

16
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL. ESTUDIO DE CASO EN UNA
CLINICA DE ATENCION PRIMARIA.

T E S I S

QUE, PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
MARCELA GLEIZER SALZMAN

Asesores: MARIA LUISA CASTRO
SERGIO COLMENERO

México, D. F.

Octubre de 1991

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	5
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I: EL CONFLICTO EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE	
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	12
1) La problemática intrínseca de la relación.....	15
2) Los conflictos relacionados con la ideología y la moral de la profesión.....	21
3) Conflictos relacionados con las características particulares de los participantes de la relación, e independientes de la misma.....	26
4) Conflictos relacionados con la organización de la práctica médica.....	32
5) Conflictos propios del contexto social que se manifiestan en la relación.....	38
CAPITULO II: MARCO TEORICO Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO	45
1) Marco Teórico.....	46
2) Metodología.....	55
a) La recolección de los datos.....	58
Observación no participante.....	61
Cuestionario institucional.....	62
Cuestionario de datos generales a los médicos.....	63
Pláticas informales con médicos y pacientes... ..	64
Observación de las consultas.....	65
Recopilación de datos bibliográficos.....	65
b) La interpretación de los datos.....	66
CAPITULO III: EL CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	68
1) El Instituto Mexicano del Seguro Social.....	68
2) La Unidad de Medicina Familiar N° 19.....	73
a) Las condiciones objetivas de trabajo: recursos y demanda de atención.....	74
Servicios que presta la Unidad y su organización.....	74
Personal.....	77
Demanda de atención.....	81
Condiciones físicas de la Clínica.....	86
b) Dinámica de Trabajo.....	89
Funcionamiento de la Unidad.....	89
Ambiente de trabajo, relación social y jerarquías del personal.....	94
c) Medicina Familiar.....	97

CAPITULO IV: LOS PARTICIPANTES EN LA RELACION.....	105
1) Los médicos.....	105
2) Los pacientes.....	124
3) Médicos y Pacientes: La diferencia de perspectivas...	132
4) La consulta.....	138
CAPITULO V: LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN EL IMSS ANALISIS FINAL Y CONCLUSIONES.....	144
1) La interacción entre los tres factores.....	144
2) Conclusiones.....	155
ANEXO 1: GUIA DE OBSERVACION.....	166
ANEXO 2: GUIA DEL CUESTIONARIO INSTITUCIONAL.....	168
INDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS.....	169
BIBLIOGRAFIA.....	170

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de un trabajo de tesis involucra frecuentemente a muchas personas. Quiero agradecer a todos aquellos que con la lectura de algún capítulo, la sugerencia de una idea, o con su interés y entusiasmo contribuyeron a su realización: Ari Rajsbaum, Sara Salzman, Daniela Gleizer, Zuri Asse, Katia Weissberg, Teresa Ordorica, Alicia Márquez, Martha Alida y Mina Konigsberg. Particularmente quiero mencionar a Sergio Colmenero y María Luisa Castro por su ayuda a lo largo de este proceso.

Este trabajo contó con el apoyo de la beca de tesis que otorga la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (D.G.A.P.A.) de la Universidad Nacional Autónoma de México y ha sido elaborado con datos de la investigación "Factors Which Affect Physician Prescribing Behaviour and Willingness to Change Treatment of Acute Infectious Diarrhea", la cual recibió financiamiento del Applied Diarrheal Disease Research Project (ADDR), Grant #069.

Quiero agradecer a Martha Loya, con quien compartí las actividades del trabajo de campo de dicha investigación, sus valiosos comentarios y la cuidadosa lectura de la versión final. Muchas de las ideas de este trabajo surgieron de la reflexión realizada durante ese trabajo conjunto.

Muy especialmente agradezco a Mario Bronfman, investigador principal del proyecto mencionado, por permitirme el acceso a los datos, asesorar y alentar constantemente mi trabajo, por su dedicación y sobre todo por haberme brindado la oportunidad de una

experiencia de trabajo rica y gratificante, y por haberme abierto las puertas al mundo de la investigación. Sin su apoyo no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

Por último, quiero agradecer a los médicos, pacientes y personal de la Unidad de Medicina Familiar N° 19 por haberme recibido en la Clínica y brindado generosamente su tiempo.

INTRODUCCION

La idea de abordar el estudio de la relación médico-paciente surgió como consecuencia del trabajo de campo realizado en la Unidad de Medicina Familiar N° 19 (UMF N° 19) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹, en el marco de la investigación "Factores que Afectan la Conducta Prescriptiva y la Disposición al Cambio en un Grupo de Médicos en Relación a la Diarrea Infecciosa Aguda"².

Durante las actividades realizadas en la Clínica, tuvimos la oportunidad de observar los distintos tipos de relaciones que se establecían al interno de la misma. Entre éstas, la relación médico-paciente emergía como un fenómeno especialmente complejo y conflictivo, y al mismo tiempo crucial dentro de la dinámica de la Unidad.

¿Qué sucedía dentro del consultorio? ¿Cuáles eran los conflictos que se presentaban, y que suscitaban la multiplicidad de comentarios, interpretaciones y cuestionamientos de los participantes sobre la relación? ¿Qué dificultades hacían que la consulta, actividad central dentro de la Unidad, sea constantemente

¹. - A lo largo del trabajo denominaremos indistintamente a la institución por su nombre completo, sus siglas, como "el Seguro Social" o simplemente "el Seguro", nombres con que comúnmente se le designa.

². - Esta investigación fue realizada en el Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México, en colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social; y contó con financiamiento del Applied Diarrheal Disease Research Project (ADDR), Grant #069.

foco de insatisfacciones? ¿Cuál era el origen de los problemas?

El propósito que motivó este trabajo fue dar respuesta a estas preguntas. En un primer nivel, nuestro objetivo se centró en reconstruir la relación médico-paciente de la Unidad, identificando sus características y sus problemáticas centrales. En un segundo nivel, pretendimos entender las razones y orígenes de esas características, buscando los factores sociales involucrados en la relación y su peso en la conformación de las mismas.

Aún cuando los problemas de la relación médico-paciente trascienden a un tipo de relación particular, nuestro trabajo pretende entender el tipo de relación médico-paciente específico de la Unidad de Medicina Familiar en donde desarrollamos nuestro estudio, dadas las particulares características de la organización de la práctica médica propuesta por la institución, y las de los médicos y pacientes que actúan en ella.

Partimos de concebir a la relación como el resultado de la interacción entre tres factores: los médicos, los pacientes y el contexto institucional. Nuestro trabajo consistió en analizar por separado a cada uno de éstos, procurando distinguir entre su forma de participación en la relación y las razones y motivos que puedan explicarla. En el caso del contexto institucional, describimos la organización de la práctica enfatizando la forma en que ésta limita las posibilidades de acción de los participantes, definiendo un escenario para su actuación. En el caso de los médicos y pacientes, nos enfocamos al estudio de sus características -tanto aquellas dependientes de su rol como las independientes del mismo-, del tipo de respuesta que dan a las condiciones del contexto, y de la propia

percepción e interpretación que cada grupo da a la relación en la que participan; examinando el impacto de estos factores sobre su conducta dentro del consultorio. Finalmente, analizamos la forma en que estos tres factores interactúan entre sí para constituir a la relación.

Lo que estamos presentando es, por tanto, un estudio microsocia, entendido como el nivel de análisis sociológico que se ocupa del encuentro social cara a cara en la vida cotidiana y de la conducta interpersonal en grupos pequeños.

Un estudio de caso de este tipo nos permite comprender con mayor profundidad la dinámica interna de la relación, sus matices y problemáticas, y la forma en que participan los distintos factores involucrados en la misma. Por otro lado, aún cuando se trate de un caso particular, este resulta útil para ejemplificar a un tipo de relación médico-paciente de fundamental importancia a nivel nacional, debido a que involucra al mayor número de médicos y pacientes: la relación médico-paciente en el contexto de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La relación médico-paciente ha sido objeto del estudio de las Ciencias Sociales abocadas al ámbito de la Salud desde los años 30. La Sociología ha encontrado en la Medicina tanto un campo donde estudiar importantes fenómenos sociales, como un lugar donde

aplicar sus conocimientos³. En el capítulo I presentamos una sistematización y clasificación de las interpretaciones que diversas corrientes sociológicas han hecho sobre este tema, señalando los distintos niveles en donde "lo social" se manifiesta en la relación, y el tipo de conflictos que pueden generarse en cada caso. Este capítulo es una introducción general al fenómeno desde el punto de vista sociológico y enmarca todo nuestro trabajo.

En el capítulo II desarrollamos el marco teórico que sustenta el estudio y presentamos la metodología con que éste se llevó a cabo. Exponemos con mayor profundidad las características de la investigación que le dió origen, las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados y la forma en que se interpretó a los mismos.

Los siguientes capítulos presentan los resultados obtenidos. En el capítulo III se describen las características del contexto institucional, analizando por un lado cuáles son los factores sociales que motivan el tipo de organización de la práctica médica propuesta, y por otro cuáles son las consecuencias de la misma para la relación médico-paciente. En el capítulo IV procedemos de la misma manera con los médicos y pacientes: describimos cuáles son las características de cada grupo, la respuesta que dan a las limitaciones que impone el contexto y el impacto de éstas sobre la relación.

En el último capítulo presentamos la forma en que los tres

³. - VISSING, Yvonne y David KALLEN. "The Clinical Sociologist in Medical Settings", en REBACH, Howard y John BRUHN (compiladores) Handbook of Clinical Sociology, Plenum Press, New York, 1991, p. 181.

factores interactúan entre sí, enfatizando la manera en que las distintas variables se combinan para dar origen a los conflictos; y enunciamos las conclusiones generales del trabajo.

Nuestro estudio nos permitió tener un panorama general de la relación en su conjunto, así como de los distintos elementos y aspectos involucrados en la misma; identificar los problemas que se presentan, entender su dinámica y la forma en que se generan. Esperamos que este acercamiento general a la relación resulte útil para el desarrollo de futuras investigaciones que profundicen en aspectos particulares de la misma y que contribuya a la búsqueda de alternativas para el desarrollo de una relación médico-paciente más satisfactoria.

CAPITULO I: EL CONFLICTO EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE
(REVISION BIBLIOGRAFICA).

El conflicto entre clientes y profesionales que prestan un servicio no es algo excepcional. Lo podemos encontrar con distinta frecuencia e intensidad. Sin embargo, mientras que generalmente el conflicto responde a cuestiones específicas entre un cliente y un profesional particular, la relación entre médico y paciente aparece como una relación esencialmente conflictiva. El conflicto, lejos de depender de condiciones particulares, parece atravesar la relación manifestándose recurrentemente en los distintos contextos en donde el encuentro entre médicos y pacientes se lleva a cabo.

Una serie de elementos ilustran esta situación: son numerosas las quejas por parte de los pacientes sobre la falta de interés del médico y la despersonalización de la relación, abarcando desde la dificultad de acceder al lenguaje del profesional hasta la sensación de ser agredidos por éste.

Estas quejas raramente son dirigidas a la medicina como disciplina. A diferencia de lo que podría suceder con el psicoanálisis o la acupuntura, donde la validez misma del conocimiento de estas áreas son puestas en duda por sectores de la población, la medicina parece gozar de un fuerte prestigio.

Las quejas se centran sobre el ejercicio de la medicina, sobre la puesta en práctica de los conocimientos, especialmente sobre el trato de los médicos con los pacientes.

Pero, curiosamente, la queja no parte únicamente del paciente. Hay también una larga lista que proviene del médico sobre la conducta de este último: la no obediencia a sus prescripciones, el autodiagnóstico, el ocultamiento de información, las prácticas nocivas a la salud, etc. Esto también resulta diferente a las quejas de otros profesionales sobre sus clientes, que comúnmente versan sobre un cliente en particular, y no sobre la generalidad de los mismos.

Por lo tanto tenemos un problema que se manifiesta cuando médico y paciente se ponen en contacto, y que parece ser intrínseco a la relación entre ambos.

Sin embargo, aunque la particularidad de la problemática de la relación parece ser su carácter intrínseco, éste no es suficiente para explicar la variedad de conflictos que se presentan. De hecho, el conflicto no se presenta necesariamente, ni se encuentra aislado de las condiciones sociales en que se desarrolla la relación. Waitzkin señala que "...la relación con el médico es un proceso en un nivel "micro" que envuelve la interacción de los individuos. Este proceso interpersonal, sin embargo, ocurre en un contexto social, que está moldeado por el nivel "macro" de las estructuras sociales"¹

¹.- WAITZKIN, Howard. "A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters", en Journal of Health and Social Behavior, Vol. 30, 1998, p. 221. (Nota: todas las citas del trabajo correspondientes a fuentes en inglés son traducción propia.)

¿Qué es lo que hace a la relación entre médico y paciente una relación tan problemática? ¿Cuáles son los conflictos más frecuentes? En este capítulo intentaremos responder a estas preguntas revisando las interpretaciones que desde una perspectiva sociológica distintos autores han hecho de la relación. Al mismo tiempo ésto nos permitirá tener un panorama teórico que nos brinde elementos para abordar el estudio de la relación médico-paciente en el contexto del Seguro Social.

Cada una de las interpretaciones revisadas privilegia diversos aspectos sociales de la relación, de acuerdo a la concepción de sociedad y a la teoría que subyace a su análisis. A partir del elemento social privilegiado identifica problemáticas distintas, y jerarquiza la importancia y centralidad de los conflictos con criterios diferentes.

Esto nos permite hacer una clasificación de los conflictos que la bibliografía sobre el tema identifica en la relación médico-paciente, dependiendo del plano en que se los ubiquen. De esta manera encontramos, partiendo desde las cuestiones internas de la relación hasta las más externas: 1) conflictos intrínsecos a la relación; 2) conflictos relacionados con la moral y la ideología de la profesión; 3) conflictos relacionados con las características de los participantes de la relación, e independientes de la misma; 4) conflictos relacionados con la organización de la práctica médica y 5) conflictos propios del contexto social que se manifiestan en la relación.

1) La problemática intrínseca de la relación

Prácticamente todos los teóricos aceptan la importancia del papel que juegan en la relación médico-paciente algunas problemáticas o tensiones que parecen ser inherentes a la misma.

En primer lugar, mientras que en otras prácticas el profesional realiza su trabajo directamente sobre su objeto -como sería el caso de un ingeniero, un diseñador o un agrónomo- la práctica médica requiere en gran medida que sea el mismo paciente el que realice las indicaciones del médico.

Exceptuando cuestiones como intervenciones quirúrgicas o curaciones, y sobre todo en padecimientos no graves tratados a través de consulta externa, para que la medicina no resulte un ejercicio meramente académico es imprescindible la participación del paciente. Por ésto, una condición indispensable para que la práctica médica se realice, es que el paciente lleve a cabo las prescripciones del médico.

¶Sin embargo, hay una serie de problemas que dificultan este proceso. Uno de los mencionados reiteradamente por la bibliografía es que el paciente carece de criterios objetivos para juzgar la atención que recibe y su necesidad de criterios "profanos" para evaluar el trabajo del profesional.

Esta situación se combina con una segunda problemática inherente a la relación: la tensión que suscita en los pacientes los problemas relacionados con el cuerpo. Parsons señala "...el médico trata con seres humanos y lo hace en situaciones que a

menudo implican "intimidaciones", es decir, contextos que están enormemente cargados de significación emocional (...) Toda una clase de estas relaciones se refieren al cuerpo. Por razones que sin duda son psicológicamente muy profundas, ciertos sentimientos relativos a lo que Pareto llamó la "integridad del individuo" se enfocan hacia la "inviolabilidad" del cuerpo".² Frente a estos sentimientos el paciente busca controlar la situación, lo que nos regresa nuevamente al problema de su imposibilidad de juzgar al médico.

Una forma de interpretar estas problemáticas es atribuir prácticamente toda la responsabilidad del conflicto al paciente: su ignorancia, su necesidad de ayuda y su implicación emocional -señaladas como características propias de los mismos- los colocan en una situación vulnerable a la explotación, donde es difícil aplicar un alto grado de racionalidad; lo que presenta obstáculos y dificulta el desarrollo de la relación.

Esta visión³, que puede ser muy parcial, identifica sin embargo importantes problemas intrínsecos de la relación entre médico y paciente. Considera que hay que tratar de equilibrar las distintas tensiones de forma tal que el médico pueda "penetrar" suficientemente en los asuntos privados de sus pacientes para realizar su función, de manera de evitar o minimizar las

².- PARSONS, Talcott. "Capítulo X: Estructura Social y Proceso Dinámico. El Caso de la Práctica Médica Moderna", en El Sistema Social, Madrid, Revista de Occidente, 1966, p.419.

³.- Representada básicamente en el citado estudio de Parsons.

resistencias que éstos oponen, y al mismo tiempo impedir que tenga éxito el intento de algunos pacientes de asimilar a los médicos a sus otras "personas significantes" -ya que ésto le impediría la objetividad necesaria para su trabajo-, dando simultáneamente al paciente la seguridad de que va a estar protegido contra el abuso potencial del médico cuando accede a sus ámbitos íntimos.

Otra forma de entender estos problemas es la que considera a la práctica médica como un choque de perspectivas. El médico y el paciente tienen cada uno distintas perspectivas que se contradicen entre sí. Esta postura sostiene que los mundos de experiencia diferentes y el marco de referencia del profano y del trabajador profesional están siempre en conflicto potencial uno con otro, y que ésto parece ser inherente a la práctica profesional. Como Freidson afirma "El médico, mirando desde su aventajado punto de vista profesional, preserva su objetividad. El cliente, estando personalmente involucrado, se siente obligado a tratar de juzgar y controlar qué está pasándole"⁴. Dado que no tiene la misma perspectiva del médico juzga a partir de sus propios criterios. Este autor encuentra que los criterios utilizados por los pacientes son competencia técnica -evaluada a través de indicadores como el uso de tecnología- y el interés personal que toma en ellos el médico, de manera que el paciente obtiene no sólo una satisfacción emocional sino también la impresión de que la competencia no es aplicada de manera rutinaria, sino que es ejercida sin que se

⁴.- FREIDSON, Eliot. Patient's Views of Medical Practice, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1961, p. 175.

amenace su identidad como persona. En cierta medida se puede pensar que el paciente reemplaza su carencia de criterios técnicos por el interés, como un indicador a través del cual puede juzgar la calidad de la atención recibida.

Pero el enfrentamiento de las perspectivas no aparece exclusivamente en el momento de juzgar el trabajo profesional. Este abarca los distintos momentos de la relación. Las concepciones se encuentran desde la decisión de buscar ayuda. Mientras que el paciente define que tiene un problema a partir de sus propios códigos -uno de los más importantes es la suspensión de sus actividades- ésto no es necesariamente significativo para el médico. "La conducta sobre la enfermedad y la decisión de buscar ayuda frecuentemente envuelven, desde el punto de vista del paciente, un intento racional de darle sentido a su problema con y entre los límites de su entendimiento social y cultural, pero ésto no lo hace racional desde la perspectiva del médico"⁵. En el contexto de la consulta el paciente se queja de sentimientos subjetivos, mientras que el médico observa evidencias de disfunción.

Otro problema que se presenta en la relación es que recurrentemente los pacientes llevan al consultorio problemas que van más allá del campo de conocimiento de los médicos. La estructura de la relación formal entre médico y paciente provee un lugar legítimo donde expresar requerimiento de ayuda de tipo

⁵.- MECHANICH, David. Medical Sociology. A Selective View. Nueva York, The Free Press, 1968, p. 175.

íntima, y por tanto es natural que varios problemas de tipo psicológico y social sean llevados a los médicos.

Esto coloca al médico en una situación difícil. Por un lado su rol consiste en evaluar síntomas e interpretarlos para beneficio del paciente. Por el otro la naturaleza de su rol demanda que el médico no sólo armonice con la condición del paciente en un sentido físico, sino también directamente con la persona. Sin embargo es un hecho que el desarrollo cada vez más técnico de la medicina hace que en la actividad cotidiana el énfasis sea puesto en el diagnóstico y en la enfermedad y no en la persona⁶.

Por tanto, un número de pacientes que acuden al médico en busca de algún tipo de soporte emocional quedan insatisfechos. Sin embargo es importante señalar que esta sensación no es exclusiva de este tipo de pacientes. Aquellos que acuden a consulta por cuestiones estrictamente médicas, como una pierna fracturada, también se sienten insatisfechos cuando el trato recibido no los contempla como personas.

El médico se encuentra por tanto en una situación de "doble lealtad". Por un lado debe satisfacer a sus pacientes -de los cuales depende para subsistir- actuando en algún grado de acuerdo a sus expectativas. Por el otro debe satisfacer las exigencias técnicas que le impone la medicina y muchas veces ambas exigencias resultan contradictorias.

⁶.- MECHANIC, David. Op. cit., p. 90.

Encontramos entonces que la queja más común de los pacientes hacia la relación -la falta de interés del médico en sus problemas, la mala atención y la pérdida de un trato "humano"- se presenta básicamente en tres situaciones complementarias entre sí: a) cuando el médico se enfoca exclusivamente a aspectos técnicos ejerciendo su actividad sobre la enfermedad y tratando al paciente como objeto, amenazando su integridad como persona; b) cuando, como contraparte al punto anterior, el paciente trata de evaluar la calidad de la atención médica recibida a través del interés que el médico dedica a su persona e, independientemente de la calidad de los aspectos técnicos, no encuentra satisfacción a esta expectativa y c) cuando el paciente busca y no encuentra en el médico soporte emocional o apoyo a problemas no médicos o a los aspectos emocionales de sus problemas médicos.

Por su parte la currícula del médico no lo prepara para resolver cuestiones no médicas -aunque ésto no excluya la posibilidad de que algunos médicos se capaciten para hacerlo-, el médico no siempre posee simultáneamente las cualidades de buena competencia y personalidad atractiva, a menudo su enfoque está limitado a lo estrictamente técnico y tiene la expectativa de que el paciente acepte las recomendaciones que hace en sus términos.

En lo que cada uno busca beneficiar sus propios términos, encontramos conflictos intrínsecos a la relación.

2) Los conflictos relacionados con la ideología y la moral de la profesión

La ideología, aunque difícil de definir, es considerada en general como un grupo de ideas y doctrinas que forman una perspectiva distintiva de un grupo social⁷.

La relación de la ideología con el encuentro entre médicos y pacientes puede estudiarse desde múltiples ángulos. Puede verse, por ejemplo, cómo, al ser una estructura del nivel macro de la sociedad, la ideología impacta sobre médicos y pacientes como parte del contexto social en donde se verifica el encuentro. Otro enfoque puede estar dado por el estudio de cómo elementos de la ideología dominante en la sociedad aparecen en el nivel micro de la comunicación entre médico y paciente, o cómo el médico transmite la ideología dada su posición en la sociedad. Otra posibilidad es enfatizar cómo afecta a la relación la ideología propia de la disciplina.

En esta sección nos ocuparemos del último punto, presentando algunos elementos de la ideología de la profesión y señalando en qué forma pueden provocar conflictos en la misma.

Entendemos por ideología de la profesión todas aquellas concepciones sobre el "deber ser" de la medicina, de la conducta del médico y del paciente y de la relación entre ambos. Esta ideología representa sobre todo la perspectiva de los médicos y se puede apreciar a través de sus discursos. En síntesis, la ideología

⁷.- WAITKZIN, Howard. Op. cit., p. 221.

de la profesión está constituida por cómo la medicina se concibe a sí misma.

Sin embargo, esta visión no es exclusiva de los médicos. De alguna manera los pacientes también se hacen cargo de éstas ideas, compartiendo en distintos grados la ideología de la medicina.

Una forma de conceptualizar a la relación médico-paciente es justamente la que parte de un modelo de cómo ésta "debería" ser. Este tipo de análisis es el que realiza Talcott Parsons⁸. No discutiremos en este espacio cuáles son los inconvenientes de esta aproximación, ya que ello excede a los límites de nuestro trabajo⁹. Simplemente diremos que -aún cuando ésta no haya sido la intención de autor- el análisis de Parsons nos permite reconocer algunos de los elementos importantes de la ideología de la profesión, lo que a su vez nos brinda la posibilidad de observar de qué manera esta ideología plantea problemas a la relación.

Una de las características del paciente que Parsons señala es la irracionalidad. Esta afirmación ha sido muy discutida ya que el término irracional se usa comúnmente en un sentido peyorativo más

⁸.- De hecho, como sostiene Elliot Krause (*Power and Illness*, Nueva York, Elsevier, 1977, pp. 97-98), hay al menos dos puntos de vista en conflicto sobre como el "ideal" de la relación médico paciente "debería ser": El tradicional, que considera al paciente como un inferior, y el nuevo, que lo considera como un igual. Consideramos al estudio de Parsons como ejemplo de el punto de vista "tradicional", que recoge el pensamiento de grandes sectores de médicos y pacientes. Una breve descripción de la segunda visión puede verse en la página 24.

⁹.- Se puede ver una crítica al modelo de Parsons en las obras citadas de Freidson y Mechanic, pp. 189-191 y 112-114 respectivamente.

que en uno analítico y con la intención de depreciar la capacidad del paciente de contradecir al médico.

Sin embargo, de hecho no es irracional buscar una segunda opinión, o querer usar un tratamiento que dió resultados con anterioridad. Si bien un pequeño número de pacientes pueden tener actitudes irracionales esta idea es una verdad muy parcial que explica una pequeña parte de las resistencias de los pacientes. Dado que los médicos tienden a llamar "irracional" a las resistencias, o a cualquier otra racionalidad distinta a la médica, usando el término indiscriminadamente, podemos identificar aquí un elemento de la ideología de la profesión que trata de justificar el control que el profesional busca sobre el cliente¹⁰.

De la idea de irracionalidad Parsons deriva la obligación de obediencia del paciente al médico. Esta obligación tiene claras connotaciones morales. Si por un lado el médico es un técnico que trata con cuestiones objetivas, el paciente tiene el deber moral de obedecer al doctor. Si no lo hace, recibe las correspondientes sanciones en términos morales (por ejemplo presiones y críticas por parte del médico o de los familiares).

En gran medida, la ideología de la profesión sustenta esta autoridad del médico a partir de definir a la enfermedad como una conducta desviada y al paciente como un desviado social. Esta concepción conduce a ver al médico como un agente de control social, que va a "corregir" al paciente. "El médico está

¹⁰.- FREIDSON, Eliot. Op. cit, p. 183.

implícitamente cargado por la sociedad con el trabajo de retornar a la persona afectada a su pleno funcionamiento de manera que el paciente pueda nuevamente realizar sus obligaciones sociales (...). El médico es el símbolo de lo bueno y lo normal, de lo no enfermo enfrentando a lo enfermo."¹¹

La autoridad del médico sobre el paciente es una cuestión que a la mayoría de los médicos parece obvia, y que la mayoría de los pacientes acepta sin más. Sin embargo podemos imaginar -y de hecho hay ocasiones en que así sucede- una relación entre médico y paciente donde el médico exponga al paciente su situación, le informe de los posibles tratamientos a seguir con sus ventajas y desventajas y el paciente decida sobre qué opción tomar, si es que quiere hacer algo al respecto. Es decir, donde el médico reconozca en el paciente a un interlocutor racional, adulto y responsable por su propia salud. Cuando el paciente espera recibir este trato y por su parte el médico espera recibir obediencia, se presenta un conflicto.

Sin embargo, los pacientes en su mayoría parecen aceptar la autoridad del médico. Mechanic señala que el hecho de que los pacientes busquen a los médicos más frecuentemente que a otros profesionales indica que este rol tiene una cierta significación estereotipada en nuestra sociedad. "No sólo el médico es comúnmente visto como un hombre de conocimiento y ciencia, capaz de resolver

¹¹.- WILSON, Robert. "Patient-Practitioner Relationships", en FREEMAN, Howard; LEVINE, Sol y REEDER, Leo (editores) Handbook of Medical Sociology, Estados Unidos, Prentice-Hall, 1963, p. 278.

el significado de un rompecabezas de síntomas, sino también es frecuentemente descrito como una persona amable, inteligente y cálida, profundamente interesada en el bienestar del paciente individual"¹²

Cuando el paciente, dispuesto a obedecer pero esperando despertar profundo interés en el médico no lo recibe, o no se siente completamente satisfecho con la actitud del doctor, nuevamente surge un conflicto. En este sentido también hay una "obligación moral" que compromete al médico a buscar el bienestar del paciente sobre sus intereses personales (expectativa que puede resultar muy difícil de satisfacer en el caso de pacientes muy demandantes, o de médicos con exceso de trabajo aún cuando éste tenga las mejores intenciones con su paciente).

