establecen cuatro tópicos específicos, cada uno de los cuales ofrece información particular sobre algún aspecto relevante. A continuación se presentan los fragmentos más significativos de cada uno de esos tópicos.

### 7.3.1.- Misión de la medicina familiar

(E1) ...yo creo que es enfocar al paciente en forma integral eh, no viéndolo desde un punto de vista como persona individual sino como que forma parte de una familia, de una sociedad que es un ente integral bio-psicosocial que no lo tengo que fragmentar.

(E2) La misión es dar atención de calidad, una atención que se sienta.

(E3) La misión yo creo que es la de mantener saludable al paciente y a su núcleo en forma integral y tratar de evitar una complicación de un padecimiento.

(E4) Bueno yo ahorita no veo una misión.

(E5)...atender a mi paciente en forma oportuna, integral y ya.

(E6) Mmm, otorgar en una forma completa atención al derechohabiente, pero completa en el sentido de que incluya a todo su entorno familiar, laboral, su entorno, sus características donde viven.

(E8) La misión, mmm, lo que te comentaba, debemos de tener a una familia, saludable, que esté integrada, que no haya tantos problemas, porque algún miembro de la familia enferme a todos, entonces eso, para que todos estén bien.

(E9) Pues esa, tener un bienestar de la familia y del paciente, del paciente y su familia.

(E10) ...no me acuerdo ya, tengo que regresar a estudiar mis apuntes, cuál es la misión ...

(E11) La misión yo creo que es mejorar prácticamente lo que es la medicina teniendo al paciente como un todo con la prevención de las complicaciones, para mí lo más importante es la prevención.

(E12) El abordaje de forma integral al paciente, eh, para dar un tratamiento oportuno, adecuado y ser resolutivos.

Las opiniones acerca de la misión de la medicina familiar señalan, por un lado la falta de identificación de una idea que remita a la misión de esta especialidad, comenta (E4) “bueno yo ahorita no veo una misión”, (E10) “...no me acuerdo ya, tengo que regresar a estudiar mis apuntes, cuál es la misión...” Por otro lado, se ubica una misión de la especialidad con orientación biomédica y holística, en busca de la resolución de los problemas originados por el paciente, la familia y la sociedad, siempre prevalece una orientación curativa más que preventiva, así lo ponen de relieve los señalamientos siguientes: (E1) “...yo creo que es enfocar al paciente en forma integral eh, no viéndolo desde un punto de vista como persona individual sino como que forma parte de una familia, de una sociedad que es un ente integral”. (E5) “...atender a mi paciente en forma oportuna, integral y ya”, (E6) “otorgar en una forma completa atención al derechohabiente, pero completa en el sentido de que incluya a todo su entorno familiar, entorno familiar, laboral”, (E8) “debemos de tener a una familia, saludable, que esté integrada, que no haya tantos problemas”,(E12) “el abordaje de forma integral al paciente, eh, para dar un tratamiento oportuno, adecuado y ser resolutivos”, (E11) “La misión yo creo que es mejorar prácticamente lo que es la medicina teniendo al paciente como un todo con la prevención de las complicaciones, para mí lo más importante es la prevención”, esta última expresión evidencia una comprensión de la misión de la medicina familiar con ciertos destellos que involucra una visión holística del paciente, la familia y la misma sociedad, además señala como parte de su acción un componente dirigido a la curación y otra a la prevención. Si se asumen estos atributos como significativos, parece estar aquí una comprensión significativa de la misión de la medicina familiar.

### 7.3.2. Cumplimiento de la misión de la medicina familiar en el IMSS

(E1) ...desgraciadamente no se cumple la misión, por los directivos, que solo les preocupan tener indicadores en rangos, sin importarles los pacientes.

(E2) Eh, yo creo que se cumple irregularmente, yo creo que sí se cumple irregularmente, por la carga de trabajo y el tiempo tan corto que tenemos para atender a los pacientes.

(E3) Bueno, esa misión a lo mejor se cumple parcialmente.

(E4) ...no se cumple existe mucho trabajo para nosotros.

(E6) ...yo creo que si se abrieran más consultorios y el médico no tuviera tan saturada su consulta o más clínicas en lugar de consultorios, la misión de la medicina familiar se cumpliría en el IMSS.

(E5) ...en mi opinión no.

(E7) No, pues estamos más ocupado en la carga de trabajo, entonces tenemos que enfocarnos en eso, en cuanto la misión que aunque suena bonita, pero nadie lo hace.

(E8) Yo creo que no se cumple, por lo mismo de que la verdad la demanda sí es mucha, bueno a mí no me da tiempo de explicarles todo.

(E9) No, pues no, no se cumple brindando una atención de calidad al paciente y a todos los integrantes de la familia, no se brinda una atención de calidad para que el paciente se vaya satisfecho, no se cumple.

(E10) No se cumple, siempre nos ordenan apurarnos en la consulta para evitar problemas con los pacientes, y este origina una mala calidad de atención médica.

(E11) ...todo lo están haciendo de manera estandarizada, nos están diciendo que todos tenemos que ser iguales, pero no, no, si el doctor de un consultorio ve 40 pacientes en turno, yo también tengo que ver los mismos, es una carrera, a ver quién ve más, por eso no se cumple la misión.

(E12) No se puede cumplir, y eso me hace sentir defraudado.

Llama la atención que a pesar de que no se señala con claridad una misión de la medicina familiar, cuando se les cuestionó sobre el cumplimiento de ella en el IMSS, se vierten opiniones de incumplimiento. Las expresiones señalan que esta no se puede cumplir por dos factores muy importantes en la operación de la consulta médica: el tiempo reducido para la atención de los pacientes y la carga de pacientes por día hora para cada médico familiar. Mencionan: (E2) “yo creo que se cumple irregularmente, yo creo que sí se cumple irregularmente, por la carga de trabajo y el tiempo tan corto que tenemos para atender a los pacientes”, (E4) “...no se cumple existe mucho trabajo para nosotros”, (E7) “no, pues estamos más ocupado en la carga de trabajo, entonces tenemos que enfocarnos en eso, en cuanto la misión que aunque suena bonita, pero nadie lo hace”, (E8) “yo creo que no se cumple, por lo mismo de que la verdad la demanda sí es mucha, bueno a mí no me da tiempo de explicarles todo”, (E10) “no se cumple, siempre nos ordenan apurarnos en la consulta para evitar problemas con los pacientes, y este origina una mala calidad de atención médica” Todas estas expresiones coinciden en señalar como causa del incumplimiento de la misión de la medicina familiar en el IMSS a la carga laboral y el tiempo tan reducido para atender cada paciente.

### 7.3.3. Propósito de practicar la medicina familiar

(E1) Pues el proporcionar salud, bienestar, prevención de padecimientos crónicos, de hacer al paciente sentir que tiene un apoyo en cuanto a su cuestión de salud.

(E2) Dar una atención de calidad, modificar e introducir cambios para que las familias puedan mejorar su estado de salud.

(E3) ...pues tratar un poquito más al paciente y lesionarlo lo menos que se pueda porque desgraciadamente a veces nuestras actividades o actitudes en lugar de ayudarlos los lesionan.

(E4) ...pues el bienestar de la persona, principalmente este que esté bien, el tratar de establecer la salud, curarlo de su enfermedad.

(E5) ...es la mejora de cada paciente, es la mejora, ese es el que día a día se intenta en consulta, curar y prevenir.

(E7) ..atender lo mejor posible al paciente para darle un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

(E8) ...pues ayudarlos a que tengan una mejor calidad de vida. Bueno, o a los que les vaya a dar la enfermedad, tratar de evitarlo.

(E9) Pues eso, mantener, ¿no?, lo más posible al paciente estable, mantenerlo prevenible de alguna enfermedad, o sea mantenerlo sano o sea con un buen control de los padecimientos que presenta.

(E10) Mejorar la calidad de vida para mis pacientes.

(E11) ...que el paciente pueda entender que la enfermedad no es algo malo que le pasó, que la vida le está dando esta prueba, que puede vivir con ella y que finalmente podemos hacer muchas

(E12) Eh dar una calidad y calidez al derechohabiente.

Las opiniones vertidas acerca del propósito de la práctica de la medicina familiar revelan que este persigue como objetivo final la curación y prevención de la enfermedad del paciente y su familia, y que con esto la calidad de vida sería buena, se dice: (E10) “mejorar la calidad de vida para mis pacientes”, (E11) “podemos hacer muchas modificaciones de manera oportuna para que tenga una buena calidad de vida”. Un propósito que no trasciende el pensamiento biomédico y cuanto más incluye a la calidad de vida, seguramente en una dimensión personal de los sujetos, donde el pensamiento biomédico da por hecho la mejora en la calidad de vida a partir de incidir en los hábitos y conductas personales por la información o indicación que dicta el profesional de la medicina a los individuos y a partir de ellos incidirá en la sociedad, esta mejora se logra con la generalización de las bases clínicas de la enfermedad.

### 7.3.4. Propósitos de la medicina familiar en el IMSS

(E1) ...a lo mejor sueno un poco redundante, el propósito es brindar atención en el primer nivel de atención médica.

(E2) ...más que nada la atención médica.

(E3) Más que nada sería tratar de prevenir limitar el problema de la mortalidad, la morbilidad y de esa manera tener un poquito menos de defunciones, yo creo que es la prevención más que nada.

(E5) ...el objetivo sería disminuir costos económicos para el paciente y el IMSS.

(E7) Pues así viéndolo operativamente es darle una buena atención al paciente, atención médica.

(E8) ...prevenir y curar la enfermedad, yo creo que eso sería, por el momento no veo otra cosa.

(E9) ...prevención y curación, buscar el bienestar de la familia, el paciente y sociedad y con esto tener un mejor país.

(E10) ...pues la atención medica al paciente y su familia.

(E11) ...atender el mayor número de consultas en un tiempo determinado.

(E12) ...ser oportunos, preventivos, integrales y resolutivos, dar una atención medica de calidad y calidez.

A través de estas opiniones respecto al propósito de la medicina familiar en el IMSS, se mantiene una visión generalizada respecto a que la atención médica es comúnmente admitida como lo primordial de la medicina familiar. Menciona (E1) "...a lo mejor suena un poco redundante, el propósito es brindar atención en el primer nivel de atención médica", (E2) "...más que nada la atención médica", (E7) "pues así viéndolo operativamente es darle una buena atención al paciente, atención médica", (E8) "...prevenir y curar la enfermedad, yo creo que eso sería, por el momento no veo otra cosa", (E9) "...prevención y curación, buscar el bienestar de la familia, el paciente y sociedad", (E10) "...pues la atención médica al paciente y su familia", (E12) "dar una atención médica de calidad y calidez". Una vez más se expresa una coincidencia en los señalamientos donde destaca la atención médica como el propósito de la medicina familiar, es decir se circunscribe a la relación institucional del encuentro del paciente que demanda atención con el médico que atiende. Las acciones que se derivan de ese encuentro se dirigen a lo curativo y preventivo como partes de esa intervención profesional, como si fuese un derecho no cuestionable de esta práctica médica, evadiendo un contenido más amplio del propósito de la medicina familiar en el IMSS.

#### **7.4. Categoría Normas y Valores**

Esta categoría establece las normas y valores de los especialistas en medicina familiar médicos/as que ejercen en el IMSS, pretende comprender la situación de auto reconocimiento como médico familiar, las relaciones interpersonales e identitarias con otros individuos u actores de la medicina en la institución, para ellos se establecen siete tópicos específicos, cada uno de los cuales ofrece información particular sobre algún aspecto relevante. A continuación se presentan los fragmentos más significativos de cada uno de esos tópicos.

### 7.4.1. Expresión sobre el respeto hacia el paciente en la consulta médica

(E1) Bueno el respeto de nosotros hacia ellos siempre va por delante, encontramos pacientes de todo, hay pacientes muy, pues a veces hasta groseros, ¿verdad?, a los cuales hay que tratar de atenderles bien.

(E2) Yo creo que es bueno, la cortesía es parte de este respeto, pero el paciente es agresivo por naturaleza viene a gritar a exigir, como respetar si ellos no respetan, pero no todos los pacientes son así.

(E4) Creo que el respeto siempre es bueno, y uno marca siempre eso a los pacientes cuando se comparten puntos de vista y eso es muy importante, yo creo, tanto respecto de aquí para allá, todo deber estar bien.

(E5) Yo creo no le puedo decir que adecuado al 100%, mirándolo a los ojos, hablándole de forma clara, escuchándolo, comprendiéndolo, siempre hay que escucharlo y lo que me dice, siempre tengo que darle respuesta, a veces son cosas que a veces, sin importancia aparentemente, pero para ellos son muy importantes.

(E6)...con respeto, con amabilidad, con paciencia, eh, y hasta cierta gente con ternura, pero la gente viene agresiva, de mal humor, y eso nos lo contagian y al final existe yo creo mal trato a los pacientes.

(E7) En el caso particular, yo creo que es bueno, es bueno, respetuoso, sobre todo, el ser lo más sincero con ellos, o sea no engañarlos ni darles falsas esperanzas y ya de todos modos pues los comentarios ahí son muy diversos.

(E8) Pues de respeto, bueno cómo yo los trato, pues con el respeto que ellos se merecen, que sí viene gente agresiva y pues tratamos de tranquilizarla, pero la gran mayoría viene muy agresiva, por múltiples causas, y entonces ya no existe respeto por el personal que aquí trabaja y pues ni modo hay que tratarlos a pesar de eso bien.

(E9) ...se les trata bien pero algunos pacientes ya vienen muy agresivos, por lo menos conmigo, lo que hago es escucharlos, pero hay gente que a veces como que quiere golpear, muy, muy agresiva, y ellos ya no respetan al médico, como vamos a respetarlos nosotros.

(E10)...pues lo debemos de tratar con todo el respeto que una persona se merece, con el respeto que es, lo tenemos que tratar, jamás faltando al respeto, ¿no?, tratar de orientarlo, disipar las mayores dudas que él pueda tener.

(E11)...ser lo más respetuosa, dentro de los lineamientos que me permita el Instituto y el paciente si quiere ser ayudado, porque aunque le demuestro el medicamento y el diagnóstico, a veces el paciente es muy renuente y no hace las medidas que debe de tener o se le olvidan las cosas, tomarse el medicamento, entonces es tratar de que tengamos una buena relación por si sucede algo me diga y busquemos la solución para éste.

(E12) ...depende de la perspectiva con la que venga el paciente, con la actitud con la que venga el paciente, si viene enojado yo contesto enojado, si viene de buena manera yo lo atiendo de buena manera, si él me respeta yo respeto al paciente.

Cabe resaltar que las expresiones vertidas coinciden en que el respeto hacia el otro (paciente) es implícito en la relación médico familiar-paciente, incluso se percibe la comprensión del otro (otredad) por parte del médico familiar, sin tener una aproximación característica de la especialidad hacia la otredad, se percibe la necesidad de comprender y escuchar al paciente, comenta; (E1) “bueno el respeto de nosotros hacia ellos siempre va por delante”, (E5) “hablándole de forma clara, escuchándolo, comprendiéndolo, siempre hay que escucharlo”, (E6) “con respeto, con amabilidad, con paciencia”, (E7) “respetuoso, sobre todo, el ser lo más sincero con ellos”, (E8) “pues de respeto, bueno cómo yo los trato, pues con el respeto que ellos se merecen”, (E10) “...pues lo debemos de tratar con todo el respeto que una persona se merece, con el respeto que es, lo tenemos que tratar, jamás faltando al respeto”, (E11) “ser lo más respetuosa”. Todas las referencias coinciden en establecer un valor único desde la formación en la práctica médica: el respeto por el paciente.

Por otro lado se refieren comportamientos de agresión verbal y no verbal de los pacientes hacia el personal médico, lo cual, señalan, genera en reciprocidad agresión de los profesionales, que al final vulnera al individuo que demanda atención, y esto, al parecer se usa como justificación de una relación de alteridad donde está presente la agresión inicial. Menciona (E2) “el paciente es agresivo por naturaleza viene a gritar a exigir, cómo respetar si ellos no respetan”, (E6) “la gente viene agresiva, de mal humor, y eso nos lo contagian y al final existe yo creo mal trato a los pacientes”, (E9) “hay gente que a veces como que quiere golpear, muy, muy agresiva, y ellos ya no respetan al médico, como vamos a respetarlos nosotros”, (E12) “si viene enojado yo contesto enojado, si viene de buena manera yo lo atiendo de buena manera, si él me respeta yo respeto al paciente”.

Todas estas expresiones reiteran en ubicar la fuente de la agresión en la conducta del paciente, puede ser un hecho real, o puede ser, como parece, la justificación de la conducta displicente del profesional de la medicina. También, parece que subyace una reacción negativa ante el supuesto implícito para los profesionales de

que los pacientes deberían asumir una conducta subordinada, parece que se considera como un reto, el hecho de existir exigencia de los pacientes en el cumplimiento de un derecho a la atención. Ante ese desafío a la autoridad del médico se responde con agresividad verbal y no verbal.

## 7.4.2. Expresión sobre el respeto al personal de salud, en este caso asistente médica

(E1) Pues aquí no hay ningún problema, mi asistente es muy linda, pues igual yo creo que ella tiene que estar consciente de lo que tiene que hacer.

(E2) Pues nada más yo creo que ahí es importante que se establezca información, una buena comunicación entre ambos para decir qué se necesita, que no se necesita, cómo tienes que apoyarme y yo cómo te apoyo para sacar las cosas adelante.

(E3) La asistente médica, bueno, entre nosotros realmente si hay un respeto, porque aquí realmente no estamos peleados entre nosotros, si surge alguna diferencia, simplemente se habla con ella y ya, se trata de solucionar el problema.

(E5)...siempre ha habido respeto, nos comunicamos, sí, siempre ha habido respeto.

(E6) ...debe de haber armonía, comunicación, pero también no debe de haber que sean súper mega cuates, porque si no luego la asistente médica es la que gobierna sobre el consultorio médico o es la que parece que es más la doctora que el médico

(E7) De nosotros como médicos a ellas es necesario, porque son las que nos ayudan a controlar los tiempos a los pacientes y son muchas veces como digamos nuestro brazo derecho.

(E8) Siempre es con respeto...  
Para ver que los pacientes se sientan bien.

(E9)...con ella debemos platicar, ponernos de acuerdo para atender a los pacientes de la mejor manera.

(E10) ...con respeto, le debo hablar con respeto a mi asistente médica para que nos apoye, ¿no?, y ella a su vez sea muy respetuosa con los pacientes, que tenga cordialidad y amabilidad, puesto que ella es la persona que recibe a los pacientes.

(E12) yo siempre he pensado que independientemente de las categorías todos somos compañeros

A través de las opiniones vertidas en relación al respeto que guardan los médicos/as familiares a la persona que cumple las funciones de asistente médica, muestran que el profesional médico es altamente valorado. La gran mayoría reconoció a la asistente médica como el único actor dentro de la atención médica con una relación personal de respeto y, en consecuencia, se reacciona con reciprocidad. Las referencias mencionan; (E1) “pues aquí no hay ningún problema, mi asistente es muy linda”, (E3) “la asistente médica, bueno, entre nosotros realmente si hay un respeto” , (E5) “...siempre ha habido respeto, nos comunicamos, sí, siempre ha habido respeto”, (E8) “siempre es con respeto...”, (E10) “...con respeto, le debo hablar con respeto a mi asistente médica”; se menciona que dentro de sus funciones la asistente médica, organiza la consulta médica, (E7) “ayudan a controlar los tiempos a los pacientes y son muchas veces como digamos nuestro brazo derecho” y por otro lado, es la primera cara institucional con la que se enfrenta el paciente, (E10) “y ella a su vez sea muy respetuosa con los pacientes, que tenga cordialidad, y amabilidad, puesto que ella es la persona que recibe a los pacientes”. Todas las expresiones coinciden en reconocer respeto hacia la asistente médica y se describe como valor innato de este binomio. Al parecer el respeto es el atributo esperado de la función más importante de la asistente médica, la coordinación de la consulta médica, aunque sólo se percibe en una opinión, podría significar que entre mejor relación de respeto se guarde mejor cuidado en la relación laboral de la asistente medica al médico (E6) “la asistente médica es la que gobierna sobre el consultorio médico o es la que parece que es más la doctora que el médico”.

### 7.4.3. Expresión sobre el respeto al personal de salud, en este caso médicos/as familiares

(E1)...yo no tengo ningún problema con ninguno de mis compañeros, los aprecio mucho.

(E2)...yo tengo un ámbito de tranquilidad con los colegas y se ve en un ambiente muy tranquilo, todo se respira un ambiente muy bueno.

(E3)...a veces el respeto entre nosotros es muy bueno.

(E4) Creo que igual, siento que ese sentido el médico es muy respetuoso, al menos en esta unidad yo creo que hay compañeros que no hacen actos de falta de respeto.

(E6) Igual, con mucho respeto y compañerismo, siento que el secreto es compañerismo porque en ocasiones no todos sabemos de todo o tenemos alguna duda y es más fácil que nosotros nos apoyemos.

(E7)...la relación es buena, es excelente, estamos para apoyarnos unos a otros, si hay una dificultad nos apoyamos todos para el beneficio del paciente.

(E9)...es una actitud de respeto hacia nuestros compañeros.

(E10) Igual con todo el respeto, ¿no?, o sea con cordialidad, de hola buenas tardes, si hay dudas, acudir con alguno que nos ayude, pero sí con mucho respeto y mucha cordialidad, yo creo que así debemos de tratar a todos.

(E11) Pues es poca la comunicación que se tiene con ellos, entonces hay veces que ni nos vemos en semanas.

Las opiniones con relación al respeto al personal de salud por parte de los médicos familiares, se percibe implícito en las opiniones, al entenderse a sí mismo como profesional de salud hace y otorga reconocimiento al otro en igualdad de condiciones, un respeto que parece sustentado en la valoración jerárquica obtenido por la misma profesión. Así (E1) "...yo no tengo ningún problema con ninguno de mis compañeros, los aprecio mucho", (E2) "...yo tengo un ámbito de tranquilidad con los colegas y se ve en un ambiente muy tranquilo, todo se respira un ambiente muy bueno", (E3) "...a veces el respeto entre nosotros es muy bueno", (E4) "creo que igual, siento que ese sentido el médico es muy respetuoso", (E6) "con mucho respeto y compañerismo, siento que el secreto es compañerismo", (E7) "...la relación es buena, es excelente, estamos para apoyarnos unos a otros", (E9 ) "...es una actitud de respeto hacia nuestros compañeros", (E10) "igual con todo el respeto, ¿no?, o sea con cordialidad", se palpa este valor en la gran mayoría de las opiniones, pero en el fin de este valor no está representado por las relaciones interpersonales sino al parecer por las relaciones laborales, (E7) "nos apoyamos todos para el beneficio del paciente", donde las relaciones labores son, (E11) "poca la comunicación que se tiene con ellos, entonces hay veces que ni nos vemos en semanas". La asignación de valor al respeto, parece estar implícito en el reconocimiento de la profesión médica, pero no es ejercido y reproducido como un valor universal en esta especialidad, sino que se presenta como un valor jerárquico dentro de la medicina; donde si el otro permite mi ejercicio médico sin censura yo respeto su ejercicio sin censura. Los iguales confían y no intervienen en el trabajo de los pares, lo que supone que si alguien iniciara la duda del ejercicio médico de alguien más, el otro estaría buscando la vulnerabilidad del primero y eso llevaría a la pérdida del respeto entre pares afectando la jerarquía de la profesión médica y de los profesionales de la medicina.

#### 7.4.4. Expresión sobre el respeto a los familiares de los pacientes

(E1) ...es hablar con ellos y hacerlo conscientes que su familiar forma parte de ellos, que ellos son los que deben de tratarlo, ellos son los que deben de cuidarlo, o sea los incluyo en el problema del paciente, los comprometo, los hago conscientes de la situación y que el responsable del paciente también son ellos, no nosotros, que nosotros somos apoyo, puntos de apoyo y que tenemos trabajo social, medicina preventiva, o sea que nosotros vamos a ser puntos de apoyo.

(E2)...trato de establecer muy buena relación igual que con los pacientes porque son la parte fundamental de apoyo, son los que observan más al paciente que yo, yo lo observo nada más el día que viene y cuando vienen ellos, observan más cosas que yo no puedo.

(E3)...yo no me meto ahora sí que a lo que voy y si realmente tengo tiempo trato de ayudar en lo que pueda.

(E4)...a veces los familiares son muy metiches por lo que nunca hay que establecer relaciones, uno a lo que va.

(E6) Mmm, igual con respeto, hablándoles de la patología de su familiar.

(E7) Los respeto, de respeto y de explicarles cuál es el padecimiento del familiar... para que nos ayuden a cuidar al paciente.

(E8) Pues igual con respeto... sí, trato de hacerlos participes, de que sepan del padecimiento de su familiar y le puedan ayudar entre todos.

(E9)...responder a las preguntas, ellos tienen muchas dudas, responder lo que uno más pueda y tener una actitud de respeto hacia ellos.

(E10) Igual, con respeto, pero es que hay tantos familiares que dejan solo al paciente, nunca acuden y cuando vienen quiere que todo se les resuelva... debemos tratarlo con el respeto y si hay dudas, aclararle las dudas, pero igualmente ellos deben tener respeto hacia nosotros, porque hay familiares que llegan gritando y agrediendo y "a mí no me vas a hablar así, con respeto y vamos aclarando", ¿sí? porque sino ellos después me van a ordenar que debo hacer".

(E10) Con respeto, para mí el familiar es un instrumento muy importante dentro de la atención médica.

Se comenta que el respeto al familiar de los pacientes por parte de los médicos/as familiares, es una forma de comunicación indirecta y triangulada hacia el entendimiento del paciente, y hacia la solución de la problemática generada por el padecimiento. Así el familiar se convierte en un pieza fundamental de la atención médica. Las expresiones dicen: (E1) "...es hablar con ellos y hacerlo conscientes que su familiar forma parte de ellos, que ellos son los que deben de tratarlo, ellos son los que deben de cuidarlo, o sea los incluyo en el problema del paciente, los comprometo, los hago conscientes de la situación", (E2) "...trato de establecer muy buena relación igual que con los pacientes porque son la parte fundamental de apoyo", (E6) "mmm, igual con respeto, hablándoles de la patología de su familiar", (E7) "los respeto, de respeto y de explicarles cuál es el padecimiento del familiar... para que nos ayuden a cuidar al paciente", (E8) "pues igual con respeto... sí, trato de hacerlos partícipes, de que sepan del padecimiento de su familiar y le puedan ayudar entre todos", (E9) "...responder a las preguntas, ellos tienen muchas dudas, responder lo que uno más pueda y tener una actitud de respeto hacia ellos", (E11) "con respeto, para mí el familiar es un instrumento muy importante dentro de la atención médica". Parece que se ubica al familiar que acude a consulta médica con el paciente, como una configuración implícita del paciente que permite la realización de esta práctica profesional.

Otras opiniones revelan que la relación entre los familiares de los pacientes no debe exceder los límites del ejercicio médico, entendiéndose esto como una protección juiciosa del saber médico, (E4) "...a veces los familiares son muy metiches por lo que nunca hay que establecer relaciones, uno a lo que va", (E10) "ellos deben tener respeto hacia nosotros, porque hay familiares que llegan gritando y agrediendo y "a mí no me vas a hablar así, con respeto y vamos aclarando", ¿sí?, porque sino ellos después me van a ordenar que debo hacer". Aquí se muestra nuevamente la perspectiva del respeto de los otros, especialmente de los familiares del paciente, la exigencia de la atención, se esgrime como una invasión al juicio técnico y como un reto a la autoridad del médico, que no debe permitir el profesional. La subordinación del paciente hacia el

médico, que por siglos ha marcada las desigualdades sociales, parece justificar, una vez más la necesidad de imponer la autoridad del médico en la interacción con los familiares.

### 7.4.5. Opinión sobre la libertad de otorgar una atención médica

(E1) Sí, sí aquí nosotros hacemos la atención como queremos, eso sí, es libre, nuestra atención es como la queramos dar.

(E2) Por falta de tiempo no.

(E3) Dentro del Instituto hay ciertas limitaciones... por ejemplo aquí en primera no podemos tardar más tiempo porque hay pacientes que esperan, entonces eso nos limita a ciertas cosas a hacer lo que se puede.

(E4) Sí, en su gran mayoría sí.

(E7) Sí, aquí sí, yo considero que tenemos la libertad, ¿por qué?, porque al fin y al cabo lo hago diario puedo hacer yo mis diagnósticos.

(E8) Yo creo que sí... porque, ¿por qué?, (ríe), porque mi jefe me da toda la libertad para estar frente a los pacientes y dar los conocimientos que tenemos, que no es todo, siempre tenemos algo que aprender.

(E9) Sí, sí, yo creo que sí... porque si yo tengo un fundamento médico y científico, puedo ayudarlo al paciente, pero el problema que veo ahora es que no tenemos las facilidades para enviar al paciente a otra opinión médica de manera rápida y oportuna, entonces yo creo que no tenemos la libertad por completo.

(E10) Me falta tiempo, sí tengo cierta libertad, pero me falta tiempo.

(E11) No, por la falta de tiempo.

(E12) Sí, sí tengo libertad, porque tengo los medios necesarios, en este caso, los instrumentos, el material, en este caso tengo un poquito de problema con el tiempo pero fuera eso si tengo la libertad para realizar la consulta médica sin problema.

Las expresiones vertidas acerca de la libertad que tiene el médico/a familiar en la atención médica, destacan que el ejercicio médico es llevado a cabo con toda la libertad y autonomía, donde realizan acciones de con base en el criterio propio y la voluntad individual, (E1) “Sí, sí aquí nosotros hacemos la atención como queremos, eso sí, es libre, nuestra atención es como la queremos dar”, (E4) “sí, en su gran mayoría sí”, (E5) “sí hay libertad, porque independientemente que haya muchísimos pacientes, y que tenga treinta y tantos y todo, le digo, si un paciente amerita más tiempo, me ha pasado, incluso en situación de platica, por escuchar, se me va el tiempo y siempre ha habido libertad, no me han presionado”, (E7) “sí, aquí sí, yo considero que tenemos la libertad, ¿por qué?, porque al fin y al cabo lo hago diario puedo hacer yo mis diagnósticos”, (E8) “yo creo que sí... porque, ¿por qué?, (ríe), porque mi jefe me da toda la libertad para estar frente a los pacientes y dar los conocimientos que tenemos”, (E9) “sí, sí, yo creo que sí”, (E12) “sí, sí tengo libertad, porque tengo los medios necesarios, en este caso, los instrumentos, el material”, pero esto sería contradictorio por la situación operacional en la que se desempeñan los médicos/cas familiares, por un lado, (E2) “por falta de tiempo”, (E3) “no podemos tardar más tiempo porque hay pacientes que esperan, entonces eso nos limita a ciertas cosas a hacer lo que se pude”, (E9) “el problema que veo ahora es que no tenemos las facilidades para enviar al paciente a otra opinión médica de manera rápida y oportuna, entonces yo creo que no tenemos la libertad por completo”, (E10) “me falta tiempo, sí tengo cierta libertad, pero me falta tiempo”, (E11) “no, por la falta de tiempo”. La libertad en el ejercicio médico es la posesión única de conocimientos sobre la cual se cimenta la propia voluntad del médico, y ese profesional asume la responsabilidad del acto médico, el juicio respecto de la limitación del tiempo en la consulta médica se considera un factor que ata el ejercicio médico por la organización gerencial, quitándole libertad al acto médico, limitándolo y secuestrándolo debido a la organización institucional que requiere satisfacer la demanda excesiva de pacientes.

## 7.4.6. Expresión sobre tiempo de descanso entre consulta médica

(E1) Pues yo creo que sí, pero no nos lo dan..., pues no sé de 5 a 10 minutos de tomar un cafecito o hasta ir al baño, pero la verdad no se puede, pero sí, yo creo que sí es lo ideal, porque se sobesatura uno y el salirme y caminar cinco minutos me relaja para continuar, y dar un mejor servicio.

(E2) Yo creo que no, esas seis horas están bien, nada más que ojalá pudiéramos darle el tiempo adecuado al paciente yo dedico ese tiempo para trabajar y a mí no se me hace que tenga que haber apoyo, hay quienes quieren apoyo para salir a comer, por ejemplo, a mí no, en lo particular.

(E3) Pues yo digo que sí, nos daría tiempo para aclarar las ideas, y tener la mente ágil y no saturada...los pacientes cada día acuden en malas condiciones de salud, y la consulta se satura, por eso digo que si necesitamos un tiempo entre consulta médica.

(E4) No, yo como a veces un alimento o galletas o un refresco, lo hago en un minuto no más, porque la carga de trabajo es cada día mayor, si no me apuro no término y genero problemas con mi jefe.

(E5) Sí, sí lo creo, porque hay mucha gente y la presión aumenta al trabajar, sobre todo sino tomo un tiempcito para distraerme, me emboto y no atiendo como yo quisiera.

(E7) Sería lo factible, sería lo factible porque aunque sea nada más por escuchar al paciente, eso nos desesteraría un poquito y estaríamos más contentos, y daríamos mejor atención.

(E8) No, yo creo que nos deberían de dar un poquito de más de tiempo, como le comento a veces no nos dan el suficiente tiempo de explicarle todo el padecimiento a los pacientes.

(E9) No, no creo que haga falta, porque yo en 2 minutos tomo agua y algún alimento, no sé, nada más no, no creo que sea algo así como muy necesario.

(E10) Ay sí, sí, sí, sí, le comento que a veces necesitamos una pausa para la salud, porque sí hay a veces pacientes un poco difíciles que usted dice "ash, bueno", y entra otro paciente y sí necesitamos una pausa para la salud de nosotros.

(E11) No, eso no, venimos a trabajar y por eso nos pagan 6 horas efectivas.

(E12) Pues sí, nosotros tenemos 15 minutos de receso, a veces consideramos que quizá se pudiera incrementar el tiempo que sería un poquito mejor, porque a veces al tomar un alimento en 15 minutos se da de manera precipitada y sí tenemos el descanso, nuestra salud sería mejor, porque quien se preocupa por nosotros?.

Las expresiones vertidas sobre la necesidad de descanso durante el tiempo de la consulta médica, revela que los médicos/as familiares consideran extenuante a la atención médica y sin considerar que cada día se incrementa la demanda, por esto señalan que un descanso entre cada paciente mejoraría su desempeño laboral en favor del paciente, (E1) “pues yo creo que sí, pero no nos lo dan..., pues no sé de 5 a 10 minutos de tomar un cafecito o hasta ir al baño, pero la verdad no se puede, pero sí, yo creo que sí es lo ideal, porque se sobesatura uno y el salirme y caminar cinco minutos me relaja para continuar, y dar un mejor servicio”, (E3) “pues yo digo que sí, nos daría tiempo para aclarar las ideas, y tener la mente ágil y no saturada...los pacientes cada día acuden en malas condiciones de salud, y la consulta se satura, por eso digo que si necesitamos un tiempo entre consulta médica”, (E5) “sí, sí lo creo, porque hay mucha gente y la presión aumenta al trabajar, sobre todo si no tomo un tiempcito para distraerme, me emboto y no atiendo como yo quisiera”, (E7) “sería lo factible porque aunque sea nada más por escuchar al paciente, eso nos desesteraría un poquito y estaríamos más contentos, y daríamos mejor atención”.

También hubo opiniones sobre la necesidad de un descanso en beneficio de la salud propia del médico/a familiar, (E10) “sí necesitamos una pausa para la salud de nosotros”, (E12) “sí tenemos el descanso, nuestra salud sería mejor, porque ¿quién se preocupa por nosotros?”. La alteridad que guarda la profesionalización médica es un significado que se cultiva desde la formación médica y la práctica médica, el proceso salud-enfermedad de un profesional de la salud no se medita ni se analiza, la intensificación del ritmo de trabajo del médico por parte de las instituciones de salud, obligan a jornadas laborales cortas con sobrecarga laboral, su propia imagen, o necesidad laboral, lo obligan a soportar condiciones que consideran excesivas y dañinas sin reclamos.

Existen expresiones que niegan la necesidad de descansos durante la consulta médica, (E2) “yo creo que no, esas seis horas están bien, nada más que ojalá pudiéramos darle el tiempo adecuado al paciente yo dedico ese tiempo para

trabajar y a mí no se me hace que tenga que haber apoyo, hay quienes quieren apoyo para salir a comer, por ejemplo, a mí no, en lo particular”, (E6) “no, yo como a veces un alimento o galletas o un refresco, lo hago en un minuto no más, porque la carga de trabajo es cada día mayor, si no me apuro no termino y genero problemas con mi jefe”, (E9) “no, no creo que haga falta, porque yo en 2 minutos tomo agua y algún alimento, no sé, nada más no, no creo que sea algo así como muy necesario”, (E11) “no, eso no, venimos a trabajar y por eso nos pagan 6 horas efectivas”. Si bien estas expresiones podrían traducir resignación, también hacen alusión a situaciones laborales y profesionales asumidas en el contexto contemporáneo. Así la vocación de servicio parece ser el valor subyacente en la reproducción de conductas que se refuerzan durante el proceso de formación y que permiten un orden establecido en la práctica médica en general y en la familiar en particular. Estas construyen una cierta “cultura médica de servicio y dedicación”, sin importar el quebranto de su propia salud a costa de responder a los procesos de trabajo impuestos en la institución. Seis horas de sedentarismo frente a una computadora, con las piernas sin movilización, continuidad de los pacientes sin límites establecidos, son las constantes en un proceso de trabajo rutinario y desgastante similar al que ocurre en la mayoría de los trabajos en la cadena de producción fabril.

## 7.4.7. Opinión sobre el prestigio de la medicina familiar en el IMSS

(E1)...el prestigio es bajo en el sentido de que los pacientes son despectivos, con nosotros, ¡vengo por mi medicamento!

Desprestigio

(E2)...yo creo que el prestigio en muy bajo y va a ser peor.

Desprestigio

(E3)...yo creo que el prestigio ha disminuido bastante, no sé si cuando inició esto a lo mejor inició muy bien pero a través del tiempo ha perdido prestigio.

(E4)...tenemos muy poco prestigio a veces nos confunden con los médicos generales.

Desprestigio secundario a confusión.

(E7) El prestigio malo, malo en el sentido de que primero que está catalogada como especialidad, sin embargo, nos catalogan como a un médico general y a los compañeros de la subespecialidad a ellos sí les dicen especialistas, nosotros también somos especialistas.

Desprestigio

(E8)...yo creo que poco a poco nos vamos a ir ganando el prestigio.

(E9)...el prestigio es muy malo, tanto que prefieren al médico general que ha uno.

(E10)...el médico familiar tiene un prestigio muy malo, y esto está dado por los médicos de otras especialidades, por los propios médicos familiares y por los pacientes.

(E11)...muy malo, porque los pacientes piensan que el médico familiar es igual al médico general.

(E12) Pues falta reconocerla, falta entenderla y falta valorarla, en este caso yo creo que los que estamos aquí que somos médicos, médicos en medicina familiar y somos los primeros en restarle importancia, por esto no tenemos prestigio.

Las opiniones transmiten una sensación general de desprestigio por esta especialidad médica, por los pacientes. (E1) "...el prestigio es bajo en el sentido de que los pacientes son despectivos, con nosotros, ¡vengo por mi medicamento!, aunado a esto los propios médicos que ejercen esta especialidad también lo denotan, (E2) "...yo creo que el prestigio es muy bajo y va a ser peor"; aunado a esto algunos tratan de justificar este desprestigio a la confusión de la propia especialidad médica con otras afines, (E4) "...tenemos muy poco prestigio a veces nos confunden con los médicos generales", (E7) "el prestigio malo, malo en el sentido de que primero que está catalogada como especialidad, sin embargo nos catalogan como a un médico general", (E9) "...el prestigio es muy malo, tanto que prefieren al médico general que ha uno", (E11) "...muy malo, porque los pacientes piensan que el médico familiar es igual al médico general". Otras opiniones tratan de explicar que el mismo desprestigio está generado por sus propios practicantes y por otros médicos no familiares, (E12) "somos médicos, médicos en medicina familiar y somos los primeros en restarle importancia, por esto no tenemos prestigio", (E10) "...el médico familiar tiene un prestigio muy malo, y esto está dado por los médicos de otras especialidades". En estas opiniones traslucen una especialidad médica carente de credibilidad y buena fama, los pacientes, los médicos de otras especialidades médicas y los propios médicos familiares, visualizan a la medicina familiar como un espacio de profesionalización subordinado con importante desprestigio, lo cual origina falta de sentido, compromiso y capacidades por parte de los médicos familiares, institucionalizándose en el hábitus médico familiar una percepción y una identidad subordinada, desvalorizada, muy limitada y con pocas posibilidades de reconocimiento en la institución, entre los pares del gremio médico y frente a la mirada de los pacientes.

## **7.5 Categoría Posición y Relación**

Esta categoría se definió para establecer la posición y relación que se tiene de la especialidad en medicina familiar por los médicos/as que la ejercen en el IMSS, para ello, se establecen cinco tópicos específicos, cada uno de los cuales ofrece información particular sobre algún aspecto relevante. A

continuación se presentan los fragmentos más significativos de cada uno de esos tópicos.

## 7.5.1. Otorgamiento de indicaciones médicas al paciente

(E1) Bueno pues las indicaciones son claras y precisas, nosotros nos tenemos que bajar o subir o tener la táctica, para que si el paciente es muy humilde o de bajos conocimientos me entienda, no puedo hablarle de términos técnicos o muy elevados porque si no las pacientes no me entienden.

(E3)...sí, a veces damos indicaciones no sólo de salud sino de otro tipo, pero siempre debemos saber cómo nos dirigimos con lenguaje claro y sin tantos tecnicismos.

(E4) Casi todo es verbal, hay ocasiones en que dejo cosas escritas porque si explico todo no me daría tiempo pero deben ser escritas y verbales, y generalmente son del tratamiento de la medicina.

(E5)...siempre son de la dieta, del ejercicio que debe realizar y de cómo debe tomarse los medicamentos.

(E6)...casi siempre trato de ordenarles ejercicio, dieta, y sus cuidados higiénicos, así como la toma de los medicamentos.

(E7)...busco la manera de indicarles sus medicamentos y cuidados de una manera fácil y sencilla, y eso me ha resultado.

(E9) Pues trato de ser lo más clara posible... las indicaciones son en cuanto a la dosis de medicamentos, la toma, las medidas dietéticas, higiénicas, en cuanto a los estudios de laboratorio a que saquen sus fichas, en general, trato de ser muy clara en las indicaciones.

(E10) Pues trato de ser lo más sencillo, de acuerdo al nivel para que el paciente lo pueda entender, sobre todo porque tenemos muchos adultos mayores, tenemos que ser lo más sencillo. También de acuerdo a su educación, hay pacientes que son analfabetas hay que saber explicarles.

(E11)...tengo que bajarme y ser lo más clara posible para que el paciente me entienda.

(E12) Trato de ser clara, trato de ser congruente, trato de ser amena y siempre tratando de justificar el por qué, o sea, no doy una justificación sólo por darla y trato de decirle que si la lleva a cabo va a lograr el éxito en el control de su enfermedad o en la prevención de su padecimiento donde siempre es enfocado a la prevención.

(E8) Generalmente, por ejemplo trato de ordenarles siempre el ejercicio, el tratamiento es a base de tres cosas, el tratamiento médico, la alimentación y el ejercicio, entonces así trato de explicárselos para llevar un buen control.

Las expresiones vertidas acerca de cómo se otorgan las indicaciones médicas al paciente, muestran que por parte de los médicos/as familiares se busca una comunicación hacia el paciente con lenguaje claro y sin tecnicismos, para producir entendimiento mutuo en la consulta médica. (E1) “las indicaciones son claras y precisas, nosotros nos tenemos que bajar o subir o tener la táctica, para que si el paciente es muy humilde o de bajos conocimientos me entienda, no puedo hablarle de términos técnicos o muy elevados porque si no las pacientes no me entienden”, (E2) “siempre debemos saber cómo nos dirigimos con lenguaje claro y sin tantos tecnicismos”, (E9) “trato de ser muy clara en las indicaciones”, (E11) “...tengo que bajarme y ser lo más clara posible para que el paciente me entienda”. Casi todas las expresiones se refieren a indicaciones médicas del tipo dieta, ejercicio e ingesta de medicamentos, al parecer la atención médica tiene como fin último la entrega de indicaciones hacia el tratamiento del paciente en una atmósfera biomédica. (E4) “generalmente son del tratamiento de la medicina”, (E5) “...siempre son de la dieta, del ejercicio que debe realizar y de cómo debe tomarse los medicamentos”, (E6) “...casi siempre trato de ordenarles ejercicio, dieta, y sus cuidados higiénicos, así como la toma de los medicamentos”, (E8) “generalmente, por ejemplo trato de ordenarles siempre el ejercicio, el tratamiento es a base de tres cosas, el tratamiento médico, la alimentación y el ejercicio, entonces así trato de explicárselos para llevar un buen control”.

La práctica clínica en el ámbito de la medicina familiar, según las expresiones de los entrevistados/as, muestra la importancia de establecer buena comunicación, donde el lenguaje técnico especializado sea expresado de forma que los pacientes comprendan y a partir de allí apliquen las medidas terapéuticas indicadas por los/las profesionales. En general se centra el sentido del uso del proceso comunicativo en acciones de tratamiento médico inherentes al sentido de la motivación del encuentro médico paciente.

## 7.5.2. Autonomía en las decisiones médicas

(E1) Cuando tengo dudas sí, cuando tengo problemas con un paciente sí, llamo a mi coordinador que es el jefe inmediato y sí lo hago, aunque a veces no me resuelva el problema.

(E2) Algunas veces, porque todos estamos en las mismas condiciones, regularmente cada ocho días que es cuando hay sesión, es cuando más comentamos, pero sí, sí llego a pedir apoyo para tomar alguna decisión a algún paciente sí pido apoyo, no siempre pero sí pido al jefe del departamento clínico su apoyo.

(E3) Cuando hay alguna duda la comentamos con algún compañero, porque siempre hay dudas, entonces si el paciente tiene un problema que no se ha podido solucionar pues acudimos con el jefe de departamento clínico que es nuestro jefe inmediato y ahí compartimos nuestra duda y platicamos, le comentamos el caso, pero la verdad a veces no resuelve el problema del paciente y lo agrava más.

(E4) No, porque yo creo que estamos muy capacitados para brindar una muy buena atención.

(E5) Mmm, no, mm, sí hay casos que hay que comentar que sean interesantes o que se compliquen acudo con la jefatura de departamento clínico, pero no siempre porque complican aún más las cosas.

(E8) Decisiones médicas, sí, si tengo dudas mejor las consulto con mis compañeros y sino con el jefe del departamento clínico, pero prefiero a mis compañeros, porque el jefe del departamento clínico solo ve lo administrativo y no lo clínico.

(E9) Pues yo tomo decisiones, pero a veces en algunos casos sí tienen que ser consultadas en algunos casos especiales con el jefe de departamento clínico, aunque a veces no te resuelve nada.

(E10) En ocasiones cuando se tiene alguna duda sí, cuando tengo alguna duda acudo por lo regular con mi jefe de departamento clínico para que él pueda apoyar en cuanto al diagnóstico, pero en si el jefe solo ordena y no termina de ayudar, ósea que a veces no pido ayuda. CM

(E11) No, casi no, pero en casos excepcionales con el jefe del departamento clínico o con otros médicos familiares.

(E12)...si me surge alguna duda durante mi atención sí y acudo con el jefe del departamento clínico... sólo que este deja mucho que desear respecto a lo clínico.

La intervención del profesional en el primer nivel de atención, no queda en su responsabilidad absoluta, sino que implica la intervención de otros profesionales para dilucidar dudas o para ratificar diagnósticos. Las decisiones médicas en la consulta de medicina familiar son compartidas la gran mayoría de las veces con el “jefe del departamento clínico (JDC) o “coordinador del departamento clínico” y casi siempre es en la consulta cuando se generan problemas con los pacientes aunque no se especifica de que tipo son. El JDC surge de una convocatoria donde todos los médicos familiares con especialidad compiten por ocupar esa posición, pero la gran mayoría de las veces esos lugares son asignados por recomendaciones de algún funcionario sin que el proceso de convocatoria se realice a plenitud, lo que genera duda e incertidumbre respecto a sus capacidades técnicas en la consulta médica. (E1) “cuando tengo dudas sí, cuando tengo problemas con un paciente sí, llamo a mi coordinador que es el jefe inmediato y sí lo hago, aunque a veces no me resuelva el problema”, (E2) “algunas veces, porque todos estamos en las mismas condiciones, regularmente cada ocho días que es cuando hay sesión, es cuando más comentamos, pero sí, sí llego a pedir apoyo para tomar alguna decisión a algún paciente sí pido apoyo, no siempre pero sí pido al jefe del departamento clínico su apoyo”, (E3) “...si el paciente tiene un problema que no se ha podido solucionar pues acudimos con el jefe de departamento clínico que es nuestro jefe inmediato y ahí compartimos nuestra duda y platicamos, le comentamos el caso, pero la verdad a veces no resuelve el problema del paciente y lo agrava más”, (E5) “mmm, no, mm, sí hay casos que hay que comentar que sean interesantes o que se compliquen acudo con la jefatura de departamento clínico, pero no siempre porque complican aún más las cosas”, (E8) “decisiones médicas, sí, si tengo dudas mejor las consulto con mis compañeros y sino con el jefe del departamento clínico, pero prefiero a mis compañeros, porque el jefe del departamento clínico solo ve lo administrativo y no lo clínico” (E9) “pues yo tomo decisiones, pero a veces en algunos casos sí tienen que ser consultadas en algunos casos especiales con el jefe de departamento clínico, aunque a veces no te resuelve nada”, (E10) “en ocasiones cuando se tiene alguna duda sí, cuando tengo alguna duda acudo por lo regular con mi jefe de departamento clínico para que él pueda apoyar en cuanto al diagnóstico, pero en si el jefe solo ordena y no termina de ayudar,

ósea que a veces no pido ayuda”, (E12) “...si me surge alguna duda durante mi atención sí y acudo con el jefe del departamento clínico... solo que este deja mucho que desear respecto a lo clínico”.

En la práctica cotidiana las decisiones de los profesionales en la consulta de primer nivel son comentadas con otros médicos de la misma categoría pero en menor condición técnica, al parecer se percibe mayor desconfianza sobre la opinión en consulta con médicos del mismo rango que con el jefe del departamento clínico, esto podría indicar que el ejercicio profesional de cada médico no queda en la capacidad única y propia de cada médico/a, que en ocasiones parece sugerir que cada quien tiene un ejercicio profesional circunscrito a las propias capacidades técnicas.

### 7.5.3. Figura de autoridad en la consulta de medicina familiar

(E1) Pues yo creo que el coordinador es eso, el que coordina, coordina todos los problemas que existen dentro y fuera de mi consultorio, aunque él no me puede ordenar.

(E2) Si, el jefe del departamento clínico, él es la autoridad aunque yo creo que depende mucho del director, ósea lo que le ordenen hacer.

(E3)...el jefe del departamento clínico.

(E4)...si las metas, que son medidos por los indicadores médicos, las autoridades de arriba deberían venir a ver como trabajamos, pero sólo ordenan y hay que seguir órdenes, la autoridad es el indicador.

(E5)...siempre es el jefe del departamento clínico.

(E6)... el jefe del departamento clínico.

(E8)...el jefe de departamento clínico.

(E9) El que impone disciplina y orden es el coordinador médico.

(E11) No, hay nadie.

(E12) El jefe del departamento clínico.

Los médicos familiares opinaron que la autoridad en la consulta médica familiar, es el jefe del departamento clínico (JDC), no definen como es su autoridad ni si ésta tiene límites o a qué tipo de autoridad corresponde, pero el solucionador de los problemas de la consulta es el JDC. (E1) “pues yo creo que el coordinador es eso, el que coordina, coordina todos los problemas que existen dentro y fuera de mi consultorio, aunque él no me puede ordenar”, (E3) “...el jefe del departamento clínico”, (E5) “...siempre es el jefe del departamento clínico”, (E6) “... el jefe del departamento clínico”, (E7) “...yo creo que es el jefe del departamento clínico”, (E8) “...el jefe de departamento clínico”, (E9) “el que impone disciplina y orden es el coordinador médico”, (E12) “el jefe del departamento clínico”. Casi todos los médicos reconocen a este actor como la autoridad formal, parece que se asocia la autoridad administrativa propia de cualquier organización compleja, con la autoridad técnica del profesional que orienta, reconstruye y define acciones de interpretación, valoración, diagnóstico y tratamiento clínico y farmacológico.

Si se orienta a la organización jerárquica de la estructura hospitalaria, no se alude al director médico de las Unidades de Medicina Familiar, que definitivamente debería también estar encargado de la operacionalización de la consulta médica, al parecer se percibe a este actor como el único enlace entre los directivos; (E2) “Si, el jefe del departamento clínico, él es la autoridad aunque yo creo que depende mucho del director, o sea lo que le ordenen hacer”. El JDC juega un papel ambivalente: por un lado debe controlar y dirigir a los médicos a su cargo, y en otra vertiente seguir indicaciones de sus supervisores. Esto lo posiciona en un papel difícil ya que, por ejemplo, en ocasiones debe buscar se cumplan los indicadores de eficiencia médica, ya que con ellos será calificado él y la unidad médica, y al mismo tiempo es parte de los pares que realizan el trabajo profesional. (E4) “...si las metas, que son medidos por los indicadores médicos, las autoridades de arriba deberían venir a ver como trabajamos, pero solo ordenan y hay que seguir ordenes, la autoridad es el indicador”.

**7.5.4. Existe alguna autoridad que no actué directamente en la atención médica familiar, pero que es influyente al final de este evento**

(E1)...personas administrativas que son las que nos mandan del medicamento, que son las que nos dicen cuánto presupuesto tiene una clínica, pero realmente son personas administrativas, yo creo que esas no deben estar ahí, debe ser un médico porque si es un médico ya sabe lo que es un paciente.

(E3)...el administrativo, es el que se encarga de las coberturas de medicamentos, y funcionamiento de laboratorio y rayos x.

(E4)...el director médico, el cual sólo le interesa los números y no así la atención que se brinda.

(E5)...yo creo que los administradores y sus indicadores, que hacen que esto no funcione.

(E7)...yo creo que el administrador, se encargan de la compra y suministro de medicamentos así como de rayos x y laboratorio.