Hay muchos otros elementos ideológicos que, aunque no hagan referencia estricta a la relación, pueden afectarla. Parsons por ejemplo reconoce explícitamente, como elemento de la ideología de la profesión el hecho de que el afán de lucro está completamente excluido de la practica médica¹³. Sin embargo, aunque el autor no lo menciona, este elemento está acompañado por la expectativa -y en algunos casos la seguridad- de que el ejercicio de la medicina va a otorgar un buen nivel de vida al médico. Cuando esto no sucede, tal como veremos más adelante en el caso de los médicos del IMSS, la cuestión se vuelve problemática, porque el médico no

¹².- MECHANIC, David. Op. cit., p. 175.

¹³.- PARSONS, Talcott. Op. cit., p. 405.

tiene "permiso" para quejarse sobre cuestiones económicas, siendo moralmente condenable no querer aceptar un trabajo por este tipo de motivos.

Los ejemplos presentados sobre la ideología de la medicina -sin pretender ser exhaustivos- nos permiten concluir que una serie de conflictos surgen cuando el "deber ser" del médico y el paciente, expresado por la ideología de la profesión e internalizado por los participantes en la relación, no se cumple en alguno de los dos polos, causando insatisfacción en el otro; o cuando las concepciones sobre este "deber ser" no son compartidas por los involucrados. Son conflictos que se manifiestan en el momento del desempeño de la práctica médica, y que en muchos casos pueden agudizar los conflictos intrínsecos a los que nos referimos en la sección anterior.

3) Conflictos relacionados con las características particulares de los participantes de la relación, e independientes de la misma

La forma en que se presentan los conflictos hasta aquí señalados varía enormemente en cada situación particular. Un grupo de variables que juegan un papel importante en definir el tipo de conflictos que van a presentarse y en qué forma, son las relacionadas con las características propias de los médicos y de los pacientes e independientes de sus roles en la relación.

En un nivel muy simple es obvio que características como edad, sexo, el padecimiento específico, la personalidad, etc. establecen

diferencias entre un paciente y otro, mismas que se manifiestan en la relación. Además, los síntomas son percibidos y evaluados de forma distinta por diferentes tipos de personas y en diferentes situaciones sociales, dependiendo de diferentes experiencias cercanas a la enfermedad, diferente entrenamiento con respecto a los síntomas, diferente sensibilidad biológica, etc.¹⁴

Los pacientes llegan al médico con expectativas distintas, con exigencias particulares y con actitudes muy diferentes. Aunque en la sala de consulta sus opiniones pueden verse como independientes y descontextualizadas, en realidad éstas no existen en un vacío, sino que están formadas por eventos externos al consultorio médico. Un elemento importante en su formación es la influencia interpersonal, especialmente la de otros pacientes.

Antes de llegar al consultorio médico, el paciente tiene frecuentemente un largo y exhaustivo intercambio de opiniones y recomendaciones con una compleja red de consultantes que va desde los más íntimos e informales confines de la familia, a consultantes más selectos, distantes y con mayor autoridad; hasta llegar al médico o al "profesional". Esta red de consultantes, organizada con independencia de las interacciones entre profesionales e instituciones de salud, brinda un marco de referencia, imponiendo formas al proceso de buscar ayuda, marcando la tenacidad con la cual los pacientes van a juzgar al médico e influenciando en la decisión de rechazar su opinión. De hecho Freidson señala que la

¹⁴. MECHANIC, David. Op. cit., p. 116.

interacción con consultantes no profesionales es tan responsable de que el paciente no siga las indicaciones del médico o no retorne por tratamiento futuro como el cese de los síntomas y su opinión sobre lo apropiado del tratamiento.

Generalmente, la literatura que aborda el problema de las características de los pacientes independientes de su rol hace hincapié en dos de éstas: el nivel de educación y el contexto socio-cultural.

En el primer caso ha sido asumido por muchos autores que gran parte del conflicto entre el médico y el paciente se debe a la falta de información o a la ignorancia de este último. Este argumento supone que si el paciente estuviera bien educado estaría equipado para esperar del doctor lo que éste le indique, evitándose los problemas sobre cómo juzgar al médico, o de expectativas insatisfechas.

Sin embargo, como sostiene Freidson, esto no resulta tan simple. Si por un lado el paciente no educado tiene la desventaja de ser incapaz de dar buena información sobre sus quejas por falta de educación, no está entrenado para reconocer los síntomas y acudir a tiempo con el médico ni para dar una historia clínica útil o colaborar eficazmente con el tratamiento; por el otro tiene las ventajas de no tener expectativas sobre el tratamiento, no dudar de la autoridad del médico ni dar interpretaciones erróneas o deformadas de sus síntomas. El paciente educado por su parte es más cooperativo en situaciones rutinarias, pero también es más confiado en su propia habilidad de juzgar al médico, lo que trae otro tipo

de problemas. De hecho el médico es quien tiene los mayores grados de educación para la salud pero tiene una pésima reputación como paciente por no cooperar, dar un alto número de autodiagnóstico y ser incapaz de reprimir su propia opinión en favor del médico a quien consulta.

Como vemos, no podemos establecer una correlación del tipo "a mayor educación sobre salud, menores problemas en la relación con el médico". En realidad los distintos grados de educación plantean problemas distintos, aunque aparentemente resultan menos conflictivos aquellos de los pacientes con mayor educación.

En el segundo punto, todo el contexto socio-cultural también afecta la relación. Las conductas y actitudes de los pacientes varían según el sector social de pertenencia.

En general, entre los pacientes de estratos bajos las respuestas a la enfermedad suelen ser más tímidas y temerosas. Estos pacientes tienden a sentir que no tienen ningún "legítimo derecho" como tales. La visita al médico no resulta un asunto cotidiano y relajado sino por el contrario es un situación extraña que suscita ansiedad.

Los pacientes de estratos medios y altos son considerablemente más detallados, activos e informados en relación a la atención médica. Parecen tener la habilidad de hacer una revisión detallada de sus cuerpos, viéndose a sí mismos y a sus enfermedades con una clase de interés académico. Quizá por ésto participan más fácilmente de la perspectiva clínica del médico que los pacientes de clase baja.

Además, el paciente de estratos altos pide una relación más cercana a la de un colega que a la de un paciente, más a la de un igual que a la de un subordinado.

No sólo por su nivel y demanda de información -cuantitativa y cualitativamente distintas a los pacientes de estratos bajos- sino por el status que lleva al consultorio. Para este paciente el médico no es aquel con excepcionalmente alto prestigio lejano a su vida cotidiana. Es por el contrario un experto (tanto como él mismo puede serlo en otro campo), pero también es una persona con aproximadamente la misma educación y nivel de vida. El paciente de estrato medio y alto y su médico son iguales fuera del consultorio, hecho que parece ser difícil de suprimir dentro del mismo. Por ésto este paciente tiene considerablemente menos restricciones sociales operando en su interacción con el médico¹⁵.

Como vemos, las características particulares de los pacientes pueden tener un lugar importante en definir que la fuerza con que ambas perspectivas de la relación se enfrenten entre sí. Es por ésto que Mechanic sostiene que gran parte del éxito de la relación entre médicos y pacientes depende de que éstos compartan el mismo ambiente cultural. De esta forma se evita que a los conflictos inherentes a la relación debidos al choque de enfoques propios de cada rol a los que nos referíamos al principio del capítulo, se les sumen además toda otra serie de dificultades propias de los encuentros entre culturas y concepciones sociales diferentes.

¹⁵.- FREIDSON, Eliot. Op. cit., pp. 148-150.

Sin embargo, hay que cuidarse de ver como único responsable de los problemas de la relación a las características de los pacientes, y de propugnar por un cambio en éstas (como dar mayor educación), como solución automática a los conflictos. Las características de los pacientes pueden minimizar o acentuar los conflictos, pero como hemos visto, existen conflictos independientes a éstas.

Por otro lado, también las características propias de los médicos van a influir sobre el camino de la relación. Además de las diferencias dadas por variables como edad y sexo del médico, no todos los médicos tienen conductas y actitudes similares. Sus valores sociales no sólo afectan la forma de tratar a pacientes particulares, sino pueden afectar también decisiones sobre aspectos vitales (por ejemplo, los médicos católicos pueden ser menos liberales que los no católicos para dar información sobre control de la natalidad).

El tipo de educación recibida por el médico, así como su personalidad también repercuten sobre la relación. No es lo mismo un médico rígido y autómatas que uno más flexible y comprensivo con los pacientes.

Sin embargo, tampoco de este lado podemos solucionar los problemas de la relación educando a los médicos a ver a los pacientes como un ser humano completo, y a dar más lugar a sus expectativas. Si bien esto puede reducir parte del conflicto, hay un límite en el que el médico no puede ajustarse al marco de referencia del profano sin dejar de practicar la medicina. Algunas

de las expectativas de los pacientes no pueden ser satisfechas.

Finalmente, la posición social del médico también tiene importancia para la relación. Gouldner¹⁶ observa que teóricamente la habilidad del médico no tiene nada que ver con su posición de clase, pero ésta lo provee de la eficacia, el poder y los métodos que necesita para controlar sus habilidades sin compromiso.

Podemos concluir entonces que una mayor correspondencia entre el marco de referencia cultural del médico y el paciente tiende a minimizar problemas, pero no soluciona los conflictos. Como hemos visto, los conflictos se ubican en más de un nivel de la relación y por tanto no puede solucionarse a partir de uno solo de éstos. Sin embargo, es importante destacar que el conocer las características de los participantes de la relación puede ayudarnos a entender las particularidades de una relación específica, y por tanto a plantear algunas soluciones a problemáticas concretas, aunque pierdan parte de su valor explicativo cuando se usan en términos demasiado generales.

4) Conflictos relacionados con la organización de la práctica médica

Nuevos conflictos aparecen y nuevas variables afectan los hasta aquí señalados cuando tomamos en cuenta la dimensión de la

¹⁶.- Citado por FREIDSON, Eliot. Op. cit., p. 186. (GOULDNER, Alvin. "Cosmopolitas and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles", Administrative Science Quarterly, vol. 2, diciembre 1957, pp. 281-286.)

organización de la práctica médica.

La forma en que la medicina está organizada afecta la forma en que se puede desarrollar la relación, independientemente de la intención o de la habilidad de los participantes, porque marca los límites para las conductas posibles. Evidentemente la relación médico-paciente no va a presentar las mismas características -aún en el hipotético caso en que los participantes sean los mismos- en un hospital grande que en uno pequeño, en un consultorio privado que en uno público, o en un moderno centro médico en la ciudad que en una modesta clínica rural.

Básicamente la bibliografía sobre el tema distingue dos grandes tipos de organización de la práctica médica: el médico que ejerce en su consultorio particular y el que lo hace en el contexto de una organización.

Hay mucha controversia no resuelta sobre las ventajas y desventajas de una práctica sobre la otra. Un punto de vista sostiene, por ejemplo, que un médico solo, trabajando por honorarios, tiende a tener más cuidado con sus pacientes ya que es su forma de asegurarse los ingresos, que un médico asalariado que percibe un sueldo independientemente de cuántos pacientes atienda. Otros argumentos sostienen que el médico asalariado, en lugar de ser más confiado por tener asegurado el trabajo, está libre de preocupaciones económicas lo que le permite concentrarse en "buena medicina", sin caer en "comercialismos", como indicar consultas innecesarias para incrementar su ingreso, al que estaría tentado el médico particular.

Cada una de estas prácticas tiene sus particularidades, pero dado que la relación objeto de nuestro estudio se da en el marco de una organización -el Instituto Mexicano del Seguro Social-, trataremos en forma más detallada las características y conflictos que trae consigo este tipo de práctica, haciendo referencia a la práctica individual únicamente en los casos que la comparación resulte útil para caracterizar a la primera.

Si bien encontramos múltiples tipos de práctica médica no individual, la característica común de las organizaciones e instituciones de salud es la burocratización.

Quando se piensa en proveer controles burocráticos a la práctica médica, usualmente se concibe a la medicina en una perspectiva muy estrecha, únicamente como ciencia aplicada, olvidando los aspectos de la relación social que tiene la profesión. Los médicos se inclinan a ver la medicina en sus más restringidos aspectos científico-técnicos, impulsados por el tipo de entrenamiento en el hospital y por la orientación de las escuelas de medicina; dejando de lado algunos aspectos que el médico familiar veía como parte integral de su rol. Desde esta perspectiva científico-técnica la organización burocrática tiene muchas ventajas y muy pocas desventajas: los controles burocráticos se introducen con el objeto de que un máximo de servicios se ofrezca al mayor número de pacientes con un costo mínimo del tiempo del médico, sin comprometer la calidad de la atención¹⁷.

¹⁷.- MECHANIC, David. Op. cit., pp. 167-168.

Sin embargo, la burocratización trae muchos conflictos relacionados con el trato a los pacientes, con los aspectos no técnicos de la medicina.

La eficiencia que se busca en las organizaciones requiere de la eliminación de todo el exceso de gasto posible. Para la práctica médica el gasto se reduce primeramente llevando al máximo el número de casos de que se hace cargo el médico y reduciendo al mínimo el tiempo medio asignado a cada paciente. El gasto es eliminado teniendo a los médicos continuamente ocupados durante su horario de trabajo.

En este tipo de sistema, el paciente no puede recibir el servicio en el momento demandado. Lo recibe en base al juicio del profesional sobre la importancia de su demanda en relación a urgencia de las otras demandas que tiene que atender. La inaccesibilidad del servicio es un fuerte motivo de queja de los pacientes, y un punto conflictivo para la relación.

Además de esto, en este tipo de organizaciones en general el paciente tiene acceso a los servicios por medio de un sistema de "pre-pago" que los asegura por un período determinado. Ya sea un seguro de salud público o privado, durante el tiempo en que dure el contrato el paciente puede hacer uso de los servicios especificados sin tener que pagar nada en el momento de recibirlos, y pudiendo hacer uso de ellos cuantas veces sea necesario.

Esta característica del pre-pago deja a los pacientes la sensación de obtener servicios "gratis" y por consiguiente basados en la "caridad", lo que se traduce en sentir que reciben un trato

menos interesado que el que recibirían de un médico particular.¹⁸

Aunado a ésto la burocracia desarrolla ciertas reglas rígidas e inflexibles para el trato con problemas que son únicos y específicos, en una tendencia hacia la estandarización de la práctica profesional y enfatiza actividades especializadas y procedimientos rutinarios, que nuevamente repercuten sobre el tipo de atención que como persona el paciente va a recibir del médico.

Por lo tanto en este tipo de práctica el paciente se encuentra con problemas para acceder a los servicios por la optimización del tiempo del profesional y, como consecuencia, con un largo tiempo de espera en salas con mucha gente, enfermeras, pacientes, etc., lo que aumenta la sensación de falta de intimidad y de caridad dadas por el pre-pago. Sumado a ésto una vez que llega a la consulta dispone de poco tiempo para ser atendido, resultado de la racionalización de la práctica, y recibe un trato rígido y poco personal debido a la burocratización de las tareas. Como vemos, son numerosos los motivos de insatisfacción y conflicto que promueven este tipo de organizaciones.

De aquí que los pacientes comúnmente piensen que van a obtener mayor interés de un médico particular que de uno que trabaja en una institución, aunque muchas veces se considere que la calidad técnica es mejor en las organizaciones, ya que concentran a la tecnología necesaria, especialistas de diversas áreas, etc.

¹⁸.- FREIDSON, Eliot. Op. cit., pp. 60-61.

Así la medicina constituye un clásico ejemplo del problema sociológico de las ventajas y los costos de la burocratización. Burocratizar da una mayor eficiencia y efectividad estandar de la práctica médica y facilita la distribución de los servicios a más gente¹⁹.

Pero, aunque reconozcamos que las formas burocráticas pueden variar según los propósitos, también es verdad que la burocracia en sí misma tiene problemas para tratar dificultades emocionales y sociales. Hay una tendencia a solidificar las diferencias entre el médico y el paciente en cuanto la relación tiende a volverse estereotipada y su flexibilidad limitada por la necesidad y valores de la organización. El conflicto se incrementa e intensifica: un grado de insatisfacción en el paciente está implícito dentro del sistema y es inevitable.

Esto no implica que haya relaciones médico-paciente más deseables fuera de las formas burocráticas, porque se conoce que en el medio privado muchas veces son igualmente impersonales. Parece, sin embargo, que la burocracia presenta barreras adicionales a la relación.

Finalmente, es preciso hacer hincapié que la organización burocrática no impone problemas únicamente a los pacientes. Los médicos se ven también frecuentemente afectados por ésta. Si bien generalmente se identifica a los médicos con la organización, como un polo de la relación, y a los pacientes como el polo opuesto,

¹⁹.- MECHANIC, David. Op. cit., pp. 170-171.

ésto es a lo mucho cierto en algunas instituciones pequeñas, donde efectivamente los médicos tienen poder de decisión sobre la organización de su trabajo, acomodándolo a su beneficio lo que puede resultar -o no- en perjuicio de los pacientes.

Sin embargo, cuando las organizaciones son más grandes, como en el caso de nuestro estudio, los médicos también se ven obstaculizados por los numerosos controles burocráticos que se pone a su trabajo, el constante llenar formularios y planillas, la imposición de la carga y el ritmo de trabajo así como de las políticas y criterios con que deben realizar su labor. En muchos casos la institución limita la libertad del médico para ejercer la medicina de acuerdo a sus propios criterios, creando también insatisfacciones profesionales que obviamente van a repercutir en el trato con los pacientes.

5) Conflictos propios del contexto social que se manifiestan en la relación

Los conflictos hasta aquí señalados no se presentan aislados, ni son de ninguna manera independientes del contexto social donde la relación se lleva a cabo.

Por el contrario, el contexto social "impregna" a la relación con sus características, definiendo los múltiples parámetros que la afectan. Seppilli resume los parámetros más importantes de la siguiente forma: "...el contexto social repercute sobre todo en la relación porque influye en la orientación de la patología misma:

la enfermedad es diferente según los distintos contextos sociales; determina también una cierta imagen e interpretación de la enfermedad por parte del médico, y sobre todo por parte del enfermo, lo cual repercute también en la relación entre médico y enfermo; determina cierto nivel de desarrollo, cierta orientación cultural de las posibilidades de defensa médica contra la enfermedad en el sentido técnico, determina la expectativa del enfermo y la exigencia de resultados por respecto al médico, al terapeuta o al que interviene en la curación; determina cierta actitud general frente a la medicina; frente al médico y frente a las estructuras médicas institucionales²⁰.

De hecho, cada uno de los aspectos que hemos analizado está íntimamente relacionado con el contexto social. Los problemas intrínsecos tienen que ver también con la conceptualización de lo que un profesional debe ser, y con el status del conocimiento en la sociedad contemporánea; la ideología de la profesión se inscribe dentro del contexto de las ideologías presentes en la sociedad; las características individuales de los participantes tiene que ver con el nivel y las condiciones de vida de la población y con el tipo de organización social y los tipos de organización de la práctica médica van a estar dados por las exigencias, necesidades y posibilidades que brinde el contexto.

²⁰.- SEPILLI, Tulio. "La evolución de la relación médico-enfermo", en ALOISI, Massimo et al. Medicina y Sociedad, Barcelona, Editorial Fontanella, 1972, p. 331.

Por lo tanto, los temas que se pueden abordar tomando en cuenta el contexto social y la relación médico-paciente son múltiples y muy amplios, y pueden ser considerados desde diversas perspectivas. Una posibilidad es comparar la relación entre médico y paciente entre sociedades distintas, por ejemplo, una moderna y otra tradicional. Otra es ver cómo distintos aspectos de la sociedad en la que la relación se desarrolla influyen en ésta.

También para esta última opción hay múltiples posibilidades. El marxismo, por ejemplo, se ocupa de ver cómo las características de la sociedad capitalista repercuten en la relación. A este respecto Sepilli señala que una sociedad de tipo mercantilista, donde el prestigio se obtiene por medio de dinero, "...tiende a constituir una relación entre médico y enfermo en la que éste se convierte en un instrumento para conseguir ciertos objetivos generales de las profesiones ejercidas en la sociedad neocapitalista, de tipo mercantil y de consumo"²¹, alienando a la relación.

Otra perspectiva analiza cómo se define la relación entre medicina y sociedad: las funciones de la medicina, sus campos de acción legítimos, sus beneficiarios, etc.

En este ámbito Foucault señala que las funciones de la medicina moderna están caracterizadas por una gran "estatización": una de las finalidades de la intervención estatal sobre el individuo es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre enfermedades y la salud. "...desde entonces el cuerpo del

²¹.- IBID, p. 341.

individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes aspectos de los que el propio Estado debe hacerse cargo²².

Esta situación está acompañada por lo que Foucault denomina el fenómeno de la "medicalización indefinida". En primer lugar, la medicina, lejos de limitarse a las enfermedades, parece no tener campo ajeno, ocupándose de cuestiones como urbanismo, el agua, el aire y todo lo que tenga que ver con la salud.

En segundo lugar Foucault afirma que en el siglo XX la medicina comienza a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas y sus molestias. Con mucho más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad²³. A este respecto pueden citarse varios ejemplos: la necesidad de dictamen médico para entrar a trabajar a las empresas examinando autoritariamente al individuo, la política obligatoria y sistemática de localización de enfermedades que no responde a ninguna demanda. Por tanto la medicina está caracterizada en las sociedades modernas por su autoritarismo y su cada vez mayor campo de acción, siendo difícil encontrar un campo que aún no esté "medicalizado", en el cual no sea legítimo para la medicina intervenir.

²².- FOUCAULT, Michel. "La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina", conferencia dictada en la Universidad de Sao Pablo, Brasil, mimeo, sin fecha, p. 3.

²³.- Esto complementa el problema de la autoridad del médico al que hacíamos referencia en la p. 24.

Otra línea de análisis es la que se enfoca al estudio del modelo teórico que subyace a la medicina, estudiando sus repercusiones sobre el tipo de atención que se ofrece.

A este respecto Capra encuentra que los principales fallos del sistema actual de asistencia sanitaria radican en la estructura conceptual que sostiene la práctica y la teoría médica. Según este autor, el paradigma cartesiano en el que se basa el modelo biomédico, con su rigurosa separación entre mente y cuerpo; llevó a los médicos a concebir al cuerpo humano como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes. De esta manera, los médicos se limitan a intentar comprender los mecanismos biológicos, sin tomar en cuenta la influencia que las circunstancias no biológicas ejercen en los procesos biológicos.

Como consecuencia, al enfocarse en fragmentos cada vez más pequeños, se vive una fuerte tendencia hacia la especialización dentro de la profesión, acompañada de la creciente dependencia respecto de la alta tecnología.

Esto por un lado aumenta la desproporción entre coste y efectividad de la medicina, y por otro conlleva a los médicos a ocuparse de las enfermedades, pero perdiendo de vista la humanidad del paciente, reduciendo la salud a una función mecánica, olvidando los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad.

Como alternativa Capra propone un concepto de salud más amplio, que incluya las dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos

vivientes²⁴.

Estos enfoques nos brindan una visión general que nos permite ubicar a la relación dentro de su contexto. Ahora bien, la lista de temáticas que pueden ser abordadas tomando en cuenta los aspectos del contexto social es amplísima: la relación médico-paciente y su relación con las políticas estatales de salud, con el presupuesto para el Sector Salud, con la competencia que representan otros tipos de medicinas alternativas, con el importante papel que juegan los laboratorios comerciales en la prescripción y orientación del tratamiento, con ideologías como el racismo o el sexismo, etc.

Este punto de vista "macro", deja de lado muchos de los aspectos más particulares que hemos mencionado a lo largo del capítulo. Sin embargo, aún cuando la perspectiva que se escoja sea el estudio de un caso concreto, lo que impone un punto de vista "micro", es importante no dejar por completo de lado la visión más panorámica para no perder el trasfondo en el que la relación tiene lugar.

La clasificación de conflictos que hemos realizado es, por supuesto, una clasificación analítica. Esta resulta útil porque nos permite ordenar los conflictos y los enfoques para su estudio. Pero, en la realidad, todos los factores interactúan y muchas veces es difícil "separar" los distintos problemas. Por ejemplo, la queja

²⁴.- CAPRA, Fritjof. "El Modelo Biomédico" en El Punto Crucial, Barcelona, Integral, 1985, pp. 135-183.

de un paciente por no ser "bien" atendido por un médico puede estar originada tanto por una organización de la práctica que perjudique al paciente, como por una expectativa de atención que va más allá de las posibilidades reales del doctor, por tener experiencias previas y comentarios de otros pacientes que hacen dudar del diagnóstico, o por una combinación de todos estos motivos.

Como Freidson sostiene " Hay pocas dudas en las últimas explicaciones de los problemas de la medicina aplicada sobre el hecho de que éstos caen en el exámen de más de un nivel de realidad (...) Cada uno es un vasto y separado nivel de análisis, cada uno es válido y cada uno es parcial. Teóricamente, todos deberían ser tratados conjuntamente, pero ésto tendería a hacer todo confuso"²⁵

Sin embargo, hay que tener en cuenta que lo que se puede ganar en claridad centrándose en un sólo nivel de análisis, puede perderse en distorsión, tratando de explicar toda la problemática a partir de una sola perspectiva. Por lo tanto, es importante, aún cuando no se profundice en otras visiones, tener en cuenta que los resultados del análisis van a ser parciales, aunque no por eso menos válidos.

Los intereses y el objeto de estudio pueden definir la perspectiva a seguir. Una vez presentado un panorama general sobre los conflictos de la relación, en el siguiente capítulo definiremos el enfoque a partir del cual realizaremos nuestro análisis.

²⁵.- FREIDSON, Eliot. Op. cit., pp. 18-19.

CAPITULO II: MARCO TEORICO Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO

Tal como mencionamos en la introducción, el objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación médico-paciente en el contexto del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para ésto decidimos realizar un estudio de caso, ya que este tipo de enfoque permite hacer un análisis en profundidad de los distintos factores que intervienen en la relación, su forma de interacción y las problemáticas que ésta suscita.

Elegimos como objeto de estudio la relación médico-paciente en la Unidad de Medicina Familiar N° 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Coyoacán. Esto se debió, por un lado, a la accesibilidad de la información (ya que se estaba realizando una investigación en la Clínica y se contaba con datos recogidos en investigaciones previas) y por otro a que el estudio de la relación médico-paciente en la Unidad resultaba útil para ejemplificar a la relación médico-paciente en el IMSS, dado que tiene las mismas características, estructura y funcionamiento que el resto de Unidades de Medicina Familiar del Seguro. Además, éste es el servicio más importante que presta la institución en términos cuantitativos¹ y, por tanto, la relación médico-paciente que en él se lleva a cabo tiene gran importancia a nivel nacional, dadas las dimensiones, alcances y relevancia del Seguro Social dentro del

¹.- De las 1.492 Unidades Médicas en servicio del IMSS, 722 corresponden a Unidades de Medicina Familiar (IMSS, Anuario Estadístico de Servicios Médicos, México, 1987, p. 39.)

Sector Salud².

En el capítulo anterior presentamos los distintos niveles en donde se manifiesta el conflicto en la relación. Esta revisión teórica, además de mostrarnos un panorama general sobre el problema, nos planteó la posibilidad de varias perspectivas de análisis. Por lo tanto antes de presentar los resultados de nuestro trabajo es necesario explicitar tanto la forma en que conceptualizamos a la relación, como la metodología utilizada en el mismo.