(E9)...los directivos de la delegación, los cuales quieren solo sus indicadores, con todas las faltas de medicamentos y recursos.

(E10)...la administradora, que limita la compra de medicamentos y coberturas de médicos.

(E11)...el administrador.

(E12)...yo creo que todo el personal de la clínica tiene un mal trato a los derechohabientes, todos deberían de mejorar, desde el director al de intendencia.

En relación sobre una autoridad que actúe indirectamente en la atención medica familiar, los médicos opinan que el administrador es quien más interviene, por tres razones: una, porque es el encargado del suministro de medicamentos, dos, se encarga de las coberturas de los médicos en las ausencias no programadas y tres, es el responsable del funcionamiento del gabinete (rx, laboratorio, usg). Con todo ello resulta un interventor primordial, de forma indirecta para todo el proceso de la atención medica. (E1) “...personas administrativas que son las que nos mandan del medicamento, que son las que nos dicen cuánto presupuesto tiene una clínica, pero realmente son personas administrativas”, (E2) “... el administrativo, es el que se encarga de las coberturas de medicamentos, y funcionamiento de laboratorio y rayos x”, (E5) “...yo creo que los administradores y sus indicadores, que hacen que esto no funcione”, (E7) “...yo creo que el administrador, se encargan de la compra y suministro de medicamentos así como de rayos x y laboratorio”, (E10) “...la administradora, que limita la compra de medicamentos y coberturas de médicos”, (E11) “...el administrador”; por otro lado el director de la unidad tiene menor peso como autoridad indirecta que interviene en relación con la atención médica, (E4) “...el director médico, el cual solo le interesa los números y no así la atención que se brinda”, (E9) “...los directivos de la delegación, los cuales quieren solo sus indicadores, con todas las faltas de medicamentos y recursos”. Estos personajes intervienen indirectamente en la consulta médica por un fin que se percibe ajeno al proceso de atención médica, pero sí relevante en el cumplimiento de los indicadores de desempeño médico. La búsqueda de resultados para mostrar en los indicadores es una obligación que deben cumplir, y eso implica tomar decisiones que influyen indirectamente en la consulta médica.

### 7.5.5. Quien debería ser la autoridad en la atención médica familiar, y como debería ser esta

(E1) El médico familiar...sería adecuada porque conoce la operación de la clínica y conoce al personal.

(E2) Pues ahorita en nuestra unidad debe ser un médico familiar, porque debemos hablar el mismo vocabulario, estaríamos hablando de la evolución, de la misma evaluación, sí, debería, pero las decisiones no las tomamos nosotros, las toman otras instancias

(E3). ...debe ser médico familiar para llevar una coincidencia en nuestras maneras de pensar, y su modo de ejercer la autoridad sería de liderazgo.

(E4) El médico familiar está capacitado para eso y mucho más, como ejercería la autoridad sería muy ecuánime con todo el personal.

(E5)...considero un médico familiar, primero porque es nuestra especialidad y de acuerdo a la escuela, él es quien tiene el conocimiento.

(E6) no hay mayor problema quien sea nada más que tenga capacidades de resolución por decir aquí lo importante es toma de decisiones para que se puedan resolver muchos problemas.

(E7) Pues yo creo que no importa quién sea, nada más que tuviera sentido de responsabilidad, pero que sea del área médica, porque son los que van a comprar más la enfermedad por el padecimiento, o digamos que van tratar de resolver lo mejor posible.

(E9)...un médico familiar, la autoridad sería muy igualitaria en todo el personal.

(E10) Aquí en la unidad, el primer nivel un médico familiar, la autoridad sería por entendimiento de toda la problemática.

(E11). Yo creo que debería ser un médico familiar... y como ejercería la autoridad no lose.

(E12) Pues la autoridad con respecto a este caso de la consulta yo creo que un médico familiar... y el ejercicio de la autoridad sería muy complicado pero comprendería a todo el personal.

Respecto a la autoridad en la atención médica familiar; los entrevistados opinan que debería ser el médico familiar la autoridad en la consulta médica, (E1) “el médico familiar...sería adecuada porque conoce la operación de la clínica y conoce al personal”, (E2) “pues ahorita en nuestra unidad debe ser un médico familiar, porque debemos hablar el mismo vocabulario, estaríamos hablando de la evolución, de la misma evaluación, sí, debería, pero las decisiones no las tomamos nosotros, las toman otras instancias”, (E3) “...debe ser médico familiar para llevar una coincidencia en nuestras maneras de pensar”, (E4) “El médico familiar está capacitado para eso y mucho más”, (E5) “... considero un médico familiar, primero porque es nuestra especialidad y de acuerdo a la escuela, él es quien tiene el conocimiento”, (E10) “aquí en la unidad, el primer nivel un médico familiar”, (E12) “...con respecto a este caso de la consulta yo creo que un médico familiar”. Estas expresiones muestran dos aspectos: por un lado opinan que su autoridad se basa en que son ellos quienes conocen la operación clínica, los profesionales de la medicina adscritos al servicio, utiliza el mismo lenguaje médico, pero no se define como un autoridad ganada por el prestigio en sí mismo, su calidad como persona o hasta cierto grado sus competencias como clínico, el poder y la legitimidad no se palpan en el médico familiar; por otro lado, respecto a cómo sería esta autoridad algunos comentan que sería: con igualdad, liderazgo, entendimiento y además siendo ecuánime en sus decisiones, y esto probablemente originaría una obediencia y dominación legítima en esta especialidad médica.

## **7.6. Reconstrucción de la voz de los especialistas en medicina familiar**

En la búsqueda de una identidad de la medicina familiar; existen descripciones sin vitalidad, significados repletos de sombras y poco elaborados, la familia se reitera como objeto de estudio y práctica sin precisar su método y enfoque; la opinión vertida sobre lo que representa ser médico familiar se delimitó al status social, a la realización profesional en la que se insiste en determinar la diferenciación social de una profesión más que a una función social, ese prestigio social pragmatizado en el logro personal, seguridad económica y laboral, se visualiza más en el ámbito social que en el institucional IMSS.

Respecto a la elección de medicina familiar como especialidad médica, la gran mayoría optó por la especialidad como segunda instancia, sea porque no pudieron ingresar a una especialidad distinta con mayor prestigio, o bien porque se ofrecen mayores posibilidades de ingreso a esta especialidad; en todo caso existe poca evidencia de elementos sobre inclinación profesional y personal hacia esta especialidad médica.

En lo expresado sobre la finalidad de la medicina familiar, la centralidad está en la familia, se le retoma como destinatario y objeto de estudio, el punto final de la intervención profesional. Aquí se ubica el nexo entre medicina familiar y familia, pero está vacío de contenido, carente de sentido conceptual, a pesar de un objeto de estudio cambiante y lleno de historicidad, no se menciona un método de aproximación a la familia.

Las expresiones vertidas acerca de la diferencia entre medicina familiar y otras especialidades se pueden vislumbrar en cuatro grupos; uno la exclusividad de familia como objeto de análisis y práctica, otro donde se yuxtapone la medicina familiar como algo completo frente a otras especialidades que escinden al sujeto, fragmentándolo y parcializándolo; un grupo más, interpreta a la especialidad como algo integral, completo y abarcativo, y un cuarto grupo que no establece diferencia de la medicina familiar con cualquier otra especialidad médica. Llama la atención que las expresiones vertidas denotan que la medicina familiar se encarga del sujeto en su pertenencia a un núcleo de más integrantes, y no como ocurre en otras especialidades médicas que se dirigen a un órgano o sistema anatómico.

En relación a la expresión de la actualidad de la medicina familiar, la falta de reconocimiento de la especialidad por parte de los pacientes y de los profesionales de la medicina y los mismos médicos familiares son señalamientos que indican ausencia de prestigio hacia esta especialidad; aunado a lo anterior la tecnología que se introdujo en el año 2004 para la

mejora de la medicina familiar en este caso el SIMF<sup>1</sup>, mostró coincidencias: por un lado, facilitó el trabajo de los médicos familiares, y por otro, una consulta médica impersonal, donde la captura de notas médicas en el expediente clínico, desplaza la anamnesis<sup>2</sup> y la exploración física. Así se presenta una contradicción, ya que la necesidad de contar con información fidedigna y suficiente en el expediente electrónica parece trazar nuevas reglas donde lo fundamental está en el uso de la tecnología para la captura de la información clínica y no la atención al paciente que es la razón de la introducción de este sistema informático, el médico es antetodo un capturista informático.

La expresión sobre el futuro de la medicina familiar es de poca claridad, se percibe incertidumbre y dificultad para su continuidad como especialidad en el entorno de la institución. La percepción es de una especialidad de medicina familiar sin proyección, donde los practicantes miran la realidad acabada y sin salidas.

La actividad del médico familiar debería estar caracterizada por un elemento distintivo, único específico de la especialidad. Pero las expresiones vertidas muestran que se carece de cuerpo doctrinal y conceptual que los delimitase y se exprese en una práctica específica; aunque algunos comentarios se acercan a la visión holística de la práctica médica –el estudio del individuo de forma global-, otros perciben la práctica sólo en su dimensión curativa, con lo cual no se logra una comprensión que muestre una esencia única y exclusiva de la medicina familiar, llenándola de incertidumbre en su práctica diaria.

El tiempo disponible para la consulta médica en la medicina familiar es considerado insuficiente, el tiempo lo suponen breve para la atención médica de los pacientes, aunado a esto el número de pacientes atendidos en la

---

<sup>1</sup> \*Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). Registro electrónico; realizado directamente por el Médico Familiar en la atención médica prestada, registrado en expediente electrónico, con intercambio en línea al interior de la unidad de medicina familiar; uso de redes, HL/, SOAP, XML.

<sup>2</sup> La anamnesis es la parte más importante de la medicina, es la acción previa a cualquier estudio clínico, es el núcleo en torno al cual se desarrolla la relación médico-paciente, aquí se reúnen los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo.

jornada laboral lo perciben los médicos familiares como una carga laboral condicionada por el sistema de salud; el tiempo de consulta médica limitado a 12 minutos por paciente en promedio, con 30 a 32 pacientes por turno, limita el ejercicio médico a tiempo por consulta como parte del esquema de trabajo dentro del IMSS. Todo esto lo comentan con descontento por los pacientes y por los mismos médicos familiares, lo que termina por ocasionar una interpretación negativa para el IMSS y la medicina familiar.

Comentan que existen tres factores que determinan el tiempo de atención para cada paciente: uno es el padecimiento por el cual el paciente acude a solicitar opinión o ayuda respecto a un mal, malestar o dolor; otro es el tiempo para la consulta médica que tiene cada médico para atender a un número determinado de pacientes y, por último, el número de pacientes que demandan atención. En contrario manifiestan que podrían aplicarse criterios para definir un valor promedio de duración de la consulta médica, para ello se plantea: a) categorización del padecimiento grave o menor, b) el número de pacientes en espera y c) la disponibilidad de médicos/as para la atención.

Así, se podría reconfigurar la práctica de la medicina familiar en la atención médica ya que el tiempo requerido para la atención de un paciente se determina por las características del padecimiento, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de este, así como las acciones a seguir; con independencia de la carga de trabajo o número de pacientes en espera para su atención.

Resulta importante que la única forma como se considera mejorar la atención en la medicina familiar es la disponibilidad de mayor tiempo para otorgar las consultas médicas. Con ello se cuestiona a la organización institucional, pero no se ofrecen otras alternativas técnicas o profesionales que incidan en la práctica de la especialidad.

Las opiniones acerca del propósito de la medicina familiar, se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia. Subyace en ello el pensamiento biomédico de la práctica médica que concibe la mejora en la calidad de vida de los individuos y sociedad como resultado de la intervención

profesional de la medicina familiar, el propósito se delimita a lo biomédico y la estructura del IMSS refuerza el propósito incuestionable de la curación y la prevención para la medicina familiar.

La misión de la medicina familiar muestra, por un lado, que se desconoce y, por otro, se ubica una misión de la especialidad con orientación biomédica y cierta base holística en busca de la resolución de los problemas de salud del paciente, la familia y la sociedad, pero siempre orientada a la intervención curativa. Así, la misión de la medicina familiar se refiere a un proceso curativo y preventivo que podría entenderse como la base, y la parte holística como el sentido de la acción de los profesionales que se desempeñan en la medicina familiar.

Las expresiones acerca de los valores en la práctica de la medicina familiar muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación médico familiar, aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad), sí se presentan principios básicos de esta cualidad como la necesidad de comprender y escuchar al paciente, este valor es adquirido desde la fase de formación. No deja de ser significativa la expresión de que cuando se altera este respecto al paciente, se atribuye a la presión, o demanda que ejercen los pacientes hacia el médico de poco respeto hacia su persona, lo que origina según los entrevistados una respuesta recíproca, que al final vulnera al individuo que adolece con lo cual se justifica una relación de alteridad de los profesionales de la medicina respecto de los pacientes.

El respeto entre profesionales de la salud muestra alta valoración a la asistente médica, al parecer por la función que realiza: la coordinación de la consulta médica. Destaca una opinión que señala una relación proporcional entre el respeto a la asistente médica y la menor consulta médica y por lo tanto disminución de la carga laboral. Lo que subyace en el fondo, es una acción utilitaria: se le manifiesta respeto a quien puede fungir como sancionador y tiene bajo su control la disminución o incremento de la cantidad de pacientes en consulta.

Las opiniones sobre el respeto entre médicos familiares se señala como ejercido y reproducido como un valor universal en la profesión, un valor de jerarquía de la profesión de la medicina donde los iguales no interfieren en el desempeño de los otros, pero de suspenderse esa intervención podría generar y afectar la vulnerabilidad del otro y eso produciría pérdida del respeto jerárquico entre la profesión médica, un valor de respeto balanceado que establece confort en el área laboral.

Las expresiones sobre la libertad del médico/a familiar en el ejercicio de la profesión está basado en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico, por lo que la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio médico debido a la organización gerencial. Así el acto médico no es libre por completo, está limitado y secuestrado a la demanda de atención en la organización institucional.

Se comenta que el desprestigio y mala fama de esta especialidad médica es generada por valoraciones de los pacientes, los médicos de otras especialidades médicas y los propios médicos familiares, todos estos visualizan a la medicina familiar con un importante desprestigio, lo cual produce falta de sentido de pertenencia, compromiso y capacidades por parte de los médicos familiares que la practican, institucionalizándose un habitus que desvaloriza la especialidad de medicina familiar.

Respecto a la posición y relación de la autoridad en la consulta médica familiar los médicos opinaron que es el jefe del departamento clínico (JDC) a quien se le reconoce como el solucionador inmediato de los problemas de la consulta, más en el orden de una estructura jerárquica, no definen como es su autoridad ni si ésta tiene límites o a qué tipo de autoridad corresponde. Casi todos los médicos reconocen a este actor como la autoridad y no así al director médico de las Unidades de Medicina Familiar, quien definitivamente debería también estar encargado de la operacionalización de la consulta médica. Al parecer se percibe a este actor como el único enlace para el diálogo entre los directivos. Se menciona a otro actor secundario con autoridad, el administrador aunque no practica la medicina si influye en mantener a las Unidades Médicas con

insumos necesarios para su funcionamiento además de ser otro elemento del diálogo con las autoridades superiores.

Respecto a las decisiones médicas en la consulta de medicina familiar, éstas son consultadas la mayoría de las ocasiones con el jefe del departamento clínico (JDC) o coordinador del departamento clínico y casi siempre es en la consulta cuando se generan problemas con los pacientes. Aunque no se especifica de que tipo son estas problemáticas se puede intuir que obedecen a todo el proceso de atención, desde asuntos administrativos, hasta valoraciones técnicas del ámbito clínico. Al parecer esto expresa desconfianza mayor sobre una consulta con médicos del mismo rango que con el jefe del departamento clínico. Esto podría marcar que el ejercicio libre de cada médico no guarda procesos en común por lo cual cada especialista de medicina familiar con total independencia de los demás.

Las opiniones expresadas sobre quien debería ser la autoridad en la consulta médica, apuntan al médico familiar, porque conoce la operación clínica, al personal adscrito y utiliza el mismo lenguaje médico. Todo ello apunta a una autorregulación de pares pero no la definen como una autoridad ganada por el prestigio, por su calidad como persona o por sus competencias clínicas. El poder y la legitimidad no se reconoce en el médico familiar; pero si se le otorgan atributos como igualdad, liderazgo, entendimiento y objetividad en sus decisiones, esto probablemente originaría una dominación legítima en la especialidad.

## **CAPÍTULO 8. Los actores en su práctica**

La comunicación no verbal es amplia y complementa e incluso desplaza a la palabra hablada, es por esto que se consideró importante crear un instrumento que percibiría señales que constantemente se generan en la práctica clínica, pero en el caso de estudio de la medicina familiar en el IMSS adquiere presencia. Estas señales son una situación real del hecho social a interpretar y que sirven para contrastar el intercambio verbal del profesional entrevistado, con las interacciones que acontecen en el actuar médico cotidiano dentro del consultorio.

La comunicación no verbal analizada desde la observación permite conocer el complejo proceso donde participan cierto número de personas, se expresan palabras, y se realizan actividades y movimientos corporales, donde se produce un fenómeno social en ocasiones inentendible para el sujeto, pero que puede observar sin interferir en este hecho social, lo que permite complementar la comprensión del fenómeno y disponer de interpretación más cercana a lo real interpretado y no sólo su manifestación fenomenológica.

La observación puede reconocer un significado a partir de los mensajes transmitidos por el sujeto en observación, cada movimiento o gesto puede ser equivalente a una palabra en el lenguaje hablado, por lo cual para llegar a un significado a partir de la observación, esta debe partir del ordenamiento de los elementos dados por los sujetos observados y no plantear conclusiones inmediatas basadas en situaciones aisladas, por lo cual se tiene que partir de agrupaciones congruentes que entonces comprenderán actitudes no verbales y así descubrir el correspondiente significado.

### **8.1. Categoría identidad**

Esta categoría se definió para establecer el sentido de identidad que caracteriza a la medicina familiar, a partir de la observación.

## 8.1.1. ¿Cómo es el médico familiar?

(E1)...bata blanca, pulcra, con logo de la SSA, con pulseras en mano, sin maquillaje en cara, con estetoscopio en cuello, con abatelenguas en bolsillo de bata, con buena limpieza en general...escritorio lleno de papelería, dificultades para maniobrar la computadora por el espacio tan reducido, así como firma de documentos complicada por el espacio.

(E2)...bata blanca, limpia, con gafete de identificación, estetoscopio en cuello, con logo en bata de "Farmacias Similares BEST"...escritorio lleno de papelería, espacio reducido para la firma de documentos, el CPU ocupa la gran mayoría del espacio.

(E3)...sin bata, con logo IMSS, con plumas varias en bolsillo de camisa, con buen arreglo personal con anillos en ambas manos, con pulsera metálica en manos, reloj ostentoso en muñeca de lado izquierda, con zapatos limpios, con problema ortopédico en pierna izquierda... escritorio sucio lleno de restos de moronas de pan, vaso de café, espacio reducido para firma de documentos.

(E4) ...bata blanca pulcra, con buena limpieza, con corbata alineada con nudo firme, logo de la bata del ISEM...escritorio lleno de papelería y plumas de escribir, así como marcadores de carios colores, vaso de café, espacio reducido para utilización de computadora y firma de documentos.

(E5)...bata desarreglada de color blanca, sucia de restos de comida, sin maquillaje, con abatelenguas en bolsa de bata, bata logo IMSS, con estetoscopio en cuello, con lentes corrección visual ocupando gran parte del rostro, con anillos metálicos en dedos de manos, con pulsera metálica en muñeca derecha, con zapatos sucios... escritorio lleno de hojas de impresión y folders, con un vaso de café y galletas, espacio reducido para firma de documentos.

(E6)... bata blanca arrugada, logo del IMSS, de mal aspecto sucia, cabello desteñido, con estetoscopio en bolsillo de bata, corbata desalineada, con peinado desarreglado, con zapatos sucios de mal aspecto, con bragueta del pantalón hacia abajo... escritorio lleno de papeles de impresión y documentos, refresco de lata en escritorio, espacio reducido para maniobrar la computadora así como para la firma de los documentos.

(E7)... bata blanca, bien arreglada, con logo de hospital privado Hospital Médica Sur, con maquillaje en rostro adecuado, con peinado de cola, con pulseras en manos, con pantalón sin arrugas, con zapatillas y medias, estetoscopio en bolsillo...escritorio lleno de papelería, un celular, un cristal en forma de pirámide, un reproductor M4 conectado al CPU, espacio reducido para la firma de documentos.

(E8) ...bata blanca limpia, sin logo institucional en la bata, con pulseras en ambas manos, sin maquillaje, con ropa arreglada, con zapatillas, con celular en mano, con teléfono móvil en bolsa de bata, con abatelenguas en bolsillo y estetoscopio en cuello...escritorio lleno de documentos e impresiones de recetas, rx, laboratorios, espacio reducido para firma de documentos.

(E9)... bata blanca limpia sin arrugas, con logo del IPN, con plumas en bolsa de bata abatelenguas en bata, con estetoscopio en cuello, con pulseras en ambas manos, con aretes llamativos en ambos oídos, con uñas pintadas, uso de maquillaje, con arreglo adecuado de cabello... escritorio lleno de papelería, espacio reducido para maniobrar la computadora y para firma de documentos utiliza un sello con firma así evita la firma de estos la cual sería imposible por el espacio tan reducido.

(E10)...con bata blanca pulcra, sin logo en la bata, con estetoscopio al cuello, con pulsera metálicas en ambas muñecas, con abalenguas mínimos en bolsa de bata, con maquillaje en cara, con aretes amplios metálicos en ambas orejas... escritorio con múltiples hojas de impresión por doquier, sin espacio disponible para firmar documentos.

### 8.1.1. ¿Cómo es el médico familiar?

(E11) ...bata blanca limpia, con logo en bata Académico UNAM, con pulseras en ambas manos, con lentes, con buen aseo personal, con estetoscopio a cuello... con escritorio lleno de papelería, un vaso de café y un refresco, así como dos celulares, con espacio reducido para maniobrar el mouse y firma de documentos.

(E12)...bata blanca pulcra limpia, sin arrugas, sin logo en bata, con pulseras en ambas manos, con estetoscopio en cuello, con abatelenguas en bolsillos, con lámpara manual en bolsillo, sin maquillaje en cara... con escritorio desarreglado, con múltiples papeles por doquier, con espacio reducido para firma de documentos.

Los objetos que se identificaron en la búsqueda de la identidad del médico familiar fueron; por un lado la bata blanca, aunque este sello de identidad es aplicable a todos los profesionales de la medicina y no sólo de esta especialidad. La bata blanca corresponde a un símbolo global de identidad que se ha construido para distinguir y asignar status social a las personas que la porten. Aunque el origen de la bata blanca surge en el siglo XIX con la cirugía aséptica y el desarrollo de las medidas de asepsia y antisepsia y las modernas técnicas de cuidado hospitalario, en la actualidad su uso la ha proyectado como una indumentaria que constituye un estereotipo de la profesión médica, aun cuando su uso no sea exclusivo de esos profesionales. Así la bata blanca tiene una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados para quien la usa y para quien observa el uso por otra persona (Jarillo, 1998). En las observaciones se encontró que la bata blanca no sólo es una indumentaria, sino que además tiene atributos, es muy pulcra, planchada y arreglada, sin embargo no es una simple bata, en general tiene bordado o inscrito un logotipo, insignia, código gráfico que detenta la identidad institucional; en la observación se pudo constatar que portan batas con representación de otras instituciones como el INP, ISEM, Fundación BEST, UNAM, Medica Sur, e incluso algunas sin logo, esto corresponde a un significado de no pertenencia exclusiva a la institución donde se realizó la observación y que es donde laboran para el IMSS, e incluso puede representar un signo distintivo entre los pares del gremio porque se muestra la pertenencia a otra institución que forma parte de la jerarquía implícita entre los profesionales de la medicina, tanto por su carácter privado, como por su prestigio técnico. Además comunican a los pacientes que la atención y practica brindada por ellos no los compromete sólo con la institución donde se atienden y que ellos pertenecen y, por lo tanto lo evidencian, el logo de otra institución. Por otro lado, se observaron basta blancas sucias arrugadas y con logo explícito del IMSS. El contraste resulta significativo porque la comparación de la apariencia de la vestimenta de los profesionales, destaca una pertenencia ajena a la institución donde se presta la atención, con respecto a otra donde la identidad institucional se devalúa. Así el paciente recibe un mensaje implícito que tiene consecuencias para los juicios y opiniones sobre su acceso a los servicios de salud, sin duda eso contribuye a la conciencia social de desprestigio de lo público y relevar lo privado.

Con relación a los objetos que forman parte del acto médico, el estetoscopio ocupa un lugar relevante, él sí otorga especificidad a la identidad del profesional de la medicina, aun cuando el personal de enfermería también lo usa, para los médicos/as se convierte en un objeto propio. La observación del estetoscopio como símbolo universal asociado a la medicina, las observaciones muestran que no todos lo portan, esto podría deberse a los tiempos reducidos y exceso laboral para una exploración, utilización o sobreutilización de la tecnología en vez de la exploración clínica.

Por otro lado, el espacio donde se realiza la anamnesis clínica es el consultorio médico, donde se ponen en juego a cada momento del ejercicio médico los procesos y procedimientos técnicos de los profesionales. Allí, el escritorio parece adquirir un lugar protagónico: se observaron escritorios con computadoras e impresoras que ocupan espacios significativos sobre los escritorios, estos objetos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, al utilizar este medio electrónico se entorpece la relación médico-paciente, base principal de la medicina general y familiar. Además, los escritorios están repletos de papelería con frecuencia inservible (hojas de impresión rezagadas, mal impresas, dobles impresiones, recetas devueltas por las pacientes por no surtimiento de los medicamentos, hojas de laboratorio, etc.). Todos estos objetos comunican la saturación e indiferencia por parte del médico al paciente, lo que produce la degradación constante de una identidad propia dentro de una institución de salud nacional, por lo cual el médico familiar tiene una construcción de su identidad repleta de símbolos negativos como son batas blancas sin logo institucional, así como limitación de su comunicación por la era tecnológica en el IMSS ya que se sustituye la comunicación directa con la persona, por el llenado de los formularios informáticos estableciendo un diálogo con la computadora y no con el paciente.

## 8.1.2. Quién intervienen en la práctica de la medicina familiar y como se genera esta práctica

(E1)...paciente, no se permite la entrada a otras personas...el médico se comunica de manera autoritaria y no permite dialogo del paciente, a pesar de ser pacientes geriátricos...no hay exploración física al paciente, sólo se toma tensión arterial.

(E2)...paciente y familiares...la consulta médica es breve nunca mira a los ojos a los pacientes y familiares, se dedica por completo a la computadora, no hay exploración física, sólo toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca.

(E3)...paciente, familiares y asistente médica...existe una comunicación bilateral, mira directamente a los ojos al paciente y familiares por breves momentos, pero la gran mayoría del tiempo se dedica a maniobrar la computadora, no hay exploración física, sólo toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca.

(E4)...enfermera familiar, familiares, paciente, jefe departamento clínico...no hay dialogo, se comunica de manera autoritaria, la mayoría del tiempo se dedica a la computadora, no hay exploración física, solo se toma tensión arterial y frecuencia cardiaca.