1) Marco Teórico

La mayor parte de los estudios concretos sobre la relación médico-paciente enfocan su trabajo al análisis de algún aspecto específico del encuentro entre los participantes de la misma (como la comunicación, cuestiones psicológicas involucradas, etc.³) o lo centran en la relación entre el grado de satisfacción y/o tipos de respuesta de los pacientes frente a distintas formas de organización de la práctica médica⁴. Por otro lado, los estudios

².- En el próximo capítulo, dedicado exclusivamente a la institución, desarrollaremos con mayor profundidad estas características del Seguro (ver Capítulo III, pp. 68-73).

³.- Por ejemplo HALL, Judith et al. "Communication of Affect between Patient and Physician" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 22, 1981 y TUCKETT, David et al. "A New Approach to the Measurement of Patients' Understanding of What They Are Told in Medical Consultations" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 26, 1985.

⁴.- Por ejemplo GREENLEY, James y Richard SCHOENHERR. "Organization Effects on Client Satisfaction with Humaneness of Service" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 22, 1981 y ROSS, Catherine et al. "Client Satisfaction and the Organization of Medical Practice: Why Time Counts" en Journal of Health and

que involucran a la institución y a los médicos, generalmente buscan las relaciones entre el tipo de conducta y actividad de los profesionales sobre diversos aspectos y las características de la organización, dejando de lado a los pacientes⁵.

Nuestra propuesta, para analizar a la relación médico-paciente en el Seguro Social, es tomar en cuenta simultáneamente a los tres factores: los médicos, los pacientes y la institución que define la organización de la práctica.

Concebimos por tanto a la relación como el resultado de la interacción de tres fuerzas distintas, cada una con sus propias características, su propia visión, sus propios intereses, sus propias posibilidades y limitaciones y sus particulares concepciones sobre lo que la relación debe ser.

Para cada uno de estos tres factores hay que distinguir, sin embargo, entre su forma de participación en la relación, y los motivos y razones que pueden explicarla.

Como vimos en el capítulo I, la institución es el marco o contexto en donde se lleva a cabo la relación y delimita el espacio en el cual médicos y pacientes pueden actuar. La institución organiza la práctica médica según sus propios requerimientos, entre los que encontramos:

a) los objetivos y metas institucionales;

Social Behavior, vol. 22, 1981.

⁵ Por ejemplo ROEMER, Milton y Jay W. FRIEDMAN. Doctors in Hospital. Medical Staff Organization and Hospital Performance, Estados Unidos, The John Hopkins Press, 1971 y HEYDEBRAND, Wolf. Hospital Bureaucracy. A Comparative Study of Organizations, New York, University Press of Cambridge - Dunellen, 1973.

- b) el contexto en donde la institución se desempeña;
- c) los recursos y posibilidades con que cuenta;
- d) el modelo de organización de la práctica que la institución propone para poder llevar a cabo sus metas en función de sus recursos y en el contexto determinado y
- e) la forma en que el modelo se lleva a la práctica.

Para definir la organización de la práctica médica entran en juego por tanto múltiples criterios, entre los cuales la relación médico-paciente puede ocupar un lugar muy secundario e incluso marginal. Sin embargo, ésta resulta directamente afectada por los lineamientos de organización institucionales.

Médicos y pacientes por su parte actúan dentro de los límites que marca la institución, de acuerdo a sus propias perspectivas, es decir, de acuerdo a sus propios puntos de vista subjetivos sobre la relación, lo que los lleva a poner en práctica una de las conductas posibles dentro del contexto. Tal como sostiene Freidson, estas perspectivas a menudo se contradicen y chocan entre sí, generando conflictos. Como mencionamos en el capítulo I, según este autor la diferencia fundamental entre ambas está dada por los mundos de experiencia separados y los distintos marcos de referencia del trabajador profesional y el profano⁶. Sin embargo, aún cuando esta diferencia puede ser determinante, no es el único elemento que las constituye. Entre los elementos que contribuyen a conformar a las perspectivas en juego podemos señalar:

⁶. - Ver Capítulo I, p. 17.

a) las características propias de cada uno de los roles, en donde, además de la diferencia de experiencia con respecto a la medicina antes mencionada encontramos, en el caso de los médicos, variables como formación profesional y experiencia de trabajo; y en el de los pacientes experiencias previas, características particulares de su problema, expectativas de atención, etc.;

b) las características independientes de sus roles en la relación, como las sociodemográficas y culturales y

c) la situación en la institución y la percepción que sobre ésta tienen médicos y pacientes, ya que, por ejemplo, la perspectiva del médico y por tanto su participación en la relación va ser muy diferente si se encuentra satisfecho trabajando en la institución o no, si tiene o no posibilidades de crecimiento profesional dentro de la misma, etc. y, de la misma manera, la perspectiva del paciente, sus expectativas sobre la atención y su conducta dentro del consultorio van a variar dependiendo de la facilidad de acceso a los servicios que brinde la institución, el trato que reciba en la misma, etc.

Es importante tomar en cuenta que la organización de la práctica no sólo plantea opciones de conductas posibles a los participantes de la relación. En alguna medida la institución "selecciona" las características particulares de éstos. En el caso de los médicos, al señalar los criterios de contratación y brindar determinadas condiciones de trabajo la institución -en nuestro caso el IMSS- se convierte en una opción viable o incluso atractiva para algunos médicos, mientras que el ingreso resulta difícil o poco interesante para otros. En el caso de los pacientes la institución

define a quién dirige sus servicios, la forma de acceso a éstos, los requisitos necesarios, etc., lo que delimita un sector de la población entre los cuáles se encuentran los pacientes potenciales, mientras habrá quienes no tengan derecho a los servicios y quienes elijan otras alternativas de atención.

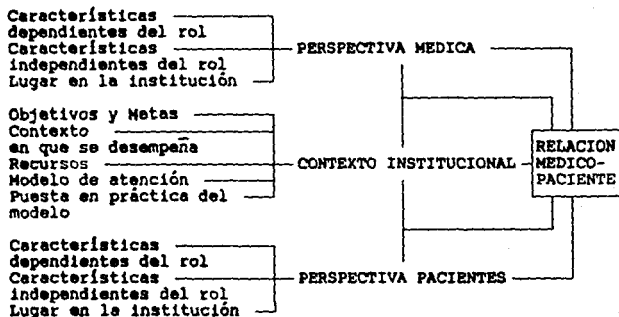
Por lo tanto la institución no sólo funciona como marco o contexto de la relación médico-paciente, sino también contribuye a la formación de ambas perspectivas. Esto quizá resulta más evidente en el caso de los médicos, ya que son parte integrante de la institución, por lo que podríamos pensar en incluir a su perspectiva como una variable más del contexto institucional. Aún así, preferimos mantener a ambos factores separados dado que hay elementos en la perspectiva médica que tienen un alto grado de independencia de la institución, y, además, el tratarlos de esta manera nos permite discernir qué aspectos de la relación pueden ser explicados como resultado del contexto institucional, cuáles como resultado de las características de los médicos y cuáles como resultado de la interacción de los médicos con la institución. Procedimos de la misma manera en el caso de los pacientes.

Por otra parte, si las características de los médicos y pacientes están definidas en parte por la institución, encontramos que éstas no sólo tienen importancia para determinar el tipo de relación que se va a llevar a cabo entre las opciones que la institución brinda, sino que también tienen cierto papel en la definición de éstas. Médicos y pacientes, cada uno desde su propia perspectiva, presionan a la institución para que modifique en uno u otro sentido el campo de las opciones de relación posibles,

influyen con su actuación en las decisiones sobre la organización de la práctica e interpretan y realizan las directrices institucionales de acuerdo a su propio criterio. El grado de rigidez o flexibilidad de la institución juega un papel importante en determinar el éxito de estas intervenciones.

El siguiente esquema resume nuestro modelo teórico para interpretar a la relación:

ESQUEMA 1: MODELO TEORICO DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE



Es importante remarcar que los tres factores definen un escenario, un campo de juego donde la relación se desarrolla. Hay un espacio de libertad donde cada médico y cada paciente deciden el tipo y rumbo de la relación. El mismo médico puede establecer distintas relaciones con distintos pacientes en el mismo contexto, o inclusive distintas relaciones con el mismo paciente en diferentes momentos.

Además, si bien cada uno de los actores tiene sus propios objetivos, éstos no están siempre necesariamente en oposición. Dos partes pueden coincidir en un punto determinado, discrepando con

la tercera o inclusive ocasionalmente las tres pueden coincidir, pero son las discrepancias las que generan los conflictos.

En base al modelo de relación médico-paciente propuesto, nuestro trabajo consistió en buscar los contenidos del contexto institucional y de las perspectivas de médicos y pacientes. Esto nos permitió realizar una descripción de cada uno de los factores involucrados en la relación, así como de su encuentro; para después hacer un análisis de los resultados presentados con el objeto de entender cuál es el peso y papel de cada factor en la definición del tipo de relación médico-paciente que se desarrolla en el contexto de las Unidades de Medicina Familiar del Seguro Social.

Por otro lado, el abordar el estudio de la organización de la práctica nos permitió relacionar cuestiones de nivel "macro" con las de nivel "micro" que afectan a la relación. Tal como sostiene Duster, se presenta un problema entre el estudio "micro" de escenarios específicos y los estudios "macro" de cuestiones nacionales, internacionales o amplias comparaciones históricas; para lo cual se hace necesario incluir en el análisis escalones o niveles intermedios. "Mediando entre el individuo en la escena local y las explicaciones globales sobre los patrones sociales, económicos y políticos tenemos fuertes bases teóricas para suponer que existe una interpolación intermedia, una institución, organización o estructura burocrática. ...prácticamente todas las conductas en estas culturas [occidentales] pueden ser localizadas en una institución o en un contexto burocrático. Ya sea la práctica médica, la aceptación de un producto, la educación de los jóvenes, o cualquier aspecto de la vida social que nos propusiéramos

estudiar, éste puede ser situado en un contexto organizacional que se aproxime a la vieja noción sociológica de "organización formal"⁷.

En nuestro caso nos encontramos frente a una institución -el Instituto Mexicano del Seguro Social- que presta un servicio obligatorio a todos los trabajadores en relación de dependencia a nivel nacional, siendo una de las instituciones de Salud Pública más grandes e importantes del Sector Salud. Evidentemente su organización está dictada en gran medida por cuestiones que podemos ubicar en un nivel "macro", tales como las necesidades nacionales de servicios de salud, las políticas estatales de Salud Pública, el presupuesto nacional para el Sector Salud, etc.

Al analizar cómo la organización de la práctica afecta a la relación médico-paciente, establecimos indirectamente un puente que nos permitió ver cómo las necesidades y decisiones a un nivel "macro" repercuten sobre la relación.

Sin embargo, no ahondamos en el estudio de estas últimas variables. Tal como propone Heydebrand, fueron tratadas como "variables residuales" ya que su influencia aparece implícitamente al dictar los criterios que organizan a la institución⁸. Únicamente hicimos referencias a aquellas características del contexto que influyen más claramente sobre la relación, como la demanda de

⁷.- DUSTER, Troy. "Intermediate steps between micro- and macro-integration: the case of screening for inherited disorders" en KNORR-CETINA y CICOUREL. Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macrosociologies, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1981, p. 113.

⁸.- HEYDEBRAND, Wolf. Op. cit., p. 24.

atención.

En cuanto a las perspectivas de médicos y pacientes, su estudio nos permitió tomar en cuenta algunos de los niveles donde aparecen los conflictos que señalamos en el capítulo anterior, como las cuestiones intrínsecas a la relación, las relacionadas con las características de los participantes y las vinculadas con su concepción sobre el "deber ser" de la relación.

De esta manera, nuestro objetivo no se centró en analizar un nivel particular definido previamente y su vínculo con la relación médico-paciente. Por el contrario, partimos primero de una descripción global de cómo se presenta la relación en el Seguro, a partir de la cual analizamos después qué papel juega cada uno de los factores involucrados en el surgimiento de los conflictos.

2) Metodología

Para poder llevar a cabo un estudio de la relación médico-paciente en el Seguro Social de acuerdo a los señalamientos teóricos que acabamos de desarrollar, enfocamos nuestro trabajo al análisis de un caso concreto, limitando el estudio a la relación médico-paciente en una Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) del Seguro Social. Este tipo de Clínica ofrece el servicio de consulta externa y concentra varios consultorios de médicos familiares. Por lo tanto, el estudio se circunscribe al tipo de relación médico-paciente que se desarrolla en el Seguro en el caso de enfermedades no graves, que no requieren atención especializada u hospitalización, ya que estos casos son derivados a los Hospitales

Generales de Zona y a los Hospitales especializados.

El estudio de caso, también denominado "microsocial", permite focalizar la atención "...sobre la gama de variaciones en acciones de individuos y/o grupos ubicados en sistemas de relaciones sociales concretas y sobre los procesos que los llevan a uno u otro curso de acción.(...) Lo microsocial se refiere al funcionamiento de los agentes o actores dentro de una estructura social, no a la lógica de ésta. Por supuesto, estos actores están constreñidos por dicha estructura y dentro de ese marco de relaciones sociales donde se elaboran las opciones."⁹

En cuanto a técnicas y estilos de investigación este tipo de estudio se opone generalmente al basado "...en censos y encuestas cuyo objetivo es describir parámetros de una población y explicar las "grandes" asociaciones entre variables y fenómenos"¹⁰. T a l como Roemer señana el estudio de un caso concreto se caracteriza por que "... se pueden manejar muchas más variables en una relación más comprensiva que por medio del análisis estadístico, aunque en menor número de casos"¹¹.

Por lo tanto, este enfoque nos permitió tomar en cuenta tanto el contexto institucional, como la perspectiva de los médicos y de los pacientes, para ver cómo interactúan en la relación. Sin

⁹.- JELIN, Elizabeth et al. "Un Estilo de Trabajo: la Investigación Microsocial", documento presentado en el Seminario sobre Problemas de la Integración del Análisis Demográfico en la Investigación Social, PIPSAL, CEDEPLAR, Brasil, del 30 de noviembre al 2 de diciembre de 1982, p. 6.

¹⁰.- IBID, p. 15.

¹¹.- ROEMER, Milton y Jay FRIEDMAN. Op. cit., p. 310.

embargo, en cierta medida, lo que en este tipo de estudio gana en profundidad, se pierde en representatividad.

La Unidad de Medicina Familiar N° 19, en la que se realizó el estudio, tiene las mismas características generales, la misma organización formal y depende de la misma autoridad que el resto de las Clínicas del Seguro Social con igual categoría y mismo nivel de atención. Por otro lado, a pesar de que su ubicación en una colonia correspondiente a estratos medios y medios altos puede suponer una diferencia en el tipo de clientela que recibe, la Unidad brinda servicios a los habitantes de las colonias Coyoacán, Los Reyes, Atlántida, La Conchita, del Carmen, parte de Churubusco, Romero de Terreros, Ruiz Cortines, parte del Ajusco y Santo Domingo (las últimas tres colonias populares), por lo que en términos generales atiende a pacientes con características similares a los de otras Clínicas.

Esto hizo posible generalizar hasta cierto punto los resultados sobre el tipo de relación y los tipos de conflictos que se presentan en la institución en el nivel de la consulta externa, lo que solucionó en parte el problema de la representatividad.

Sin embargo, aún cuando las directrices institucionales sean las mismas para las distintas Clínicas, cada una interpreta, adopta y realiza las disposiciones de la Institución con especificidades particulares. La ubicación geográfica de la Clínica, las facilidades del espacio físico, el tamaño, el ambiente de trabajo en la institución (que se genera con cierta independencia de la organización) y la demanda de atención, son algunas de las variables que pueden marcar las diferencias entre una Clínica y

otra. Esto requiere que se maticen los resultados, y que se haga un esfuerzo para discernir cuáles condiciones son de carácter general, y cuáles son particulares de la Clínica en cuestión.

a) La recolección de los datos

El análisis que se presenta en los siguientes capítulos se basa en la interpretación de los datos recogidos durante el trabajo de campo en la Clínica.

Como mencionamos en la introducción, el interés por el estudio de la relación médico-paciente y la decisión de elaborar el trabajo de tesis sobre este tema surge como consecuencia de nuestra participación en la investigación "Factores que afectan la conducta prescriptiva y la disposición al cambio en un grupo de médicos en relación al tratamiento de la Diarrea Infecciosa Aguda"¹²

Dado que los datos utilizados en este trabajo forman parte de los datos recolectados para esta investigación, es importante describirla brevemente.

La investigación sobre los factores que afectan los cambios de conducta prescriptiva es a su vez la segunda parte del proyecto "Estrategia para mejorar los patrones terapéuticos de Diarrea Infecciosa Aguda en Unidades de Atención Primaria". Con el objeto de desarrollar y evaluar estrategias para mejorar los patrones terapéuticos en diarrea aguda en Unidades de atención primaria, se llevó a cabo una investigación en dos Clínicas de la ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social: la número 19,

¹².- Investigador principal Mario Bronfman, Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

ubicada en Coyoacán y la número 22, ubicada en San Jerónimo.

Esta investigación consistió en el estudio de las prácticas terapéuticas utilizadas por los médicos y los pacientes en el tratamiento de la diarrea; evaluación de las estrategias para impulsar el uso de hidratación oral y disminuir el uso injustificado de medicamentos antibióticos y antimicrobianos, de dietas restrictivas y de ayunos prolongados; impartición de un curso de una semana a los médicos de cada Clínica (intervención educativa) donde se impulsó un esquema terapéutico simplificado; análisis de los factores de aceptación o rechazo del esquema médicos y pacientes y evaluación del impacto del esquema terapéutico en la evolución clínica y en el estado nutricional de los casos de diarrea aguda así como en el costo de los tratamientos prescritos¹³.

Aún cuando la comparación entre el tipo de tratamiento prescrito antes y después de la intervención educativa muestra el impacto positivo que produjeron los cursos¹⁴, los cambios de conducta prescriptiva no fueron homogéneos.

Los médicos con conducta prescriptiva correcta previa a la intervención la mantuvieron después de ésta, pero mientras algunos médicos cambiaron su conducta en forma permanente después del

¹³.- Para una descripción más completa y detallada de esta investigación y de los resultados obtenidos ver los artículos publicados en la revista del IMSS Archivos de Investigación Médica, vol. 19, núm. 4, 1988. (Número dedicado a este estudio).

¹⁴.- GUISCAFRE, Héctor et al. "Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares, para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas", en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1988, pp. 395-407.

curso, otros regresaron a patrones de conducta prescriptiva previos a la intervención después de algún tiempo; un tercer grupo cambió su conducta en forma "retardada", manteniendo sus viejos patrones prescriptivos inmediatamente después del curso y modificándolos más tarde, y por último algunos médicos no modificaron su conducta.

El objetivo de la investigación "Factores que afectan la conducta prescriptiva y la disposición al cambio en un grupo de médicos en relación al tratamiento de la Diarrea Infecciosa Aguda" fue dar cuenta del por qué de estas diferentes respuestas al curso, de manera de contribuir a la comprensión de los factores involucrados en la prescripción, así como al diseño de futuras intervenciones educativas.

Para ésto se decidió tomar en cuenta tanto el contexto institucional en el cual se desempeñaban los médicos (tomando cada Clínica y turno como un contexto diferente), como las características de los médicos que participaron en el estudio. La información sobre estos aspectos se obtuvo a través de la implementación de distintas técnicas de recolección de datos: observación no participante, aplicación de un cuestionario institucional a las autoridades de cada Clínica, aplicación de un cuestionario extenso de datos generales, un cuestionario de evaluación del curso, un cuestionario psicológico y un cuestionario de casos hipotéticos de diarrea aguda a los médicos familiares.

Las distintas técnicas se aplicaron en las dos Clínicas donde se llevó a cabo el estudio. El trabajo de campo tuvo una duración aproximada de 3 horas diarias durante tres meses en cada una de las Clínicas (noviembre y diciembre de 1989, enero de 1990), en donde

se cubrieron ambos turnos de atención.

Como mencionamos más arriba, el objetivo de nuestro estudio está limitado a entender cada uno de los tres factores involucrados en la relación médico-paciente, así como su forma de interacción. No incluimos dentro de nuestros objetivos la comparación entre distintos tipos de relación dados por las variaciones particulares de una Clínica a otra. Por lo tanto únicamente utilizamos los datos recolectados en una sola de las Clínicas: la Clínica de Coyoacán, ya que fue en la que participamos directamente durante el trabajo de campo.

Dados los objetivos de nuestro trabajo, sólo fueron utilizados los datos recolectados por las primeras tres técnicas. Describiremos brevemente en qué consistió cada una de ellas.

Observación no participante

El objetivo de esta técnica fue obtener información cualitativa sobre el contexto institucional en donde se lleva a cabo la relación. Para esto en primer lugar se consultó bibliografía sobre el tema¹⁵, y en base a ésta se elaboró una guía de observación (anexo 1) que permitió concentrar la misma en los puntos relevantes, evitando la dispersión.

Esta guía, así como el resto de los instrumentos elaborados para el trabajo de campo, fue probada antes de su aplicación en otra Clínica del Seguro con características similares a la de nuestro estudio y modificada en relación a los resultados

¹⁵.- ROEMER, Milton y Jay FRIEDMAN. Op. cit. ; HEYDEBRAND, Wolf. Op. cit. y ATZIONI, Amitai (compilador) Readings in Modern Organizations.

obtenidos.

La observación se realizó básicamente desde las áreas de espera a los servicios, cubriendo los distintos espacios de la Clínica. En muy pocas ocasiones se tuvo acceso al interior de las consultas.

La aplicación de esta técnica consistió de distintas fases: la primera la constituyó la observación del espacio físico y la familiarización con la rutina de la Clínica y la identificación de los distintos miembros del personal. Una vez que estos elementos estuvieron claramente discriminados se procedió a observar la dinámica de trabajo de la Unidad, el ambiente general, las funciones del personal, las características de los pacientes, la dinámica de la sala de espera, etc. Por último, la observación se centró en el tipo de relación establecida entre los distintos grupos del personal de la Clínica y de éstos con los pacientes.

Las observaciones fueron anotadas en una libreta de campo durante la estancia en la Clínica, y luego los datos fueron ordenados y clasificados. Cuando fue necesario se los completó con nuevas visitas.

La información y los datos recogidos por este método constituyen la fuente principal del contenido de los siguientes capítulos.

Questionario Institucional

Al mismo tiempo que se elaboró la guía de observación, se elaboró también un cuestionario sobre datos de la institución no accesibles a la observación (anexo 2). Básicamente con este

cuestionario se obtuvieron datos estadísticos que la Clínica recopila y procesa sobre su propio funcionamiento para fines de control y organización. Estos datos completaron los obtenidos durante la observación para tener un panorama más amplio del contexto institucional.

Las preguntas de este cuestionario fueron aplicadas a distintas autoridades de la Clínica, dependiendo del área a las que correspondían.

Cuestionario de datos generales a los médicos

Este cuestionario fue elaborado por el investigador principal de la investigación "Factores que afectan la conducta prescriptiva y la disposición al cambio en un grupo de médicos en relación al tratamiento de la Diarrea Infecciosa Aguda". Su criterio de aplicación estuvo dado por las exigencias de esta investigación, y corresponde a los médicos que habían asistido al curso. En la Clínica de Coyoacán fue aplicado a un total de 21 médicos, 13 del turno mañana y 8 del turno tarde, que constituyen el 60% de los 35 médicos que trabajan en la Unidad, por lo que podemos considerarlos como una muestra representativa.

El tiempo de aplicación de los cuestionarios fue de 30 a 45 minutos. Fueron aplicados durante el horario de trabajo de los médicos en la Unidad, lo que generó algunos problemas ya que los médicos tienen una pesada carga de trabajo y no siempre disponían del tiempo necesario. Sin embargo, se aplicó al 100% de los médicos que participaron en el curso y que continuaban laborando en la Clínica.

Las preguntas del cuestionario abarcaron múltiples aspectos de la vida de los médicos, desde cuestiones relacionadas con su vida profesional como formación y experiencia laboral, hasta cuestiones relacionadas con su familia, sus actividades cotidianas, sus preferencias culturales, etc. Es decir, las preguntas cubrieron tanto las características de los médicos relacionadas con su rol como las independientes de éste.

Los resultados de los cuestionarios fueron codificados, capturados y procesados estadísticamente, de manera que básicamente se obtuvo con ellos información cuantitativa. Sin embargo, algunas respuestas fueron utilizadas para ejemplificar los datos estadísticos por la riqueza y claridad con que expresaron alguna cuestión particular. Además, durante la aplicación de los cuestionarios fueron recogidos comentarios de los médicos independientes de las preguntas, que aportaron datos cualitativos al análisis.

Es decir, con los cuestionarios se obtuvieron datos cuantitativos que mostraron las características generales de los médicos de la Clínica y que además contribuyeron a mostrar la representatividad de los datos cualitativos sobre la situación de los médicos en la institución.

Pláticas informales con médicos y pacientes

Durante la observación eventualmente surgieron pláticas con los pacientes en la sala de espera. En estos casos se aclaró a los pacientes que se estaba realizando una investigación y se les preguntó sobre la atención recibida por el médico, si conocían su

nombre, su satisfacción con el servicio de la Clínica, etc.

También, después de la aplicación de los cuestionarios, cuando ya se conocía a los médicos y éstos se habían familiarizado con nuestra presencia en la Clínica se establecieron pláticas informales con médicos o grupos de médicos. En estos casos se orientó la conversación hacia su relación con los pacientes, dado que los cuestionarios no profundizaban sobre este tema. También se obtuvo información sobre la relación de los médicos entre sí y con la institución.

Observación de las consultas

En algunos casos, durante la aplicación del cuestionario, los médicos no detuvieron la consulta, por lo que se pudo observar la relación entre médico y paciente al interior del consultorio.

Aunque estas ocasiones fueron muy pocas, tuvieron importancia para constatar la correspondencia entre la construcción conceptual que se hizo de la relación a través de la información que aportaron médicos, pacientes e institución y la relación médico-paciente tal como se desarrolla en la realidad.

Recopilación de datos bibliográficos

Durante la etapa de trabajo de campo se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos tanto de los médicos como de la institución. Sin embargo, de los pacientes se obtuvo básicamente información cualitativa. Esta se completó con datos cuantitativos obtenidos en la primera parte de la investigación sobre diarrea ya publicados y con datos que publica el IMSS.

b) La interpretación de los datos

Como hemos señalado, los datos obtenidos fueron de dos tipos: cualitativos y cuantitativos. Frecuentemente estos dos tipos de datos se asocian a diferentes modelos de análisis. Sin embargo, tal como Jelin menciona "La investigación cuantitativa utiliza información cuya estructura se asemeja (o es transformada en) variables numéricas y tiende a elaborar modelos de asociación entre variables o entre diferenciales de las mismas. La investigación cualitativa se maneja con más atributos, circunstancias o caracteres de los fenómenos y tiende a utilizar modelos donde interviene la interpretación. La asociación entre tipo de información y tipo de modelo no es unívoca y necesaria, con lo cual la distinción entre cualitativo y cuantitativo se reduce a una diferenciación entre tipos de datos"¹⁶

En nuestra investigación, si bien empleamos un modelo básicamente interpretativo, ambos tipos de datos se utilizaron conjuntamente para el análisis. En la mayor parte del trabajo la información recogida por medio de la observación fue corroborada y completada por los datos cuantitativos. En algunos casos, sin embargo, la discrepancia entre ambos tipos de información fue el dato interesante para analizar¹⁷.

¹⁶.- JELIN, Elizabeth et al. Op. cit., p. 5.

¹⁷.- Ver la cuestión de la carga del trabajo en el Capítulo IV, pp. 119-121.

Tratamos de distinguir en la exposición los datos del análisis conceptual de los mismos, que se realizó de acuerdo a la perspectiva expuesta en la primera parte de este capítulo.

Lo que se presenta en los siguientes capítulos es entonces en parte una descripción organizada de los datos recogidos, y en parte generalizaciones tentativas en base a esos datos. En este sentido es un reporte exploratorio, que constituye una construcción de conceptos e hipótesis, no una prueba de un grupo de hipótesis a priori.

CAPITULO III: EL CONTEXTO INSTITUCIONAL**1) El Instituto Mexicano del Seguro Social**

Como vimos en el capítulo II la práctica médica está organizada en función de los requerimientos y problemáticas a los que tiene que hacer frente la institución de salud que presta los servicios. Lo que denominamos el contexto institucional es, en gran medida, la respuesta de la institución a su propia problemática; en donde la relación médico-paciente puede ocupar un lugar marginal frente a las cuestiones más apremiantes. Sin embargo, la relación es directamente afectada por la forma de resolver estas cuestiones.