(E5)...familiar y paciente, ocasionalmente asistente médica...se permite el dialogo bilateral pero se interrumpe a familiares y paciente, argumentando poco tiempo y exceso de consulta médica, no hay exploración física solo toma de tensión arterial y frecuencia cardicaca, se dedica más tiempo a contestar su teléfono celular y maniobrar su computadora.

(E6)... familiares y paciente, así como jefe departamento clínico y asistente médica...la comunicación es unilateral del médico al paciente, de manera autoritaria, la gran mayoría del tiempo en la consulta médica es para maniobrar la computadora...no hay exploración física, solo toma de tensión arterial y revisión bucal con lámpara manual.

(E7) ... paciente y familiares, jefe departamento clínico...no hay comunicación solo se entregan recetas médicas sin exploración física, y en dos ocasiones las recetas con nombre equivocado, se comenta a los pacientes y familiares que lo disculpen que hay exceso de trabajo y poco tiempo.

(E8)...paciente, asistente médica, ocasionalmente familiares, jefe departamento clínico... la comunicación es unidireccional del médico al paciente no se permiten preguntas se interrumpe al paciente, el maniobrar la computadora conlleva la gran mayoría del tiempo de la consulta médica, no se realiza exploración física.

(E9)... familiares y paciente, jefe departamento clínico y asistente médica...la comunicación es bidireccional se permite la pregunta, aunque las respuestas son concretas y rápidas, refiere el medico que tiene mucha gente afuera y ya es tarde, no existe exploración física solo toma de tensión arterial.

(E10)...paciente, familiares...existe comunicación bidireccional adecuada, se mira a los ojos constantemente, hay risas, hay buena cordialidad de ambas partes, no hay exploración física, solo toma de tensión arterial, se utiliza poco tiempo para maniobrar la computadora.

### 8.1.2. Quién intervienen en la práctica de la medicina familiar y como se genera esta práctica.

(E11)...paciente, familiares y jefe departamento clínico...la comunicación es breve, el médico la gran mayoría del tiempo de la consulta es para maniobrar la computadora, no existe exploración física, sólo toma de tensión arterial.

(E12)...familiares y paciente...la comunicación es autoritaria, breve y se argumenta poco tiempo y exceso de trabajo...no hay exploración física, solo se entregan recetas ya impresas y se da por terminada la consulta médica.

Los participantes en la práctica de la medicina familiar son; el paciente, con frecuencia, el familiar del paciente, la asistente médica y el jefe del departamento clínico. Todos estos actores tiene una carga simbólica inigualable para la reproducción de esta práctica; en la cual se observó, por un lado, que la comunicación verbal y no verbal hacia el paciente es limitada no sólo por el exceso laboral y breve tiempo disponible para cada paciente y la utilización de la computadora; originado al parecer por el bajo compromiso laboral generalizado por parte de los médicos familiares, probablemente por las condiciones laborales en las cuales se desempeñan.

Por otro lado se percibió la ausencia por completo de la exploración física, que sólo se concretó a la toma de la tensión arterial. La exploración física es la herramienta metodológica y práctica para confirmar o descartar alguna patología clínica en el paciente, al parecer esta es ahora dominada por el exceso de trabajo y la computadora. También podría ser secundario a la medicalización institucional, sobresaturando los servicios médicos de esta especialidad, y hacen más complejo el trabajo ya que la mayoría de los pacientes asisten por enfermedades crónico degenerativas, a quienes día a día se les administra y prescribe medicamentos sin corregir su riesgo social y sólo acuden a consulta médica para retirar los medicamentos que les permitan continuar con su consumo durante periodos largos para el control de su enfermedad, eso sin que al momento de la consulta presenten algún nuevo padecimiento.

### 8.1.3. Con que instrumentos se practica la medicina familiar

(E1)...se observó en el consultorio médico la presencia de estetoscopio, lámpara manual, baumanometro, abatelenguas, computadora...de los cuales más utilizado en la consulta médica fue la computadora para anotar e imprimir recetas, seguido por baumanometro y estetoscopio.

(E2)...se encontró la presencia de estetoscopio y lámpara manual, computadora de los cuales fue el que más se utilizó, se tomó tensión arterial con baumanometro y frecuencia cardiaca con estetoscopio.

(E3)... estetoscopio, otoscopio, lámpara manual, abatelenguas, computadora, el más utilizado la computadora, se utilizó baumanometro y estetoscopio.

(E4)... estetoscopio, computadora, abatelenguas, lámpara de chicote, baumanometro, de los cuales el más utilizado fue la computadora seguido del baumanometro y estetoscopio, para signos vitales.

(E5)... estetoscopio, lámpara manual, abatelenguas, baumanometro, computadora, se sobre utiliza la computadora seguido de baumanometro y estetoscopio.

(E6)... estetoscopio y lámpara manual, computadora, se sobre utiliza la computadora.

(E7)...computadora, se utiliza sin explorar al paciente.

(E8)...computadora, no se revisa a los pacientes solo se imprimen recetas.

(E9)... computadora y baumanometro, se sobre utiliza la computadora, no hay exploración física.

(E11)...baumanometro y computadora, abatelenguas, se sobre utiliza la computadora y la impresión de recetas.

(E10)...computadora, baumanometro, se utiliza la computadora l mayor tiempo en la consulta médica.

(E12)...computadora, no hay exploración física.

Las observaciones permiten ubicar los instrumentos más destacados en la práctica de la medicina familiar, son cuatro; uno es la computadora la cual se instaló a principios del 2002 como iniciativa de mejora en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) en el IMSS, en aquel tiempo sólo algunas unidades de medicina familiar contaban con esta herramienta tecnológica. En el año 2005 se cumplió la meta de tener en todas la UMF esta herramienta, mejorándose la captura diagnóstica. El inconveniente que se observa es que la computadora distanció la relación médico paciente a tal grado que el médico familiar le dispone más tiempo al llenado de la nota médica que al propio padecimiento del paciente, por lo cual esta herramienta condiciona la pérdida de la comunicación tan antigua como el oficio médico, la computadora deviene en un objeto que se asocia a la medicina general.

Otro objeto de presencia es el baumanómetro o esfigmomanómetro el cual no está considerado como objeto universal en medicina, pero al parecer sí resulta fundamental en el acto médico, la toma de tensión arterial resulta necesaria en todos los pacientes y en especial, en quienes presentan padecimientos crónicos degenerativos. El baumanómetro, de manera rutinaria y monótono convierte en un instrumento agregado a la medicina familiar. Otro instrumento es el estetoscopio, el cual está presente, pero sólo se utiliza como adorno decorativo pues la utilidad observada es la toma de la frecuencia cardíaca, con lo cual se limitan su uso y utilidad diagnóstica. También la lámpara manual o de chicote es un objeto presente, que se observó estar de manera decorativa y sólo en una ocasión de le dio uso. Los instrumentos en medicina familiar y general aun cuando están presentes se les ha desplazado de un uso cotidiano debido posiblemente a la sobresaturación de la consulta y al exceso de trabajo, tipo de padecimientos de los pacientes – especialmente por enfermedades crónico degenerativas-- lo que conlleva a consultas médicas repetitivas carentes de nuevos retos diagnósticos para el médico, la mejora en la captura diagnóstica; dejando a un lado los objetos universales de la medicina que son bata blanca, estetoscopio, maletín negro y lámpara en la frente.

### 8.1.4. A que grupos etáreos va dirigida la práctica de la medicina familiar

(E1) Mayores de 60 años, y adulto mayor varón, accidente de trabajo.

(E2)...mayores de 60 años de edad, sexo masculino y femenino.

(E3)... mayores de 65 años y adulto mayor.

(E4)...pacientes mayores de 65 años, y menores de 5 años.

(E5)...mayores de 60 años.

(E6)... niños menores de 5 años, adultos mayores de 60 años.

(E7)...pacientes mayores de 60años.

(E8)...pacientes menores de 5 años y mayores de 60años.

(E9)... mayores de 60 años, masculinos y femeninos.

(E11)...pacientes mayores de 60 años.

(E10)...mayores de 60 años y menores de 5 años.

(E12)...mayores de 60 años.

Las observaciones muestran que la gran mayoría de las consultas médicas en medicina familiar están dirigidas hacia pacientes mayores de 60 años, lo que deriva de la transición demográfica y sus consecuencias en la polarización epidemiológica ya prevista, donde la mayor parte de la consulta médica está orientada a diagnosticar y tratar padecimientos derivados del envejecimiento, por lo cual la carga laboral está dirigida a estos pacientes donde el ejercicio de la medicina familiar se orienta a esas personas, sin que se cumpla el objetivo de atender, prevenir y curar a todos los grupos etáreos, lo que podría explicar el desagrado y poco interés de los médicos/as de medicina familiar por sus pacientes.

## **8.2. Categoría actividad**

Esta categoría se estableció para reconocer el sentido de la actividad que realizan los profesionales de la medicina familiar durante su actividad profesional cotidiana, a partir del conjunto de procesos y acciones durante la consulta en el espacio de atención médica durante su jornada laboral.

## 8.2.1. Observación sobre la actividad que realizan los médicos familiares en los consultorios de medicina familiar

(E1) Recibe al paciente de manera cordial, lo saluda de mano, interroga sobre sus padecimientos, escribe en la computadora e imprime (prescribe).

(E2) Recibe al paciente mirándolo a los ojos, no saluda de mano...se atiende a los pacientes se interroga sobre sus padecimientos, se orienta y explica sobre sus padecimientos crónicos, se dedica a completar rubros de la computadora y termina imprimiendo recetas y solicitudes, se despide del paciente.

(E3)...se interroga al paciente, se explora al paciente, se diagnostica y da tratamiento médico, no permite interrupciones dentro del interrogatorio y la exploración física (toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca).

(E4) Recibe al paciente lo saluda, lo interroga no lo explora y lo prescribe, dedica más tiempo a la computadora y a la impresión de documentos.

(E6)...interroga el problema en salud del paciente, no lo explora, y otorga recetas, dedica más tiempo a la computadora.

(E5) Se concentra en la computadora a escribir y utilizar aplicaciones electrónicas, y otorgar recetas, nunca miro a los ojos al paciente, no existe exploración física, ni mucho menos interrogatorio.

(E7) Saluda amablemente a los pacientes, interroga sobre sus problemas de salud, no los explora, y otorga recetas y solicitudes de laboratorio y gabinete, y se dedica más tiempo a la computadora a llenar aplicaciones del programa SIMF y a su reproductor de música.

(E8) Atiende a pacientes, interroga, no explora, no explica, y solo imprime documentos que los entrega a los familiares, dando por concluida la consulta médica, su dedicación está centrada en la computadora.

(E9) Interroga al paciente, le permite el dialogo, y expresar su enfermedad, dedica la gran mayoría del tiempo a la computadora, no explora y termina imprimiendo recetas y otras solicitudes.

(E10) Interroga al paciente, se realiza exploración clínica, se trata de integrar una relación de confianza entre pacientes familiares y médico, al preguntar en primer momento al paciente y en segundo momento a los familiares, respecto a pastillas horarios de medicamentos, dieta, y ejercicio, dedica poco tiempo a la computadora y termina imprimiendo recetas.

(E11) Solo se prescriben medicamentos, está concentrado en la computadora ("hipertenso/diabético, como se ha sentido bien que bueno en un momento le doy sus medicamentos"), y se da por terminada la consulta médica.

(E12)...se saluda al paciente amablemente, se interroga sobre sus padecimientos y nuevos padecimientos, no se explora, se imprimen recetas y se da por terminada la consulta médica, la gran mayoría del tiempo se dedica a las aplicaciones de la computadora.

Las actividades que se observaron dentro del consultorio de medicina familiar, con frecuencia de mayor a menor grado son; el interrogatorio médico el cual se observa como la herramienta metodológica para tener un acercamiento al paciente y relacionarlo con su padecimiento, esta herramienta característica de la anamnesis médica se pudo corroborar en casi en todas las observaciones que se realizaron, O1 "...recibe al paciente de manera cordial, lo saluda de mano, interroga sobre sus padecimientos", O2 "...se atiende a los pacientes se interroga sobre sus padecimientos, se orienta y explica sobre sus padecimientos crónicos", O3 "...se interroga al paciente, se explora al paciente, se diagnostica y da tratamiento médico, no permite interrupciones dentro del interrogatorio y la exploración física (toma de tensión arterial y frecuencia cardíaca)", O4 "...lo interroga no lo explora y lo prescribe", O5 "...no existe exploración física, ni mucho menos interrogatorio", O6 "...interroga el problema en salud del paciente, no los explora, y otorga recetas", O7 "...interroga sobre sus problemas de salud, no los explora, y otorga recetas y solicitudes de laboratorio y gabinete", O8 "...interroga, no explora, no explica, y solo imprime documentos que los entrega a los familiares", O9 "...interroga al paciente, le permite el dialogo, y expresar su enfermedad", O10 "...interroga al paciente, se realiza exploración clínica, se trata de integrar una relación de confianza entre pacientes familiares y médico", O11 "...se interroga sobre sus padecimientos y nuevos padecimientos, no se explora". El interrogatorio para conocer los síntomas que refiera el paciente lo que permite llevar a una hipótesis diagnóstica se reconoció en todos los casos, no obstante se detiene en este análisis científico hipotético-deductivo, puesto que la siguiente etapa es interrumpida por no llevar a cabo una exploración física dirigida, por lo cual la hipótesis inicial no se corrobora y se interrumpe el proceso de establecer un diagnóstico certero que al final significa corroborar con mayor certeza clínica la hipótesis diagnóstica inicial, esto significa que no se corrobora la existencia final del padecimiento. Las etapas hipotéticas deductivas, las cuales están inmersas en la anamnesis clínica –interrogatorio/exploración física/diagnostico/pronostico/prescripción- desde la perspectiva clínica significan que se ven interrumpidas por un ejercicio médico delimitado que no completa los procedimientos establecidos en el proceso de atención médica.

Por otro lado se observa un ejercicio médico dependiente de las aplicaciones tecnológicas que representa la computadora, una dependencia necesaria que se ha vuelto completamente ineludible; O2 "...se dedica a completar rubros de la computadora y termina imprimiendo recetas y solicitudes", O4 "...dedica más tiempo a la computadora y a la impresión de documentos", O5 "...se concentra en la computadora a escribir y utilizar aplicaciones electrónicas, y otorgar recetas, nunca miro a los ojos al paciente, no existe exploración física, ni mucho menos interrogatorio", O6 "...no los explora, y otorga recetas, dedica más tiempo a la computadora", O7 "...no los explora, y otorga recetas y solicitudes de laboratorio y gabinete, y se dedica más tiempo a la computadora a llenar aplicaciones del programa SIMF y a su reproductor de música", O8 "...no explora, no explica, y solo imprime documentos que los entrega a los familiares, dando por concluida la consulta médica, su dedicación está centrada en la computadora", O9 "...dedica la gran mayoría del tiempo a la computadora, no explora y termina imprimiendo recetas y otras solicitudes" O11 "...solo se prescriben medicamentos, está concentrado en la computadora ("hipertenso/diabético, como se ha sentido bien que bueno en un momento le doy sus medicamentos"), y se da por terminada la consulta médica", O12 "...no se explora, se imprimen recetas y se da por terminada la consulta médica, la gran mayoría del tiempo se dedica a las aplicaciones de la computadora". Así el instrumental auxiliar para el ejercicio profesional del médico familiar parece convertirse en el fin, lo que supone al profesional esclavizado por el uso de los recursos de la era tecnológica, donde la necesidad de una computadora se ha convertido en una asociación alienada del profesional en su práctica dentro de las instituciones de salud.

## 8.2.2. Observación sobre la cantidad de pacientes atendidos por día por médico familiar

(E1) 28-32

(E2) 32 a 28.

(E3) 28-32 por jornada  
laboral de 6 horas.

(E4) 30-28 por jornada  
laboral de 6 horas.

(E5) 28-34.

(E6) 30-26.

(E7) 26-34.

(E8) 32 a 36 por jornada  
laboral de 6 horas.

(E9) 28-34 pacientes.

(E10) 28-32pacientes al  
día.

(E11) 30 a 34 pacientes.

(E12) 28-34 al día por  
jornada laboral de 6  
horas.

La observación sobre la cantidad de pacientes atendidos en una jornada laboral, ofrece una aproximación al fenómeno de la atención médica que se brinda en los consultorios de medicina familiar. Por un lado la elevada demanda de atención por parte de los derechohabientes, así como el breve tiempo para su atención; promedio de 31 pacientes por médico por jornada laboral de 6 horas, esto sería 12 minutos por paciente, incluyendo la anamnesis (interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento, pronóstico); un valor en el tiempo disponible que es a todas luces insuficiente lo que limita la praxis médica. Por otro lado, habría que valorar las razones de esa limitación de tiempo por la frecuencia de pacientes que asisten a la consulta. En primera instancia parece deberse a necesidades de satisfacer el indicador institucional; otro elemento corresponde a la cantidad de profesionales de consulta externa para satisfacer la demanda. La relación médicos/as disponibles cantidad de pacientes a atender, podría modificarse de contar con mayor cantidad de profesionales, bajo esa hipótesis se dispondría de mayor tiempo para la atención de los pacientes, lo que significaría reducir la carga laboral de los profesionales evitando su desgaste por saturación laboral, mejorando la disponibilidad de tiempo para mejorar su práctica en beneficio del paciente, al final la premura por atender a los pacientes disminuiría evitando las fricciones en la relación médico paciente.

### 8.2.3. Observación sobre el tiempo que dispone el médico familiar en atender a un paciente

(E1) 10-15 mins  
(interrogatorio 7mins;  
uso de computadora 7  
mins; recetas 1 a 2  
mins).

(E2) 10-15 mins  
(interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 8  
mins; recetas 1 a 2  
mins).

(E3) 15 a 10 mins(  
interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 5  
mins; exploración  
física 3 mins toma de  
ta y fc; recetas 1 a 2  
mins).

(E4) 5-10mins  
(interrogatorio 5mins;  
computadora 3 mins;  
recetas 1 a 2 mins).

(E5) 5-10mins  
(interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 2  
mins; recetas 2 a 1  
mins).

(E6) 5-10mins  
(interrogatorio 6mins;  
uso de computadora 2  
mins; recetas 2 a 1  
mins).

(E7) 8-10 mins  
(interrogatorio 4mins;  
uso de computadora 4  
mins; recetas 2 a 1  
mins).

(E8) 5 a 15 mins  
(interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 8  
mins; recetas 1 a 2  
mins).

(E9) 10-15 mins  
(interrogatorio; 5mins;  
uso de computadora 7  
mins; recetas 3 a 2  
mins).

(E10) 10 a 15 mins  
(interrogatorio 4mins;  
uso de computadora 2  
mins; exp fis 7mins –  
palpa abdomen, revisa  
orofaringte, campos  
pulmonares, área cardiaca  
de acuerdo a  
padecimiento-; recetas 2  
a 1 mins).

(E11) 5 a 10mins  
(interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 2  
mins; recetas 2 a 1  
mins).

(E12) 5-10 mins  
(interrogatorio 5mins;  
uso de computadora 2  
mins; recetas 2 a 1  
mins).

La observación sobre el tiempo disponible para atender a un paciente, arroja que el tiempo aproximado para cada paciente es de 10 a 15 minutos por consulta médica y ese tiempo se divide en interrogatorio médico, uso de computadora, entrega de recetas y exploración física. Llama la atención que sólo en dos observaciones se pudo corroborar la exploración física; O3 "...exploración física 3 mins. toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca", O10 "...exploración física 7 mins."; sólo un médico/a dedica un tiempo de 7 mins para la exploración física orientándola de acuerdo al padecimiento, y en las demás observaciones la consulta médica transcurre entre el interrogatorio médico y la entrega de recetas médicas pasando por el uso de la computadora para la anotación de la nota médica. En general se observa una consulta médica extraviada en un realidad institucional, reducida a realizar un interrogatorio básico, anotar en la computadora los datos, y dar una respuesta al paciente en forma de receta, con lo cual se satisface el indicador de número de pacientes por día por médico, donde el tiempo es la dimensión que estandariza los procesos de atención mostrando una praxis médica fugaz.

## 8.2.4. Observación sobre la explicación de la atención médica que se le ofrece al paciente

(E1)...no se explica se entregan recetas.

(E2)...no se explica se da por entendido su padecimiento- por ser pacientes crónico degenerativo.

(E3)...no se explica, solo se entregan recetas médicas.

(E4)...no explica, se dedica más tiempo a la computadora y a la entrega de recetas.

(E5)...no explica nada. Solo entrega recetas médicas, no mira al paciente, no saluda al paciente.

(E6)...no se explica se entregan recetas, y se da por terminado la consulta médica.

(E7)...no se explica se da por entendido su padecimiento por ser cronicodegenerativo (dm/has).

(E8)...no se explica, se dedica más tiempo a la computadora, solo se entregan recetas médicas.

(E9)...no se explica nada, se da por hecho la prescripción y la enfermedad que cursa el paciente.

(E10)...explica al paciente de manera clara, precisa, comenta sobre su estado de salud, y comenta las complicaciones de la enfermedad, así como la prescripción y termina preguntando si hay dudas.

(E11)... no se explica, se dedica más tiempo a la computadora...entrega recetas y da por terminada la consulta médica.

(E12)...se da por hecho por ser pacientes crónico degenerativos, la gran mayoría de la consulta sino es toda es de mayores de 65 años (oxigeno dependientes).

La explicación sobre el padecimiento, la impresión diagnóstica, las acciones terapéuticas dentro de la atención médica en medicina familiar, muestra que aparentemente existe un código implícito entre médico familiar y paciente. Este consiste en que el médico/a familiar otorga la receta médica a los pacientes, casi siempre quienes cursan con padecimientos crónicos, ejerciéndose así una especie de “ritual” ya establecido donde cada uno de los actores cumple su papel, un código implícito en la consulta médica familiar dedicada a la prescripción de medicamentos, donde el médico/a familiar está determinando un reduccionismo administrativo que consiste en expedir la receta médica donde, se supone, expone la experiencia en la interpretación diagnóstica del padecimiento, que se corrobora con la experiencia terapéutica al expedir una solución al padecimiento contenida en la receta. Además la receta es el medio y el fin ya que no se da una explicación clara de lo expuesto en ella. Así la receta no cumple su función y parece ser terapéuticamente inútil por la poca claridad en la comunicación del médico al paciente y porque las indicaciones de dosis, frecuencia, beneficios, riesgos no se explican ni alertan al paciente. La utilización de la computadora facilita la entrega de recetas acelerando el servicio médico clientelar donde el argumento administrativo sería; por un lado atención médica accesible, recetas surtidas al cien por ciento, y tiempos de espera del paciente en sala reducidos.

### 8.2.5. Observación sobre cuantos estudios de gabinete y laboratorio interpreta al día

(E1)...uno por paciente de labs y rx.

(E2)...uno por paciente.

(E3)...uno por paciente de labs, rx... uno cada tres pacientes.

(E4)...uno por paciente

(E5)...no manda labs ni rx, no interpreta.

(E6)...ninguno.

(E7)...interpreta uno por cada cuatro pacientes.

(E8)...uno a dos por cada cuatro pacientes.

(E9)...de rx y labs uno por paciente

(E10)...de uno a dos por cada 3 pacientes.

(E11)...de uno por cada 3 pacientes de rx, electrocardiograma, labs.

(E12)...ninguno.

La práctica clínica no sólo implica la anamnesis, también incluye la revisión de indicadores biológicos que ofrecen los estudios de laboratorio, especialmente a pacientes que no son de primera vez. Los estudios clínicos y de laboratorio permiten corroborar la hipótesis diagnóstica o dar continuidad a medidas de control para continuar o modificar medidas terapéuticas. Así la observación acerca de la interpretación de pruebas orientadas a establecer un diagnóstico médico, revelan que el médico familiar analiza y valora los estudios de gabinete de sus pacientes aun cuando puede asumirse que esto lo hace a conciencia y tiene los antecedentes clínicos con los cuales puede definir con un alto grado de certeza el tipo de problema de salud que presentan los pacientes, también se supone que los datos expresan situaciones personales y propias de los pacientes, por lo cual se esperaría la comunicación y explicación a los pacientes sobre los valores reportados en sus estudios. Las observaciones evidenciaron que el profesional no explica el resultado de las pruebas diagnósticas realizadas al paciente. Las implicaciones son muchas, pero la explicación puede remitir a la falta de tiempo en la consulta médica, por otro lado se puede interpretar como falta de experiencia clínica, pero también puede interpretarse como ignorancia de los derechos humanos de las personas, los derechos del paciente para saber sus propias condiciones, y la posición asimétrica respecto del conocimiento técnico (indicadores biológicos, rango de valores, etc) que expresan los estudios de laboratorio.

### **8.3. Categoría propósitos**

Esta categoría se precisó para observar las actividades que adquieren un sentido para la conformación de significados en los planos ideológico y social, y que tiene la intención de corresponder a una acción positiva en la consulta de medicina familiar, tal conformación se exploró en tres categorías: la información que se brinda al paciente y a sus familiares o acompañantes sobre las acciones realizadas, la forma como el profesional de la medicina se dirige a los pacientes y familiares el énfasis de persuasión o imposición, y la forma como se expresa el discurso médico orientado al paciente.

### 8.3.1. Se informa a los pacientes, respecto a la atención medica familiar que se realizará y realizó

(E1) No se explica de lo que se realiza y realizo.

(E2) No se explica solo se da por entendido la entrada a la consulta y termino de esta con la entrega de recetas.

(E3) No se explica que se realizara, solo se explora a 1 de cada 8 pacientes toma de tensión arterial solo ocasional.

(E4) No se explica se da por hecho.

(E5) No hay explicación solo otorga receta, explica que hay mucha gente en consultorio médico y que debe apurarse.

(E6) No, el paciente es el que trata de preguntar y el médico ignora sus preguntas.

(E7) No se informa sobre la atención médica.

(E8) No se explica.

(E9) No se explica sobre la atención médica.

(E10) Se informa de manera clara precisa lo que se realizara y realizo

(E11) No se explica se da por hecho la consulta médica, por parte del médico y del paciente.

(E12) Si se explica aunque se da por hecho el descubrirse por el paciente el lugar a explorar y no se pide permiso se le indica pase al fondo ahí lo revisare.

La observación acerca de la información dirigida a los pacientes y familiares, permite afirmar que no existe una explicación clara y precisa de los procedimientos a realizar durante la consulta médica familiar. Al parecer la consulta se desarrolla a partir de una visión clientelar de servicio acelerado donde el médico supervisa solo la supervivencia del paciente y, a veces incluso, de los familiares, para entonces prescribir la receta médica y dar por concluida la consulta, al parecer la sobrecarga laboral y las aplicaciones tecnológicas son nuevamente la base que explica el comportamiento negativo para una consulta médica que centre al paciente como eje de la actividad.

Por otro lado se percibe que las consultas recurrentes a visitas médicas de los pacientes que acuden mes con mes a su consulta médica programada, parecen ocasionar fastidio y molestia en ambas partes, en el sentido de que la consulta médica de cada mes ante la falta o ausencia de sucesos nuevos o de cambios inesperados produce un estado de bajo interés por parte de los profesionales de la medicina y una sensación rutinaria de asistencia innecesaria por parte del paciente, ya que la asistencia de éste último que parece justificarse ante la necesidad de disponer de la autorización para la dotación de medicamentos. Podría suponer que probablemente la rotación de médicos o pacientes por diferentes consultorios podría “rejuvenecer” estas relaciones acabadas, buscando un propósito nuevo dentro de cada atención médica.

### 8.3.2. Cómo se dirige a los pacientes y familiares el médico familiar (respeto, persuasión, imposición)

(E1) Con respeto, y paternalismo (madrecita, abuelito, don Pedrito, doña luchita).

(E2) Con respeto e imposición del acto médico por parte del servidor.

(E3) Con buena actitud con respeto, unidireccional.

(E4) Con paternalismo y respeto, aunque a algunos pacientes es impositivo e irrespetuoso.

(E5) Impone su dialogo de la consulta médica es unidireccional, es paternalista y muy respetuoso.

(E6) Con respeto y paternalismo, al grado que regaña a los pacientes que no cumplen con un buen control metabólico (glucosa/ta).

(E7) Con respeto e imposición, y exagera en el paternalismo.

(E8) Con respeto, unidireccional e impositivo.

(E9) Con respeto e impositivo.

(E10) Respetuoso, paternalista, bidireccional y persuasivo.

(E11)...ignora a los pacientes y familiares, se concreta a entregar recetas y manifestar que tiene mucha gente en espera de pasar a consulta médica.

(E12)...respetuoso, y paternalista.

La observación sobre el acercamiento del médico al paciente sobre los puntos clave de la consulta se da con aparente respeto, pero que son expresiones que traducen distintas posturas, con actitudes que van desde asumir una posición de superioridad por parte del médico; O11 "...ignora a los pacientes y familiares, se concreta a entregar recetas y manifestar que tiene mucha gente en espera de pasar a consulta médica", expresiones de paternalismo por parte del médico a tratar al paciente con aparente condescendencia debida a la diferencia de edad, especialmente en personas de mayor edad respecto a la del profesional; " paternalismo O1 "madrecita, abuelito, don Pedrito, doña luchita", O6; paternalismo autoritario, al grado que regaña a los pacientes que no cumplen con un buen control metabólico (glucosa/tensión arterial) . Por otro lado la ignorancia del médico al paciente, como si se tratara de una simple presencia de una persona de visita en el consultorio al no formalizar el proceso de la consulta médica con todos los elementos clínicos necesarios, imponiendo su desdén en razón del saber médico que detenta el profesional.

### 8.3.3. El discurso médico está orientado al paciente, de qué forma se da (informativo, sin información, no coherente, confuso, etc.)

(E1) Es informativo, coherente y a veces confuso por la rapidez de la explicación, utiliza muchos tecnicismos médicos.

(E2) Es dirigido coherente, lento e informativo, no utiliza tecnicismos médicos.

(E3) Es informativo claro preciso y coherente, utiliza tecnicismos médicos.

(E4) El discurso es coherente, claro e impositivo, utiliza muy poco los tecnicismos médicos.

(E5) De manera informativa pero con rapidez sin interrupción permitida, y algunas veces confuso, lleno de tecnicismos médicos.

(E6) Es informativo, impositivo y unidireccional, lleno de tecnicismos médicos.

(E7) Es informativo, claro, coherente y dirigido a paciente como familiares, lleno de tecnicismos médicos.

(E8) El dialogo es concreto, impositivo, pero claro y coherente, lleno de tecnicismos médicos.

(E9) Su dialogo es informativo claro y preciso, pero de manera impositiva y unidireccional, lleno de tecnicismos médicos.

(E10) Es informativo, abierto a preguntas e interrupciones, un dialogo concreto, utiliza poco los tecnicismos médicos.

(E11)...dialogo unidireccional, con interrupciones permitidas, con dudas y comentarios permitidos, pero limitados, utiliza poco los tecnicismos médicos.

(E12) Su dialogo es impositivo, coherente, rápido y fluido, no permite interrupciones, utiliza muchos tecnicismos médicos.

Durante la observación se percibió el discurso médico orientado al paciente, como una forma de expresión oral llena de tecnicismos médicos, un lenguaje saturado de aforismos especializados dentro del gremio médico utilizados como lenguaje propio y exclusivo de los profesionales de la medicina el cual los hace únicos y del cual otras personas que no pertenecen a ese núcleo profesional quedan excluidas. Las personas no afines a la profesión no comprenden toda la carga de significados presentes, pero menos aun lo que eso implica para la situación de salud de los pacientes y de las medidas concretas que deben seguirse para su auto cuidado.

El discurso médico observado también demostró una imposición ideológica donde la relación de asimetría entre paciente y médico se construye sobre la información que afirma la superioridad del médico sobre el paciente, dicha distancia que puede tener un correlato estructural en la sociedad y por lo tanto inevitable, entra en contradicción con las características enunciadas en la medicina familiar, ya que la relación directa de profesional con el paciente implica el acercamiento humanizado, tan señalado como discurso en la medicina occidental. El discurso médico demostró coherencia desde una perspectiva profesional, pero el abuso de los tecnicismos médicos orilla en ocasiones a un diálogo confuso y que con el sentido de imposición de autoridad impide un diálogo bidireccional. Así la consulta médica resulta debilitada en lo técnico y profusa en lo simbólico, con ello podría suponerse que más que brindar solución a los problemas de salud por los que acude el paciente, lo que se hace es un reforzamiento de las relaciones de dominación en la sociedad a partir de la autoridad superior del profesional.

#### **8.4. Categoría normas y valores**

Esta categoría se estableció para observar la práctica que involucra normas y valores de la consulta de medicina familiar, lo bueno o malo, lo correcto o erróneo, las acciones y propósitos que se tratan de respetar y alcanzar. Para ello se identificaron cinco categorías de acercamiento: autonomía y libertad para la toma de decisiones, tolerancia y respeto a las creencias, ideas y prácticas de los

pacientes en la consulta médica; cómo es la atención entre médico-paciente, cómo es la comunicación verbal y no verbal en la atención médica entre médico-paciente, y, por último, autonomía de los profesionales de la salud (descansos entre la atención de cada paciente o incluso en la misma atención médica).

### 8.4.1. Autonomía y libertad para tomar decisiones sin ayuda de otras personas en la consulta médica

(E1) Completa en decisiones médicas, incompleta en estudios de laboratorio, tienen que ser autorizados por jefe departamento clínico (JDC) al igual que rayos x y medicamentos de control, así como envíos de pacientes a segundo nivel de atención.

(E2) Completa en las decisiones dentro del consultorio médico, incompleta administrativamente porque necesita autorización para laboratorios clínicos y rayos x por parte del JDC, así como los envíos de segundo nivel de atención.

(E3) Si tiene autonomía completa en decisiones médicas, nadie delimita su trabajo dentro del consultorio médico.

(E4)...tiene que pedir autorización para estudios de laboratorio, medicamentos de control y rayos x así como de envíos a segundo nivel por parte del JDC,...respecto a la autonomía en las decisiones médicas en consulta esta es completa.

(E5)...el JDC, le indica que se apure en la atención de la consulta médica puesto que tiene bastantes pacientes en espera, así como delimita su ejercicio médico al revisar sus notas medicas de pacientes que requieren medicamentos de control.

(E6)...completa en decisiones médicas, solo en envíos a segundo nivel de atención el JDC, los revisa y después autoriza.

(E8) Completa toma decisiones médicas, solo el JDC en varias ocasiones le recomendó apurarse a la consulta médica por tener exceso de pacientes.

(E10) Completa en las decisiones médicas, no necesita autorización de ninguna índole ni administrativa ni clínica para la prescripción de medicamentos de control.

(E11)...completa en las decisiones médicas, respecto a medicamentos de control las notas médicas y vigencias son valorados por el JDC.

(E12)...el JDC acude en varias ocasiones al consultorio médico para argumentar exceso de consulta médica y apurar al médico en la consulta de los pacientes.

(E7) Completa toma decisiones médicas sin consultar a nadie, solo en medicamentos de control se le revisan notas médicas por parte del JDC.

(E9)...no, el JDC se comunica vía telefónica en varias ocasiones recomendando rapidez en la consulta de los pacientes, argumentando exceso de consulta en su consultorio médico.

La observación respecto a la autonomía del médico familiar en la consulta arrojó tres tópicos; por un lado en dos observaciones el médico/a familiar tuvo la facultad de gozar de entera independencia en las decisiones, O3 "...si tiene autonomía completa en decisiones médicas, nadie delimita su trabajo dentro del consultorio médico", O10 "...completa en las decisiones médicas, no necesita autorización de ninguna índole ni administrativa ni clínica para la prescripción de medicamentos de control". Por otro lado se observó autonomía pero no libertad en la toma de decisiones médicas, puesto que no se sometió a consideración de otros el juicio médico, pero la libertad del ejercicio médico se mostró limitada por asuntos administrativos debido a que se necesitó el visto bueno de un superior jerárquico (jefe del departamento clínico –JDC--) para referir a un paciente al segundo nivel. O6 "...completa en decisiones médicas, sólo en envíos a segundo nivel de atención el JDC, los revisa y después autoriza", O7 "...completa toma decisiones médicas sin consultar a nadie, sólo en medicamentos de control se le revisan notas médicas por parte del JDC"; esto implica que se establece un juicio profesional, pero por la estructura institucional, la decisión requiere de la intervención de otra persona que se ubica en una posición jerárquica superior, y por lo tanto con capacidad de cuestionar y rechazar la decisión emitida por el médico.

Además, también se observó la dependencia plena tanto en la autonomía técnica como limitaciones en la libertad de decisión para las acciones correspondientes, las cuales son filtradas por el JDC, quien sigue reglas establecidas en la institución pero que también quedan a su interpretación y libre albedrío: O5 "...el JDC, le indica que se apure en la atención de la consulta médica puesto que tiene bastantes pacientes en espera, así como delimita su ejercicio médico al revisar sus notas médicas de pacientes que requieren medicamentos de control", O9 "...no, el JDC se comunica vía telefónica en varias ocasiones recomendando rapidez en la consulta de los pacientes, argumentando exceso de consulta en su consultorio médico", O12 "...el JDC acude en varias ocasiones al consultorio médico para argumentar exceso de consulta médica y apurar al médico en la

consulta de los pacientes”. Por último, habría que mencionar que el ejercicio médico institucional es definido por múltiples instrumentos legales y reglamentarios, desde los que corresponden a los criterios laborales como el contrato colectivo, pero adicionalmente a un conjunto de procedimientos normados propios de la institución. Así la actividad de los profesionales de la medicina en los consultorios de medicina familiar está enmarcada en un complejo entramado técnico reglamentario, el cual puede ser motivo del desgaste en el ejercicio profesional que parece mostrar muchos médicos/as.

## 8.4.2. Tolerancia, expresada en el respeto a las creencias, ideas y prácticas de los pacientes en la consulta médica

(E1)...el médico no permite el dialogo, delimita la consulta médica, por lo cual no existe respeto a creencias y prácticas.

(E2)...no existe dialogo entre médico y paciente, por la brevedad de la consulta médica.

(E3)...no existe dialogo bidireccional, solo se determina a entrega de recetas o solicitudes, por el exceso de trabajo.

(E4)...no hay dialogo, y solo está delimitado por el medico hacia cuestiones administrativas de sus medicamentos.

(E5) Permite sugerencias de tratamientos alternativos acupuntura y fitoterapia, sobadas de lesiones en rodillas, pero no asegura ni afirma completamente estos tratamientos.

(E6) No permite dialogo, sólo permite, hablar en el interrogatorio clínico y dirigido.

(E8) No permite dialogo, y comenta que le entrega recetas porque hay mucha gente esperando afuera del consultorio médico.

(E10) Permite el dialogo bidireccional, lo que conlleva a una buena relación de respeto, -Paciente- "oiga doctora mi hija me trajo una plantita para la orina ya ve que luego me huele mal la orina, me la puedo tomar, ya llevo tres días y me he sentido mejor", -Medico- "si cree usted en esa planta y se está sintiendo bien adelante tómela".

(E11)...no permite consumir medicinas alternativas y regaña a las personas que comentan sobre algún tratamiento alternativo – Medico- "si quiere mejor ya no venga y continúe con su tratamiento que está comprando".

(E12) No permite mucho dialogo, solo se concreta a prescribir y llamar al siguiente paciente.

(E7) No permite dialogo por el paciente y cuando lo permite está leyendo su correo-e o visitando páginas de ligue/horóscopo/música vía internet.

(E9)...se permite la tolerancia puesto que permite interrupciones en la consulta médica, y permite dialogo de familiares.

El respeto hacia opiniones de los pacientes aunque sean contrarias al pensamiento científico detentado por los profesionales de la medicina, implica tolerancia y además contribuye a establecer un diagnóstico clínico, aun cuando las expresiones sean diferentes a las de quien escucha o realiza el diagnóstico y tratamiento.

Así se observó en la consulta médica que en la gran mayoría de las ocasiones se dificulta valorar la tolerancia a los juicios del paciente puesto que desde el inicio no se establece comunicación verbal con el paciente, y por ende sólo se trata de un interrogatorio que requiere respuestas precisas y no se presenta un diálogo, el cual cuando surge es carente de interés para el médico, O7 "...no permite diálogo por el paciente y cuando lo permite está leyendo su correo-electrónico o visitando páginas de ligue/horóscopo/música vía internet", O8 "...no permite diálogo, y comenta que le entrega recetas porque hay mucha gente esperando afuera del consultorio médico". Si ya la comunicación significa desprecio hacia el paciente, es evidente la existencia de poco interés por sus prácticas y opiniones. Además se observó durante la consulta médica el comportamiento del profesional resulta intolerante a las prácticas del paciente y su enfermedad al grado de negar nuevas visitas médicas, O11 "...no permite consumir medicinas alternativas y regaña a las personas que comentan sobre algún tratamiento alternativo –Medico- "si quiere mejor ya no venga y continúe con su tratamiento que está comprando". La negación del saber del paciente, desde el médico colocado en una posición de supremacía dentro de los saberes relacionados con la salud. Por otro lado se observó cierta tolerancia, pero que queda más en el campo de la displicencia sin afirmar si es correcto o no, simplemente se permite la expresión unidireccional del paciente sin responder con alguna orientación concreta: O5 "...permite sugerencias de tratamientos alternativos acupuntura y fitoterapia, sobadas de lesiones en rodillas, pero no asegura ni afirma completamente estos tratamientos". Sin duda la formación académica curricular es la que produce este desplazamiento de saberes no basados en las ciencias básicas, donde la validez

del saber se otorga por lo comprobado científicamente, allí el saber médico se convierte en el parámetro de referencia y ejerce poder de decisión.

No obstante esas actitudes, si llama la atención que se observó en dos ocasiones prácticas de tolerancia a las expresiones de los pacientes, O9 "...se permite la tolerancia puesto que permite interrupciones en la consulta médica, y permite dialogo de familiares", O10 "...permite el dialogo bidireccional, lo que conlleva a una buena relación de respeto:

-Paciente- "oiga doctora mi hija me trajo una plantita para la orina ya ve que luego me huele mal la orina, ¿me la puedo tomar? ya llevo tres días y me he sentido mejor",

-Medico- "si cree usted en esa planta y se está sintiendo bien, adelante tómela",

Este diálogo mínimo incorpora en la actividad cotidiana respeto, ya que la profesional no rechaza o niega la práctica de tomar infusión, tampoco la valida en cuanto explica la posible contribución, simplemente la tolera aun cuando se manifiesta en un ámbito completamente medicalizado e institucional.

### 8.4.3. Como es la atención entre médico-paciente

(E1) Adecuado al 100% no trae celular consigo y si suena no lo contesta, no recibe llamadas de teléfono interinstitucional.

(E2) Adecuada no permite interrupciones

(E4) Adecuada no permite interrupciones, se dedica al paciente completamente.

(E5) Es inadecuada, no permite interrupciones de ninguna índole por mantener cerrada la puerta, aunque está escuchando música en la computadora (música clásica).

(E6) Incompleta por múltiples factores como contestar sus dos teléfonos, atender la computadora, hablar con el director, y firma de múltiples documentos.

(E3) Adecuada, de buena relación sin interrupciones.

(E7) Incompleta interrupciones por celular, computadora – revisando su e-mail- e idas al baño.

(E8) Incompleta por la computadora, donde se dedica a jugar ajedrez, mientras escucha al paciente, lo cual le ocasiona distracciones.

(E10) Completa no permite interrupciones de ninguna índole.

(E11)...incompleta no permite interrupciones de ninguna índole, ni del paciente o familiares.

(E12) Incompleta, permite interrupciones de cualquier tipo, tiene música en su computadora (música ingles rock 70, 80s) y aplicaciones como e-mail.

(E9) Incompleta, permite interrupciones de cualquier tipo, tiene música en su computadora (música pop inglés y español) y aplicaciones como e-mail.

Respecto a la atención dedicada al paciente por parte del médico en la consulta médica, se observaron dos comportamientos opuestos; por un lado una inadecuada atención por parte del médico debida a los siguientes factores, utilización de la computadora para escuchar música, jugar ajedrez o revisar el e-mail. Agregado a esto la sobreutilización del teléfono celular, estas herramientas tecnológicas afectan que el médico no dirija su atención en lo que preocupa al paciente. Por otro lado, los médicos/as si dirigen su atención completa al paciente, pero sin diálogo, el discurso es unidireccional y sin interrupciones. En ambos casos, parece existir una sujeción del médico familiar hacia la tecnología en su jornada laboral, lo que se agrava por la falta de comunicación y atención a las expresiones de los pacientes, en todo caso esto resulta en la desarticulación del binomio médico-paciente, base de la relación clínica de la atención primaria.

#### 8.4.4. Comunicación verbal y no verbal en la atención médica entre médico-paciente

(E1)...se dirige con respeto y atención, la comunicación no verbal no existe nunca mira a los ojos solo nombra al paciente por su apellido en diminutivo, nunca dirige la mirada al paciente por su atención a la computadora.

(E2)...no existe contacto visual, se dedica más tiempo a la computadora y sus aplicaciones, se dirige con respeto.

(E3)...no existe comunicación no verbal nunca mira a los ojos, su mirada está al pendiente de la computadora y la comunicación verbal es adecuada con respeto.

(E4) La verbal es directa paternalista y con respeto, la no verbal tiene comunicación visual esporádica y tiene atención completa a computadora

(E5) La comunicación no verbal es de apresuramiento, miradas fugaces, movimientos dedos y pies constantes (angustia), la verbal es impositiva y paternalista pero con respeto.

(E6)...la no verbal es de no contacto un solo canal, la mirada es desafiante por parte del médico al grado que intimida, con esto se acorta la comunicación verbal la cual es de respeto y paternalismo.

(E7)...movimientos rápidos de los dedos y pies, con movimientos bruscos al utilizar teclado y mouse, al igual de las impresiones, miradas esporádicas al paciente de contacto visual, la comunicación verbal es con respeto.

(E8)...la comunicación no verbal es a través de la mirada que es constante, aunque mueve los dedos constantemente por apresurar al paciente a entrar al consultorio médico, la comunicación verbal es con respeto e imposición.

(E9) La comunicación verbal se da de manera impositiva y con respeto, la comunicación no verbal es visual esporádica ocasional.

(E10) La comunicación verbal es completa, permite el dialogo visual y saluda de mano.

(E11) Es directa saluda de mano, mira a los ojos al paciente utiliza la computadora solo anota ciertas cosas, pero la comunicación es interrumpida por las aplicaciones de la computadora.

(E12)...utiliza demasiado la computadora, no visualiza al paciente por dedicarse a la computadora y a su teléfono celular, la comunicación verbal es paternalista y con respeto.

La observación respecto a la comunicación verbal, manifiesta que discurre entre respeto/ atención por un lado, y por otro, entre imposición/paternalismo. La comunicación no verbal se presenta plagada de miradas fugaces, miradas desafiantes que llegan al grado de intimidar al paciente y miradas ausentes que se pierden en la computadora del consultorio. Esta comunicación verbal y no verbal debería permitir el diálogo entre médico/paciente en una relación de interconexión personal, la cual se fractura, principalmente por los dispositivos tecnológicos que se tornan en barrera para el diálogo, la fuente de esta situación podría encontrarse en la estructura de la medicina desde la formación de los profesionales donde se ubica al profesional como el centro de la acción predeterminando su diagnóstico con apenas dos o tres referencias del paciente, lo que se agrava en la era de la tecnología al centrar la información en su registro y no en su valoración para una anamnesis correcta

#### 8.4.5. Descansos entre la atención médica de cada paciente o incluso en la misma atención médica (*Valora autonomía*)

(E1) No toma descanso alguno.

(E2) No toma descanso alguno.

(E3) No toma descanso alguno entre consultas médicas.

(E4) No existen descansos.

(E5) No hay descansos entre la consulta médica.

(E6) Hay interrupción de la consulta a las 4 horas de inicio de la consulta médica, para tomar una merienda en el consultorio médico, de 20 minutos.

(E7) Si hay interrupciones del celular, música en computadora, idas al baño 3 en 1 hora, con tiempo de 5 min.

(E8) No existen descansos.

(E9) Ninguno se mantiene el ritmo de trabajo, no hay descansos.

(E10) No toma descansos entre consulta médica.

(E11) Ninguno, no se toma ningún descanso entre consultas médicas.

(E12) No toma descanso alguno.

La posibilidad de control sobre las actividades que realiza el profesional, se expresa en las pausas de descanso que se pueden tomar durante la consulta médica. Así, se observó que la mayoría de los médicos/as de la consulta no interrumpe su actividad, es continua, sin descansos entre un paciente y otro. La continuidad en la atención circula siempre en un solo sentido, y se asemeja a una cadena de montaje donde el proceso de atención lo define la demanda sin que se incluyan más médicos/as para ofrecer la atención. La atención así observada parece depender de la carga laboral en un incesante proceso de atención médica sin pausas, lo que determina cansancio y fatiga laboral, donde el resultado podría explicar el aparente hartazgo institucional por parte del médico familiar.

#### **8.5. Categoría posición y relación**

Esta categoría se precisó para valorar las relaciones de poder que se establecen en la consulta médica, con especial énfasis en las relaciones grupales, conflictos, polarizaciones y expresiones negativas del otro (desacreditación) para lo cual se construyeron tres tópicos: indicaciones en la consulta médica, de qué tipo, y a quien son dirigidas, persona que emite indicaciones en la atención médica y conflicto que crean estas indicaciones en la atención médica familiar.

### 8.5.1. Se manifiestan indicaciones en la consulta médica y de qué tipo son estas indicaciones, y a quien son dirigidas

(E1) Las indicaciones son dirigidas al paciente y ocasionalmente a los familiares, son indicaciones médicas.

(E2) Las indicaciones son médicas y administrativas, y son referentes a los medicamentos.

(E3) Las indicaciones son administrativas referente a medicamentos.

(E4) ...las indicaciones son médicas, dirigidas al paciente y al familiar.

(E5) ...las indicaciones son médicas y administrativas, la gran mayoría de las veces referentes a la falta de surtimiento de medicamentos.

(E6) Las indicaciones son médico administrativas, dirigidas al paciente.

(E7) ...las indicaciones son médicas respecto a la prescripción de los medicamentos, y citas posteriores al consultorio médico, se dirigen al paciente y familiares.

(E8) ...las indicaciones son médicas referentes a los medicamentos,...son dirigidas al paciente y sus familiares ocasionalmente.

(E9) ...las indicaciones son administrativas en su gran mayoría, por la prescripción de medicamentos de control.

(E10) ...las indicaciones son al paciente, en su gran mayoría médicos explica adecuadamente los horarios de los medicamentos.

(E11) ...las indicaciones son medicas referentes a los horarios de los medicamentos, y administrativas referente al surtimiento de los medicamentos.

(E12) Las indicaciones son médicas de índole de la prescripción de los medicamentos, son dirigidas al paciente y al familiar.

Las observaciones que se percibieron en relación a la manifestación de indicaciones son de dos tipos; por un lado las indicaciones médicas y por el otro, administrativas, ambas guardan relación íntima con la prescripción médica, O1 “son indicaciones médicas, respecto a la prescripción y cuidados que debe tener en la ingesta de medicamentos”, O2 “...las indicaciones son médicas y administrativas, y son referentes a los medicamentos, esto quiere decir a la prescripción de medicamentos”, O3 “...las indicaciones son administrativas referente a medicamentos, que no fueron surtidos en farmacia y el lugar donde debe acudir a programar sus estudios de gabinete”. El discurso médico está dirigido exclusivamente a indicaciones médicas y administrativas, las que ordenan y forman parte de la consulta médica hacia la atención a los pacientes. En este caso de prescripción terapéutica, donde los medicamentos y estudios de gabinete son necesarios para establecer un diagnóstico o continuar el tratamiento. Las acciones al respecto parecen reducirse a la instrucción mínima para la acción del paciente. Las indicaciones a los pacientes se tornan acartonadas y burocráticas.

Por otro lado las indicaciones son dirigidas en mayor proporción al paciente, en ocasiones a sus familiares, y esporádicamente a la enfermera familiar, estas indicaciones médicas y administrativas expresan también una relación de poder donde el médico domina con su conocimiento científico al paciente y familiares, agregado al conocimiento institucional y sobre su funcionamiento, donde el poder de dominación del médico en la consulta se extiende al entorno institucional que domina, perpetuando este poder como un derecho del profesional de la medicina.

## 8.5.2. Persona que emite indicaciones en la atención médica

(E1) ...el médico familiar.

(E2) ...el médico familiar.

(E3) ...el médico familiar.

(E4) ...el médico familiar.

(E5) ...el médico familiar y jefe departamento clínico.

(E6) ...el médico familiar.

(E7) ...el médico familiar y jefe departamento clínico.

(E8) ...el médico familiar y jefe departamento clínico.

(E9) Con respeto e impositivo.

(E10) ...el médico familiar.

(E11) ...el médico familiar.

(E12)...el médico familiar y el jefe departamento clínico.

Las indicaciones dentro de la consulta de medicina familiar manifestaron dos relaciones de poder: por un lado el médico familiar encargado del consultorio médico responsable directo de los pacientes y por el otro el JDC encargado de la funcionalidad operativa de la Unidad de Medicina Familiar. Aquí las relaciones de poder parecen estar establecidas en un primer plano por obligación institucional donde las políticas administrativas y operacionales rigen el funcionamiento del IMSS; en un segundo plano se encuentra el JDC, un operador institucional, que además somete al médico familiar, este operador puede ser el que determina de acuerdo a las políticas administrativas el ritmo de consulta médica, número de envíos a segundo nivel, prescripción razonada, etc., lo que con frecuencia obedece a un orden impuesto por el indicador médico institucional de producción de servicios; en el tercer plano el médico familiar, quien perpetua su dominación hacia el paciente, familiares y enfermera familiar, asegurando con su actuación el orden y la eficacia para cumplir con los indicadores institucionales.

### 8.5.3. Conflicto que crean estas indicaciones en la atención médica familiar

(E1)...ninguna, el paciente lo toma las indicaciones como las esperadas.

(E2)...no existe conflicto, porque se carece de diálogo.

(E3)...ningún conflicto, el paciente y familiares aceptan las indicaciones.

(E4) No, el paternalismo y el poco dialogo, delimitan conflictos.

(E5) No existe conflicto en las indicaciones, el paciente y familiares adoptan estas sin manifestar alguna expresión.

(E6)...ninguna, el paciente se retira sin manifestar conflicto alguno.

(E7)...no existe conflicto, pero la manifestación es de enojo por parte del paciente puesto que el médico no le permite expresarse.

(E8)...ninguna no se manifiesta conflicto alguno por parte del paciente.