La Clínica N° 19, en donde realizamos el estudio, es una de las 722 Unidades de Medicina Familiar con las que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social¹ y su organización depende directamente de las directrices de la institución. Por lo tanto en primer lugar revisaremos brevemente cuál es la problemática de la institución en su conjunto y la respuesta que se ha dado a la misma para después adentrarnos en una descripción de la Clínica que nos permita explicar de qué manera la organización de la práctica limita un espacio para la relación médico-paciente.

El objetivo general del Seguro no dista mucho del objetivo que caracteriza a las instituciones de Salud Pública: ofrecer un máximo de servicios al mayor número de pacientes con el menor

¹.- IMSS. Anuario Estadístico de Servicios Médicos 1987, México, IMSS, 1988, p. 39.

costo, sin comprometer la calidad de la atención².

Tal vez una de las particularidades del problema que significa llevar estos objetivos a la práctica está dado por los objetivos específicos de la institución: brindar servicios de salud a toda persona que trabaje en relación de dependencia, siendo obligatorio por ley para el patrón afiliar a sus empleados³; dado que como consecuencia nos encontramos frente a una institución de enormes dimensiones. Para 1987 (último anuario estadístico del IMSS al que se pudo acceder) el Seguro contaba -a nivel nacional- con 34.336.010 derechohabientes y 10.085.072 solidarionahientes, 36.816 médicos y 1.492 Unidades médicas en servicio⁴.

Por otra parte, estos objetivos deben llevarse a cabo en un contexto que se caracteriza por tener un constante incremento en la demanda de atención, y recursos limitados producto de la crisis económica a nivel nacional⁵.

Ante esta situación, históricamente la disyuntiva sobre la organización de la práctica se presentó entre la elección de dotar al Seguro con equipo altamente tecnificado, pero muy costoso y que

².- Ver Capítulo I, p. 34.

³.- La ley incluye además, como beneficiarios del Seguro a algunas otras categorías de trabajadores, como ejidatarios, comuneros, colonos, etc. (IMSS. Afiliación. Serie Cuadernos de Orientación, México, IMSS, 1984, p. 5-6.)

⁴.- IMSS, Anuario Estadístico de Servicios Médicos 1987, México, IMSS, 1988, pp. 3-39.

⁵.- "El programa normal de la SSA de 1985 a 1986 registró un descenso considerable (...) en 1986, por la crisis económica, los recursos canalizados sufrieron un fuerte descenso". SOBERON, Guillermo, Jesús KUMATE y José LAGUNA (Compiladores). La Salud en México: Testimonios. Tomo 1: Fundamentos del Cambio Estructural. Biblioteca de la Salud, México, F.C.E-SSA-INSP, 1988, p. 121.

beneficiaba a muy poca población, y la necesidad de dar respuesta a la creciente demanda de atención⁶.

La solución que aplicada fue el establecimiento de una red de referencia. Los pacientes entran en el sistema al recibir la atención primaria en donde sus condiciones de salud son evaluadas (primer nivel de atención), y en caso de requerir otra tecnología se canalizan hacia los hospitales de nivel intermedio (segundo nivel de atención), reservando los centros médicos de alta especialización (tercer nivel de atención) para el tratamiento de pacientes con enfermedades complicadas y/o poco frecuentes.

Como se observa, el modelo de organización del Seguro tiene forma de pirámide, cuya base -en donde descansa todo el sistema- es el Servicio de Medicina Familiar, que es el de consulta externa que se ofrece en las Unidades de atención primaria. Estas Unidades resultaron exitosas por su gran utilidad y bajo costo, lo que permitió ampliar la cobertura de la institución, constantemente presionada por el aumento de la demanda. Además, resultaron económicamente beneficiosas porque evitaron el uso excesivo de los hospitales, mucho más costosos.

Simultáneamente a la solución del problema de los recursos, este modelo pretendió mejorar la calidad de la atención en el primer nivel, ya que permitió que el paciente reciba atención médica el mismo día que la solicite y al estar asignado a un consultorio con un médico fijo, se garantizó también la continuidad del tratamiento (a diferencia del modelo anterior en el mismo

⁶.- IMSS. IMSS 1943-1983. Cuarenta años de Historia, México, IMSS, 1983, p. 76.

Seguro, donde el paciente era atendido por el médico de guardia, por lo que a lo largo de un mismo padecimiento podía ser tratado por varios doctores sin que éstos conocieran su evolución)⁷. Además, el modelo permitió que el médico observe los resultados de su trabajo y tenga gratificaciones profesionales, que el mismo médico atienda a todo el grupo familiar, que pueda llegar a conocer las condiciones de vida de sus pacientes y sus antecedentes, y que se establezca un vínculo más constante que posibilite una relación parecida al del viejo médico de la familia.

Sin embargo, este modelo no está exento de problemas: En primer lugar el paciente es asignado al médico dependiendo de la zona en donde vive, lo que excluye la posibilidad de que escoja a su médico según sus propios criterios; por otra parte los médicos familiares siguen prefiriendo el trabajo en los hospitales, que cuentan con avances tecnológicos y posibilitan mayores retos y satisfacciones profesionales, que el trabajo más rutinario y menos atractivo de las Clínicas y, por último, el hecho de que la Medicina Familiar constituya la puerta principal de ingreso al sistema implica que ahí se concentre la mayor parte de la demanda.

Además, los problemas propios del modelo se agudizan al combinarse con los del contexto externo: a la concentración de pacientes en el primer nivel hay que sumar el constante aumento de la demanda. Originalmente se pensó asignar 2.400 pacientes a cada consultorio de Medicina Familiar⁸. Actualmente en la Clínica NQ 19,

⁷.- IBID, p. 78.

⁸.- IBID, p. 80.

así como en la mayoría de las Clínicas, los pacientes asignados rebasan los 5.000 por consultorio⁹.

Aunada a esta situación, el Seguro se enfrentó al problema de satisfacer los crecientes requerimientos de los usuarios sin incrementar en forma paralela los recursos, lo que dió por resultado una sobrecarga de trabajo para el médico, acompañada de bajos salarios.

Por último, al poner en práctica su modelo de atención, dados los objetivos de la institución y el contexto en donde ésta se desempeña, el IMSS no pudo escapar de uno de los problemas más característicos de las instituciones de salud: la burocratización. Una organización de estas dimensiones casi inevitablemente necesita para su funcionamiento de fuertes controles burocráticos que le permitan optimizar los recursos y mantener cierto orden. Sin embargo, como vimos en el primer capítulo, la eficiencia que se consigue por medio de la burocratización tiene como costo un alto grado de insatisfacción en los pacientes, ya que debido a la racionalización del tiempo del profesional y de los recursos el paciente se encuentra con dificultades para acceder a los servicios y debido a la burocratización de las tareas recibe un trato rígido, standarizado y poco personal¹⁰. Por otro lado, se presentan grados variables de insatisfacción en los médicos, en tanto la burocratización afecte a su trabajo.

⁹.- Ver Cuadro 3, p. 85.

¹⁰.- Ver Capítulo I, pp. 35-37.

Como se observa, el contexto institucional delimita un espacio para la relación médico-paciente, en donde se encuentran tanto facilidades como obstáculos para el desarrollo de la misma. Estas condiciones de trabajo, así como la organización institucional de la práctica médica, son similares en todas las Clínicas, por lo que el contexto para la relación resulta también muy similar. Al enfocarnos al estudio de una Clínica en particular podemos analizar con mayor profundidad cómo las características mencionadas interactúan en el trabajo cotidiano y cómo afectan a la situación del médico y la del paciente en la institución, así como a su relación, que sólo en 1987 involucró a 10.113 médicos familiares que brindaron un total de 50.844.584 consultas dentro del contexto de las Unidades de Medicina Familiar¹¹.

2) La Unidad de Medicina Familiar N° 19

La Unidad de Medicina Familiar N° 19, en donde se realizó el estudio, es una Clínica de atención primaria. El principal servicio que presta es el de consulta externa, denominado Medicina Familiar. En la Clínica se resuelven la mayor parte de los problemas de salud de los pacientes y aquellos que requieren una atención más especializada u hospitalización son derivados a 2do y 3er nivel de atención.

Para entender cómo la organización de la práctica impone límites a las conductas posibles, en este capítulo describiremos

¹¹.- IMSS. Anuario Estadístico de Servicios Médicos 1987., México, IMSS, 1988, p. 52.

las características del contexto institucional en donde tiene lugar la relación. Para ésto es necesario tomar en cuenta distintos aspectos de la institución, ya que todos colaboran en la definición del marco que brinda la Clínica para la relación médico-paciente.

Con fines de exposición separamos en 3 los aspectos para describir a la Clínica: a) Las condiciones objetivas de trabajo, en donde ubicamos tanto los recursos con que cuenta la Unidad como la demanda a la que debe hacer frente; b) la dinámica de trabajo, en donde describimos cómo se desarrollan las diversas tareas que se llevan a cabo en la Clínica y c) el servicio de Medicina Familiar, en donde describimos con mayor profundidad la dinámica de trabajo de este servicio, ya que en él se verifica la relación.

e) Las condiciones objetivas de trabajo: recursos y demanda de atención

Servicios que presta la Unidad y su organización

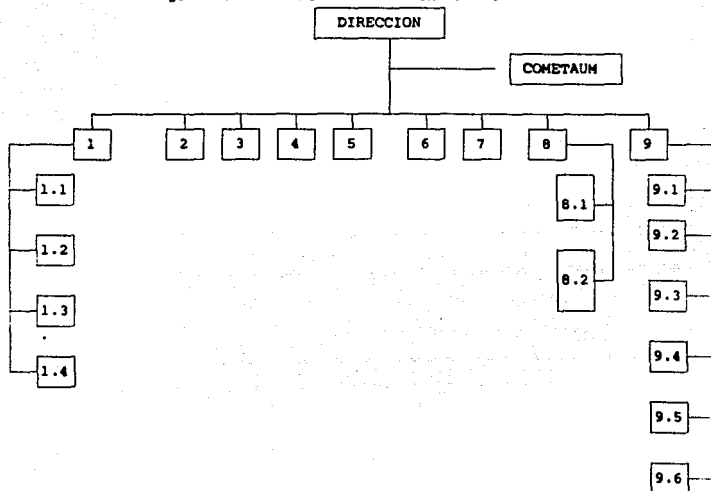
Como mencionamos anteriormente, el servicio principal que presta la Clínica a los pacientes es el de Medicina Familiar. Para ésto cuenta con 17 consultorios que funcionan en dos turnos (8.00 a 14:00 y 14:00 a 20:00 hs.) en los que los médicos correspondientes atienden a pacientes de consulta externa, realizando fundamentalmente acciones de tipo curativas. Como complemento a estas actividades y con el fin de dar autosuficiencia a las Clínicas y de evitar el congestionamiento de los pacientes en los hospitales -de por sí ya saturados- las Clínicas fueron dotadas con servicios de apoyo a la consulta. En esta Unidad los

pacientes tienen acceso a los servicios de laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, odontología, dietología, planificación familiar, medicina del trabajo, curaciones e inyecciones, enfermería materno-infantil, trabajo social y medicina preventiva.

Además de los servicios de atención a la salud del paciente, la Clínica cuenta con servicios auxiliares a estas tareas como mantenimiento, central de equipo y esterilizaciones, transporte para los médicos que realizan visitas a domicilio, vigilancia y servicios administrativos. Entre estos últimos están aquellos que constituyen prestaciones para el derechohabiente, como el pago de incapacidades, y los que realizan tareas de control burocrático como nueva tarjeta de afiliación -que lleva el control de los pacientes-, control de personal, gobierno de la Unidad, etc.

Para su funcionamiento, los servicios están organizados básicamente de la misma manera en las distintas UMF: de la dirección depende un comité médico técnico administrativo, formado por los jefes de cada área, y de estas dos instancias dependen las jefaturas de los distintos departamentos. De cada jefatura, a su vez, dependen los distintos servicios que el departamento presta (esquema 2).

ESQUEMA 2: ORGANIGRAMA DE LA UMF N° 19

**1. Jefatura del Depto. Clínico**

- 1.1 Medicina Familiar
- 1.2 Dietología
- 1.3 Trabajo Social Médico
- 1.4 Planificación Familiar

2. Medicina Preventiva**3. Laboratorio Clínico****4. Medicina del trabajo****5. Radio-Diagnostico****6. Conservación****7. Odontología****8. Jefatura de Enfermería**

8.1 Control de equipo y esterilización

8.2 Curaciones e inyecciones.

9. Administración

- 9.1 Centro de Información
- 9.2 Control de prestaciones
- 9.3 Personal
- 9.4 Farmacia
- 9.5 Subalmacen
- 9.6 Servicios de apoyo.

Personal

Para el funcionamiento de los servicios que presta la Clínica, ésta cuenta con un total de 237 plazas para las distintas categorías de personal. Todo el personal está sindicalizado y recibe las prestaciones correspondientes, a excepción del personal de confianza que solicita permiso al sindicato para hacer un receso durante el tiempo que cumple con el cargo (por ejemplo los jefes de departamento).

El cuadro 1 muestra la cantidad, categoría y turno del personal para cada servicio. Como se observa, el turno mañana cuenta con 115 personas, mientras en el turno tarde tiene 74. Esto se debe a que la mayoría de los servicios administrativos, al igual que algunos de los servicios médicos -como medicina del trabajo y toma de muestras del laboratorio- sólo funcionan en la mañana; y algunos de los que cubren ambos turnos -como trabajo social- reducen el número de actividades por la tarde. Esta diferencia constituye una de las más importantes entre ambos turnos de atención. Hay un total de 48 plazas que están vacantes, son volantes o se carece del dato sobre el turno.

El cuadro 1 también nos permite ver la importancia de cada servicio a través del número de personas que ocupa. El servicio que requiere de mayor personal es el de Medicina Familiar, seguido por Gobierno y Control de Prestaciones; lo que constituye una primera evidencia del papel de estas dos áreas en la Clínica.

CUADRO 1. PERSONAL QUE TRABAJA EN LA UMF N 19.

SERVICIO	PERSONAL (CATEGORÍA, CANTIDAD Y TURNO)	SERVICIO	PERSONAL (CATEGORÍA, CANTIDAD Y TURNO)
Dirección	1 Director	Planificación Familiar (Continuación)	2 Asistentes Médicas (1 cada turno).
Medicina Familiar	4 Jefes de departamento clínico (2 Turno Mañana, 2 Turno Tarde.)		1 Auxiliar de Enfermería (plaza no cubierta)
	39 Médicos Familiares (17 en cada turno, 5 voluntarios que cubren vacaciones, ausencias, etc.).		1 Enfermera General (Plaza no cubierta)
	37 Asistentes Médicas (17 en cada turno y 3 voluntarios).	Farmacía	3 Auxiliares de Farmacia (2 Turno Mañana, 1 Turno Tarde)
	6 Trabajadoras Sociales (4 Turno Mañana, 2 Turno Tarde).		1 Coordinador de Farmacia (Turno Mañana)
	1 Auxiliar de Enfermera (Turno Mañana).		2 Ayudantes de Farmacia (1 cada turno)
	2 Coordinadoras de Asistentes Médicas (1 cada turno).		2 Oficiales de Farmacia (1 cada turno)
Medicina Preventiva	1 Jefe de Servicio (Epidemiólogo) (Turno Mañana)	Laboratorio	1 Jefe de Servicio (Turno Mañana)
	1 Codificador Clínico (Turno Tarde)		2 Auxiliares de Laboratorio (Turno Mañana)
	2 Enfermeras Especialistas (1 por turno)		5 Laboratoristas (Turno Mañana)
	7 Auxiliares de Enfermería en Salud Pública (4 Turno Mañana, 3 Turno Tarde)		3 Químicos (Turno Mañana)
	1 Enfermera General (dos plazas pero una vacante) (Turno Mañana).		2 Auxiliares de Intendencia (1 cada turno)
	1 Promotor de Estomatología (dental preventiva) (Turno Mañana).		2 Auxiliares Universales de Oficina (1 cada turno)
	2 Auxiliares Universales de Oficina (área administrativa) (1 cada turno).	Rayos X	1 Médico no familiar Jefe de Servicio (Turno Mañana)
Planificación Familiar	1 Jefe de Servicio (sin el titular) (Turno Mañana).		3 Técnicos Radiólogos (1 cada turno y 1 volante).
	1 Médico Familiar (Plaza no cubierta)		2 Auxiliares Universales de Oficina (1 cada turno)

CUADRO 1 (CONTINUACION)

SERVICIO	PERSONAL (CATEGORIA, CANTIDAD Y TURNO)	SERVICIO	PERSONAL (CATEGORIA, CANTIDAD Y TURNO)
Medicina del Trabajo	1 Jefe de Servicio (Turno Mañana)		1 Vigilante Custodio
	2 Auxiliares de Enfermería (Turno Mañana)	Servicio de Enfermería (C.E.V.F.)	2 Enfermeras Generales (1 cada turno)
Odontología	2 Asistentes Médicos (1 por turno).		2 Auxiliares de Enfermería (1 por turno)
	4 Auxiliares de Enfermería (2 cada turno)	Gobierno y Control de Prestaciones	6 Auxiliares de Servicios Administrativos (Mensajeros) (3 cada turno)
Nueva Tarjeta de Afiliación	1 Jefe de Servicio (Turno Mañana)		1 Administrador (Turno Mañana)
	2 Auxiliares Universal de Oficina (Turno Mañana)		25 Auxiliares Universales de Oficina
Centro de Información	1 Contador (Turno Mañana)		1 Almacenero (Turno Mañana)
Transporte	2 Choferes (1 cada turno)		1 Enfermera Jefe de Piso (Turno Mañana)
Comunicación Electrónica	2 Operadores Telefónicos (1 cada turno)		5 Ayudantes Universales de Oficina (3 Turno Mañana, 2 Turno Tarde)
Conservación	1 Técnico Polivalente (Turno Mañana)		3 Oficiales de Control de Prestaciones (2 Turno Mañana, 1 Turno Tarde)
	1 Técnico Electricista (Turno Mañana)		1 Pagador de Incapacidades
	1 Técnico de Equipos Médicos (Turno Mañana)		1 Jefe de Control de Prestaciones (Turno Mañana)
	1 Técnico Plomero (Turno Tarde).		1 Jefe de Trabajo Social (Turno Mañana)
Intendencia	14 Auxiliares de Servicios de Intendencia (7 cada turno)		1 Oficial de Dependencia Técnica (Turno Mañana)
	1 Oficial de Servicio de Intendencia		1 Técnico de Archivo (Turno Mañana)
	1 Ayudante de Servicio de Intendencia		1 Subjefe de Enfermeras (Turno Mañana).
Vigilancia	8 Vigilantes "C" (turnándose mañana, tarde y noche)		

FUENTE: Personal administrativo de la Clínica, enero, 1990.

Más adelante veremos cómo ambas mantienen cierta pugna por su supremacía en la Unidad.

Los datos del cuadro permiten también aplicar la medición que propone Berton para cuantificar la burocratización, calculando el porcentaje del total del personal dedicado a tareas administrativas¹². Como se observa, 91 personas, que representan un 38.39% del total del personal (aproximadamente cuatro personas de cada diez) desempeñan funciones administrativas. Esto es un primer indicador del alto grado de burocratización de la Clínica. Si además sumamos las personas dedicadas a tareas de apoyo -como vigilancia, limpieza, transporte, etc.- encontramos que 121 personas, que representan el 51.27% del total del personal de la Unidad, se dedican a tareas no médicas.

Esta situación se traduce en la actividad cotidiana, creando tanto trabas que dificultan el acceso de los pacientes a los servicios como obstáculos para el desempeño de las actividades médicas, repercutiendo ambas situaciones en la calidad de la relación.

Otro punto álgido vinculado con el personal corresponde a la remuneración obtenida por el desempeño de las labores. En el cuadro 2 podemos observar el salario asignado a las distintas categorías de personal. El monto de éstos es una de las principales quejas de los médicos de la Unidad, ya que representa un ingreso mucho menor al que se puede acceder ejerciendo la medicina en forma privada,

¹². - BERTON, Allen. "Organizational Measurement and its Bearing on the Study of College Environments", en ETZIONI, Amital (compilador) Readings on Modern Organizations, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1969, pp. 259-290.

no cumple con las expectativas de nivel de vida que una profesión que exige tanto tiempo de formación genera y resulta insuficiente para satisfacer las necesidades de los médicos y sus familias. Este último aspecto hace que la queja sobre los salarios no se limite a los médicos sino que sea un motivo de insatisfacción generalizado entre todo el personal.

CUADRO 2: SALARIO SEGUN CATEGORIA DEL PERSONAL

Director de Unidad Médica	\$ 1,050.000.-
Médico Familiar	900.000.-
Enfermera	700.000.-
Enfermera auxiliar	580.000.-
Auxiliar de intendencia	poco más del mínimo

FUENTE: Director de la Clínica de San Jerónimo, diciembre, 1989.

Por supuesto, esta insatisfacción con el sueldo tiene también repercusiones sobre la calidad de la atención que brinda el médico, ya que, aún cuando el paciente no es responsable de esta situación, el médico carece de incentivos y motivación, y su frustración se manifiesta durante su trabajo.

Demanda de atención

La información al mes de noviembre de 1989 sobre número de derechohabientes inscritos en la Unidad era de 117.874 y 92.219

adscritos a médicos familiares, habiéndose realizado entre los dos turnos un total de 12.191 consultas ese mes¹³. Para el 12 de enero de 1990 la inscripción en la Unidad era de 121.141 pacientes, 93.504 adscritos a médicos familiares¹⁴, datos que manifiestan el constante aumento de la demanda.

El cuadro 3 nos muestra el número de pacientes asignados a cada consultorio. Para tener una idea de lo que estas cifras significan basta mencionar que Freidson, en su estudio sobre distintas formas de organización de la práctica médica, señala que en el grupo médico donde los pacientes tenían mayor grado de satisfacción y menores quejas relacionadas con la institución era en donde la racionalización de los servicios se daba en un clima menos stresante. Freidson cita que los médicos de este sistema contaban con menos de 150 familias en su panel, es decir, tenían adscritos aproximadamente una quinta parte de los pacientes que tienen los médicos familiares del IMSS.¹⁵

Como se observa en el cuadro, las diferencias entre el número de pacientes asignados por médico llegan a ser significativas. Esto se debe, en primer lugar, a que los pacientes son asignados a un consultorio dependiendo de la zona en la que viven. Por lo tanto, si una zona comienza a crecer, aumenta la población asignada al consultorio correspondiente. Para ir corrigiendo estas diferencias,

¹³.- Información proporcionada por el Jefe de Medicina Preventiva de la Unidad.

¹⁴. Cifras otorgadas por el personal del área administrativa de la Unidad.

¹⁵.- FREIDSON, Eliot. Op. cit., pp. 154-155.

periodicamente se vuelven a distribuir las zonas entre los consultorios. Por otro lado, algunos médicos mencionaron que las diferencias son a veces una forma de manifestación de favoritismos, "privilegiando" o "castigando" a los médicos con la asignación de la carga de trabajo.

Este exceso de pacientes evidentemente tiene una repercusión muy importante sobre la relación, ya que aumenta la carga de trabajo de los médicos contribuyendo al descontento por sus condiciones laborales -al que ya hacíamos referencia en el punto sobre el personal-, reduce el tiempo de atención de cada paciente y obliga a los médicos a trabajar sobre presión para poder cumplir con las exigencias de la demanda.

Por otro lado, según un estudio hecho por el área de Medicina Preventiva de la Unidad, tomando una muestra al azar, como resultado de la cantidad de pacientes adscritos hay un promedio de 18 a 20 consultas diarias por médico, lo que representa un promedio de 2.5 consultas por hora, dato que varía de médico a médico. De acuerdo a este cálculo, cada paciente dispondría de 20 minutos para ser atendido. Como veremos más adelante¹⁶, este tiempo es muy superior al real. Muy probablemente, estas diferencias se deben a que a pesar de que la carga de trabajo en términos objetivos -tal como está calculada- no resulta excesiva, la organización de la práctica hace que tanto médicos como pacientes perciban en la Clínica un ambiente de saturación mayor al real. Por otro lado, es posible que el cálculo tome como base una jornada de trabajo de los

¹⁶.- Ver Capítulo IV, p.123-128.

médicos de 8 horas, cuando en realidad permanecen 6 horas en la Unidad.

CUADRO 3: ADSCRIPCION DE PACIENTES A CADA CONSULTORIO

Consultorio	No. de Pacientes
1	5319
2	5342
3	5631
4	5254
5	6467
6	5647
7	5388
8	5378
9	5637
10	5258
11	5331
12	5315
13	5369
14	5489
15	5334
16	5342
17	5802.

FUENTE: Personal administrativo de la Clínica
Enero, 1990.

Condiciones físicas de la Clínica

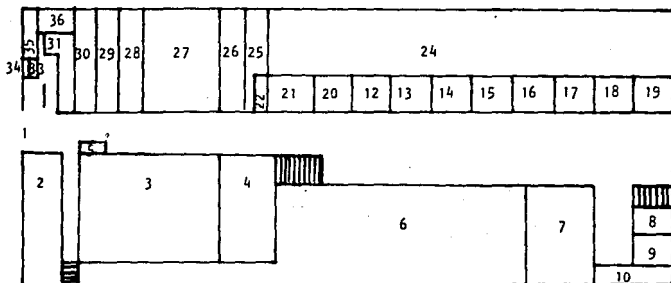
El esquema 3 nos muestra un plano de la Clínica, con la ubicación y espacio correspondiente a cada servicio. En general, los espacios "cerrados" como los consultorios, son suficientemente amplios para la labor que realizan. Sin embargo, todas las áreas "comunes" como el pasillo-sala de espera, o los servicios que se dan a través de un mostrador están generalmente bastante concurridos y en los momentos pico se llega a la saturación. Esto se debe básicamente a que mientras la demanda crece constantemente -como vimos en el apartado anterior- el espacio de la Clínica no ha sido ampliado.

En cuanto a los recursos, si bien generalmente la Clínica cuenta con lo mínimo indispensable para realizar sus labores, hay ocasiones en que faltan materiales diversos, desde reactivos para el laboratorio hasta cosas más elementales como jabón para que los médicos se laven las manos, papel higiénico, etc. Es notoria, por ejemplo, la falta de un biombo o cortina dentro de los consultorios que permita al paciente cambiarse con intimidad.

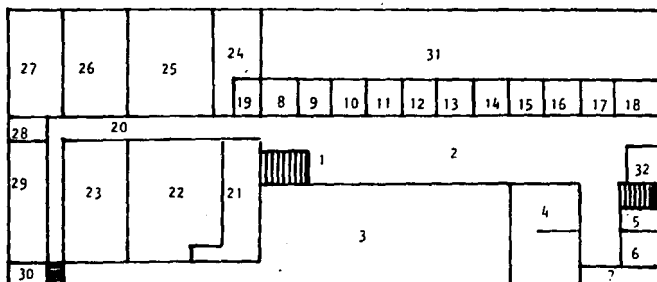
Estas carencias, reflejo de la falta de recursos a nivel más general, afectan de distinta manera la relación: por un lado la falta de espacio para albergar a los pacientes contribuye a crear un clima de saturación que presiona a los médicos y crea una sensación de poca privacidad que produce malestar en los pacientes. Por el otro la falta de recursos técnicos limita la labor de los médicos, y va en detrimento de sus posibilidades como profesionales, lo que resulta en una baja calidad de la

ESQUEMA 3: DISTRIBUCION DEL ESPACIO EN LA UMF N° 19*

PLANTA BAJA



PLANTA ALTA



* El plano muestra una distribución aproximada de los espacios de la clínica. No se trata de una escala exacta.