(E9)...no existe conflicto en las indicaciones.

(E10)No existe conflicto en las indicaciones médicas.

(E11) No hay conflicto en las indicaciones, la consulta es corta y delimitada a indicaciones médicas.

(E12) ...no existe conflicto en las indicaciones

Conflictos generados dentro de la consulta médica no se observaron. Este choque hacia las indicaciones médicas por parte del paciente o familiares no se percibió, O7 "...no existe conflicto, pero la manifestación es de enojo por parte del paciente puesto que el médico no le permite expresarse", quizá el conflicto que en relaciones de tolerancia y respeto hacia los pacientes afloraría, aquí queda oculto por la asimetría de la relación médico-paciente. Se apreció en una observación que el paciente presentó sentimiento de enojo hacia el médico ante la falta de precisión y claridad de las indicaciones, esto ratifica que el médico familiar tiene una dominación sobre el paciente y familiar derechohabiente, y por otro lado el dominado en posición de subordinación acepta ser sometido sin cuestionar esta relación de dominación.

#### **8.6. Reconstrucción de la observación de los especialistas en medicina familiar**

Las observaciones realizadas en la búsqueda de una identidad del médico familiar, algo que los hiciera diferentes a otras especialidades médicas o que la población los distinguiera de otros médicos, puso de manifiesto que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son: la computadora, el baumanómetro o esfigmomanómetro, el estetoscopio y lámpara manual o de chicote; los cuales son utilizados ilimitadamente de manera repetitiva en esta práctica médica, pero no son exclusivos de la medicina familiar sino que son instrumentos universales del ejercicio médico y por lo tanto son parte de las actividades de cualquier especialidad médica.

Una observación muy importante fue el uso de la bata blanca, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad. Las observaciones fueron que la bata blanca se porta limpia y arreglada, pero el logo que las identifica no corresponde al del IMSS, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional de Pediatría (INP), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Fundación BEST, UNAM, Medica Sur y algunas sin logo. Todo esto resulta relevante ya que se destaca con ese identificador institucional la falta de pertenencia a la institución donde laboran y además comunican a los pacientes que la atención y práctica brindada por

estos, no los compromete a su institución y que ellos pertenecen a otra institución. En contradicción con las batas con logotipo de otras instituciones de salud, se observó descuido y falta de pulcritud en las batas con el logo explícito del IMSS.

Ambas situaciones pueden interpretarse en dos sentidos, por un lado al hacer manifiesto el uso de vestuario con identificadores distintos al IMSS donde trabajan, parece explicitar que al estar en el IMSS y en otra institución pública o privada (y quizás con mayor peso las privadas) se pretende mostrar una práctica que en el imaginario colectivo puede resultar con mayor valoración de status, También evidencia el multiempleo médico, que resulta contradictorio ya que se supone los profesionales de la medicina tienen tiempo completo de contratación en el IMSS, y al detentar otro uniforme profesional ponen de manifiesto que la realidad no es así. Por otro lado, la diferencia de cuidado y pulcritud de las batas con logotipo del IMSS o de otra institución, devalúa explícitamente la institución pública donde prestan sus servicios. Sin duda esto representa un factor subjetivo que, sin ser necesariamente dirigido, produce en la población derechohabiente una imagen deteriorada y de baja calidad de la relación médico-paciente en el IMSS.

Todo ello contribuye directa o indirectamente a posicionar en desventaja al IMSS respecto de otras instituciones, principalmente las privadas, lo que resulta una expresión inigualable del demérito del status de la institución con una implícita devaluación de la atención y práctica profesional.

El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos invadido por la computadora, impresora y papeles, estos limitan la comunicación verbal y no verbal con los pacientes, desgastando la relación médico-paciente, comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia el paciente, produciendo la degradación constante de la identidad propia dentro del IMSS, todo esto refiere una construcción de la identidad del profesional de la medicina familiar repleta de símbolos negativos.

La actividad observada al médico de familia en la práctica de la consulta médica de mayor a menor grado fue; el interrogatorio médico, el uso ininterrumpido de la computadora para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la expedición de la receta con indicación terapéutica farmacológica nunca explicada de manera amplia al paciente o familiar, la exploración física que se concretó a toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca (constantes vitales), y por último, la interpretación de estudios de laboratorio y gabinete, los cuales no se explican al paciente o familiar, probablemente derivado esto por la falta de tiempo en la consulta médica.

La atención hacia el paciente en la práctica de la medicina familiar se ve interferida y casi anulada, por la interposición del uso de la computadora, escuchar música, jugar ajedrez o revisar el e-mail, y la sobreutilización del teléfono celular, lo que distrae severamente la atención de lo que expresa el paciente. En otros casos los médicos/as sí prestan atención completa al paciente, pero el dialogo es unidireccional, demostrándose una *relación* de poder a expensas de un saber médico.

La observación sobre el propósito de la medicina familiar en su práctica médica, se definió con un breve interrogatorio al paciente y la expedición de una receta con tratamiento farmacológico, este ritual parece estar asumido y aceptado por ambos actores y su encuentro en el consultorio de atención primaria no ofrece alternativas. Las visitas médicas recurrentes de los pacientes, tornan rutinarias las actividades del profesional y desencanto en los pacientes. La observación sobre el acercamiento del médico al paciente expresa actitudes que van desde la superioridad manifiesta, pasando por el desdén, hasta rozar el autoritarismo disfrazado de paternalismo. Todo ello parece estar basado en razón del saber técnico que domina el médico.

El propósito del discurso de los profesionales cuando se dirige al paciente y familiares se compone por un alto contenido de tecnicismos médicos, un lenguaje especializado del gremio del cual están excluidas las personas no afines. El discurso médico expresa con una imposición ideológica de superioridad del médico respecto al paciente, lo cual, entre otras

connotaciones, está en clara contradicción con el sentido de la medicina familiar.

Las observaciones de valores y normas mostraron que el médico familiar, goza de independencia en las decisiones médicas, combinada con autonomía pero no libertad en la toma de decisiones médicas, ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico (JDC).

El respeto hacia el paciente es escaso, puesto que desde el inicio no se permite la comunicación verbal del paciente y, cuando ésta ocurre, resulta carente de importancia para el médico. Este muestra poco interés por las opiniones y prácticas del paciente. También se observó consulta médica donde el médico se comporta intolerante a las prácticas del paciente y su enfermedad al grado de negar nuevas visitas médicas; destaca la negación del saber del paciente y el médico asume ser depositario de la verdad en el saber, ya que simplemente permite el diálogo unidireccional. Sólo en dos casos se observó tolerancia y respeto hacia lo expresado por el paciente, esto denota una desvalorización del paciente en la práctica de la medicina familiar institucional.

La comunicación verbal va entre respeto/atención y la imposición/paternalismo, con una comunicación no verbal que expresa negación o ausencia del paciente: miradas fugaces, miradas desafiantes que llegan a intimidar al paciente y miradas perdidas en la computadora del consultorio; esta comunicación verbal y no verbal altera el diálogo entre médico/paciente.

Las observaciones sobre posición y relación en la práctica de la medicina familiar, se centran en indicaciones médicas y administrativas; las indicaciones médicas manifiestan dos relaciones de poder: el médico familiar encargado del consultorio médico y el JDC encargado de la funcionalidad operativa de la Unidad Médica; en el plano administrativo se observaron tres relaciones de poder; a) las políticas administrativas del IMSS, b) el JDC quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel, la

prescripción razonada en juicio de los indicadores institucionales, y c) el médico familiar que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

No se observó choque entre los pacientes y los médicos por las indicaciones médicas, lo que puede explicarse por la relación asimétrica de dominación del médico hacia el paciente.

## **CAPÍTULO 9. La Reconstrucción de la Medicina Familiar**

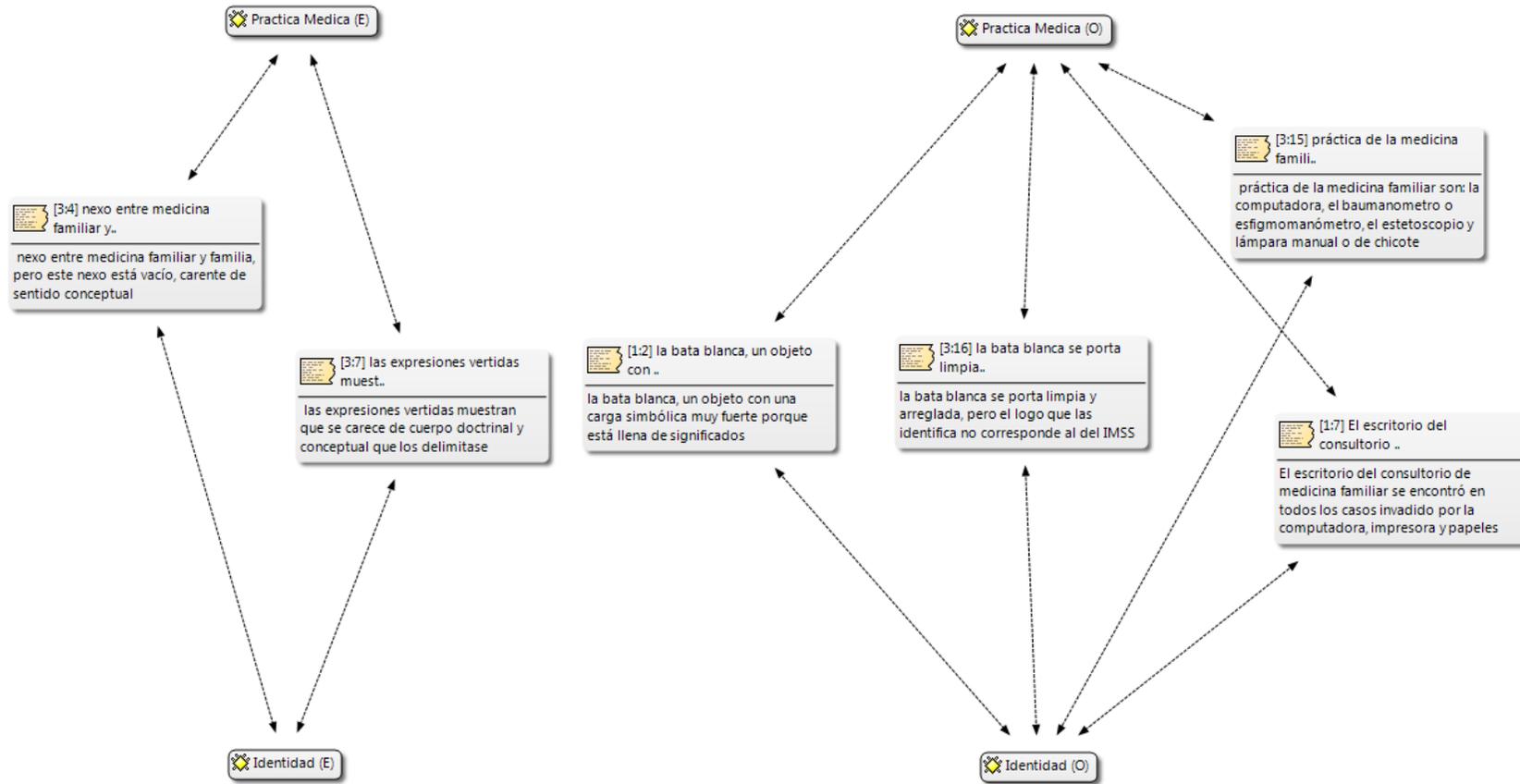
Durante las entrevistas se mostró que la práctica de los médicos familiares presenta una asociación negativa con su significado, manifestado en el nexo medicina familiar (MF)/familia, el cual está vacío y carente de sentido conceptual, ya que la noción y conceptualización de la medicina familiar que tienen estos especialistas no precisa atributos o características de la MF. En la observación de la práctica médica de los especialistas en MF se le asocia a una identidad donde los instrumentos que se usan son los que cualquier profesional de la medicina tiene: como son bata blanca, estetoscopio, baumanómetro, lámpara de luz, lo que denota una práctica sin identidad propia. Por otro lado se identifican otros elementos: un escritorio invadido por la computadora e impresora, así como multiplicidad de papeles sobre él (Mapa 1).

Además la actividad en la práctica médica en las entrevistas, mostró una *asociación* negativa en el tiempo de consulta médica, el cual está limitado a 12 minutos para 30 a 32 pacientes por jornada de 6 horas. Esta condición del tiempo determina un acto médico muy reducido para establecer las condiciones adecuadas para el diagnóstico y tratamiento, lo que adicionalmente se ve restringido porque no es libre por completo, ya que se ejerce en el marco institucional que lo limita y secuestra por la organización jerárquica y compleja del IMSS, estos dos elementos (la duración de la consulta y la complejidad institucional) pueden dar origen a una percepción negativa en los usuarios y también se asocia negativamente con la actividad realizada por los médicos familiares, lo que acentúa aún más, la ausencia de un cuerpo doctrinal y conceptual que los delimite y les otorgue identidad en su práctica (Mapa 2).

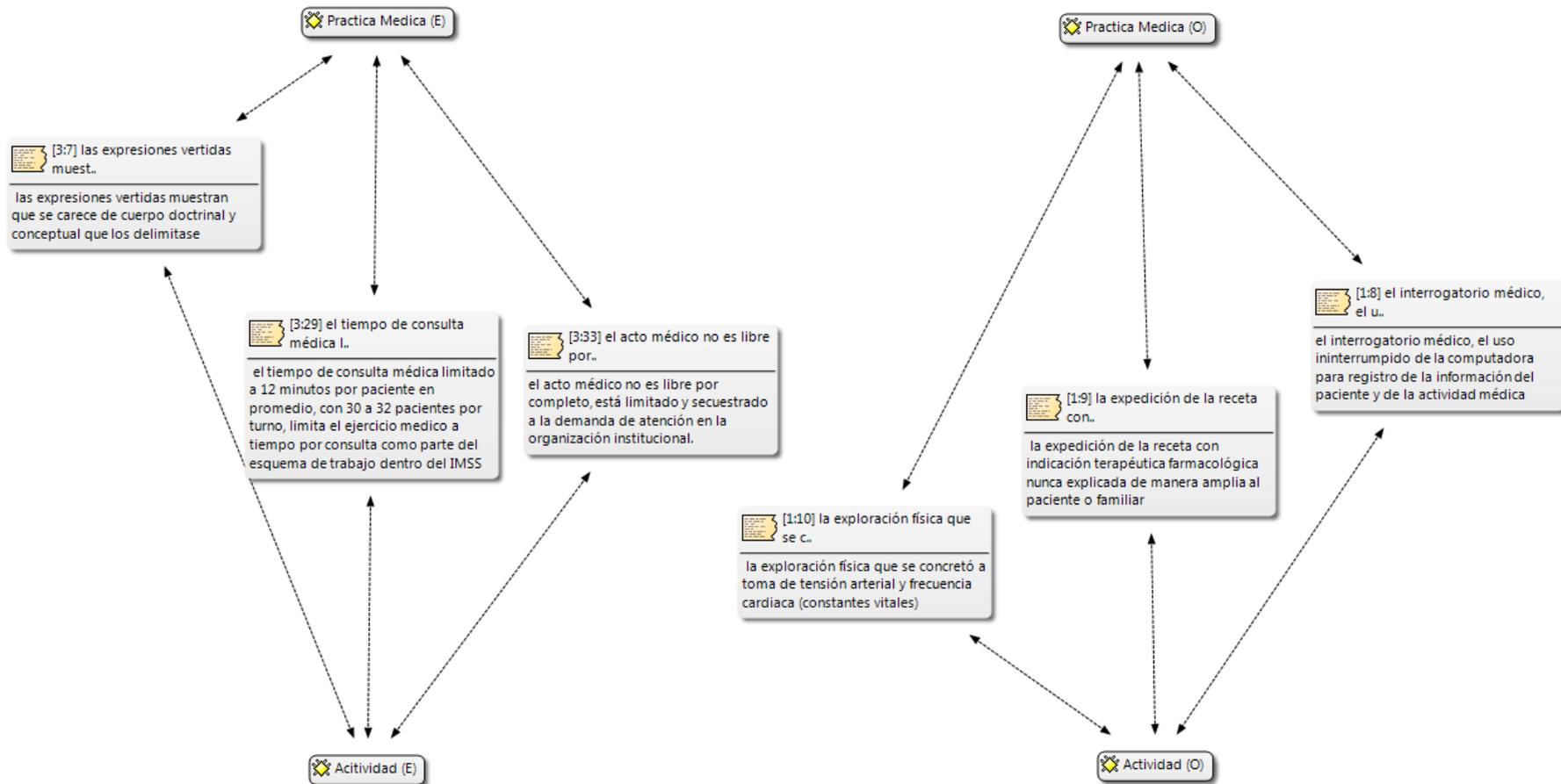
Durante la observación de la actividad se manifestó un interrogatorio médico centrado en la captura de información en computadora, nunca centrado en la mirada y expresión del sentir del paciente, por otro lado la exploración física se concretó a la toma de constantes vitales (TA/FC), lo que al final significa un acto médico reducido a la prescripción de una receta médica electrónica, sin que nunca se explique al paciente o familiar los atributos o elementos necesarios para seguir las indicaciones terapéuticas; esto ocasiona una

contradicción entre la práctica médica familiar y la atención médica institucional, porque reafirma una atención centrada en la curación, pero que se centra en captar los mínimos indicadores médicos para confirmar una enfermedad y seguir un tratamiento farmacológico la mayoría de las ocasiones, se soslaya en el acto médico el sentir de los pacientes donde se engloben síntomas y problemas colectivos –familia, sociedad, historia personal, etc.- ya que la referencia conceptual de la medicina familiar no se reduce a la búsqueda de síntomas, sino llegar a la raíz del padecer en una comprensión amplia de los problemas de salud (Mapa 2).

**Mapa 1: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica e identidad.**



**Mapa 2: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica e actividad.**



En las entrevistas respecto al propósito de la práctica médica de la medicina familiar, su asociación se limita a que está centrada en la curación, lo que corresponde al modelo biomédico dentro de la institución. A pesar de la enunciación de que le corresponde de forma prioritaria la prevención, en la práctica se deja abandonada la prevención de enfermedades, promoción de modelos de estilo de vida saludables y elementos psicosociales de las situaciones clínicas. Sin embargo se refirió que el tiempo disponible para la consulta médica se considera insuficiente y breve para una atención integral del paciente. Lo cual resulta contradictorio porque en el IMSS se instituyó y se define a la MF como una especialidad con esa mirada integral, pero la actividad asistencial se ve determinada por el cumplimiento de indicadores de productividad; ello deriva en procesos de insatisfacción del médico, de los usuarios, y de la sociedad toda; grave problema para el IMSS que apostó por la MF y la APs. El propósito asociado en la observación, se delimita a un breve interrogatorio y expedición de receta, el acto médico se convierte en una atención efímera, corta y medicalizada, y estos elementos se convierten en poderosos constructores de una percepción negativa por parte del paciente y la sociedad respecto a la MF, insertada en el IMSS (Mapa 3).

Los valores y normas de la práctica médica en las entrevistas se asociaron a tres aspectos de manera positiva: respeto al paciente en la relación médico-paciente, respeto entre profesionales, y alta valoración a la asistente médica, esto se vislumbra como un esfera donde intervienen: paciente, médico familiar y asistente médica. Esta triada es la expresión asistencial indisoluble de la MF en el IMSS, y además se expresa en ella el respeto como un valor significativo. Sin embargo, durante la observación se encontró una situación contraria donde el respeto se asocia de manera negativa, ya que durante la atención médica al paciente la tecnología se interpone entre estos protagonistas centrales. Por un lado la computadora con sus múltiples aplicaciones y la sobreutilización del teléfono celular, interrumpen los canales de comunicación sin evidenciar respeto hacia el paciente. Así la tecnología, instrumento necesario en la optimización del trabajo, se ha insertado en la MF como un pilar más en la descomposición de la relación médico/paciente (Mapa 4).

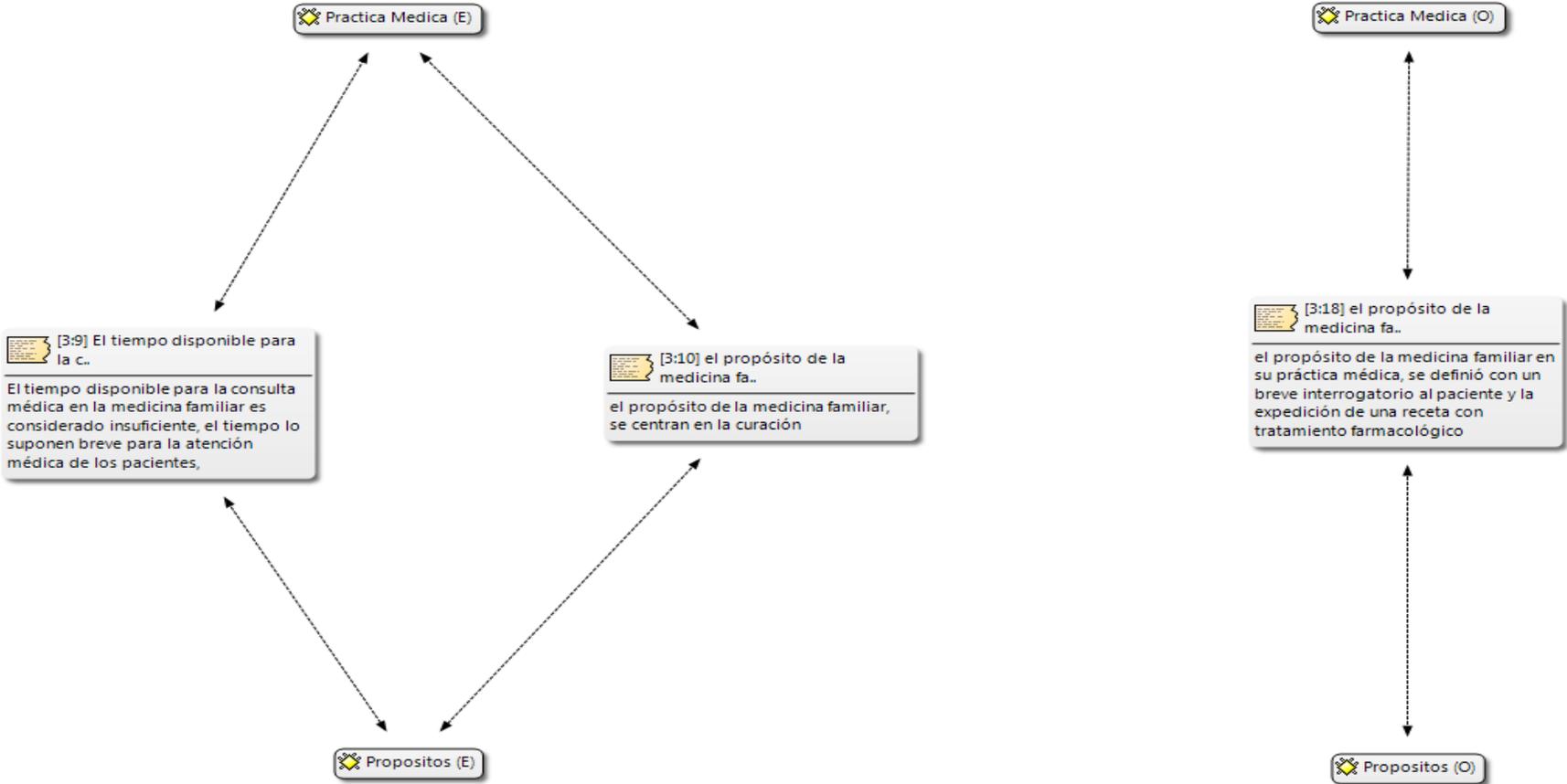
La posición y relación asociada a la práctica médica, mostró dos relaciones positivas jerárquicas, una por parte del Jefe del Departamento Clínico (JDC), este como solucionador inmediato de los problemas de la consulta médica y la segunda una relación de poder igualitaria entre médicos familiares. Esto significa que a pesar de que todos comparten una profesión, no ocurre así con su identidad. Este mismo aspecto durante la observación se asocia de manera negativa con tres elementos: a) dialogo cargado con tecnicismos por parte del médico y vertidos hacia el paciente, esto demuestra una alteridad de superioridad por el conocimiento médico, b) la libertad del ejercicio médico en la toma de decisiones médicas esta cooptada por el aparato institucional IMSS, donde los procedimientos se fundamentan en las guías de práctica clínica contenidos en voluminosos legajos o antologías clínicas, que implican homogenización en la atención médica y mejoría de la calidad técnica, sin embargo en los hechos ocasionan una atención médica de jornada laboral mecanizada hacia lo curativo; y c) la tecnología que se inserta a la consulta médica se convierte en el fin y no en el auxiliar que facilita y optimiza el trabajo, erosionando la fuerza vital de acto médico para una buena relación médico paciente (Mapa 5).

En las entrevistas se *expresó* que la práctica médica en el IMSS se ve determinada por el tiempo disponible a la consulta médica, es limitado y considerado insuficiente para la atención de los pacientes, se señala que el aparato estructural y organizacional del IMSS condiciona una jornada laboral extenuante para el médico familiar y la demanda de atención por parte del paciente se incrementa, por un lado breve tiempo de consulta con los médicos e insatisfacción de los usuarios por espera larga y fugaz atención médica<sup>3</sup> (Mapa 6).

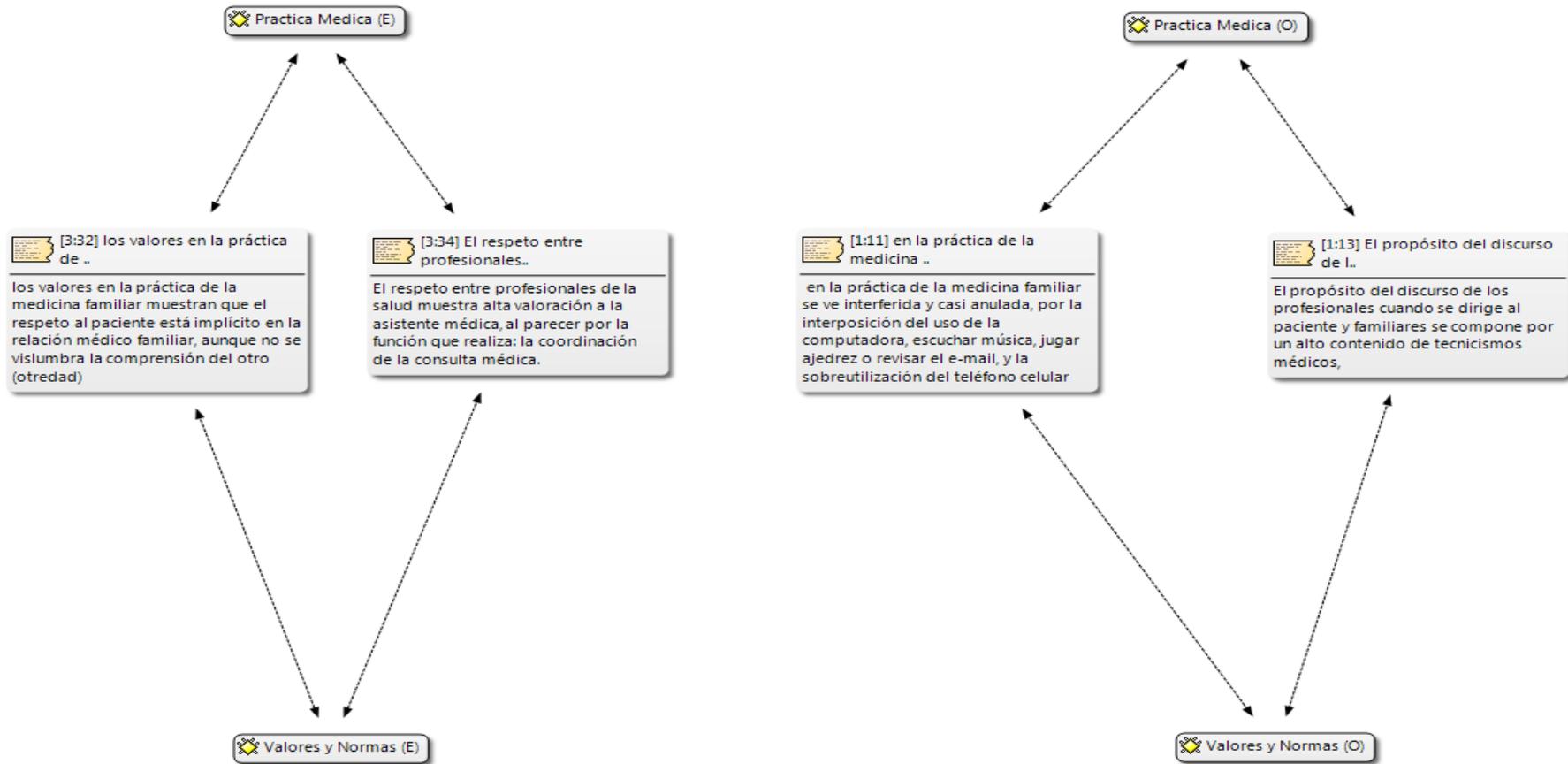
---

<sup>3</sup> Puede acotarse que desde su creación y operación en 1942 para el IMSS ha sido la misma problemática: sobredemanda de servicios médicos, atención médica con tiempo de espera prolongada y poco tiempo de atención. Cárdenas de la Peña. Medicina Familiar en México: Historia. 2da. Ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, Impreso en México, D.F.; 2003.

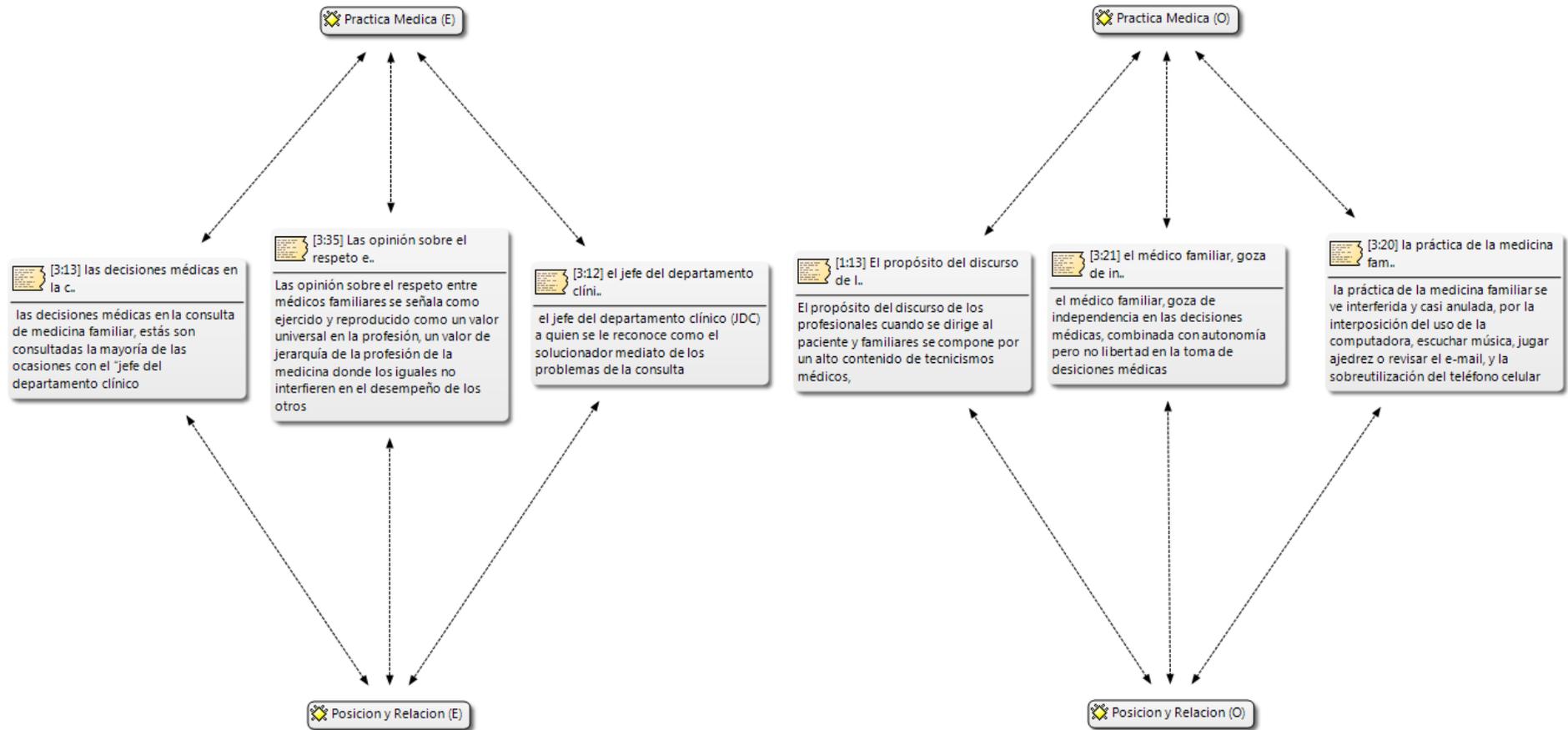
Mapa 3: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica y propósitos.



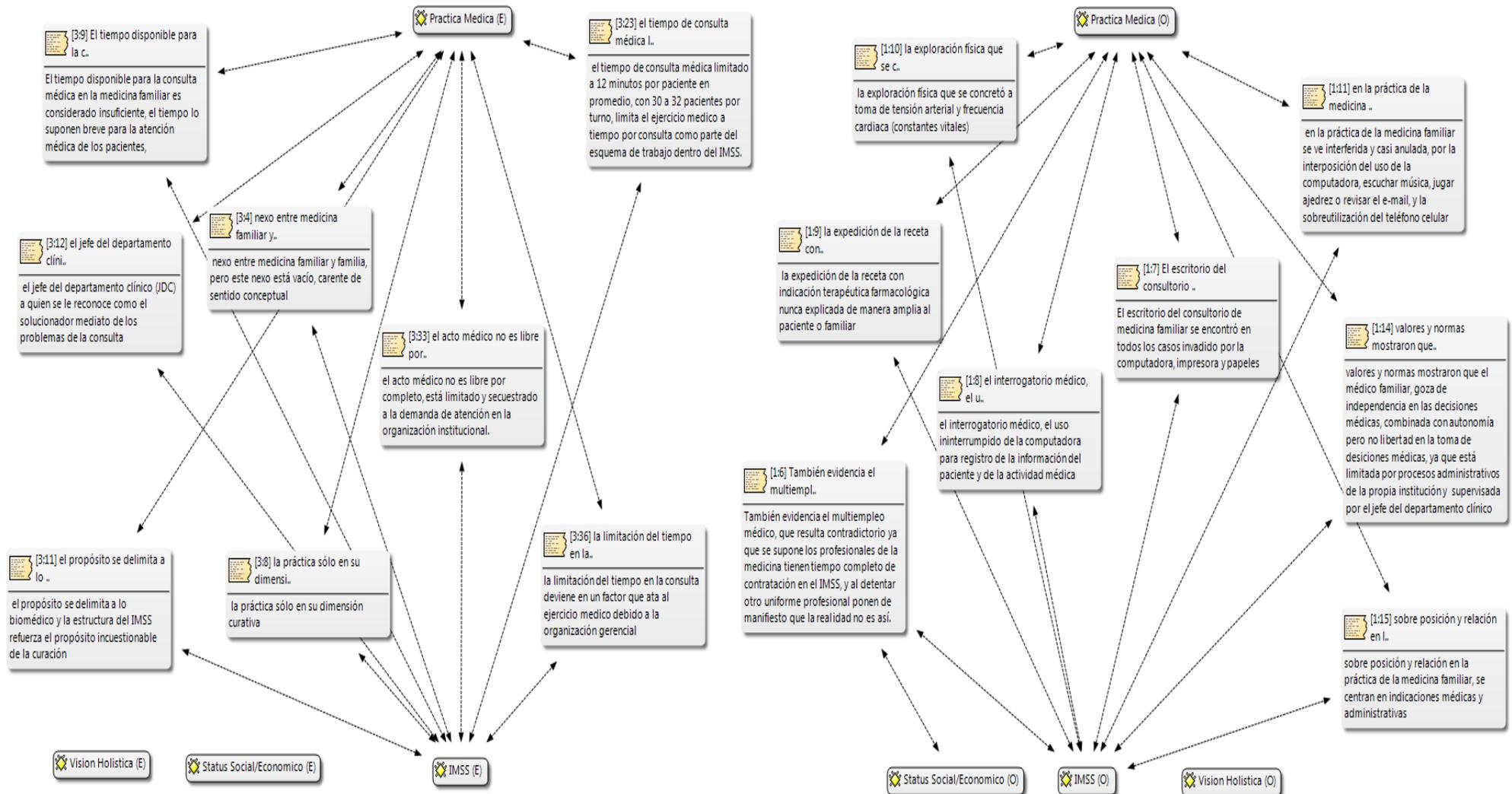
**Mapa 4: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica y valores/normas.**



**Mapa 5: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica y posición/relación.**



**Mapa 6: Asociación de la entrevista/observación con las categorías práctica médica y visión, status social e IMSS.**



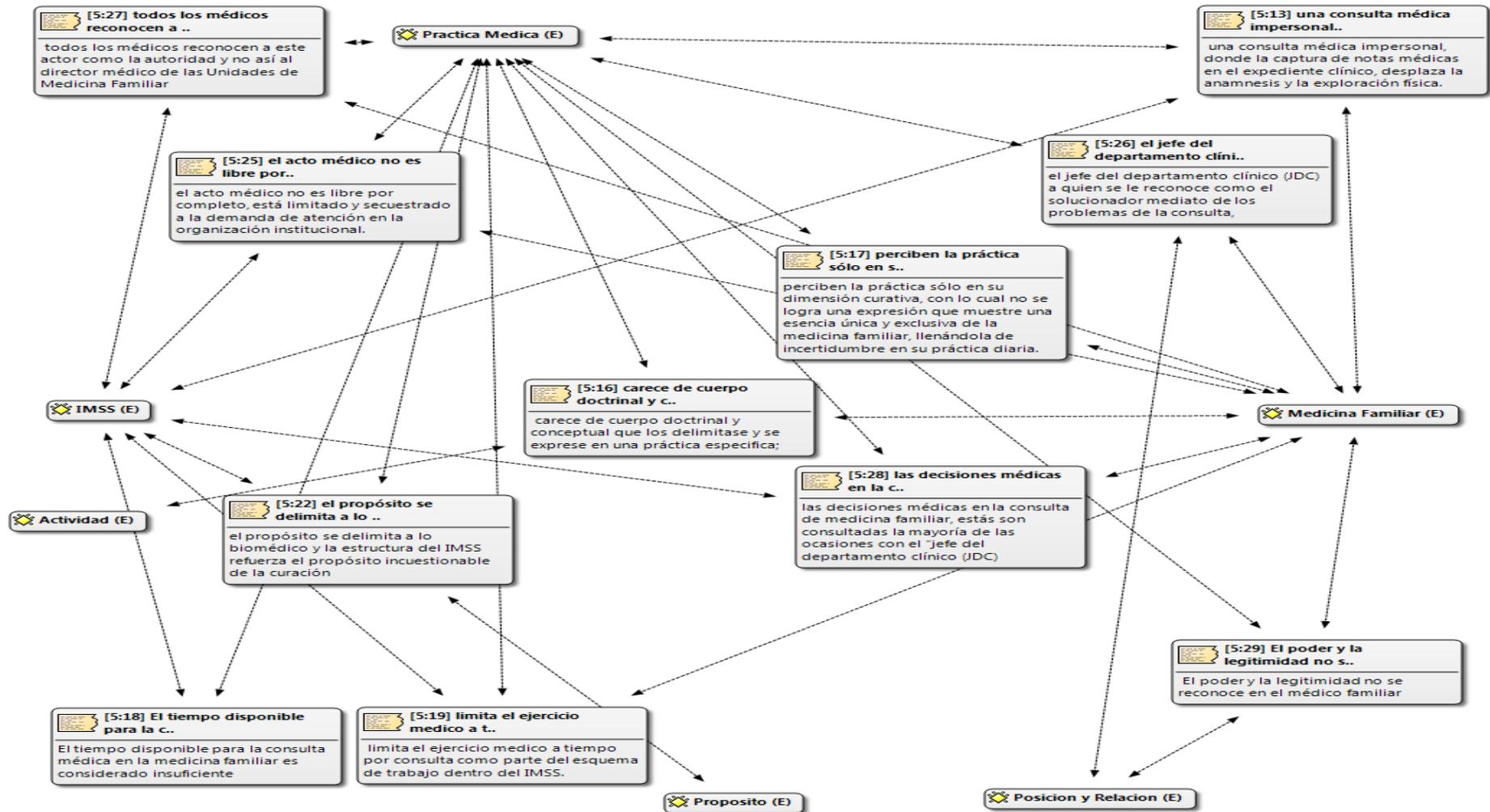
Respecto a la observación entre medicina familiar y práctica médica, se encontraron cuatro asociaciones; 1) la bata blanca que es el símbolo universal que se apropió la medicina, se percibe limpia pero con logos que no pertenecen al IMSS, esto puede evidenciar multiempleo médico y condiciona una práctica médica familiar que niega su pertenencia e identidad a la institución donde se trabaja; 2) la práctica médica se ve interferida por el uso de la computadora y sus aplicaciones tecnológicas (e-mail, reproductores de música y video, juegos), degradando la relación médico-paciente; 3) el discurso médico está saturado de tecnicismos, y el acto médico se convierte en un breve interrogatorio, con una exploración física limitada a signos vitales y finalizado con expedición de una receta médica nunca explicada al paciente; 4) el acto médico es autónomo pero no así la libertad del acto el cual está supeditado a los lineamientos internos de la institución. El IMSS es la estructura donde el sujeto cumple una función que corresponde a una acción y esto condiciona un significado de la práctica de la medicina familiar, su identidad, propósito, actividad, valores/normas y posición/relación, se estructuran a partir del IMSS en tanto institución que los contiene, y no de las características del desarrollo de la población, de las necesidades de salud que expresan, tampoco se hace desde una mirada de la APs, y mucho menos de la medicina familiar, que a pesar de ser propuesta por el propio IMSS se sitúa como pilar esencial de su modelo de atención, con un fuerte contenido en su discurso institucional sin lograr impactar su fin mediato de la atención desde la mirada biomédica. Se han soslayado las necesidades reales de una población cambiante donde la APs y la medicina familiar debieran ser el pilar estructural y organizativo de este sistema de salud, donde el anclaje es a partir de la APs/MF y no de la subespecialización médica entendida en el segundo y tercer nivel de atención (Mapa 6).

En las entrevistas se encontró una asociación entre Práctica Médica/Medicina Familiar/Medico Familiar/IMSS, delimitada a un significado carente de cuerpo doctrinal y conceptual. Un acto médico es limitado por el tiempo por consulta, acotado a un acto biomédico, breve, despersonalizado, ausente de libertad de ejercicio, y además carente de identidad propia. Aquí la pregunta obligada es: ¿la magnitud, complejidad, estructura del IMSS refuerza todos estos elementos

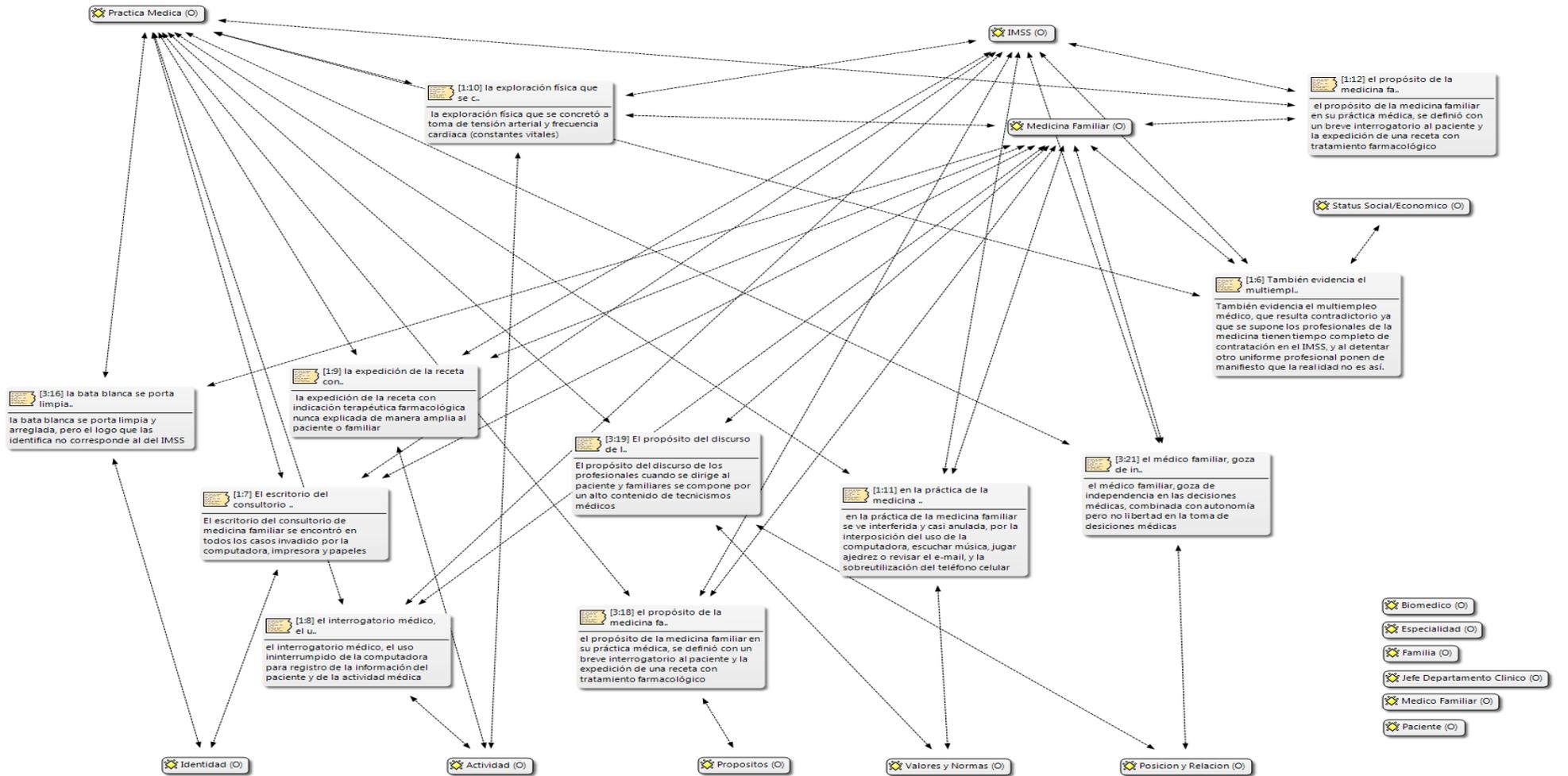
negativos en la práctica de la MF y reproduce la formación de personal en salud en sus especialidades y en particular la de MF donde, paradójicamente, resultan carentes de pertenencia institucional e identidad, pero dominados por la estructura organizacional del IMSS, donde el significado de la práctica se delimita a lo biomédico? (Mapa 7).

Aunado a lo anterior la asociación mostrada en las observaciones entre Práctica Médica/Medicina Familiar/Médico Familiar/IMSS, refuerza un significado desvanecido entre actos médicos interrumpidos por uso de la computadora, batas blancas con logos no correspondientes al IMSS, discurso médico tecnificado, exploración física limitada a signos vitales, interrogatorio médico breve, con prontitud en la entrega de la prescripción médica. Este ejercicio debe repetirse en escenarios similares de todas las UMF (base de la organización asistencial del IMSS) y en cada rincón específico de los consultorios médicos; se observó en la posición-relación actos médicos libres, combinados con autonomía, pero no libertad en la toma de decisiones, esto delimitado por la estructura organizacional del IMSS, donde lo observado confirma un sujeto sometido a una compleja estructura. Así, los profesionales de MF realizan una acción orientada y delimitada por la misma estructura, la cual alinea sus actos profesionales hacia un final controlado: un acto biomédico de la APs confirmado por el médico familiar y reafirmado por el IMSS (Mapa 8).

**Mapa 7: Asociación de la entrevista con las categorías práctica médica e IMSS, actividad, propósito, posición/relación y medicina familiar**



**Mapa 8: Asociación de la observación con las categorías práctica médica e identidad, actividad, propósito, valores/normas, posición/relación, status social, medicina familiar e IMSS.**



## **CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES**

En este apartado se presentan las conclusiones, se identifican elementos estructurales integrados en dos grupos que expresan los ejes de mayor importancia según lo planteado en el abordaje metodológico y en los resultados. La primera parte: significado de la práctica médica en la medicina familiar del IMSS aborda la visión panorámica de los médicos familiares respecto al significado de su práctica en el IMSS. En la segunda parte, sobre los procesos institucionales del IMSS que intervienen para la construcción de los significados de la práctica médica entre los médicos especialistas en medicina familiar, se centra en la descripción de la práctica médica dentro de la institución del IMSS y la construcción del significado a partir de esta asociación.

### **a) Significado de la práctica médica en la medicina familiar del IMSS**

El significado de la práctica médica en la medicina familiar es una representación social-estructural, que se lleva a cabo dentro de una Institución de salud. Esta aseveración resulta de la conformación de una aproximación al significado construido por médicos familiares a partir de una estructura (IMSS) que es una parte de la estructura social. Esta noción permite captar diferentes formas de articulación entre el médico familiar y la estructura (IMSS), entre experiencias individuales de la práctica médica y la estructura social (IMSS). La práctica médica se observó y analizó en su construcción dentro de la estructura social (IMSS), sus actores en el escenario mostraron que la estructura enmarcó su práctica médica así como su conformación como parte importante del gremio médico en esta Institución de salud.

Los médicos familiares entrevistados expresan un significado de su práctica médica centrado en la carencia de un objeto de estudio a pesar de que enuncian a la medicina familiar como este mismo objeto. No formulan expresiones que le otorguen especificidad y concreción, aluden a ideas generales y denominaciones que no determinan las características únicas de la especialidad en medicina familiar, lo que expresa la carencia de una definición

precisa de esta especialidad. Cabe mencionar que el médico familiar desde su conformación histórica institucional en el IMSS, se le destinó a ser el especialista que atiende problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. Además es el constructor de un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas, estableciendo una unidad coherente de conocimientos médicos. Con estos argumentos se observa que el significado de la práctica médica está desarticulado con los fundamentos iniciales de la construcción de la especialidad.

Aunado a lo anterior existe una ausencia de identidad en la construcción del significado: los médicos familiares no evidencian su pertenencia al gremio institucional (IMSS), lo cual se manifiesta con el uso de la bata blanca, símbolo social del profesional, pero que también implica asumir los rasgos de pertenencia por la inscripción de la identificación institucional. Los profesionales que laboran en la institución muestran una separación entre su identidad en la práctica médica del IMSS y la identidad que asumen al portar en la bata con otros logos institucionales. Puede tratarse un efecto de la tercerización laboral, y por el otro la falta de sentido de pertenencia al gremio institucional.

En cuanto al espacio para brindar atención médica y establecer la privacidad de la relación del profesional tratante y la persona que demanda atención, la tecnología se convirtió en protagonista presente que siempre invadió la relación médico-paciente. Las computadoras y sus aditamentos fueron quienes se apropiaron de la atención del médico e hicieron más patente la indiferencia hacia la persona a quien atienden, con lo cual además de las implicaciones para la calidad de la atención médica se desvanece la pertenencia e identidad institucional y gremial, ya que ocurre en el espacio del IMSS y al mismo tiempo se genera un modelo de atención profesional.

La identidad profesional, al mismo tiempo se construye a partir de ideas (función, actividad, propósito, visión, misión), prejuicios (relaciones de poder) y

principios (valores, normas) expresadas por los profesionales. Su enunciación reside en su carácter de actor protagónico por su función de otorgar los servicios para la atención de las personas, lo que se ve reforzado por el contexto institucional del IMSS donde su propia estructura delimita un marco de posibilidades y acciones determinadas a partir de su complejidad administrativa. Todo ello gesta un sentido pragmático de su acción que se expresa en las actividades que realiza, dotándole de un significado que mantiene la escisión de su pertenencia a un gremio con alta valoración social, pero que en el contexto de la especialidad en medicina familiar se asume desvalorizado. En ocasiones esta identidad puede ser contradictoria y a menudo incompatible con la pretensión de la institución porque se expone en el gremio como atributo de valores propios del IMSS, para invocar y mantenerlos unidos, sin que necesariamente implique identidad institucional pero si pertenencia al IMSS más laboral que profesional o personal. Al final se comparten ideas, prejuicios y principios, sin autenticidad ni bien integrados, son sólo construcciones formales dentro de la estructura institucional donde están adscritos (IMSS), para la continuidad de una función fragmentada en salud, sin que signifique un posicionamiento activo de resolución de problemas de salud desde la medicina familiar y desde las funciones sociales de la institución.

El significado de la práctica médica de la medicina familiar, se diluye sin una distinción de las acciones y funciones de los profesionales, lo que se expresa en actos desarticulados, repetitivos, que parecen formar parte de un modelo de acción basado en la producción en cadena, normados a partir de un modelo estandarizado. Todo ello ocurre en un marco de referencia institucional complejo, condicionando en los hechos la expresión de una identidad marcada por actos médicos simples interrumpidos por usos de la computadora, batas blancas con logos ajenos al IMSS, discurso médico tecnificado, especializado y críptico; exploración física (atributo significativo de la práctica profesional de la medicina) limitada a signos vitales, interrogatorio médico breve, prontitud en la entrega de la prescripción médica basada en la medicalización terapéutica farmacológica. Así el significado de la práctica médica permanece en escenarios similares de todas las UMF y en cada médico familiar que presta

sus servicios en la base organizacional asistencial del IMSS. Esta construcción del significado de la práctica médica coexiste con la estructura compleja del IMSS, creando así en el médico familiar una negociación de identidad pérdida, pero asimilada por la cotidianeidad institucional. Con ello evita el conflicto entre un deber ser profesional con un ser laboral: de allí surge el desafío de buscar una identidad como gremio.

Por otro lado este significado de práctica médica también es condición del malestar entre proveedores de servicios profesionales y los usuarios del sistema, lo que podría justificar con posterioridad la desaparición de esta especialidad dentro del IMSS, de la cual forma parte esencial de su modelo de atención y de su estructura organizacional.