REFERENCIAS

PLANTA BAJA

- | | |
|--|---|
| 1.- Entrada a la Unidad | 2.- Farmacia |
| 3.- Laboratorio | 4.- Toma de Muestras |
| 5.- Módulo de Orientación | 6.- Pátio |
| 7.- Central de Equipo y Esterilizaciones (C.E.Y.E) | 8.- Baño Hombres |
| 9.- Baño Mujeres | 10.- Séptico |
| 11.- Pasillo-Sala de Espera | 12 a 19.- Consultorios de Medicina Familiar |
| 20.- Jefatura del Departamento Clínico | 21.- Medicina del Trabajo |
| 22.- Planificación Familiar | 23.- Area de "Servicios Múltiples" |
| 24.- Jardín | 25.- Almacén |
| 26.- Caja | 27.- Control de Prestaciones |
| 28.- Radiodiagnóstico | 29 y 30.- Vestidores de Rayos X |
| 31.- Enfermería Materno-Infantil | 32.- Medicina Preventiva |
| 33.- Vacunas | 34.- Detección Oportuna de Cáncer |
| 35.- Curaciones | 36.- Pátio |

PLANTA ALTA

- | | |
|--|--|
| 1.- Acceso de los Pacientes | 2.- Pasillo-Sala de Espera |
| 3.- Pátio | 4.- Trabajo Social Médico |
| 5.- Baño Hombres | 6.- Baño de Mujeres |
| 7.- Séptico | 8 a 18.- Consultorios de Medicina Familiar |
| 19.- Dietología | 20.- Area de Gobierno |
| 21.- Comedor | 22.- Vestidor de Hombres |
| 23.- Aula | 24.- Vestidores Médicos |
| 25.- Vestidor de Mujeres | 26.- Sala de Juntas |
| 27.- Dirección | 28.- Administración |
| 29.- Area administrativa de la dirección | 30.- Reloj Checador |

atención y una nueva frustración por las condiciones de trabajo.

A través de esta descripción de las condiciones en que se desarrolla la actividad de la Clínica podemos ver, en términos más concretos, las características de limitación de los recursos, exceso de demanda y burocratización a la que hacíamos referencia en el primer apartado. Al igual que las características generales del IMSS, estas condiciones definen un contexto en donde se desempeña la actividad médica y tiene lugar la relación médico paciente, que difícilmente puede ser modificado por los participantes. Por lo tanto funcionan como un marco que delimita las posibilidades de acción de los mismos.

b) Dinámica de Trabajo

Funcionamiento de la Unidad

Para el desarrollo de las actividades de la Clínica podemos distinguir varios ámbitos a los cuales la institución tiene que proveer mecanismos que permitan tanto su funcionamiento como la solución de los problemas que se suscitan durante la jornada laboral: el acceso a los servicios (que determina en gran parte la relación institución-usuarios), la organización al interno de cada servicio, las condiciones de trabajo y la calidad de la atención que se ofrece.

El primer aspecto -el acceso de los pacientes a los servicios- tiene en todos los casos como punto de partida la consulta, por lo que analizaremos este mecanismo en el apartado dedicado al

servicio de Medicina Familiar.

En cuanto a la organización al interno de los servicios para la realización de la rutina de trabajo, ésta es más o menos similar en toda la Clínica: cada servicio cuenta con un jefe de área, del cual dependen el resto de los trabajadores, que cumple también el papel de enlace con la dirección y con los otros servicios de la Clínica. Este mecanismo es suficiente para el funcionamiento rutinario de los servicios, pero quedan lagunas. Por ejemplo los médicos se quejan de no estar enterados, o de enterarse muy tarde de cuando un medicamento entra o sale del cuadro básico¹⁷.

Sin embargo, no todos los servicios tienen igual relevancia para la actividad de la Unidad. Si bien como vimos en el organigrama (esquema 2) los distintos departamentos dependen igualmente de la dirección, la mayor importancia la tienen -tal como lo indicó la cantidad de personal que ocupan- la Jefatura del Departamento Clínico y la Administración. La primera es la que coordina el principal servicio de la Clínica tanto desde el punto de vista de la cantidad de uso como de la importancia: la Medicina Familiar. La segunda tiene todo el control burocrático de la Unidad, desde los pacientes (adscripción, pagos de incapacidades; expedientes, etc.) hasta los médicos (control de faltas, permisos,

¹⁷.- El cuadro básico de medicamentos del Sector Salud está constituido por una lista de 486 presentaciones farmacéuticas, de las cuales las unidades médicas de atención primaria del IMSS pueden utilizar sin limitación alguna 248. (GUTIERREZ, Gonzalo et al. "Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea infecciosa aguda en Unidades de atención médica primaria. I. Metodología y características de las Unidades médicas y de la población estudiada" en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1988, p. 346.)

etc.). Estos son los dos ejes centrales de funcionamiento de la Clínica y hay cierta rivalidad entre ambos.

En gran medida, la autoridad y fuerza de la administración proviene de que es el área que depende con más claridad que ninguna otra de instancias exteriores a la Clínica (pasan sus informes a la central delegacional, fueron los únicos que pidieron autorización para permitir el acceso a los datos no sólo del director, sino también del delegado de la zona, etc.) dando la sensación de ser un "brazo" de la institución dentro de la Unidad; mientras que la actividad de los médicos es cotidianamente más autónoma, aunque también dependan en última instancia de planes y medidas tomadas por instancias institucionales exteriores a la Clínica.

Aunada a esta cierta rivalidad por el papel que juegan en la Unidad, el área médica se queja de tener que llenar hojas de control, formularios, etc., lo que "burocratiza" su actividad profesional, ocupando gran parte del tiempo de consulta en estos requerimientos del área administrativa.

En general no se presentan conflictos entre el resto de las áreas. Sólo un médico mencionó que surgen problemas entre los distintos servicios cuando uno incrementa su ritmo de trabajo, ya que obliga a trabajar más a los otros (si medicina preventiva toma más muestras de sangre para control de diabetes, aumenta la carga de trabajo del laboratorio), pero, para evitar estas situaciones, nadie hace más de lo estipulado convencionalmente. Sin embargo este comentario fue marginal. La mayoría de los médicos manifestó que la relación entre las distintas áreas es buena.

En cuanto al ámbito de las condiciones de trabajo, los problemas que salen de la rutina de los servicios y que tienen que ver directamente con la institución (sueldos, prestaciones, etc.) son manejados a través del sindicato. La actividad sindical observada en la Clínica fue mínima. El hecho de que estas cuestiones las maneje el sindicato hace que se "saquen" los problemas fuera de la Clínica, no interviniendo su resolución en el trabajo cotidiano, por lo que este mecanismo resulta funcional para la institución.

Con respecto a la calidad del servicio, que involucra la relación de los médicos con la academia, formalmente el Seguro informa a los médicos sobre los adelantos de la medicina mediante la revista médica del IMSS -que se recibe en la Unidad-, pláticas que se realizan en la Clínica, las sesiones Clínicas semanales y el programa de educación continua, por medio del cual los médicos tienen acceso a cursos de actualización. Estos se dan tanto dentro de la Clínica como en otras instalaciones del Seguro, y duran generalmente 5 días. Sin embargo, la facilidad de acceso a los cursos es relativa. Los médicos se quejan de que por procedimientos burocráticos a veces pierden estas oportunidades. También uno de los médicos mencionó que si acude a los cursos pierde la compensación económica que se les da por no tener inasistencias, por lo que prefiere no participar.

El mecanismo informal por medio del cual los médicos reciben información sobre los avances de la medicina es a través de los visitantes de los laboratorios. A pesar de que formalmente el Seguro tiene prohibida la entrada a este tipo de propaganda

comercial y que los médicos están limitados a prescribir los medicamentos del cuadro básico, los visitantes tienen acceso a los médicos, abordándolos a la salida de la Clínica, en el reloj checador, o directamente en sus consultorios en los momentos que hay menos pacientes. Los visitantes informan a los médicos sobre los usos de las medicinas de sus laboratorios, los actualizan en cuanto a los nombres comerciales de los productos (que la mayoría desconoce ya que utilizan la nomenclatura del Seguro) y les dejan material escrito sobre investigaciones que se hayan realizado para mostrar la efectividad y/o el uso del producto que estén promocionando.

En las entrevistas la mayoría de los médicos (el 85.7%) calificó como útiles a estas visitas por la información a la que accedían en ellas. Este hecho es muy importante porque, a pesar de que los mecanismos del Seguro -concretamente el cuadro básico de medicamentos- impiden en gran medida que la propaganda de los laboratorios comerciales influyan sobre la conducta prescriptiva de los médicos, evidencia que existe interés de su parte por recibir información de tipo académica y la deficiencia del Seguro y sus programas para cubrirlo¹⁸.

Como vemos, los mecanismos propiciados por la institución para el funcionamiento de la Clínica resultan suficientes para las

¹⁸. - Guy Caro afirma en su libro La Medicina Impugnada, (España, Laia, 1977, p.99) que de hecho la publicidad de los laboratorios ha reemplazado a la educación postuniversitaria. En cierta medida esto es lo que se verifica en la opinión de los médicos sobre las visitas, aunque no faltaron médicos más críticos, que señalaron que esa información debería partir del Seguro, con fines educativos y no de los laboratorios que lo hacen con fines comerciales.

cuestiones más básicas y rutinarias, pero no dejan de manifestar las condiciones del contexto a las que hacíamos referencia en el apartado anterior, como la falta de recursos y el alto grado de burocratización.

Ambiente de trabajo, relación social y jerarquías del personal

La distribución de los pacientes y del personal en el espacio físico de la Clínica, así como el uso que se le da a los diferentes espacios nos permite tener un primer acercamiento al ambiente de trabajo de la Unidad.

Como mencionamos anteriormente, la capacidad de la Clínica no es suficiente para albergar cómodamente a todos los pacientes. Sin embargo, de las diferencias en su distribución resulta que no en toda la Clínica el ambiente sea similar. Los pacientes se agrupan en la zona que podemos denominar "servicios múltiples" por los diferentes servicios que concentra (ver esquema 3) y en la sala de espera; pero si bien en ésta conocen la rutina y una cierta estabilidad independientemente del número de pacientes, en los servicios múltiples la sensación es de mucho desorden: largas filas de gente en la farmacia, en control de prestaciones, gente que no sabe cómo realizar su trámite, falta de mecanismos para utilizar los servicios de medicina preventiva, etc. Esto contribuye a la sensación de saturación de la Clínica, ya que además esta zona constituye la entrada para los consultorios de ambos pisos, dificultándose el acceso por la cantidad de gente.

Una situación particular, relacionada con el espacio, es la de los asistentes. Su lugar de trabajo las coloca en una posición

privilegiada para relacionarse con todo el personal, ya que están en el pasillo: ven salir a los médicos, pasar a las enfermeras, etc. En contra parte son las que están expuestas todo el tiempo al reclamo de los pacientes (que están también en el pasillo esperando su turno) y, tal vez como forma de evitarlo, gran parte de su tiempo de trabajo no se encuentran en su lugar, sino en el comedor o en el vestidor.

La distribución y usos del espacio también puede decirnos algo acerca de las relaciones que se establecen en la Clínica. El lugar de reunión de los médicos lo constituyen en el turno mañana el vestidor y la jefatura del departamento, mientras que en el turno tarde predomina la jefatura del departamento. El hecho de que los médicos tengan un vestidor exclusivo para ellos indica una jerarquización por parte de la institución privilegiando a los médicos frente al resto del personal. Por otra parte, es raro encontrar a los médicos en espacios comunes utilizados generalmente por otros sectores del personal, como en el comedor, lo que indica que la jerarquización no sólo la promueve la institución, sino que se manifiesta en las relaciones de los grupos entre sí.

De hecho, aunque formalmente las jerarquías del personal de la Clínica corresponden al organigrama, si tomamos a la Unidad en su conjunto encontramos que los médicos tienen una jerarquía superior al resto del personal. Son, como señalamos, los únicos que tienen espacios privados; y son desde todos los puntos de vista los únicos de los que no se puede prescindir: sin médicos no hay Clínica. A pesar de este status reconocido por todos y del status intrínseco de "ser médico" en nuestra sociedad los privilegios reales de los que gozan son nulos: no tienen poder de decisión ni alcanzan un salario

que cumpla con sus expectativas de nivel de vida, ni tampoco encuentran gran satisfacción en su trabajo, lo que produce una situación contradictoria.

Esta situación se traduce en el ambiente que se genera entre los médicos: por un lado están aparentemente a gusto en la Clínica en el nivel de la actividad cotidiana, en gran parte debido a que las relaciones sociales que se establecen al interno de este grupo son bastante buenas¹⁹. Sin embargo, al mismo tiempo hay un sentimiento de frustración por las condiciones en que ejercen su trabajo, por los bajos sueldos, e inclusive por ser solamente "médicos familiares" (hubo un médico que mencionó durante la aplicación del cuestionario que a él le da vergüenza decir que es médico familiar, lo que indica la poca jerarquía que se da a la especialidad) frente a las expectativas que seguramente alguna vez tuvieron con respecto tanto a su desarrollo académico dentro de la profesión, como a las posibilidades de desarrollo económico que ofrecía la misma. Otra evidencia de la ambigüedad de esta situación se manifiesta en las pláticas con los médicos, donde la frustración se presenta frecuentemente acompañada por conformismo.

Algo similar pasa con respecto al Seguro Social, una frustración por las condiciones de trabajo y de pago, y una añoranza por lo que

¹⁹.- Esto se deduce tanto de la observación como de las respuestas al cuestionario. Cuando se les preguntó a los médicos con qué colega tenían mayor relación social, el 19% de los entrevistados identificó a más de un médico, el 33.3% identificó a un médico, el 42.9 generalizó (con todos, con nadie en especial) y el 4.8% respondió que con ninguno (ver Cuadro 5, Capítulo IV, p. 108). Los porcentajes de médicos que afirmaron tener relación social son mayores en esta Clínica que en la de San Jerónimo, donde el 21.4% identificó a un médico, el 57.1% generalizó y el 21.4% respondió ninguno.

alguna vez fue "la mejor institución de Salud Pública de América Latina".

En términos generales, si bien cada trabajador establece relaciones más estrechas con los de su mismo grupo, todos mantienen relaciones cordiales de trabajo. Los conflictos no son tan frecuentes que perjudiquen el desarrollo de las labores, ni salen fuera de lo común dentro de los marcos institucionales.

Como conclusión de la observación sobre la dinámica general de trabajo en la Clínica podemos decir que ésta presenta características ambiguas: Por un lado tanto los mecanismos para el funcionamiento de la Clínica, como el ambiente que se genera en la actividad cotidiana permiten un cumplimiento más o menos satisfactorio de los objetivos de la Unidad, sin aportar nuevos conflictos o agudizar los ya existentes. Por el otro, no dejan de manifestar en todo momento las contradicciones y problemáticas que presenta el contexto, mismas que están constantemente presentes y de las cuales hay absoluta conciencia durante la realización del trabajo.

c) Medicina Familiar

La dinámica del servicio de Medicina Familiar es la siguiente: los trabajadores que se aseguran (asegurados) y sus familiares (derechohabientes²⁰) al darse de alta en la Clínica correspondiente son asignados a un consultorio, dependiendo de la zona en que viven.

²⁰.- A pesar de esta diferencia de nomenclatura, que corresponde a la forma en que se accede a los servicios, en la práctica no hay ninguna diferencia entre ambos tipos de pacientes, a excepción del servicio de medicina del trabajo que sólo es ofrecido a los asegurados.

A partir de ese momento, y hasta que se realice una reubicación, toda la familia es atendida por el mismo médico, ya que cada consultorio tiene un médico fijo en cada turno. Para recibir atención médica pueden escoger entonces entre uno de los dos médicos, correspondientes a cada turno, y deben asistir en uno de los cuatro horarios en los que se reciben pacientes: 7:30, 10:30, 2:00 y 5:00.

Los pacientes llegan a la Clínica con anterioridad al horario de atención, ya que ésta se va dando en el orden de llegada. Supuestamente al llegar reciben de las asistentes una ficha que garantiza su turno pero, en realidad, aunque el nombre de "recoger ficha" se mantiene, físicamente la ficha no existe. La institución no proporciona ningún mecanismo para establecer el orden de atención de los pacientes, quienes tienen que establecerlo por sí mismos para indicarlo posteriormente a las asistentes.

Las asistentes de los consultorios tienen como función principal elaborar una lista con el orden de llegada de los pacientes y entregarla al médico junto con los expedientes de cada uno. Después ocasionalmente dan cita a algún paciente si el médico lo indica, o cumple con algún otro trámite relacionado con el paciente que sale de la consulta (tramitar su cita para las pláticas de trabajo social o explicarle algún procedimiento). Como esta actividad es mínima la mayoría del tiempo las asistentes no se encuentran en su lugar de trabajo, sino en el comedor o en los vestidores.

Cuando las asistentes se ausentan se presenta cierta tensión entre éstas y los médicos, que tiene que ver tanto con la actividad diaria como con el hecho de que los médicos consideran que las asistentes realizan muy pocas funciones en relación a la variedad y

cantidad de tareas que a ellos les corresponden. Por ejemplo, uno de los médicos que expresó esta queja durante una plática informal, sostuvo que ellas deberían absorber algunas de las actividades administrativas de los médicos (incluso propuso que se cronometrara el tiempo que las asistentes no están en su lugar, para comprobar el poco trabajo que tienen).

Sin embargo, independientemente de su escasa actividad, las asistentes son un grupo con mucha presencia en la Unidad, tanto por su ubicación (el encontrarse en el pasillo, con acceso a ver a todo el personal) como por trabajar con los dos grupos principales: Los médicos y los pacientes. En ese sentido son un elemento clave para el funcionamiento de las relaciones en la Clínica, aunque en realidad su trabajo sea mínimo²¹.

Una vez "entregada la ficha" los pacientes esperan a que llegue el médico. Este comienza atendiendo al primero de la lista y al terminar le pide al mismo paciente que llame al siguiente. De esta manera sucesivamente los pacientes que salen llaman al que entra hasta terminar con la consulta del turno. La lista permite al médico llamar a sus pacientes por turno, tener el dato de cuántos pacientes tiene que atender para poder regular el tiempo de atención y anotar junto a cada paciente el diagnóstico, de manera que se pueda llevar un registro de las causas de consulta; mientras que en el expediente

²¹. - Tal como menciona Freidson, a diferencia de lo que sucede con la práctica privada donde el personal auxiliar del médico prácticamente no interviene en la relación, en la práctica institucional el importante lugar que ocupan las asistentes y/o secretarías para determinar el acceso a los servicios puede ser muy importante para colorear el resultado de ésta. (FREIDSON, Eliot. Op. cit., pp. 78-79)

puede ver los antecedentes del paciente, que deben ser actualizados al finalizar la visita.

Este mecanismo de atención, al concentrar a todos los pacientes en un momento, tiene como consecuencia que el tiempo de espera sea muy prolongado. Desde la entrega de fichas hasta la consulta el tiempo que el paciente permanece en la sala de espera es de 105.5 minutos en promedio, con una variación de 15 a 325 minutos. Por el contrario la consulta es relativamente corta: dura en promedio 8 minutos, variando desde 2 a 34 minutos²⁷. En gran parte el tiempo corto de la consulta también es resultado del mecanismo de atención, ya que el médico tiene la presión de terminar con todos los pacientes antes del siguiente turno.

Ya en la consulta el paciente expone su problema y es atendido por el médico. Generalmente las consultas más cortas son aquellas que en realidad sólo son un trámite administrativo, es decir, pacientes que toman diariamente una medicina y van una vez al mes por su receta, o madres que van por su dotación de leche; mientras que las más largas son las de pacientes con enfermedades complicadas o pacientes nuevos, que el médico no conocía. Comúnmente, como resultado de la consulta, el paciente recibe una receta para ser surtida en la farmacia. Dependiendo del diagnóstico el médico puede también dar una cita para una nueva visita, indicar una orden de atención para algún otro servicio en la Clínica (como rayos X o laboratorio) u otorgar un pase para el siguiente nivel de atención. Cuando el paciente es un trabajador y la enfermedad lo amerita se le

²⁷.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., p. 342.

entrega una "incapacidad" que justifica su inasistencia al trabajo, y le da derecho a un reintegro del sueldo descontado por las ausencias, que es abonado por el Seguro.

La mayoría de los pacientes conoce perfectamente la rutina de la Clínica, y las quejas se realizan más en función del incumplimiento de ésta que de la rutina en sí misma. Por ejemplo es frecuente oír quejas acerca del retraso de las asistentes en el momento de recoger la ficha, o el retraso de los médicos con respecto al momento en que tienen que comenzar a dar consulta.

Pacientes que no conocen la rutina o que por alguna razón llegan después de recogidas las fichas y pretenden que se los atienda entran en conflicto con las asistentes de consultorio quienes -como mencionamos anteriormente- funcionan un tanto como "mediadoras" entre el paciente y el médico. Con ellas se resuelven los conflictos de este tipo, o de tipo administrativo (como la falta de expedientes o de carnet), y cuando el paciente entra con el médico todos estos problemas se encuentran solucionados.

De este mecanismo resulta la observación de los médicos acerca de que los pacientes que son prepotentes o groseros en la sala de espera o con las asistentes, cambian totalmente su actitud al entrar al consultorio. No es con los médicos con quienes se resuelven estos inconvenientes -cuya solución resulta en la realización de la consulta-. Además los médicos son la autoridad de la cual se obtiene "algo" (consulta, cura, medicinas, incapacidad) por lo cual la conducta de los pacientes dentro del consultorio es distinta que fuera.

La rutina de este servicio tiene claras consecuencias para la

relación médico-paciente:

1) Al no ofrecer un mecanismo para establecer el orden de llegada de los pacientes promueve que en el momento de "recoger fichas" aparezcan tensiones y situaciones conflictivas entre los pacientes y las asistentes y entre los mismos pacientes para definir el turno de atención; tensiones que van a influir en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida.

2) Los médicos saben desde el principio cuántos pacientes van a atender hasta el siguiente horario lo que les facilita la distribución del tiempo. Sin embargo, no lo saben con anterioridad, como ocurría con el antiguo sistema en donde las consultas se daban por citas previas anotadas en el carnet, y el médico sabía quién y cuántos iban a verlo. Desde este punto de vista la organización beneficia al paciente, ya que puede solicitar atención médica el día que la requiera, mientras que el médico no puede regular el ritmo de su trabajo.

3) Los médicos atienden a todos los pacientes del turno y se salen del consultorio, ya que saben que hasta que vuelvan a recoger fichas no atenderán a ningún paciente. Esto hace que se concentre el tiempo de descanso de los médicos, ya que si, por ejemplo, en vez de dos momentos por turno para entregar fichas hubiera tres, los pacientes esperarían menos ya que estarían más repartidos, pero el tiempo de descanso de los médicos se fraccionaría (al final de cada grupo de pacientes atendido). Por lo tanto en este sentido la organización actual de la Clínica perjudica al paciente ya que aumenta su tiempo de espera, pero beneficia al médico al permitir que tenga períodos de descanso.

4) El mecanismo concentra en un horario a todos los pacientes, éstos no pueden ir llegando poco a poco. Esto hace que, por un lado, el tiempo de espera de los pacientes sea muy largo (debe llegar a las 10:30 aquel que va a ser atendido a las 11 y aquel que va a ser atendido a la 1:30); y, por el otro, que en el momento en que se juntan todos los pacientes para recoger fichas la Clínica se vea completamente saturada, propiciándose una sensación de mucho trabajo, de no dar abasto, etc. aunque el número de pacientes no se incremente hasta el siguiente turno y rápidamente baje la concentración de los mismos.

Como vemos, si bien en el apartado anterior no encontramos como resultado de los mecanismos institucionales para el funcionamiento de la Clínica consecuencias directas para la relación médico-paciente, la forma de organizar el acceso a los servicios resulta determinante en la definición de los espacios posibles para la relación. El sólo hecho de que el tiempo de espera sea tan largo implica que en el momento de entrar a la consulta frecuentemente el paciente se sienta cansado y molesto; y el corto tiempo dentro del consultorio impide, entre otras cosas, que se establezca una buena comunicación que subsane parte de los problemas intrínsecos que en este aspecto presenta la relación²³.

La descripción que hasta aquí hemos realizado nos permite identificar factores relacionados con la organización de la práctica que limitan las posibilidades de acción de los médicos y los

²³. - Ver Capítulo I, pp. 15-20.

pacientes y afectan a la relación entre ambos: el alto grado de burocratización de la Clínica, el exceso de pacientes, los pocos estímulos de trabajo -tanto económicos como académicos- para los médicos, el lugar de los médicos en la institución, la forma de organización del servicio de Medicina Familiar, el largo tiempo de espera de los pacientes, el poco tiempo de duración de las consultas. En este capítulo describimos a estos factores presentando un panorama general de la actividad y características de la Clínica. En el próximo capítulo veremos con mayor profundidad cómo afectan a la situación particular de los médicos y los pacientes de la Unidad y analizaremos también las características propias de cada uno de estos grupos.

CAPITULO IV: LOS PARTICIPANTES EN LA RELACION**1) Los Médicos**

A lo largo del trabajo hemos señalado la importancia de las características de los médicos y los pacientes en dos sentidos: 1) como uno de los grupos de variables importantes para definir el tipo de conflicto que puede presentarse para la relación¹ y 2) como un determinante para el tipo de respuesta que los participantes de la misma van a llevar a cabo frente a las limitaciones, obstáculos y condiciones institucionales².

Los cuadros 4 y 5, elaborados a partir del cuestionario de datos generales³, muestran respectivamente las características de los médicos de la Unidad para los dos tipos de éstas que hemos distinguido: las características independientes de su rol en la relación, y aquellas directamente relacionadas con éste. Las variables que caracterizan a los médicos fueron agrupadas en los cuadros según la dimensión a la que hacen referencia.

¹.- Ver Capítulo I, pp. 26-32.

².- Ver Capítulo II, pp. 48 y 55.

³.- Para mayor información sobre las características del cuestionario ver Capítulo II, pp. 63-64.

CUADRO 4: CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS DE LA UMF N° 19
INDEPENDIENTES DE SU ROL
(EN PORCENTAJES Y NUMEROS ABSOLUTOS)

	%	N
1) Características sociodemográficas		
Edad		
>40	33.3	7
41 a 50	33.3	7
< 51	33.3	7
total	100.0	21
Sexo		
Masculino	61.9	13
Femenino	38.1	8
Total	100.0	21
Edo. Civil		
Soltero	14.3	3
Casado	85.7	18
Total	100.0	21
2) Estrato Social de Pertenencia		
Ocupación del padre		
Profesionista	33.3	7
Empleado o comerciante	33.3	7
Oficios manuales	28.6	6
Militar	4.8	1
Total	100.0	21
3) Formación y cultura general		
Lee el periódico		
Siempre	57.1	12
A veces	38.1	8
Nunca	4.8	1
Total	100.0	21
Lee libros		
Sí	19.1	4
Poco o muy poco	80.9	17
Total	100.0	21

CUADRO 4 (CONTINUACION)

Otras actividades	%	N
No	28.6	6
Deporte	38.1	8
Deporte más otra	14.3	3
Otra	19.0	4
Total	100.0	21
Asistencia al cine		
Nunca o poco	71.4	15
Una vez cada dos meses o más	28.6	6
Total	100.0	21
Asistencia al Teatro		
Nunca o poco	57.1	12
Una vez cada dos meses o más	42.9	9
Total	100.0	21

FUENTE: Elaboración propia a partir de los cuestionarios aplicados a los médicos de la Unidad.
 Noviembre-diciembre 1989, enero 1990.

CUADRO 5: CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19
DEPENDIENTES DE SU ROL
(EN PORCENTAJES Y NUMEROS ABSOLUTOS)

1) Formación Profesional	%	N
Universidad		
UNAM	90.5	19
Otra	9.5	2
Total	100.0	21
Posgrado		
No	28.6	6
Medicina Familiar	23.8	5
Otra	47.6	10
Total	100.0	21
Satisfacción con la formación		
Satisfecho	57.1	12
Insatisfecho	42.9	9
Total	100.0	21
Reasones del grado de satisfacción		
Satisfecho con los estudios	28.6	6
Satisfecho con la práctica	9.5	2
Satisfecho excepto algún aspecto	19.1	4
Insatisfecho con la universidad	23.8	5
Insatisfecho con los profesores	9.5	2
Insatisfacciones personales	9.5	2
Total	100.0	21
Volvería a estudiar medicina		
Sí	90.5	19
No	9.5	2
Total	100.0	21
2) Vinculación con la academia posterior a la formación		
Publicaciones		
Sí	28.6	6
No	71.4	15
Total	100.0	21
Pertenencia a Asociación Profesional		
Sí	28.6	6
No	71.4	15
Total	100.0	21

CUADRO 5 (CONTINUACION)

	%	N
Asistencia a cursos de actualización		
No	14.3	3
Sólo en el IMSS	52.4	11
En el IMSS y otras instituciones	9.5	2
En el IMSS y los laboratorios	23.8	5
Total	100.0	21
Actualidad de los cursos		
No	14.3	3
Antes de 1987	14.3	3
Después de 1987	52.4	11
No recuerda	19.0	4
Total	100.0	21
3) Experiencia profesional		
Trabajo anterior al IMSS		
Sí	76.2	16
No	23.8	5
Total	100.0	21
Antigüedad en el IMSS		
De 7 a 10 años	33.3	7
Entre 11 y 16 años	38.1	8
Más de 17 años	28.6	6
Total	100.0	21
Antigüedad en la UMF N 19		
5 años o menos	47.6	10
De 6 a 10 años	23.8	5
De 11 a 15 años	14.3	3
Más de 15 años	14.3	3
Total	100.0	21
Grado de satisfacción con las condiciones de trabajo del IMSS		
Satisfecho	28.6	6
Insatisfecho	71.4	15
Total	100.0	21

CUADRO 5 (CONTINUACION)

	%	N
Razones del grado de satisfacción con el IMSS		
Satisfacción general	19.0	4
Satisfecho menos en algún aspecto	9.5	2
Insatisfecho con N de pacientes	28.6	6
Insatisfecho por el sueldo	28.6	6
Insatisfacción general	14.3	3
Total	100.0	21
Otro trabajo simultáneo al del IMSS		
No	42.9	9
Sí, médico	42.9	9
Sí, no médico	14.3	3
Total	100.0	21
4) Relaciones al interno de la Clínica		
Consulta a colegas		
Sí, de la Unidad	80.9	17
Sí, fuera de la Unidad	4.8	1
No	13.3	3
Total	100.0	21
Preferencia de la consulta		
Autoridad	47.6	10
Especialista	14.3	3
Otro	23.8	5
No consulta	14.3	3
Total	100.0	21
Relación social		
Identifica a uno	19.0	4
Identifica a varios	33.3	7
Generaliza	42.9	9
Ninguno	4.8	1
Total	100.0	21

FUENTE: Elaboración propia a partir de los cuestionarios aplicados a los médicos de la Unidad. Noviembre-diciembre 1989, enero 1990.

Como se observa en el cuadro 4, en general se trata de médicos mayores. El promedio de edad es de 46 años, con un mínimo de 30 y un máximo de 52 años, distribuidos de igual manera en 3 grupos: los menores de 41 años, los que tienen entre 41 y 50 años y los mayores de 51 años.

La edad de los médicos nos indica en primer lugar que son médicos con mucho tiempo en la profesión (tal como confirmaremos más adelante), experiencia de la cual pueden beneficiarse los pacientes. Sin embargo, el hecho de que se trate en general de médicos mayores nos permite suponer que tienen hábitos de conducta profesional más arraigados y rígidos que los que frecuentemente se asocian a médicos jóvenes⁴, y por tanto menos capacidad de innovación y respuesta frente a las condiciones de trabajo institucionales. Al mismo tiempo podemos suponer que estos médicos recibieron una educación más bien "tradicional", que alimenta la "distancia" entre el médico y el paciente basada en la diferencia entre el que sabe y el que no sabe⁵. Por último, la edad de los médicos en relación con el puesto que ocupan nos indica que son médicos que probablemente ya no tengan mucho mayor crecimiento profesional, a excepción de la posibilidad de ocupar puestos

⁴.- Freiman encuentra, por ejemplo, que el número de innovaciones por año realizadas por los médicos tiende a decrecer, llegando prácticamente a cero, 25 años después de la salida de la escuela de Medicina, aproximadamente a los 50 años de edad. (FREIMAN, Marc. "The Rate of Adoption of New Procedures Among Physicians" en Medical Care, Vol. 23, No 8, agosto, 1985, pp. 939-945).

⁵.- Ver el apartado sobre conflictos relacionados con la ideología de la medicina, Capítulo I, pp. 21-26.

administrativos en la misma institución. Gutierrez encuentra que "... probablemente (...) un número significativo de jóvenes abandonan la Institución o pasan a prestar sus servicios a otras Unidades médicas o administrativas de la misma y ello se puede relacionar con el hecho de que el ejercicio médico profesional en las Clínicas de atención primaria es poco atractivo, o inclusive frustrante"⁶. Lo que nos lleva a suponer que, a diferencia de los médicos jóvenes para los que el trabajo en este tipo de Clínicas puede ser el primer paso en la carrera profesional, estos médicos - como veremos con bastante antigüedad en la UMF- se encuentran en su gran mayoría "estancados" profesionalmente⁷.

Continuando con las características sociodemográficas, el 61% de los médicos son hombres y el 38.1% mujeres, cifras que probablemente no hacen más que reflejar la prominencia del sexo masculino dentro de la profesión, y el 85.7% son casados, porcentaje que resulta consecuente con la edad de los médicos.

Tomando a la ocupación del padre como un indicador del estrato socioeconómico del que provienen los médicos (cuadro 4), podemos suponer que la mayoría pertenece a familias de origen ubicadas en estratos medios y medios bajos. Sólo un 33.3% es hijo de profesionista, mientras que para el resto -hijos de comerciantes,

⁶.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., p. 346.

⁷.- También hay que distinguir entre los médicos que, teniendo su consultorio privado, entran a la institución como forma de mantenerse al tanto de los adelantos médicos y en relación con sus colegas, contrarrestando el aislamiento del consultorio; ya que frecuentemente estos médicos trabajan en las instancias del IMSS que brindan esta posibilidad, como los Hospitales de tercer nivel, y no en las Clínicas de atención primaria, donde difícilmente pueden encontrar esas ventajas.

empleados o trabajadores manuales (a excepción quizá del hijo de militar)- el llegar a ser médico representó probablemente un ascenso en la escala de status ocupacional con respecto a la actividad desarrollada por el padre (aún cuando este ascenso no haya significado necesariamente un ascenso en el nivel socioeconómico).

El estrato socioeconómico de pertenencia nos permite suponer, a su vez, que probablemente estos médicos no cuenten con toda la eficacia, poder y métodos que necesitan para controlar sus habilidades sin compromiso, los cuales, según observa Gouldner, son provistos por la posición de clase, aún cuando teóricamente ésta no tenga nada que ver con la capacidad profesional⁸.

Tampoco en el aspecto cultural -al que frecuentemente se asocia con un mayor riqueza de recursos personales y una mayor posibilidad de éxito profesional- los médicos de la Unidad mostraron un alto nivel. Al observar el grupo de variables agrupadas en la formación y cultura general (cuadro 4) vemos que los hábitos de lectura de los médicos prácticamente se limitan al periódico, y sólo un 19% pudo dar los títulos y autores de los últimos tres libros que había leído. La asistencia al cine es mínima, sólo un 28.6% de los médicos va con una frecuencia igual o superior a 1 vez cada dos meses. El resto de los médicos sólo asiste como máximo 4 veces al año, registrándose una asistencia ligeramente superior al teatro. También resulta prácticamente nula la participación en actividades culturales, alternativas al

⁸. - Ver Capítulo I, p. 32, cita 16.

trabajo.

El bajo nivel socioeconómico y cultural de los médicos, con las consecuentes "desventajas" para la actividad profesional de los mismos no deja, sin embargo, de ser superior al nivel promedio de los pacientes en ambos aspectos (que analizaremos en el siguiente apartado), por lo que, sumados a estas limitaciones, aparecerán en la relación aquellos conflictos vinculados con las diferencias socioculturales entre médicos y pacientes⁹.

En cuanto a las variables relacionadas con la profesión médica (cuadro 5), encontramos en primer lugar una formación bastante homogénea: el 90.5% de los médicos estudiaron en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y el resto también lo hizo en universidades públicas, como el Instituto Politécnico Nacional y la Universidad Autónoma Metropolitana.

Aunque un importante porcentaje realizó estudios de posgrado (71.4%), la mayor parte de los médicos de la Unidad (47.6%) cursaron una especialización distinta a la de medicina familiar (como pediatría, psiquiatría, traumatología, etc). Esto significa que la mayoría de los médicos están realizando tareas por debajo de su nivel de entrenamiento; su formación es desaprovechada, lo que se traduce en altos niveles de insatisfacción profesional. El siguiente grupo en importancia es el de médicos sin especialidad: 28.6% son médicos generales. Tal como señala Gutierrez, esta situación hace que el primer grupo se frustre profesionalmente,

⁹.- Ver Capítulo I, pp. 26-31.

mientras que el segundo adolezca de mala preparación¹⁰. Sólo un 23.8% del total de los médicos encuestados tiene una especialización en Medicina Familiar, posgrado que brinda una capacitación específica para el tipo de tareas que se desempeñan en la Unidad.

Independientemente de esta situación el 57.1% de los médicos se declaró satisfecho con la formación recibida, aunque el porcentaje de insatisfacción también fue bastante alto (42.9%). En el cuadro 5 podemos ver las razones aducidas para explicar el grado de satisfacción con la formación. Además, la mayoría de los médicos (90.5%) volvería a estudiar medicina, en el hipotético caso de poder regresar al momento de la decisión; lo que indica un alto grado de identificación con la profesión.

A pesar de estas respuestas, la vinculación con la academia posterior a la formación es bastante pobre: sólo un 28.6% de los médicos respondió haber publicado algún artículo alguna vez, y en todos los casos como resultado de alguna actividad ocasional y marginal, que de ninguna manera prueba una vinculación con la academia o la investigación. La gran mayoría (71.4%) no pertenecen a asociaciones profesionales y prácticamente sólo la mitad había asistido a algún curso de actualización durante los 2 años anteriores a la aplicación del cuestionario. Esto nuevamente nos remite al pobre contexto cultural de los médicos, que como vemos no se limita solamente a ámbitos externos a la profesión, sino también al interno de ésta.

¹⁰.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., p. 346.

Basándonos en los resultados de los trabajos sobre educación continua de los médicos dedicados a la práctica profesional, que indican que no sólo resulta difícil la diseminación de nuevos conocimientos, sino también la incorporación de éstos a la práctica -aún en médicos interesados en actualizarse-¹¹ ¹²; podemos pensar que, de hecho, la formación de los médicos de la Unidad se limita a la obtenida en la universidad y, en algunos casos, el posgrado. Esta situación, si bien puede resultar suficiente para las tareas rutinarias que realizan comúnmente en la Clínica, no deja de cuestionar la calidad de la atención que estos profesionales brindan a sus pacientes, al mismo tiempo que refuerza la hipótesis sobre el "estancamiento" profesional.

Algunas razones que pueden explicar esta poca vinculación con la academia son la frustración profesional que señalamos anteriormente, las pocas condiciones institucionales para acceder a cursos y eventos académicos¹³ y la propia organización de la práctica; ya que los mismos estudios señalan como uno de los canales más efectivos para la transmisión de nuevos conocimientos el intercambio y contacto con otros colegas, y la práctica profesional de los médicos familiares, a pesar de trabajar en Unidades donde laboran entre 11 y 15 médicos por turno, se

¹¹.- STROSS, Joeffrey y William HARLAM. "The Dissemination of New Medical Information" en Journal of the American Medical Association, vol. 241, Nq 24, 1979, pp. 2622-2624.

¹².- KESSNER, David. "Difussion of New Medical Information" en American Journal of Public Health, vol. 71, Nq 4, 1981, pp. 367-368.

¹³.- Ver Capítulo III, p. 92.

caracteriza por ser solitaria y aislada. No se realiza trabajo en equipo ni hay intercambio académico formal¹⁴.

Aún cuando la mayoría de los médicos tuvieron alguna experiencia profesional previa a su trabajo dentro del Seguro (76.2%), por el tiempo de antigüedad dentro de la institución podemos ver que la mayor parte de su desarrollo profesional se llevó a cabo dentro del IMSS (el 66.7% de los médicos tienen más de 10 años de antigüedad). Los tiempos de permanencia en la Unidad son un poco menores, pero son suficientemente extensos como para suponer que este es un trabajo fijo y estable para los médicos (cuadro 5).

Sin embargo, cuando se les preguntó sobre su grado de satisfacción con las condiciones de trabajo del IMSS el 71.4% de los encuestados se declaró insatisfecho. Es importante señalar que ésto no siempre fue así. Según el propio testimonio de los médicos alguna vez -probablemente cuando ingresaron a la institución- el buen sueldo, la seguridad de un trabajo estable y las posibilidades de crecimiento profesional hicieron del Seguro una opción muy codiciada. Sin embargo las condiciones se fueron deteriorando paulatinamente, lo que claramente se refleja en el alto grado de insatisfacción.

Entre las razones para esta insatisfacción, las dos prominentes fueron el bajo sueldo y el exceso de pacientes (28.6% cada una). Sin embargo, por una combinación de varios factores entre los cuales están el propio deterioro del nivel de vida, la

¹⁴.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., p. 346.

frustración y el estancamiento profesional; la falta de lazos sociales que pueden dar un alto status social y las dificultades propias del mercado laboral, estos médicos no han podido abandonar la institución y buscar opciones de trabajo más gratificantes.

La solución encontrada al problema del salario, en la mayor parte de los médicos, fue la combinación de su empleo en el IMSS con otro trabajo simultáneo. 57.2% de los médicos se encuentra en esta situación; 42.9% con otro trabajo médico -que en el mínimo de los casos se trata de consultorio particular y el la mayor parte de un empleo en otra institución durante el turno opuesto al que ocupan en el Seguro- y un 14.3% fuera del ámbito profesional. Sin embargo, esta solución agudiza el segundo problema, ya que al exceso de pacientes en la institución tenemos que sumarle el desgaste producido por una doble jornada.

Como una consecuencia central de las condiciones de trabajo en el IMSS, los médicos mencionaron de manera reiterada -curiosamente con más frecuencia que los propios pacientes- a la baja calidad de la atención. Los dos motivos principales de insatisfacción con la institución -el exceso de pacientes y el bajo sueldo- aparecen en su discurso íntimamente ligados al problema, aunque de distinta manera: El exceso de pacientes surge como la causa directa para darle explicación. Son frecuentes comentarios como estos: "La Organización Mundial para la Salud recomienda 15 minutos de atención por paciente, pero con tantos pacientes no se puede, a veces tenemos hasta 35 o 40". "El IMSS cambia calidad por cantidad, lo importante es "sacar" la consulta, no importa cómo". Los médicos manejan en forma generalizada la cifra de más de 30

pacientes diarios en promedio.

Sin embargo, las creencias acerca de valores y actividades no corresponden necesariamente con la realidad¹⁵. En este caso la observación sugirió una diferencia entre el número de pacientes reales y el indicado por los médicos. Por consiguiente se llevó a cabo un control del número de pacientes atendidos, y se preguntó al día siguiente a los médicos cuántos pacientes recordaba haber recibido. Aún cuando la consulta real es muy alta, el resultado muestra una tendencia generalizada a aumentar el número de consultas (cuadros 6 y 7). Los propios médicos utilizan la expresión "inflar" la consulta para referirse a este fenómeno, por lo que podemos inferir que hay cierta conciencia del mismo.

¹⁵.- SCRIMSHAW, Susan y Elena HURTADO. Rapid Assesment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. Anthropolological Approaches to Improving Programme Effectiveness, U.S.A., The United Nations University, 1987, p. 29.

CUADRO 6: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y EL RECORDADO POR LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 UN DIA DESPUES (TURNO MAÑANA, ENERO DE 1990)

Fecha*	8	9	9	10	10	11	15	16	16	17
Médico	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
A	21	20	15	-	-	-	23	16	-	22
B	30	34	-	-	24	24	33	38	21	18
C	26	27	26	25	14	15	18	20	15	19
D	30	30	24	28	17	20	23	22	13	-
E	19	25	16	22	10	20	19	20	10	18
F	23	25	21	25	21	22	15	20	18	25
G	26	26	18	30	28	22	16	20	23	27

N = Número de pacientes atendidos

R = Número de pacientes recordados

* = Las fechas corresponden a enero de 1990.

FUENTE: elaboración propia a partir de las listas de pacientes atendidos y la respuesta de los médicos.

CUADRO 7: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y EL RECORDADO POR LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 UN DIA DESPUES (TURNO TARDE, ENERO, 1990)

Fecha*	9	10	10	11	15	16	17	18	19	22
Médico	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
H	19	25	21	27	17	24	18	22	15	18
I	13	14	15	18	11	13	13	15	11	14
J	19	22	19	18	13	14	20	22	19	22
K	18	24	18	19	14	16	23	26	18	16
L	18	19	17	18	13	19	14	15	18	17
LL	14	22	15	18	9	16	14	29	14	16
M	20	22	27	27	30	30	24	25	24	25

N = Número de pacientes atendidos

R = Número de pacientes recordados

* = Las fechas corresponden a enero de 1990.

FUENTE: elaboración propia a partir de las listas de pacientes atendidos y la respuesta de los médicos.

Esto significa que, aún cuando el exceso de pacientes tenga parte de la responsabilidad por la baja calidad de la atención, los médicos le están atribuyendo un peso mayor al real.

Una de las razones que puede explicar este fenómeno es que los médicos perciban más pacientes de los que en realidad son, por ejemplo como efecto de la concentración de pacientes derivados de la organización de la consulta¹⁶. Otra posibilidad se relaciona con la queja sobre el salario. Esta es constantemente mencionada en los comentarios de los médicos, cuando hacen referencia a la baja calidad de la atención, pero nunca vinculando directamente a ambos problemas. El bajo sueldo es relacionado con una "baja motivación", vaga y general; o, a lo sumo, con la demanda de trabajo: el sueldo es bajo para la cantidad de pacientes que se atienden.

Tal vez, debido a que moralmente es condenable desde la ideología de la medicina -que se considera a sí misma como una profesión "altruista"- bajar la calidad de la atención en función de un bajo sueldo es que los médicos se abstienen de mencionar esta vinculación, ocultándola al otorgar todo el peso de la baja calidad de la atención al exceso de pacientes, y por consiguiente incrementando su de por sí numerosa cantidad. Es importante señalar que resultaron muy marginales los comentarios que atribuyeron algún peso en la explicación a la baja calidad de la atención a alguna característica de los médicos o de los pacientes. Desde el punto de vista médico, toda la responsabilidad por este problema corresponde a la institución.

¹⁶. - Ver Capítulo III, pp. 102-103.

Con respecto a las relaciones al interno de la Clínica, la mayoría de los médicos respondió afirmativamente cuando se les preguntó si en caso de duda sobre algún paciente en particular acostumbraban a consultar a algún colega. Cuando se les preguntó a quién prefieren consultar la proporción mayoritaria dió como respuesta a alguna autoridad, básicamente al Jefe de Departamento Clínico, que es el indicado según el organigrama de la Unidad para este tipo de tareas. Sólo una minoría (14.3%) prefiere consultar al especialista en el tema, lo que nuevamente señala la importancia e influencia de la organización de la práctica sobre la conducta profesional.

En cuanto a la relación social de los médicos entre sí, tanto las respuestas al cuestionario (cuadro 5) como la observación coincidieron en que en la mayor parte de los casos ésta es buena, con alto grado de interacción entre los médicos.

Como vemos, se trata en general de un grupo de médicos con características muy homogéneas. Si, para hacer un balance global de éstas, utilizamos la distinción entre locales y cosmopolitas, empleada por Coleman para distinguir entre los médicos que adoptan más rápidamente nuevos procedimientos, donde los cosmopolitas tienden a ser más jóvenes, mejor educados, más competentes técnicamente, con lecturas de carácter más amplio y con mayor movilidad en sus viajes^{17 18}, es evidente que los médicos de la

¹⁷.- LENNARSON GREER, Ann. "Advances in the Study of Diffussion of Innovation in Health Care Organizacion" en Milbank Memorial Fund Quaterly, invierno 1977, pp. 508-509.

Unidad entran en la categoría de locales.

Su respuesta a las condiciones institucionales de la Clínica se traduce -como hemos visto a través de los tiempos de consulta y de la propia percepción de los médicos sobre su situación- en una masificación del proceso de atención al paciente, en una racionalización de los servicios prestados. Esta respuesta, coherente con las opciones que Lipsky encuentra que tienen los trabajadores que representan una organización a través del encuentro cara a cara con los clientes para resolver sus conflictos¹⁸; así como el conjunto de conductas profesionales que hemos descrito, muestran el enorme peso de la organización de la práctica para el desarrollo de la actividad médica. Sin embargo, a esta situación es necesario agregar que, una vez revisadas las características de los médicos de la Unidad independientes de la relación, tampoco encontramos ninguna evidencia de que hubiera en sus valores, actitudes y prácticas preexistentes posibilidades para comportarse de forma diferente, que les permitiera dar una respuesta distinta a las condiciones del contexto.

2) Los Pacientes

El acceso a los servicios del IMSS constituye un derecho para todas las personas que se encuentren ligadas a otras por una

¹⁸.- ROGERS, Everett. "Difusion of Innovations: An Overview" en E. B. Roberts et al. Biomedical Innovation, Cambridge, MIT Press, 1981, p. 75.

¹⁹.- LIPSKY, Michel. Street-Level Bureaucracy; dilemmas of the individual in public services, New York, Russell Sage Fundation, 1980.

relación de trabajo, cualquiera que ésta sea. El empleador tiene por ley la obligación de afiliar todos sus trabajadores y éstos tienen como derecho asegurar a su esposa o concubina, sus hijos menores y a sus padres, si estas relaciones cumplen con los requisitos reglamentados por la institución²⁰. Los pacientes no pagan directamente los servicios, pues el financiamiento de éstos se lleva a cabo mediante el pago de cuotas obrero-patronales y la aportación gubernamental.

Por lo tanto, se trata de una población que no incluye los estratos socioeconómicos extremos: los más pobres, como los desempleados, sin derecho al acceso a la institución, y los más ricos, que utilizan preferentemente servicios médicos privados. El que todos sean derechohabientes del IMSS y habitantes de las zonas geográficas cercanas a la Unidad de Medicina Familiar hace que sea una población más homogénea que la población general²¹.

Gutierrez encuentra en una muestra de 408 pacientes de la Clínica de Coyoacán que acudieron a la Unidad enfermos de diarrea²²,

²⁰ Por ejemplo, el hombre puede asegurar a su concubina si comprueban que su relación tiene una duración mayor de 5 años o que tienen hijos en común, pero la mujer sólo puede asegurar al hombre si éste está incapacitado para trabajar. En el caso de los hijos la edad máxima para que tengan derecho a los servicios varía si están estudiando o no, y en el de los padres deben depender económicamente o vivir con el asegurado. (IMSS. IMSS 1943-1983. Cuarenta años de Historia; México, IMSS, 1983, p. 62)

²¹.- BRONFMAN, Mario et al. "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra" en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1986, p. 353.

²².- Para mayor información sobre la muestra y las características del estudio ver GUTIERREZ, Gonzalo. Op. cit., pp. 337-338.

las siguientes características socioeconómicas (cuadro 8): en relación a la ocupación del jefe de la familia, la proporción más alta era la de empleados (37.4%), seguido de obreros (25.9%) y trabajadores del área de servicios (23.8%). Sólo un 4.8% fueron profesionistas y un 2.1% comerciantes. El 37.6% de las madres o cónyuges trabajaban fuera del hogar, la mayoría de ellas como empleadas. Con respecto a la escolaridad del Jefe de familia sólo el 4.9% eran analfabetas, pero el 13.6% eran analfabetas funcionales, con menos de 4 años de escolaridad. El 9.4% tenía estudios de licenciatura. La escolaridad de la madre o cónyuge resultó similar a la del jefe de familia, si bien fue mayor el número de analfabetas (7.9%) y menor el de profesionistas (4.5%). En relación con el tamaño de la familia, se puede observar que el 72.9% estaban integrados por un número que oscilaba entre 3 y 6 y sólo el 5.6% tenía menos de 3 integrantes. El origen de la madre o cónyuge fue el Distrito Federal en el 64.2% de las familias.

Gutierrez también reporta las características de las viviendas de los pacientes (cuadro 8), ya que éstos fueron entrevistados en una visita domiciliaria. La mayor parte tenía piso de cemento, prácticamente todos disponían de agua potable, el 87.9% contaba con drenaje para eliminación de excretas y en una

CUADRO 8: CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES DE LA UMF N° 19
(EN PORCENTAJES Y NUMEROS ABSOLUTOS)

a) Características demográficas de las familias entrevistadas	%	N
Ocupación del Jefe de la familia		
Empleado	37.5	153
Obrero	26.0	106
Servicios	23.9	98
Profesionista	4.9	20
Comerciante	2.2	9
Otros	5.5	22
Total	100.0	408
Ocupación de la madre o cónyugue		
Empleada	15.3	62
Servicios	8.1	33
Obrera	7.3	30
Comerciante	1.5	6
Profesionista	2.2	9
Labores de hogar	65.6	268
Total	100.0	408
Escolaridad del jefe de familia (años)		
Nula	4.9	20
1 a 3	13.6	55
4 a 6	30.6	125
7 a 9	28.5	116
10 a 12	13.0	53
< 12	9.4	38
Total	100.0	408
Escolaridad de la madre o cónyugue		
Nula	7.9	32
1 a 3	14.3	58
4 a 6	44.5	182
7 a 9	22.0	90
10 a 12	6.7	27
< 12	4.6	19
Total	100.0	408
N de individuos por familia		
> 3	5.6	23
3-4	38.9	159
5-6	34.1	139
7-8	12.3	50
< 8	9.1	37
Total	100.0	408

CUADRO 8 (CONTINUACION)

Lugar de Origen	%	N
Distrito Federal	64.2	262
Estados	35.8	146
Total	100.0	408
b) Características de las viviendas		
Piso de la casa		
Recubrimiento	12.1	49
Cemento	84.6	345
Tierra	3.3	13
Total	100.0	408
Disponibilidad de agua potable		
Intradomiciliaria	63.7	260
Extradomiciliaria	35.3	144
Hidrante público	1.0	4
Total	100.0	408
Eliminación de Excretas		
Drenaje	87.8	358
Fosa séptica o letrina	11.7	48
Fecalismo al aire libre	0.5	2
Total	100.0	408
N de personas por cuarto		
>1.6	26.8	109
1.6 a 3.5	26.6	109
< 3.5	46.6	190
Total	100.0	408
Poseción de bienes		
Radio	93.3	381
Televisión	92.4	377
Refrigerador	73.6	300
Automovil	14.3	58
c) Características de las consultas		
Paciente conocía el nombre de su médico (%)	20.6	84
Paciente entendió el diagnóstico (%)	35.8	146
Paciente entendió el tratamiento (%)	42.2	172

FUENTE: GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. Cit. pp. 342, 34 y 344. Mayo-diciembre 1987.

proporción elevada (46.4%) vivían más de 3.5 personas por cuarto. La inmensa mayoría disponía de radio y televisión (93.3% y 92.4% respectivamente), el 73.6% tenía refrigerador y el 14.3% automóvil²³.

En cuanto a la distribución de los pacientes para su atención, la demanda es ligeramente mayor en el turno mañana que en el turno tarde. En la sala de espera se puede observar que entre los pacientes predominan las mujeres, generalmente acompañadas de sus hijos, con un alto porcentaje de embarazadas. También son una población importante los ancianos (padres de los asegurados o jubilados). Los hombres asisten más frecuentemente solos, prefiriendo el turno de la tarde.

En el capítulo I señalamos que las características de los pacientes que la literatura sobre el tema reconoce como más relevantes para definir el tipo de relación son el nivel de escolaridad y el medio sociocultural²⁴. Ambas variables están íntimamente relacionadas y, en general, tienen un comportamiento similar para el mismo grupo de personas. En el caso de los pacientes de la Unidad, de acuerdo tanto a la observación como a los datos de Gutierrez podemos afirmar que en ambos aspectos el nivel es bajo, por lo que podemos esperar -como confirmaremos más adelante-, en el caso de la educación que los pacientes tengan poca información sobre la salud, poca habilidad para describir sus problemas y para colaborar con el tratamiento, y en el del bajo

²³.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., pp. 341, 343-344.