Las experiencias individuales del médico familiar en la construcción del significado de su práctica médica ocurren en el marco del imaginario colectivo orientado y delimitado por la estructura institucional del IMSS, la cual necesariamente debe alinear al conjunto de individuos que ejercen la especialidad de medicina familiar (y a todos los profesionales que allí laboran) a la realización de actos profesionales hacia un fin determinado por la propia profesión y por la institución: un acto biomédico realizado por el médico familiar y reafirmado por el IMSS, la reciprocidad de su condicionamiento los hace coincidir para parecer auténticos e integrados. Ellos son patentes en la expresión de la construcción de identidad determinada por la estructura del IMSS y asimilada por los sujetos en su significado quienes la expresan con carencias. El médico familiar funciona en una sucesión de episodios desarticulados entre sí, tratando de solventar su existencia dentro de un sistema de salud al cumplir mecánicamente sus actividades, ejerciendo una función de contención de la demanda de servicios, al cumplir formalmente con ser la primera parte de la organización institucional, sin resolver la contradicción de la especialización y superespecialización de la práctica profesional con respecto a la atención generalista que representa la medicina familiar. Este antagonismo de la práctica profesional lo pone frente a un dilema vital: asimilarse a otras especialidades y enfrentar su posible desaparición

como especialidad o ser la especialidad que mantenga un espacio propio, específico y que contribuya al desarrollo institucional y al cumplimiento de sus funciones sociales.

#### b) Procesos del IMSS en el significado de la práctica médica

Desde la perspectiva de la influencia de la institución en la práctica de los médicos familiares, se constituye en los elementos de identidad con base a un conjunto de relaciones entre los sujetos donde lo simbólico se integra en representaciones sociales las cuales orientan y construyen el sentido común de los actores. Así la práctica médica de los especialistas en medicina familiar la reconocen y ejercen en un marco institucional donde perciben limitaciones atribuidas a la organización jerárquica y compleja del IMSS. Tales limitaciones se atribuyen al tiempo breve de la consulta médica el cual significa un lapso de encuentro de 12 minutos en promedio para 30 a 32 pacientes por jornada laboral de 6 horas. Esta determinación de límites en el tiempo de atención constituye una carencia para brindar atención adecuada, formular diagnósticos, e integrar procesos completos de respuesta al proceso salud-enfermedad como es promoción, prevención y curación de la enfermedad. Además se esgrime como el centro del problema para la ineficacia institucional, el malestar de los pacientes y en última instancia la justificación del incumplimiento de múltiples funciones técnicas de la profesión.

La concreción de la práctica en el encuentro médico-paciente se manifiesta en:

- a) el interrogatorio médico centrado en la captura de información a la computadora y no dirigido al sentir del paciente,
- b) exploración física reducida a la toma de signos vitales (TA/FC),
- c) prescripción de la receta médica con otorgamiento de medicamentos farmacológicos sin explicación al paciente.

Estos tres componentes son los que se siguen rutinariamente haciendo uso del tiempo restringido para satisfacer la demanda de atención. Así el acto médico se corresponde con el modelo asistencial de la medicina familiar, que aun cuando tenga bases doctrinarias importantes, se ve determinado por las

necesidades de la institución que en las UMF se orientan en los procesos de gestión al cumplimiento de indicadores de productividad.

La práctica de los especialistas de medicina familiar se caracteriza por procesos de insatisfacción, que justifica su falta de apego a procesos completos y de complejidad técnica a las limitaciones institucionales porque son éstas las que les impiden brindar atención que suponen deben hacer, las que a su vez también producen insatisfacción en los usuarios y la sociedad. Tal práctica, además, es resultado del modelo biomédico prevaleciente en el IMSS, y el acto médico mismo es de corte biomédico soslayando la prevención y promoción de la salud. De tal manera toda la estructura del IMSS, se ciñe a ese modelo a pesar de que considera a la medicina familiar como la base que corresponde a la APs donde la medicina familiar, en voz de los propios actores debiera de fortalecer la estructura institucional y fortalecerse la atención a los pacientes con acciones integrales a la familia.

Aún más, el acto médico de la medicina familiar en el IMSS se reduce a un breve interrogatorio y expedición de receta, lo que condiciona una atención efímera, corta y medicalizada, reproduciendo así un imaginario social negativo por parte de los individuos: médico y usuarios y en toda la sociedad. Este ordenamiento de la realidad representa la transformación reconfigurada del significado de la práctica médica a partir de la estructura del IMSS, caracterizada por la insatisfacción en la relación médico-paciente, el uso exhaustivo de la tecnología y sus múltiples aplicaciones que de ser un auxiliar se torna en elemento central, de las decisiones administrativas del flujo de la atención basado en la estructura piramidal del IMSS. Todos estos elementos condicionan un significado carente de idea (función, actividad, propósito, visión, misión) y figura (personajes emblemáticos de la especialidad en medicina familiar). No existe una fuerza vital (identidad/pertenencia), borrándose así todo tipo de referencia respecto a la especialidad en medicina familiar, ocasionando fuerzas centrípetas que originaran implosión; la falta de coherencia entre los actos y principios y valores que se expresan institucionalmente y con reconocimiento parcial por los especialistas en medicina familiar desdibujan su

consistencia y fortaleza, poniendo en duda la continuidad de la medicina familiar como especialidad en el IMSS. Al haber una heterogeneidad de ideas y principios e incoherencia de lo que distingue a los profesionales de la especialidad, al final sólo se vislumbran dos funciones: el apego a un modelo biomédico de la especialidad y de la institución y la puerta de entrada a un sistema de salud. Esas dos funciones pueden dejar de ser de la medicina familiar y es posible que algunas otras especialidades las asuman. Si además el modelo sigue basado en la especialización, donde este pensamiento se está convirtiendo en dominante insertándose en el sentido común de los médicos familiares y usuarios, pasando a ser asumido como algo dado, no cuestionable y sugerido por nuestra institución social (IMSS).

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004; 78 (4):505-516.

Aranda C, Pando M, Salazar J, Torres T, Aldrete M, Pérez R. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cub Salud Pública 2005; 10 (5): 345-351.

Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. Rev Cub Salud Pub 2008:34 (1):19-24.

Archivos de Medicina Familiar. Editorial: Elementos esenciales de la medicina familiar. Arch Med Fam 2005; 7 (1): 13-15.

Arenas M, Hernández T, Valdez S, Bonilla F. Las Instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Sal Publ Mex 2004; 46 (4): 325-332.

Ávila S. "La seguridad social y el Instituto Mexicano del Seguro Social". 1ra ed., Editorial Porrúa, México, D.F. 2007: 56-75.

Barquín M. Historia de la Medicina. 8ed. Editorial Méndez Editores, México, D.F. 2001: 45-230.

Barrios M, Rojas N. La importancia de la historia de la Medicina Familiar en la formación de los residentes. Arch Med Fam 2003; 5(4):130-133.

Becerril A. (2009,12 de agosto) México, ante el shock financiero más grave en 30 años: Carstens. Periódico La Jornada p.12. URL:  
<http://www.jornada.unam.mx/2009/08/12/index.php?section=economia&article=024n1eco>

Benedetto M, Janaudis M, Leoto R, González P. Pacientes, Residentes y Estudiantes descubriendo la Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8(1): 116-121.

Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1ra ed. Lugar Editorial/Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina 2003: 67-89

Boletín de Historia y Filosofía de la Medicina. Editorial: Historia de la Medicina Familiar en Uruguay. Bol Mex His Fil Med 2006; 9(2):75-80.

Bourdieu P. La distinción; criterios y bases sociales del gusto. 1ra ed. Madrid, España; Editorial Taurus 1988: 67-78

Buzzi A. Evolución Histórica de la Medicina. 1ed. 2008 Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires Argentina.

Caliope C. Historia de la medicina familiar en Uruguay. Bol. Hist Filo Med Mex 2006; 99 (2); 75-80.

Canguilhem G. Escritos sobre la medicina, mutaciones. 1ed. Editorial Amorrortu editores España SL, Buenos Aires, Argentina 2004: 23-34.

Cárdenas P. Juicio crítico de la medicina mexicana en el siglo XX. An Med Asoc Med Hosp ABC 2000; 45 (3): 149-160.

Cárdenas P. Medicina Familiar en México, historia. 1ed. Editorial Progreso SA, México, Distrito Federal 1974: 12-165.

Casas D, Reséndiz S, Casas I. Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. Bol Mex His Fil Med 2009; 12 (1): 9-13.

Casas D, Casas I, Rodríguez R, Reséndiz S. Reflexiones sobre el habitus médico institucional. Arch Med Fam 2010; 12 (4): 106-109.

Cedillo I, Fajardo G, Becerra C, Garrido C, Anda E. La época de florecimiento de la enseñanza clínica. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62(3): 216-218.

Chávez V, Aguilar E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev. Med IMSS 2002; 40 (6): 477-481.

Chávez V, Aguilar F. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 175-180.

Cindy L. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? Ann Fam Med 2004; 2(Suppl 2): S50-S54.

Ciuffolini M, Humberto J. Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en Argentina. Bol Mex His Fil Med 2006; 9 (2): 52-58.

Cortes F. La atención primaria de salud, un agente clave de la salud laboral. Aten Primaria 2008; 40(1): 7-14.

Eibenschutz C. "El nuevo Estado mexicano y el Sistema Nacional de Salud. Limitaciones para su consolidación. Rev. Saúde en debate, Brasil, 1991; 32 (6): 33-38.

Eibenschutz C. Atención Médica, Neoliberalismo y Reforma Sanitaria en México, en Raúl Molina (coord.). La seguridad social retos de hoy, México, D.F. Editorial UAM-Iztapalapa 2007: 78-89

Escalante P. Nueva Historia Mínima de México. 1ra ed., Editorial Colegio de México, México, D.F. 2008: 55-67.

Fernández O, Ponce R, Monobe H, Landgrave S. Los programas de medicina familiar en las Facultades y Escuelas de Medicina en México. Rev Fac Med UNAM 2002; 45 (1): 45-52.

Freire M, Gervas J. La atención primaria en el sistema de Salud Español. Contenido en García Peña, Onofre Muñoz, Luis Duran, Vázquez Felipe. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. 1era ed. Editorial IMSS, México, D.F. 2006: 477-500

Frenk J., Gómez O. El sistema de salud en México. 1ra de. México D.F. Editorial Nostra 2008: 45-67.

Foucault M. El nacimiento de la clínica. 22ed. México D.F. Siglo XXI Editores 2006: 16-28.

Galindo C. Técnicas de investigación, en sociedad, cultura y comunicación. 1er ed. Editorial Pearson Educación, México, D.F. 1998: 42-56.

García P, Pérez C, Espinel B. "La atención primaria: equidad, salud y protección social. 1era. Ed. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F. 2009: 4-26.

Geertz C. El antropólogo como autor. 2ed. Editorial Paidós, Argentina, Buenos Aires, 1989: 23-35.

Geertz C. La interpretación de las culturas. 10ed. Editorial Gedisa, España, Barcelona, 2000:19-36.

González R. La seguridad social en el mundo. 2da ed., Editorial Siglo XXI Editores, México, D.F. 2007: 77-112.

González B. Los cuatro pilares de la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6(2):31-33

Granda E. ¿A que llamamos salud colectiva, hoy? Rev Cub Salud Pub Vol 2004; 30 (2):1-19.

Graue W, Sánchez M, Durante I, Rivero O. Educación en las residencias médicas. Editorial Editores de Textos Mexicanos, 1era ed. México, D.F. 2010: 12-35.

Guber R. La etnografía, método, campo y reflexividad. 1ra Editorial Norma Bogotá, Colombia 2001: 43-44.

Guerrero S. Enseñanza y sociedad: el conocimiento sociológico de la educación. 1ra Editorial Siglo XXI Editores España. Madrid, España 2003: 273-274.

Guzmán Cavazos. Historia y evolución de la Medicina. 1ed. Editorial Manual Moderno. México, D.F. 2009: 33-67.

Hayward J. "Historia de la Medicina". 1ra ed., Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1956: 22-71.

Hays R. The central hemisphere: the potential of academia family medicine in the Asia pacific region. Asia Pac Fam Med 2003; 2(1): 5-10.

Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principles in practice. 3era Editorial Taylor and Francis Group., New York, EUU, 2007: 3-18.

Herrera C, Salgado A. (2009, 09 de enero) En el IMSS se realiza en trámite más inútil, determina la SFP. Periódico La Jornada p.8. URL: <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/09/index.php?section=sociedad&article=037n1soc>

Hernández V, Ordoñez H. La mirada médica disciplinaria desde la perspectiva de la Medicina Social. *Salud Problema* 2010; 4 (9): 50-58.

Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca., WHO, Geneva, October 2008.

Irigoyen A. *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*, 1ra ed. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México D.F. 2002: 90-102.

Irigoyen A, Morales H, Hamui A, Ponce R. La Medicina Familiar en Iberoamérica una reflexión histórica. *Bol Mex His Fil Med* 2006; 9 (2):48-51.

Jarillo EC, La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En: Jarillo EC y Guinsberg E. (Eds). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. 1era ed. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2007; 327-346.

Jarillo E, García M, Delgadillo H, Barruecos L, Domínguez P. Didáctica modular y desempeño docente en el aula. *Reencuentro* 23, Diciembre 1998, pp 66-75.

Jiménez L, Zaldívar M. Experiencia del médico de la familia en su consultorio de Plaza de la Revolución. *Rev Cub Med Gen Integr*. 1987; 3(1):135-141.

Kahan E. Edición dedicada a la Medicina Familiar en Israel. *Arch Med Fam* 2007; 9 (1) 11-16.

Kumate Jesus. *La enseñanza de la pediatría en México siglo XXI*. 1ed. Editorial El Colegio Nacional, México. D.F. 2005: 31-53.

Lindemann L. *Medicina y sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*. 1ed. Madrid, España. Siglo XXI España Editores, 2001: 37-117.

Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez Ma. Isabel (coord.) Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101, Washington D.C. EUA: OPS/OMS; 1994.

Leung K, Chen C. Evaluation of the present status of academic family medicine in Taiwan. *Asia Pac Fam Med* 2003; 2 (2):114-119.

López O y Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: De la Garza, E (coord.) Tratado latinoamericano de sociología. México D.F.: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 2006.

López O, Escudero JC y Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano sobre determinantes sociales de ALAMES. *Medicina Social.*; 3(4): 2008.

Mckeown T. Introducción a la Medicina Social. 4ed. Siglo Veintiuno Editores, México, D.F. 1989: 99-110.

Menéndez E. Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004) ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva, La Plata* 2006; 1(2): 195-223.

Micheli A. En torno a la evolución de los hospitales. *Gac Méd Méx* 2005; 141 (1): 57-64.

Morín E, Roger E, Motta R. Educar en la era planetaria. 1ra ed. Editorial Gedisa, Barcelona, España 2003: 42-53.

Moreno E, Moguel J, Díaz S, García M, Césarman E. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. 1era. Ed. Editorial Bodoni, México, D.F. 1982: 22-31.

Moreto G, Marco J, Marcelo R., Adriana F. La medicina Familiar en Brasil: experiencia histórica de SOBRAMFA. Bol Mex His Fil Med 2006;9(2):64-69.

NOM-090-SSA1-1994 (2011, Enero 15). Norma oficial mexicana para la organización y funcionamiento de residencias médicas (2011, Noviembre 21); URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/090ssa14.html>

OMS: Iranian health houses open the door to primary care, Boletín de la, 2008; 86 (8): 116.120.

O'Rourke M, Michael M, Bunijav O, Jeugmans J. Developing Family medicine in Mongolia. Asia Pac Fam Med 2003; 2(2): 65-70.

Pan American Health Organization (2011, 13 de septiembre). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.(2012, 15 de septiembre) URL: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

Pakman M, Gergen K, Glasersfeld E, Jorgenson J, Maturana H, Donald S, Shotter J, Steier F. Construcciones de la Experiencia Humana. 1ra reimpr. Editorial Gedisa. Barcelona España 2005: 61-79.

Piñero L. "Breve historia de la medicina". 3ra ed., Editorial Alianza, España, Madrid. 2008: 16-62.

Peralta M. El IMSS y la seguridad social. 1ra ed. Editorial Novum, México, D.F. 2012: 116.124.

Pérez C, Ruiz H, Reyes M, Pedrote N, Massa C, et.al. Implementación y evaluación del modelo experimental del proceso de mejora en medicina familiar. Contenido en García Peña, Onofre Muñoz, Luis Duran, Vázquez Felipe. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. 1era ed. Editorial IMSS, México, D.F. 2006: 65-78.

Porter R. Breve Historia de la Medicina, de la antigüedad hasta nuestros días. 1ed. Editorial Santillana Ediciones Generales, S.L., Madrid España, 2003: 31-48.

Ritzer G. Teoría Sociológica Moderna. 5ta. Ed. Editorial Mc Graw Hill, España, Madrid. 2002: 116-149.

Romero M, Muñoz S, García N. Implementación del proceso de mejora de medicina familiar. Contenido en García Peña, Onofre Muñoz, Luis Duran, Vázquez Felipe. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. 1era ed. Editorial IMSS, México, D.F. 2006:105-115

Rubinstein, Adolfo. Medicina Familiar y Comunitaria. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. 1ra Ed. Editora Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 2001: pp 3-29

Samaja J. Epistemología de la Salud. 1ra ed., Editorial Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 2004: 89-104.

Sanders J. A family medicine training program in the republic of Georgia: incorporating a model of chronic disease management. Jour Ame Borad Fam Med 2007; 20 (6): 557-564.

Sánchez G. El Hospital General de México: una historia iconográfica. Bol Mex His Fil Med 2002; 5 (1): 103-118.

Savage J. Ethnography and health care. BMJ 2000; 321 (3): 1112-1121.

Schwartz H, Jacobs J. Sociología cualitativa, método para la reconstrucción de la realidad. 3era reimp. Editorial Trillas, Mexico, D.F. 1999: 215-221.

Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, et al. Perspectives of Family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract* 2008; 25(2):113-118.

Soberats F. Momentos de la medicina familiar cubana a 20 años de la creación del modelo. *Rev Cub Med Gen Intergr* 2004; 20(5): 346-351.

Soberon A, Kumate J, Laguna J. La salud en México; testimonios 1988: fundamentos del cambio estructural. 1era. Ed. Fondo de Cultura Económica, Colección Biblioteca de la salud, México, D.F. 1990: 178-201.

Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. 1ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1991: 90-112.

Tandeter H. Family Medicine in Israel: A National Overview and Examples from Ben-Gurion University in the Negev. *Arch Med Fam* 2007; 9 (1) 65-70.

Taylor R. Medicina de Familia, principios y práctica. 6ta Ed. Editorial Masson. Barcelona España. 2006: 3-12.

Tena P, Soriano S, Bernal S, Mulet M, Muñoz R, Garcia M, Cebria J. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *MEDIFAM* 2002; 12 (10): 613-619.

Testa M. Pensar en salud. 1era. Ed. Editorial Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina. 2006: 161-162.

Tejeda R. Alma-Ata: 25 años después. *Rev OPS* 2003; 8 (1): 39-46.

Turabian J, Pérez B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Prim Salud* 2001; 28 (4):657-661.

Urbina F, Miguel A, Muñiz M, Solís U. La experiencia mexicana en Salud Pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio. 1era. Ed. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. D.F. 2006: 580-581

Viniegra L. El desafío de la educación en el IMSS. Rev Inv Clin 2005; 43 (1): 305-321.

### **PÁGINAS WEB:**

Becerril A. (2009, 12 de agosto) México, ante el shock financiero más grave en 30 años: Carstens. Periódico La Jornada p.12. URL:

<http://www.jornada.unam.mx/2009/08/12/index.php?section=economia&article=024n1eco>

Elvira R. (2007, 13 de septiembre) Reveló sondeo datos alarmantes de fraude con la prueba para médicos residentes. Periódico La Jornada p. 11. URL:

<http://www.jornada.unam.mx/2007/09/13/index.php?section=sociedad&article=047n1soc>

Gutiérrez A. (2008, 7 de septiembre) Harán examen para residentes médicos por computadora. Periódico El Esto p. 12. URL:

<http://www.oem.com.mx/esto/notas/n843214.htm>

IMSS ( 2010,Enero 13). Estadísticas en Salud ( 2012,Febrero 15): URL;

<http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/tabla.aspx?Sru=moo-iðid>

Meza M. (2007, 19 de agosto) ENRM: venta ilícita. Periódico El Sol de Puebla p. 2. URL: <http://www.oem.com.mx/esto/notas/n511454.htm>

Ortiz G. (2008, 7 septiembre) Examen vía electrónica por primera vez a médicos que estudiaran especialidad médica. Periódico La Prensa p. 1. URL:

<http://www.oem.com.mx/laprensa/notas/n843157.htm>

Ramírez M. (2007, 7 de septiembre). Suspende SSA Examen Nacional para residencias médicas; aspirantes pagaban \$80 mil por la prueba; doctores cuentan cómo de la ofrecían. Periódico La Crónica P. 9. URL: [http://www.cronica.com.mx/nota.php?id\\_notas=321627](http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=321627)

# ANEXOS

## Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "SIGNIFICADO DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR, EN MÉXICO: EL CASO DEL IMSS"

Patrocinador externo (si aplica): NO

Lugar y fecha: ESTADO DE MÉXICO ORIENTE, ZONA LOS REYES LA PAZ.

Número de registro: R-2010-1402-28

Justificación y objetivo del estudio: Interpretar el significado de la práctica de la medicina familiar y su estructura del IMSS.

Procedimientos: Entrevista y Observación directa.

Posibles riesgos y molestias: Retraso en su consulta médica.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se retroalimentará de la información obtenida, por medio de una comunicación corta.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se retroalimentará de la información obtenida, por medio de una comunicación corta.

Participación o retiro: Usted puede abandonar la entrevista y observación si usted, así lo cree necesario.

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Donovan Casas Patiño; Médico Familiar de la UMF 195 Chalco.  
Colaboradores: Dr. Edgar Jarrillo Soto; Profesor Investigador de la UAM-X

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 80 extensión 22230. Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Donovan Casas Patiño  
Nombre, dirección, relación y firma

Alejandra Rodríguez Torres.  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

C clave: 2810-009-013

## Anexo 2.

### Categorías de análisis Entrevistas.

Familia Identidad.

Medicina familiar-significado: especialidad médica definida por los médicos entrevistados. (que)

**Códigos: significado medicina familiar; significado medic@ familiar; elección especialidad.**

Medicina familiar-dirigida/destinada: se entiende por la dirección a quien se oferta esta especialidad médica. (a quien)

**Código: dirección/destino Medicina Familiar.**

Medicina familiar-diferencia a otra especialidad: se entiende como la categorización que se da de esta especialidad sobre otras especialidades médicas.

**Código: Diferencia Medicina Familiar.**

Medicina familiar-identidad: relación que se tiene consigo mismo.

**Códigos: Relación medic@ consigo mism@, Situación actual medicina familiar.**

Medicina familiar-futuro: interpretación del destino de esta especialidad en los próximos años.

**Código: Futuro Medicina Familiar.**

Familia Actividad.

Práctica médica familiar: se entiende a la realización de una actividad médica en forma continua y con reglas, en este caso medicina familiar.

**Códigos: Desventajas del tiempo de atención destinado, Factor que determina el tiempo de atención, Formación Medicina Familiar, Práctica Medicina Familiar, Relación profesores/Medicina Familiar, Relación compañeros/Medicina Familiar, Sugerencias mejora Medicina Familiar.**

Tiempo de la consulta médica: se entiende como el tiempo asignado a cada paciente para la realización de la práctica médica familiar.

**Códigos: Pacientes atendidos al día, Tiempo de atención por paciente.**

Exploración física: actividad relacionada con revisión física del/la paciente de la práctica médica familiar.

**No sé encontraron elementos, propongo que se elimine.**

Calidad médica: propiedad de la medicina que le permite valorar y caracterizarla, en mala, buena y excelente en comparación con otros médicos.

**Código: Demanda de pacientes y calidad de la atención.**

Familia Propósitos.

Misión-familia/población/salud: orientación de la medicina familiar (para qué).

**Códigos: Cumplimiento misión Medicina Familiar IMSS, Misión Medicina Familiar.**

Propósito-atención médica: se entiende como el objetivo de la medicina familiar (para qué).

**Códigos: Propósito atención médica, Propósito Medicina Familiar IMSS.**

Familia Normas y Valores.

Respeto-paciente/asistente medica/colegas/familiares: se entiende como el reconocimiento y forma de trato interpersonal a otras personas en el ejercicio de la medicina familiar.

**Códigos: Respeto-paciente, Respeto-asistente médica, Respeto-colegas, Respeto-familiares del paciente.**

Libertad-ejercicio medico: se entiende como el actuar de las personas bajo su propio ejercicio médico, que pone límites y reglas.

**Código: Libertad ejercicio médico.**

Prestigio-reconocimiento-conocimiento: se entiende como fama, autoridad, estimación, buen crédito de la especialidad en medicina familiar.

**Códigos: Importancia Medicina Familiar IMSS (necesidades), Necesidad de tiempo para descanso, Prestigio actual Medicina Familiar, Prestigio pretendido de la Medicina Familiar, Diferencias con otros especialistas.**

Familia Posición y Relación.

Indicación-médica/higiénica/preventiva/actitud: se entiende como la información dada a una persona para explicarle lo que debe hacer con relación al padecimiento.

**Código: Indicaciones médicas al paciente.**

Autoridad-límite: se entiende como el poder de mandar a un subordinado o al paciente, con límites en la consulta.

**Códigos: Relación con la autoridad, Relación con la autoridad pretendida, Ejercicio de la autoridad, Límites con la autoridad.**

Familia Felicidad-Satisfacción.

Satisfacción-felicidad-vida personal: se debe entender como plenitud laboral del ejercicio de la especialidad médica, en este caso medicina familiar.

**Códigos: Satisfacción personal con la Medicina Familiar, Satisfacción profesional con la Medicina Familiar.**

### **Anexo 3.**

#### **Categoría de análisis de observación.**

##### **I; Identidad:**

Médico Familiar- significado: profesional médico que practica en teoría la medicina familiar según los intereses de la institución a la que pertenezca.

Característica del médico familiar-significado: se entiende por esta variable al género, vestimenta, arreglo personal, distintivos, ademanes, etc.

Herramientas del médico familiar-significado: se entiende por objeto para la realización de un procedimiento médico en medicina familiar.

Atención de la medicina familiar-significado: grupos etareos a quien se dirige la atención médica familiar.

##### **II; Actividad:**

Actividad del médico familiar-significado: conjunto de procesos y acciones llevados durante una consulta y jornada médica (# pacientes al día/tiempo duración consulta/tiempo duración exploración física/tiempo duración para explicación de diagnóstico-enfermedad-prescripción/# recetas/# estudios de gabinete-laboratorio).

##### **III; Propósito:**

Objetivo del médico familiar-significado: entiéndase por la interacción con el paciente, en la reunión de datos obtenidos por un interrogatorio, exploración física, análisis clínicos y diagnóstico clínico, de manera respetuosa, confidencial y clara, para entendimiento del paciente.

##### **IV; Normas y Valores:**

Interrelación del médico familiar-significado: se entiende por la relación con colegas, enfermeras, pacientes, familiares y/o personal de la unidad médica.

##### **V; Posición y Relación:**

Indicación del médico familiar-significado: se entiende por las recomendaciones médicas y/administrativas del médico familiar al paciente/familiar/y/o personal de la unidad médica.