²⁴.- Ver Capítulo I, pp. 28-30.

nivel socioeconómico y cultural, que la respuesta de los pacientes sea tímida, que raramente sientan que tienen derechos como pacientes y que se relacionen con los médicos manteniendo el esquema superior-subordinado que fuera del consultorio mantienen con los miembros de niveles socioeconómicos más altos.

Sin embargo, aún cuando los datos muestran el alto grado de homogeneidad de los pacientes, por lo que podemos esperar un comportamiento general más o menos similar, es posible distinguir diferencias. Por ejemplo, Bronfman construyó, para la muestra de pacientes con diarrea, un Índice de Nivel Socioeconómico que le permitió distinguir 3 niveles en los pacientes, mediante la combinación de las variables sobre condiciones de vivienda y educación de los mismos²⁵. Inclusive como resultado de la observación se pueden distinguir entre los pacientes una mayoría más o menos homogénea perteneciente a un nivel socioeconómico bajo, una minoría muy pequeña entre éstos de ancianos con aspecto rural, y otra minoría de pacientes pertenecientes a un nivel socioeconómico más alto que la media (probablemente habitantes de Coyoacán)²⁶. Estas diferencias, como veremos más adelante, son también percibidas por los médicos y asociadas a conductas distintas dentro del consultorio.

²⁵.- BRONFMAN, Mario et al. Op. cit., pp. 351-360.

²⁶.- Recordemos que, como mencionamos en el Capítulo II, aún cuando la Clínica está ubicada en Coyoacán, brinda servicios a los habitantes de las colonias Coyoacán, Atlántida, La Conchita, Los Reyes, del Carmen, Romero de Terreros, Rosedal, parte de Churubusco, Ruiz Cortines, parte de Ajusco y Santo Domingo.

Las características de los pacientes, junto con las características institucionales, van a condicionar las actitudes y prácticas de los pacientes durante su estancia en la Clínica. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los médicos, donde podemos distinguir entre su relación con la institución y su relación con los pacientes, en el caso de estos últimos su relación con la institución está indisolublemente ligada a su relación con los médicos, ya que es a través de éstos como los pacientes reciben los servicios. Profundizar en las actitudes y prácticas de los pacientes y el papel que en éstas juegan sus características y la organización de la práctica médica, nos sitúa de manera prácticamente inevitable en el terreno de la relación con los médicos, ya sea porque sus conductas afectan a las de éstos, recibiendo una respuesta por parte de los médicos, o simplemente porque la diferencia de concepciones sobre cuestiones particulares del servicio permiten la comparación y el establecimiento de las diferencias entre ambas perspectivas. Por lo tanto, describiremos conjuntamente en el siguiente apartado las concepciones, actitudes y prácticas de los pacientes en relación con los médicos, y de los médicos en relación con los pacientes.

Antes de proseguir podemos concluir, sin embargo, que lo que claramente señalan los datos -independientemente de la variedad que se pueda presentar-, es que en términos generales hay una importante diferencia entre el nivel socioeconómico de los médicos y el de los pacientes y que, al igual que en el caso de los médicos, tampoco encontramos características de los pacientes independientes de su rol que permitan contrarrestar o hacer frente

a las condiciones institucionales.

3) Médicos y Pacientes: La Diferencia de Perspectivas

Los médicos, en su trato cotidiano con los pacientes, perciben diferencias que les permiten hacer una tipificación de los mismos. Para ésto son utilizados dos criterios diferentes: la actitud y el nivel socioeconómico del paciente.

Utilizando el primer criterio los médicos encuentran una mayoría de pacientes que conocen y aceptan la rutina de la Clínica, y con los que normalmente no tienen problemas; y una variedad de conductas minoritarias, con las que entran en conflicto. Entre éstos están los pacientes que van al Seguro a "desquitar" el pago, ésto es los que, desde la perspectiva de los médicos, acuden a la Clínica por cualquier cosa, como forma de "recuperar" o justificar lo que se paga en las cuotas; y los que van sólo en búsqueda de la incapacidad y no de atención o cura, algunos incluso fingiendo estar enfermos para obtenerla.

En general los médicos coinciden en que a los pacientes no les gusta "irse sin nada" y que tienen la expectativa de que se les recete, sintiendo de otra manera que no valió la pena tanta espera para la consulta.

A través del segundo criterio los médicos encuentran que los pacientes de nivel socioeconómico bajo, que como vimos son la mayoría, son más tranquilos y "aceptan lo que sea", mientras que los de nivel más alto son más exigentes e inclusive prepotentes.

Ambos criterios designan al mismo grupo de pacientes como el preferido por los médicos: el grupo mayoritario de pacientes de nivel socioeconómico bajo. Estos pacientes no significan ningún conflicto para los médicos. Según su propia descripción, tienden a ser pasivos y conformistas, y aceptan sin cuestionar tanto la autoridad del médico como la organización institucional. Esta actitud, como señalamos anteriormente en gran medida derivada del bajo nivel educativo y sociocultural, es también agudizada por la propia organización de los servicios. El hecho de que los pacientes no paguen directamente la consulta, sumado a la cantidad de gente y la masificación del trato, crea en éstos, según su propio testimonio, la sensación de estar recibiendo "caridad"²⁷; servicios que por tanto habría que agradecer o tolerar antes que criticar.

Es con el resto de los pacientes, que son una minoría, con quienes los médicos entran en conflicto. Estos pacientes se caracterizan por tener una actitud más cuestionadora y tender a exigir de la institución beneficios y prestaciones, enfrentando a los médicos cuando éstos juzgan que sus demandas son injustificadas.

Entre los pacientes de nivel socioeconómico más alto la diferencia no es sólo de actitud, sino de práctica, ya que presentan el fenómeno de la combinación del uso del IMSS con el de la medicina privada. Esto sucede de dos maneras: en la primera los pacientes utilizan al Seguro para algunos padecimientos (por

²⁷.- Esta característica no parece ser exclusiva del Seguro. Por el contrario, como vimos en el Capítulo I, pp. 35-36, parece ser una sensación que se genera recurrentemente en las instituciones de salud donde el pago se hace por adelantado.

ejemplo para los partos, que son muy costosos) y para otros la medicina privada (por ejemplo enfermedades graves de los hijos). En la segunda se combinan las dos modalidades de atención para el mismo padecimiento, acudiendo al médico particular para que los diagnostique y prescriba y al Seguro para obtener las medicinas o análisis indicados. Como la única forma de conseguirlos es a través de la consulta, recurren al médico familiar exclusivamente para que les extienda la receta. Para estos pacientes con posibilidad de acceso a otro tipo de medicina el Seguro constituye una "última opción", utilizada sólo en los casos en que no cuentan con recursos para la medicina privada o cuando consideran que el problema es de poca importancia y no amerita ir al médico particular.

Los médicos de la Unidad, por tanto, entran en conflicto con los pacientes que, con sus conductas y actitudes, ponen en evidencia que sólo utilizan a los médicos como intermediarios para obtener algo de la institución (incapacidad, medicinas, etc.) cuestionando su ejercicio y capacidad profesional.

Anteriormente mencionamos, sin embargo, que los médicos están concientes de la baja calidad de la atención, y que señalan como causas principales al exceso de pacientes y la falta de recursos y, en general, a las condiciones de trabajo de la institución. Aún así, parecen tener poca tolerancia con los pacientes que ponen de manifiesto esta situación, prefiriendo a los pacientes más pasivos. De alguna manera, éstos les permiten sentir cierta satisfacción por el trabajo que están realizando, y poder cuestionar a la institución sin ser ellos mismos el blanco de los cuestionamientos.

Por su parte, también los pacientes tienen preferencia por

uno u otro médico. En este caso, el criterio fundamental para establecer las diferencias es el trato. Un "buen" médico es aquel que escucha, toma en cuenta y demuestra interés por sus pacientes; mientras que un "mal" médico desde la perspectiva de los pacientes es aquel que muestra desinterés o ejerce algún tipo de agresión.

De acuerdo con esta clasificación, las opiniones, preferencias y en general la información que los pacientes tienen sobre los médicos se transmite entre ellos en la sala de espera, situación que se ve favorecida por el hecho de que la mayoría de los pacientes llevan mucho tiempo adscritos a la Clínica y conocen a más de un médico; y porque los pacientes, al pertenecer todos a la misma zona geográfica, encuentren frecuentemente en la Unidad a vecinos, parientes y conocidos con los cuales intercambian experiencias y puntos de vista.

El intercambio de información y las opiniones de los pacientes pueden influir sobre la carga de trabajo de los médicos, ya que si bien los pacientes no pueden escoger libremente con quien atenderse, pueden optar entre uno de los dos médicos del consultorio al que están adscritos. Esto crea situaciones contradictorias, ya que la única "ventaja" que obtiene el médico como reconocimiento de sus pacientes es una mayor carga de trabajo, que no va acompañada de ninguna retribución económica o de cualquier otro tipo; mientras que un médico considerado "malo", trabaja en condiciones de menor presión, obteniendo el mismo salario. Contrariamente a lo que ocurre en la práctica privada, en el Seguro no hay ningún tipo de estímulos o condiciones que impulsen al médico a buscar la satisfacción de sus pacientes.

Independientemente de esta situación, es importante remarcar que en la clasificación que realizan los pacientes están totalmente ausentes criterios como la calidad del diagnóstico o del tratamiento. A la carencia de criterios objetivos para juzgar al médico, intrínsecos a la condición de pacientes²⁸, hay que sumar en este caso el bajo nivel educativo y las escasas experiencias alternativas con otros sistemas de atención a la salud que permitan a los pacientes de la Unidad utilizar criterios de evaluación del servicio más complejos.

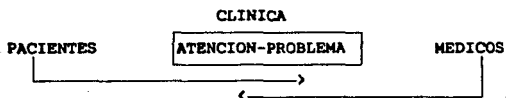
Como vemos, las clasificaciones, conceptos y en general la visión que cada uno de los polos de la relación tiene sobre el otro son absolutamente diferentes entre sí. Sin embargo, no ocurre lo mismo cuando comparamos ambas percepciones sobre la institución.

En general, si se pregunta directamente a los pacientes sobre su grado de satisfacción con la Clínica, la primera respuesta es favorable. Sólo en un segundo momento manifiestan sus críticas. Estas se refieren principalmente al largo tiempo de espera, a la dificultad general para acceder a los distintos servicios y para realizar trámites administrativos, al incumplimiento de la rutina de la Clínica, al corto tiempo de consulta, y, fundamentalmente, al mal trato recibido tanto por parte de los médicos como del personal administrativo. Esta visión coincide de alguna manera con la de los médicos, pero éstos la plantean en sentido inverso: comienzan por criticar severamente al Seguro en función de las malas condiciones de trabajo, y luego finalizan sus quejas con una

²⁸.- Ver Capítulo I, p. 15.

defensa de la institución, basada en sus logros ("a pesar de todo, de aquí nadie se va sin atención", "en la Clínica se resuelven el 80% de los problemas de los pacientes", "sin embargo, el Seguro sigue siendo una gran institución social").

Esquemáticamente la visión de la Clínica de los médicos y pacientes sería la siguiente:



Los médicos ven en primer lugar una serie de problemas para la realización de su trabajo: exceso de pacientes, falta de recursos y bajo sueldo. Y justifican con estos problemas la mala calidad de atención al paciente de la que están concientes. Presentándolo de esta manera dan una justificación a la frustración que su trabajo parece producirles.

Por su parte los pacientes acuden en busca de atención médica y la reciben. De ahí la primera respuesta favorable. Sin embargo, al reflexionar un poco más afloran problemas que se les presentan para obtener esa atención, problemas que no tendrían por qué existir, pero que son justificados o soportados a cambio de la atención.

Es decir, mientras que los médicos justifican con los problemas la calidad de la atención, los pacientes justifican con la atención la existencia de los problemas, de ahí el espejo en la

presentación de su primera impresión sobre la Clínica, que está íntimamente relacionada con el lugar que médicos y pacientes ocupan en la institución.

Claramente la posición del paciente es muy débil. Tal como sostienen Finlay y colaboradores, en un lugar donde no hay garantías sobre la rapidez del servicio, donde el status del que lo brinda es mucho más alto que el de quien lo recibe, y donde el cliente no tiene posibilidades de recurrir a otro servicio alternativo -tal como sucede a la mayoría de los pacientes de la Unidad- el cliente es triplemente vulnerable²⁹. Esta situación colabora en la explicación tanto de la visión de los pacientes sobre el servicio, como de su actitud sumisa y pasiva.

Los médicos, aunque en una posición más estable y segura que la de los pacientes, no dejan de estar en una situación compleja y ambigua, ya que, si por un lado pueden distinguir entre sí mismos y la institución, lo que les permite criticarla; como veremos más adelante en determinadas situaciones, generalmente durante su contacto con los pacientes, adoptan la lógica de la institución y actúan en consecuencia, lo que de alguna manera los lleva a defenderla.

4) La Consulta

El lugar donde todas las condiciones institucionales y las distintas perspectivas de los médicos y pacientes se manifiestan

²⁹.- FINLAY, William et al. "Queues and Care: How Medical Residents Organize Their Work in a Busy Clinic", en Journal of Health and Social Behavior, vol. 31, septiembre 1990, p. 292.

de forma más concreta es durante la consulta, cuando médicos y pacientes se ponen en contacto. Tal como mencionamos al principio del trabajo, aunque podamos hacer una caracterización general del tipo de consulta y de relación médico-paciente que se establecen en la Unidad, estas condiciones delimitan un espacio para la relación, en donde podemos distinguir una variedad de tipos de consulta.

Las diferencias entre las consultas se establecen por distintos motivos. Un primer factor es el tipo de padecimiento del paciente: los médicos dedican más tiempo y atención a los pacientes con problemas más serios, y brindan una consulta más corta y superficial a los que acuden con padecimientos más simples y rutinarios (como resfríos y diarreas, que son causa común de consulta). En un contexto con exceso de demanda, racionalizan el tiempo según la importancia del problema del paciente, establecida a partir de sus propios criterios médicos, que por supuesto no contempla la importancia subjetiva que para el paciente tiene su propio problema, y por consiguiente, su necesidad de ser atendido.

Otra variable es la actitud del paciente. Uno de los médicos señaló que la relación se establece siguiendo el modelo de estímulo-respuesta. Dependiendo de la actitud del paciente se da la actitud del médico.

Pero quizás la variable más importante para determinar las diferencias entre las consultas de un mismo contexto sea la actitud del médico, ya que, en un medio donde el paciente tiende a ser pasivo y poco jerarquizado, el médico se encuentra en una situación de poder: él es quien le da contenido a la consulta, decide cuándo

termina, designa el tipo de participación del paciente, etc.

En la Unidad encontramos dos tipos de conductas predominantes: la primera es la de los médicos que buscan terminar con sus consultas lo antes posible³⁰ y que tratan a los pacientes con bastante poco cuidado y respeto, enfocándose exclusivamente en la enfermedad, como si se tratara de "un cuerpo enfermo sin cabeza". La segunda corresponde a los médicos que tienen mayor relación "humana" con sus pacientes: recuerdan sus nombres y padecimientos, dedican tiempo a escucharlos, tienen más paciencia, etc. Aún así, siguen manteniendo una gran distancia y una relación de superioridad con el paciente, desde el que sabe hacia el que no sólo no sabe, sino no tiene capacidad de aprender. Establecen una relación más considerada con los pacientes, pero desde una actitud paternalista, que considera al paciente como a un "menor de edad".

Ambas concepciones esconden en definitiva la idea de que el paciente no tiene la capacidad de entender sus problemas; y tanto de la observación de consultas como de los propios comentarios de los médicos se concluye que ellos mismos promueven esta situación: no realizan ninguna educación para la salud, e inclusive resulta una práctica común no indicar el diagnóstico al paciente. Ilustrativamente, respondiendo a una pregunta directa un médico comentó que "muy pocos pacientes piden explicación sobre su problema, o preguntan para qué sirven las medicinas; además, ni los dejamos preguntar".

³⁰.- Como vimos en el Capítulo III (pp. 102-103), en la organización de la consulta encontramos algunas razones que explican esta tendencia.

Esta situación se constata con los datos que Gutierrez presenta sobre las consultas (cuadro 8). Del total de 408 pacientes entrevistados, el 79.4% no conocía el nombre del médico que lo atendió, el 74.2% no entendió el diagnóstico (dato que resulta más grave aún si tomamos en cuenta que se trataba de una muestra de pacientes que acudían enfermos de diarrea, enfermedad común y conocida) y el 47.8% no entendió el tratamiento³¹.

Los médicos, tal como señalamos anteriormente, conscientes de estos problemas y coherentes con su discurso, los adjudican casi exclusivamente a la falta de tiempo derivada del exceso de pacientes. Esta situación, aunque real, no es suficiente para explicar sus actitudes. Nuestra hipótesis es que, en gran medida, son las diferencias sociales y culturales entre médicos y pacientes -en base tanto a prejuicios como a cuestiones objetivas- las que llevan a los médicos a ver a sus pacientes como poco aptos para entender sus problemas. Además, alientan este tipo de conducta en los pacientes porque, como vimos, es la que resulta menos cuestionante a su actividad profesional.

Por otro lado, los pacientes rara vez tienen la iniciativa de preguntar o exigir información al médico, y algunas veces, aún cuando deseara darla, el médico no sabe cómo romper las barreras de comunicación que lo separan de su paciente.

Sin embargo, es necesario remarcar que a pesar de las semejanzas que puedan tener los dos tipos de conductas de los médicos de la Unidad, las diferencias, aunque sólo sean de forma,

³¹.- GUTIERREZ, Gonzalo et al. Op. cit., p. 342.

son esenciales desde el punto de vista de los pacientes, porque significan la diferencia entre ser ignorados o contemplados como personas. Esto es claramente reflejado por el criterio de clasificación de los médicos utilizado por los pacientes.

Por último, si a lo largo de este capítulo hemos descrito distintas problemáticas vinculadas a la relación, quedan por señalar aquellos puntos que se manifiestan y reconocen durante la consulta como conflictivos para los mismos participantes.

Una de estas situaciones se presenta cuando los pacientes acuden al consultorio únicamente para hablar con alguien y desahogarse de sus problemas cotidianos, usando alguna molestia sólo como excusa que le permita acceder al médico. En estos casos los médicos funcionan más como una especie de psicólogos, siempre y cuando no tengan demasiada carga de trabajo y el médico tenga paciencia. Esto parece ser un fenómeno bastante común, ya que varios médicos lo mencionaron.

Sin embargo, uno de los puntos de mayor conflicto gira en torno a la obtención de la incapacidad, y se presenta con las mismas características que en otros casos, por ejemplo cuando los pacientes quieren que se les receten calmantes. En estas situaciones, los médicos adoptan la lógica de la institución y se comportan de forma muy rigurosa, otorgando la incapacidad únicamente cuando ésta resulta estrictamente necesaria. Esto causa descontento en los pacientes, que no comprenden la razón de una conducta tan rígida cuando en realidad no son los médicos los que pagan las incapacidades o las medicinas y el concederlas no los afecta de ninguna manera. Otra vez encontramos a los médicos en una

situación ambigua: frente a la institución, son los que exigen mejores condiciones de trabajo y pago y los que reciben las negativas; frente a los pacientes son ellos los que reciben las demandas y los que las niegan. Como vemos, aunque los contenidos no coincidan totalmente, el esquema es muy similar, y los médicos toman alternativamente uno y otro papel. Su posición de mediadores entre la institución y los pacientes hace que tengan conflictos con ambas partes.

CAPITULO V: LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN EL IMSS.**ANALISIS FINAL Y CONCLUSIONES****1) La interacción entre los tres factores**

En los capítulos anteriores nuestro trabajo consistió básicamente en analizar por separado cada uno de los tres grandes factores que constituyen a la relación médico-paciente, describiendo las características del contexto institucional y de las perspectivas de médicos y pacientes y señalando correlativamente las consecuencias de cada una de éstas para la relación.

Para completar nuestro estudio de acuerdo al modelo de relación médico-paciente que propusimos en el capítulo II¹, y tener una visión de conjunto de la misma, resta analizar la forma en que los tres factores interactúan entre sí.

De alguna manera, como se manifestó a lo largo de los capítulos III y IV, al describir el contenido de cada uno estos factores, implícitamente hicimos referencia a su interacción ya que frecuentemente nos vimos obligados -aún cuando por motivos de exposición procuramos mantener cada línea de análisis por separado- a presentar simultáneamente características de factores distintos para describir algún aspecto o situación particular de la relación. Sin embargo, la interrelación se evidenció en torno a cuestiones específicas, y no en términos de la relación en su conjunto.

¹.- Ver Capítulo II, p. 52.

Sobre este último aspecto, en el capítulo II, al sostener que la relación es resultado de la interacción entre el contexto institucional y las perspectivas de médicos y pacientes, propusimos también un modelo que explicara a la misma. Según éste, el contexto institucional limita las posibilidades de conducta de médicos y pacientes y éstos llevan a cabo una de las alternativas factibles en función de sus propias características, tanto aquellas dependientes como las independientes de su rol².

Ahora bien, el contexto institucional limita las posibilidades de conducta a los participantes de la relación, afectando el resultado de la misma, a través de dos caminos diferentes. En el primero o "directo" las limitaciones son resultado de las condiciones para la consulta y el contexto general que la institución brinda para el encuentro (como tiempo de consulta, mecanismo de acceso al servicio, recursos con que se cuenta, etc.). En el segundo o "indirecto" las limitaciones son resultado del lugar y condición que la institución asigna a cada uno de los grupos participantes, con independencia del otro (status de médicos y pacientes, respuesta que se da a sus demandas, etc.).

Analizando en primer lugar el caso de los médicos, vimos en el capítulo III que las condiciones institucionales para la consulta que tienen relación directa con su desempeño se caracterizan por limitar su actividad a la atención de casos sencillos, imponer un tiempo corto de consulta, exigir que parte del mismo sea utilizado para requisitos burocráticos, asignar un

².- Capítulo II, p. 48.

alto número de pacientes por médico y no brindar todas las condiciones materiales necesarias para la realización de su trabajo³. Como consecuencia, el contexto excluye la posibilidad de que los médicos dediquen a cada paciente el tiempo necesario para establecer una relación que contemple los aspectos emocionales de la enfermedad, restringiendo también las posibilidades de una revisión exhaustiva desde el punto de vista técnico.

Ante la limitación del tiempo y la necesidad de cumplir con sus tareas -en un sentido riguroso curar al enfermo- al médico no le queda otra opción que dedicar el tiempo disponible a las cuestiones más apremiantes, es decir al área más técnica de la profesión, dejando de lado cuestiones referentes a la relación personal.

Frete a estas condiciones los médicos de la Clínica tienden, como vimos, a establecer relaciones muy distantes con el paciente, manteniendo una posición autoritaria y de superioridad basada en su conocimiento, mientras que el paciente ocupa un lugar pasivo, quedando poco espacio para la comunicación entre ambos. Como señalamos en el capítulo IV, los médicos adoptan dos variantes de esta conducta predominante. En la primera realizan una consulta rápida y corta, centrándose en los aspectos técnicos que debe solucionar, pero manteniendo cierta actitud de respeto hacia el paciente. En la segunda, al dedicarse las cuestiones estrictamente técnicas llegan al extremo de ignorar al paciente como persona⁴.

³.- Ver Capítulo III, pp. 92, 94, 95, 97-104.

⁴.- Ver capítulo IV, pp. 139-140.

Estas conductas no son, sin embargo, únicamente resultado de las condiciones de la consulta, o, en otros términos, de lo que denominamos el camino directo por el cual la institución afecta a la relación. De hecho se reportan ejemplos de casos en donde médicos trabajando bajo condiciones de saturación y exceso de trabajo similares a los de la Unidad, encuentran la manera de establecer relaciones cercanas con sus pacientes. Para que ésto suceda, sin embargo, parece ser condición necesaria que los médicos tengan algún tipo de beneficio o gratificación con su trabajo, ésto es, que su situación en la institución sea en alguna forma satisfactoria⁵.

Este no es de ninguna manera el caso de los médicos de la Unidad. Como hemos visto, su situación en el IMSS se caracteriza por un alto grado de insatisfacción y frustración producto de las condiciones de trabajo, la falta de perspectivas y la ausencia de cualquier tipo de reconocimiento a su labor. El camino indirecto por el cual la institución afecta a la relación limita la posibilidad de que los médicos encuentren estímulos para contrarrestar, por medio de un esfuerzo personal, los efectos negativos del contexto sobre su relación con los pacientes. Por el contrario, condiciona una actitud generalizada de los médicos hacia

⁵.- Finlay y colaboradores reportan que en una Clínica con exceso de demanda y limitación de recursos, médicos residentes, lejos de ofrecer un servicio indiferente a las necesidades de los pacientes o tratar de liberarse de ellos lo antes posible; realizaban un trabajo caracterizado por un alto nivel de compromiso profesional. Al buscar las razones de esta conducta contraria a la esperada, encontraron que la clínica brindaba la oportunidad de ser directamente responsables por el cuidado del paciente, oportunidad vedada en el marco del hospital-escuela. (FINLAY, William et al. op. cit., p. 298-305).

su trabajo caracterizada, como vimos, por poco interés y por la tendencia a justificar (y no tratar de mejorar) la baja calidad de la atención que brindan en función de las condiciones del contexto.

De esta manera, la institución no sólo organiza la práctica médica con condiciones adversas para que el médico pueda relacionarse con su paciente durante la consulta, sino que, además, excluye en la situación de los médicos cualquier posibilidad de que éstas se superen de alguna manera.

Por otro lado es necesario señalar que, como vimos en el capítulo I, el privilegiar aspectos técnicos de la medicina está de alguna manera implícito en el rol del médico; su labor exige objetividad y es lógico que ante la limitación del tiempo satisfagan en primer término este tipo de requerimientos profesionales⁶.

Junto a esto, vimos también que el discurso de los médicos de la Unidad, sobre todo en lo que respecta a los pacientes, brinda elementos para pensar que estos profesionales comparten aquellos aspectos de la ideología de la medicina que distancia al rol del médico y el paciente en función de su relación con el saber⁷.

Además, vimos que estos problemas de comunicación, de alguna manera inherentes a la práctica médica y que suelen ser justificados y alentados por cierta ideología de la profesión, tienden a acentuarse cuando, como en el caso que nos ocupa, médicos

⁶.- Capítulo I, pp. 19, 20, 34 y 35.

⁷.- Ver Capítulo IV, pp. 133, 139 y 140.

y pacientes no comparten el mismo contexto cultural⁸.

Indudablemente, todos estos factores -que son en gran medida independientes de la organización de la práctica y que tienen que ver con las características propias de los médicos- están presentes y colaboran en la determinación de su conducta. De hecho podemos suponer que los médicos en los cuales los elementos ideológicos y las dificultades para tratar con diferencias socioculturales son más fuertes tienden a adoptar preferentemente el estilo de relación más rígido y distante. Sin embargo, dado que nos encontramos ante a un grupo de médicos con características sumamente homogéneas, no tenemos elementos para determinar en qué medida su conducta está condicionada por sus propias características, y qué variaciones pueden presentar frente a la organización de la Clínica médicos con características diferentes.

Lo que sí podemos afirmar es que las características propias del contexto de la Clínica tienden a limitar las posibilidades de que el médico establezca relaciones cercanas con sus pacientes, que abarquen aspectos sociales y emocionales; y que en el caso concreto de nuestro estudio nos encontramos con una relación muy distante, por lo que podemos concluir que las características del contexto institucional de la Unidad tienen un impacto muy fuerte sobre la conducta de los profesionales.

Si pasamos a analizar cuál es la dinámica de interacción de la institución con los pacientes, encontramos por un lado que las condiciones de acceso a la consulta y la consulta misma -largo

⁸.- Ver Capítulo I, pp. 20, 22, 23 y 30 y Capítulo IV, pp. 131, 140 y 141.

tiempo de espera, concentración de los pacientes con la consiguiente sensación de falta de privacidad e intimidad, pocas posibilidades de comunicación con el médico y mínimo espacio para que el paciente sea contemplado como persona en toda su complejidad- tienen como consecuencia no sólo la insatisfacción de los aspectos emocionales involucrados en la relación, sino también, como vimos, altos porcentajes de incompreensión del diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado su posición vulnerable en la institución y su status poco jerarquizado frente al que otorga el servicio, no brinda al paciente ningún tipo de aliciente que permita compensar o tolerar de alguna manera las condiciones en que se otorga la consulta⁹. Todo lo contrario, agudiza la sensación de maltrato y la insatisfacción por la atención recibida. Al igual que en el caso de los médicos, nuevamente encontramos que el camino indirecto por el cual el contexto institucional afecta a la relación acentúa y profundiza las consecuencias del camino directo.

Ante estas condiciones del contexto, que excluyen cualquier tipo de satisfacción por la forma en que se recibe el servicio (aún cuando el paciente puede quedar satisfecho por los resultados del mismo) los pacientes tienden a adoptar, como mencionamos en el capítulo IV, los siguientes tipos de conducta de acuerdo a sus

⁹.- Freidson reporta, como ejemplo de la posibilidad de tolerar las condiciones de la consulta si hay algún otro tipo de estímulo, el testimonio de un paciente que, conciente de que en el servicio médico del seguro esperaba el mismo tiempo que en el consultorio privado, prefería esta segunda opción porque en la primera, además del tiempo, debía esperar en condiciones de saturación y falta de privacidad. (FREIDSON, Eliot. op. cit., p. 61.)

propias características:

1) La conducta adoptada mayoritariamente por los pacientes consiste en mantener una actitud pasiva frente a las condiciones del contexto, aceptando los servicios en los términos señalados por la institución. Son pacientes pertenecientes a un nivel sociocultural bajo, con poca experiencia previa en servicios de salud y por tanto con bajas expectativas sobre los mismos y, sobre todo, son pacientes para los cuales el Seguro constituye la única opción de atención médica. Ante la falta de alternativas, encuentran que deben aceptar sin cuestionamiento el servicio que les prestan.

2) Aquellos pacientes con un nivel socioeconómico más alto, y que tienen un limitado acceso a servicios de salud privados, tienden a utilizar el Seguro como última opción en la atención primaria, y en general para obtener recursos materiales, no atención médica. El hecho de que los que pueden hacerlo prefieran recurrir a otras instancias es un claro indicador del nivel de insatisfacción que genera en los pacientes la organización de la práctica médica en la institución.

3) Por último otra conducta que se presenta en un grupo de pacientes minoritario con características de personalidad más fuerte -que muchas veces coincide con el grupo anterior-, o en el resto de los pacientes ante situaciones extremas, es la que tiende a exigir algo material del Seguro como forma de compensación por el tiempo perdido, por el trato recibido y por la aportación económica dada en las cuotas. Son pacientes que de alguna manera expresan su descontento por las condiciones del servicio, aunque

es muy raro que las quejas se dirijan hacia la forma de organización de los mismos. Esto también está condicionado por el nivel sociocultural de los pacientes, muy probablemente, en pacientes con mayores expectativas sobre la relación, una de las demandas centrales sería el poder elegir a su propio médico, mientras que esta queja está prácticamente ausente en las manifestaciones de los pacientes.

Estas diferencias muestran cómo, dentro de los límites señalados por el contexto, a distintas características pueden corresponder distintas conductas.

Aún así, tal como señalamos en el capítulo IV, los pacientes constituyen un grupo bastante homogéneo y, en términos generales, las conductas que presentan tienen un margen de variación bastante limitado¹⁰. Probablemente otros pacientes serían menos tolerantes con las condiciones del contexto, generándose un nivel de conflicto que incluso podría llegar a obstaculizar el desempeño de la institución; mientras que, en la práctica, las respuestas de los pacientes de la Unidad frente al contexto permiten mantener un nivel de conflicto mínimo, sin amenazar el resultado de las actividades institucionales y sin necesidad de replantear su organización.

Al igual que en el caso de los médicos, los límites a las conductas posibles de los pacientes de la Unidad que impone la institución son bastante estrechos, relegándolos a una posición desfavorable en la relación, con pocas posibilidades de

¹⁰.- Ver capítulo IV, pp. 124-133.

participación activa. Las distintas conductas de los pacientes que mencionamos expresan con mayor o menor grado su insatisfacción frente a estas condiciones, pero no logran modificarlas. La institución tiene también, por tanto, un fuerte impacto sobre el tipo de conducta dominante que van a tener los pacientes en su encuentro con los médicos y, por consiguiente, sobre el resultado general de la relación.

Por otro lado, si pacientes distintos podrían tener una respuesta más problemática desde el punto de vista institucional hacia las condiciones del contexto, tal como mencionamos en el capítulo II la institución tiene un papel importante en la definición de las características de los pacientes, al definir a quién presta los servicios. Por ejemplo, una de las principales determinantes para que los pacientes tiendan a aceptar las condiciones del IMSS es la falta de alternativas de atención, y por otro lado, justamente uno de los objetivos de la institución es brindar atención a la salud a la población trabajadora que de otra manera carecería de este servicio. De la misma manera, señalamos su importancia en la definición de las características de los médicos¹¹.

En ambos casos encontramos problemáticas en la relación que dependen directamente de las características de los participantes. Por ejemplo, señalamos las dificultades de comunicación que implica la diferencia cultural entre médicos y pacientes, la frustración que produce a los médicos con especialidad distinta a Medicina

¹¹.- Ver Capítulo II, pp. 49-50.

Familiar el no poderse dedicar a su área y las consecuencias que ésto tiene para su desempeño, los problemas de calidad de la atención que resultan de la poca vinculación de los médicos de la Unidad con la academia, las dificultades para expresar sus problemas que tienen los pacientes debido a sus escasos conocimientos médicos, etc.

Sin embargo, las características de médicos y pacientes de la clínica difícilmente pueden ser modificadas con el objeto de evitar o solucionar estos problemas de la relación. Actúan como condiciones dadas con las cuales la institución tiene que trabajar y que están implícitas en sus propios objetivos. De hecho, de los tres factores, el que tiene mayores posibilidades de ser modificado para cambiar el resultado de la relación en el caso que analizamos es el contexto institucional.

A pesar de ésto, la institución no propone mecanismo alguno para evitar o minimizar el surgimiento de problemáticas intrínsecas de la relación, o de los conflictos relacionados con las características de los médicos que contrata y de la población a quien dirige sus servicios; por el contrario, la organización de la práctica médica de la Unidad parece beneficiar su aparición.

Como hemos visto, tanto a través del camino directo como del indirecto el contexto institucional limita las posibilidades de acción de los participantes en la relación, excluyendo la posibilidad de que encuentren algún tipo de satisfacción en la misma. Además, quienes reciben directamente todas las quejas y descontento que esta situación genera en los pacientes no son aquellos que deciden sobre la organización institucional; son los

médicos. De la misma manera, quienes reciben las consecuencias del efecto de la organización de la práctica sobre la conducta de los médicos son los pacientes.

De esta forma, el contexto institucional tiende a aumentar la distancia entre médico y paciente, afectando seriamente el resultado de la relación; pero mantiene la estabilidad necesaria para cumplir con sus objetivos de dar servicios de salud a la creciente demanda de atención.

2) Conclusiones

Quizá uno de los problemas centrales de la práctica médica corresponde a las tensiones implícitas en su carácter dual: la práctica médica se constituye, por un lado, del componente científico-técnico y, por otro, del componente "social" que implica el trato con personas.

De alguna manera, el primer componente parece estar básicamente representado en la figura del médico, que tiene un acercamiento objetivo al problema del paciente; mientras que el segundo componente aparece con más fuerza en la figura del paciente, que tiene un acercamiento subjetivo al mismo. En este sentido, un equilibrio entre ambas perspectivas parece ser el ideal a buscar en la relación, mientras que el choque entre ambas su fuente original de conflictos.

Sin embargo, hay cierto consenso entre los autores que abordan el estudio de la relación sobre el hecho de que la burocratización tiende a beneficiar los aspectos técnicos de la medicina,

perjudicando los aspectos emocionales involucrados. En palabras de Mechanic "La burocracia permite un nivel más eficiente y efectivo de la práctica médica y facilita el acceso a los servicios médicos de más gente. (...) El dilema al que nos enfrentamos es que la forma burocrática más apropiada para la organización eficiente del trabajo médico científico no es la mejor para tratar con los aspectos emocionales de la medicina, ni propicia la flexibilidad y sensibilidad tan necesarias en el trato con problemas sociales y emocionales"¹²

Como vemos, cuando se habla de aspectos objetivos los autores se refieren en realidad a dos cosas diferentes. Por un lado, se sostiene que la burocratización beneficia una organización racional de los servicios en términos de que sean utilizados al máximo de sus posibilidades; y por el otro que beneficia la calidad técnica con que se va a realizar este uso. Sin embargo, comúnmente se unifica a ambos aspectos, como si hubiera una conexión intrínseca entre éstos, dado que los dos objetivos suelen ir juntos cuando se plantea la necesidad de burocratizar la práctica médica.

De esta manera, se considera que la burocratización tiende a beneficiar los aspectos objetivos sobre los subjetivos, "desequilibrando" la relación en perjuicio del paciente. Frecuentemente, a partir de este análisis, se deriva la idea de que la institución privilegia entonces a la posición del médico.

Podemos concluir de nuestro estudio que ésto es sólo parcialmente cierto. Es verdad que encontramos altos grados de

¹².- MECHANIC, David. op. cit., p. 170.

insatisfacción en los pacientes como resultado de la burocratización de la práctica médica, pero, si bien se benefician los aspectos relacionados con la optimización del uso de los servicios, ésto no necesariamente significa una mejor calidad de la atención y, menos aún, que se privilegie la posición del médico.

Por el contrario, la burocratización en el IMSS crea un alto grado de insatisfacción en ambos polos de la relación, y ésta es justamente una de las características particulares de la relación médico-paciente en la Clínica.

Una primera conclusión que podemos enunciar entonces es que altos grados de burocratización de la práctica médica no solamente perjudican a la posición del paciente, sino que pueden afectar también a la del médico y generar altos niveles de insatisfacción en este grupo, sin que necesariamente signifique un alto beneficio sobre la calidad técnica del servicio.

Esto se observa claramente en otra de las características particulares de la relación médico-paciente en la Unidad, que consiste en que las quejas centrales de ambos grupos tienden a diferir en alguna medida de las quejas que la literatura sobre el tema reporta como las más típicas y frecuentes. La queja principal de los pacientes no versa sobre la imposibilidad de juzgar al médico, sobre la calidad de la atención médica recibida en términos de la resolución del problema de salud que motivó la consulta, o sobre la dificultad de comprender el lenguaje o las indicaciones del doctor. La queja principal de los pacientes se centra, como vimos, en el mal trato recibido, prácticamente con independencia

de los aspectos técnicos de la relación.

Por otro lado, la queja central de los médicos no gira en torno a la desobediencia de sus prescripciones por parte de los pacientes, al autodiagnóstico, a la falta de cooperación en programas de salud, a las prácticas nocivas a la salud o al gran peso que tienden a dar los pacientes a las advertencias profanas o a sus propias disposiciones personales. De hecho, sólo en un segundo momento las quejas de los médicos de la Clínica tienen como objeto la conducta de los pacientes. Las principales quejas de los médicos de la Unidad se dirigen como hemos visto hacia la institución.

Por tanto, una segunda conclusión que podemos enunciar es que nos encontramos frente a una relación donde la insatisfacción tanto de médicos como de pacientes no se dirige en primer lugar al otro participante de la misma, sino hacia la institución que contextualiza el encuentro.

Como hemos visto esto es en gran medida resultado directo de las condiciones adversas que brinda el contexto, tanto en términos del servicio de Medicina Familiar como del lugar que ocupan médicos y pacientes en la institución, lo que nos ubica en el plano del peso que tiene el contexto institucional para definir el contenido de la relación. En este sentido, la tercera conclusión que obtuvimos como resultado de nuestro análisis es que, al brindar pocas alternativas para las conductas de los participantes de la relación, y dadas las características específicas de los médicos y pacientes de la Unidad, el contexto institucional ocupa un lugar fundamental en la definición de la relación médico-paciente que se

lleva a cabo en la Clínica.

En cuanto al tipo de relación que propone la institución, el contenido que da a la misma, encontramos que, tal como señalamos en el apartado anterior, aún cuando las quejas de médicos y pacientes se dirigen principalmente a la institución, quienes reciben los efectos de la insatisfacción de los pacientes (como exigencias, demandas, conductas agresivas, etc.) son los médicos y, de la misma manera, son los pacientes quienes sufren las consecuencias de la frustración profesional de los médicos (como baja calidad de la atención). Vimos además, como cada una de las limitaciones a la conducta de médicos y pacientes impuestas por el contexto actúan distanciando a los participantes entre sí y obstaculizando su comunicación .

Por lo tanto, nuestra cuarta conclusión es que la organización de la práctica médica que propone el Seguro, tal como se manifiesta en la Unidad, beneficia y fortifica el modelo de relación médico-paciente más "tradicional" dentro de la medicina occidental, alimentando la distancia entre ambos roles basada en su diferencia de conocimientos. Al mismo tiempo retira al médico la posibilidad de realizar las actividades sociales que el médico familiar solía ver como parte integral de su rol, restringiendo sus funciones a las exclusivamente técnicas; y asigna al paciente el lugar de objeto donde el profesional desarrolla sus habilidades, deshumanizando la relación. Las condiciones del contexto tienden así a exacerbar las tensiones intrínsecas de la relación médico-paciente, incitando el enfrentamiento entre ambas racionalidades, y agudizando aquellos problemas que en su origen son independientes

de la organización de la práctica.

Es decir, aún cuando hemos identificado problemas en la relación que se vinculan a las características de los participantes de la misma, tanto dependientes como independientes de su rol, la organización de la práctica médica en la Unidad no sólo no los toma en cuenta para tratar de contrarrestar o minimizar su efecto, sino que parece incrementar su magnitud.

El modelo de atención que propone el Seguro está dado en función de poder cumplir con sus objetivos, y ante la disyuntiva entre satisfacer calidad o cantidad, en que la institución se encuentra atrapada por las limitaciones económicas, opta por privilegiar esta segunda opción. Como consecuencia, la relación se ve afectada a tal grado que las medidas que toma para garantizar un mínimo de calidad en la misma -como la continuidad de la atención- tienen muy poco efecto más allá de la esfera técnica. El modelo de organización de la práctica médica de la Unidad tiene implícito y tolera dentro de su sistema un alto nivel de insatisfacción en médicos y pacientes, como un costo que está dispuesto a pagar para poder hacer frente a las necesidades de la demanda.

Ahora bien, es lícito preguntarnos en qué medida los resultados del análisis de la relación médico-paciente en la UMF N° 19 pueden hacerse extensivos al resto de las Unidades de atención primaria del IMSS, qué tan representativos son los resultados de nuestro trabajo. A esto podemos responder que si bien en cada Clínica pueden presentarse particularidades derivadas de sus características específicas (como tamaño, ubicación, ambiente

de trabajo) dado que comparten el mismo modelo de organización de los servicios, las mismas condiciones institucionales, presupuestos y recursos equivalentes, médicos con características similares y usuarios correspondientes al mismo sector de población, tenemos fuertes bases para suponer que, en términos generales, la relación médico-paciente en las Unidades de atención primaria del IMSS ubicadas en áreas urbanas tienen características similares a las del caso que trabajamos, y que probablemente en las áreas rurales los problemas sean aún mayores.

Si se comprobara esta hipótesis, significaría que la mayor parte de la población del país con acceso a servicios médicos recibe una atención deficiente desde el punto de vista de la relación que se establece con el médico.

La solución que aparece como más obvia y evidente para estos problemas es la asignación de mayores recursos. Sin embargo, hay que cuidarse de verla como una solución inmediata y automática. Más recursos pueden significar mayores estímulos para los médicos, mayor proporción de médicos por pacientes y más tiempo de atención en mejores condiciones. Sin embargo, mayores recursos pueden también beneficiar aspectos técnicos de la medicina sin tomar en cuenta la relación médico-paciente o incluso pueden incrementar la burocratización. La práctica privada brinda claros ejemplos de situaciones en donde mejores condiciones para la atención no significan necesariamente una mayor calidad en la relación, encontrándonos con el mismo tipo de conflictos y problemas que identificamos en la Unidad. Por otro lado, los recursos no pueden evitar por sí solos problemas que se relacionan con cuestiones

independientes de la organización de la práctica, como la diferencia de contexto sociocultural entre médicos y pacientes.

En todo caso, tiene que haber una decisión y un interés institucional por modificar las condiciones de la relación, que distribuya los recursos y organice la práctica médica en función de estos objetivos.

Es en ese sentido que un estudio de caso como el nuestro resulta útil. Nuestro trabajo nos permitió tener un panorama completo de la relación en su conjunto, así como de los distintos elementos y aspectos involucrados en la misma; y comprender a la relación en toda su complejidad. El análisis que realizamos permitió además identificar los distintos problemas que se presentan en la relación médico-paciente de la Unidad y entender cuál es su dinámica y cómo se generan. Esto posibilita distinguir qué aspectos pueden ser solucionados por medio de un cambio institucional, ante qué problemas la institución probablemente se tenga que enfrentar y cómo prevenirlos o manejarlos.

A partir de nuestro análisis podemos proponer algunas sugerencias muy concretas para mejorar la relación, que implican distintos grados de compromiso por parte de la institución, en función de la magnitud de las modificaciones a la organización de la práctica que necesitarían para llevarse a cabo.

En un primer lugar, podemos señalar que, más importantes que las condiciones de la consulta, resultan la situación de médicos y pacientes en la Unidad, ya que hemos señalado ejemplos en donde, bajo circunstancias semejantes, médicos y pacientes con algún otro tipo de aliciente pueden establecer buenas relaciones a pesar de

las condiciones. En este sentido, en el caso de los médicos se pueden proponer distintos caminos para incentivarlos, como facilitar el acceso a los cursos de actualización (eliminando los impedimentos burocráticos); o permitir que periódicamente los médicos familiares tuvieran tiempos de trabajo en otras áreas del IMSS, como en los hospitales, que resulten más estimulantes desde el punto de vista profesional, por medio de un mecanismo que podría tomar como modelo el año sabático de los académicos.

En el caso de los pacientes, habría que idear algún mecanismo en donde su opinión y sus experiencias puedan ser expresadas y tomadas en cuenta, ya que no existe ningún tipo de retroalimentación, ni para los médicos ni para la institución en su conjunto, que provenga de quienes reciben el servicio. El darles un lugar a los pacientes puede modificar su percepción frente a su situación dentro de la institución. De la misma manera, el tener una respuesta de los pacientes puede incentivar a los médicos en el desempeño de su trabajo.

Otra sugerencia es escuchar las propuestas que en este sentido tengan los involucrados. Por ejemplo, intentar una prueba piloto en donde se aumentara la responsabilidad de las asistentes de consultorio, haciendo que asuman algunas de las actividades burocráticas de los médicos, para ver en qué medida una distribución distinta del trabajo entre el personal con que ya se cuenta puede modificar el resultado de la relación. De la misma manera, se puede probar qué ventajas y desventajas tendría sobre el servicio que los pacientes, en vez de tener sólo dos horarios por turno para solicitar consulta, tuvieran cuatro. Probablemente

el tiempo de espera disminuiría considerablemente, así como la sensación de saturación en la cual se desarrollan las actividades de las Clínicas.

Las propuestas que definitivamente tendrían mayor impacto sobre el resultado de la relación, son aquellas que exigen un mayor compromiso y disposición al cambio por parte de la institución. Una primera medida que se podría llevar a cabo sería idear mecanismos que permitan al paciente la libre elección de su médico. Por ejemplo, a través de una lista que contuviera un curriculum de cada uno de los médicos que laboran en las clínicas cercanas a la vivienda del paciente, indicando el consultorio y horario en que atienden. De esta manera los pacientes podrían elegir a su médico en función a sus preferencias personales (como sexo, edad y hasta región de procedencia), de la accesibilidad para transportarse a la clínica y de los comentarios de personas allegadas sobre el tipo de atención que brinda determinado profesional. Al mismo tiempo, esta posibilidad debería complementarse con la oportunidad de cambiar de médico en el momento que el escogido no cumpla con las expectativas del paciente. Obviamente, estas medidas modificarían por completo el lugar del paciente dentro de la institución, dándole una posición mucho más activa.

Como contraparte, se podría instituir un sistema de pagos diferenciados a los médicos, que permita retribuir a cada profesional en función de la calidad del trabajo que está realizando. Un indicador para esta diferenciación sería el número de pacientes adscritos ya que si los pacientes pueden escoger y permanecer libremente con determinado médico, van a tener mayor

demanda aquellos que presten mejor servicio. (Por supuesto, habría que poner un número máximo de pacientes del que está permitido al médico hacerse cargo, para no desvirtualizar la medida). Otros indicadores podrían ser de origen médico, como ver el número de pacientes a los que se han hecho los exámenes de diagnóstico rutinarios. Esta medida sería tanto un incentivo para los médicos, como un reconocimiento a su labor.

El reto sigue siendo encontrar una forma de organización que al mismo tiempo que tenga las ventajas de la burocracia, en el sentido de poder racionalizar los servicios para que lleguen a más gente y con mejor calidad, pueda también garantizar la satisfacción de los aspectos emocionales y sociales que incluye la práctica médica.

Tal como Freidson sostiene "La complejidad de dilemas descubiertos en el análisis de la relación médico-paciente puede hacer parecer la práctica de la medicina como una empresa imposible. Nada de eso, sólo la práctica ideal de la medicina es una empresa imposible. La realidad oscila entre estos dos extremos. La relación médico-paciente y la práctica médica en la cual existe son el resultado de compromisos entre necesidades, demandas y fuerzas en conflicto."¹³

¹³. FREIDSON, Eliot. op. cit., p. 189.

ANEXO 1: GUIA DE OBSERVACION**1.- Condiciones Físicas de Trabajo:**

- Amplitud y organización del espacio
- Equipamiento médico, mobiliario y tecnología
- Ventilación, limpieza, iluminación, clima y ruido ambiental

2.- Rutina de trabajo

- Servicios que presta la clínica
- Organización de su funcionamiento
- Demanda de atención
- Acceso a los servicios
- Personal involucrado
- Burocracia y administración

3.- Actitudes de los pacientes

- Frente a la institución
- Frente al servicio
- Frente a los médicos
- Actitudes antes y después de la consulta (para observar en la sala de espera)
- Interacción al interno de este grupo

4.- Relaciones de Poder

- Relaciones formales. Organización y funcionamiento.
- Relaciones informales. Funcionamiento, importancia y peso. Personas a las que involucra y actividades en las que actúan.
- Sataus y Jerarquías del personal.

5.- Espacios y Formas de Relación

- Formales
- Informales
- Lugares de reunión
- Periodicidad y duración
- Participación
- Organizadores
- Temas abordados en las reuniones

6.- Mecanismos de Información.

- Formales
- Informales
- Efectividad y cobertura de cada tipo
- Contradicciones observables
- Forma de expresión de las inquietudes y necesidades de los médicos
- Forma de expresión de las inquietudes y necesidades de los pacientes
- Respuestas de la institución

7.- Dinámica General de la Clínica

- Estado de ánimo entre las distintas categorías de personal y entre los pacientes
- Relaciones sociales al interno de las distintas categorías del personal, de las diferentes categorías entre sí y de éstas con los pacientes
- Conflictos más frecuentes
- Grados de cooperación
- Orgullo profesional o de grupo
- Entusiasmo e interés
- Hastío, cansancio, tensión, conformismo.

8.- Relación Médico-Paciente

- Grados de comunicación entre ambos
- Satisfacción con la atención
- Preferencias, rechazos, imágenes y concepciones de cada uno de los grupos sobre el otro.

ANEXO 2: GUIA DEL CUESTIONARIO INSTITUCIONAL**1.- Servicios que presta la institución.**

- Organización y funcionamiento de la Unidad (criterios utilizados)
- Relación con otras instancias institucionales

2.- Personal

- Categorías
- Cantidad
- Distribución
- Salerios, prestaciones y horarios
- Organización sindical
- Jerarquías institucionales (por salario y por funciones)

3.- Criterios para el ingreso del personal médico**4.- Actividades educativas, espacios y formas de relación propiciadas por la institución para los médicos**

- Intramuros
- Extramuros

5.- Mecanismos formales de información**6.- Grados de rotación del personal****7.- Demanda de Atención**

- Criterios de ingreso para los pacientes
- Número y tipo de pacientes (sexo, edad)
- Criterios para la asignación de pacientes a cada médico
- Número de pacientes asignados (carga de trabajo)
- Consultas realizadas
- Principales causas de consulta

8.- Problemáticas y necesidades más destacadas de la Unidad

INDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS

CUADRO 1. PERSONAL QUE TRABAJA EN LA UMF Nº 19.....	78
CUADRO 2: SALARIO SEGUN CATEGORIA DEL PERSONAL.....	81
CUADRO 3: ADSCRIPCION DE PACIENTES A CADA CONSULTORIO.....	85
CUADRO 4: CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 INDEPENDIENTES DE SU ROL.....	106
CUADRO 5: CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 DEPENDIENTES DE SU ROL.....	108
CUADRO 6: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y EL RECORDADO POR LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 UN DIA DESPUES (TURNO MAÑANA).....	120
CUADRO 7: COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y EL RECORDADO POR LOS MEDICOS DE LA UMF Nº 19 UN DIA DESPUES (TURNO TARDE).....	121
CUADRO 8: CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES DE LA UMF Nº 19...	127
ESQUEMA 1: MODELO TEORICO DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE.....	52
ESQUEMA 2: ORGANIGRAMA DE LA UMF Nº 19.....	76
ESQUEMA 3: DISTRIBUCION DEL ESPACIO UN LA UMF Nº 19.....	87

BIBLIOGRAFIA:

- BERTON, Allen. "Organizational Measurement and its Bearing on the Study of College Environments", en ETZIONI, Amitai (compilador) Readings on Modern Organizations, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1969.
- BRONFMAN, Mario, H. GUISCAFRE, V. CASTRO, R. CASTRO, G. GUTIERREZ. "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra" en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1988.
- CAPRA, Fritjof. "El Modelo Biomédico" en El Punto Crucial, Barcelona, Integral, 1985. (Traducido del original en inglés The Turning point, Nueva York, Simon & Schuster, 1982.)
- CARO, Guy. La Medicina Impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista, Barcelona, Laia, 1977. (Traducido por Albert Roles del original La Médecine en Question, Paris, François Maspero, 1969.)
- DUSTER, Troy. "Intermediate steps between micro- and macro-integration: the case of screening for inherited disorders" en KNORR-CETINA y CICOUREL, Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro and Macrosociologies, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1981.
- FINALY, William, E. MUTRAN, R. ZEITLER y C. RANDALL. "Queues and Care: How Medical Residents Organize Their Work in a Busy Clinic" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 31 septiembre 1990, pp. 292-305.
- FOUCAULT, Michel. "La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina", conferencia dictada en la Universidad de Sao Pablo, Brasil, mimeo, sin fecha.
- FREIDSON, Eliot. Patient's Views of Medical Practice, New York, Russell Sage Foundation, 1961.
- FREIMAN, Marc. "The Rate of Adoption of New Procedures Among Physicians. The Impact of Specialty and Practice Characteristics" en Medical Care, Vol. 23, Nº 8, agosto, 1985.

- GREENLEY, James y Richard SCHOENHERR, "Organization Effects on Client Satisfaction with Humaneness of Service" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 22, 1981.
- GUISCAFRE, Héctor, O. MUÑOZ, G. PADILLA, R. REYES, E. GONZALEZ, M. BRONFMAN, G. GUTIERREZ. "Evaluación de una estrategia dirigida a los médicos familiares, para incrementar el uso de la hidratación oral y disminuir el de antimicrobianos y dietas restrictivas", en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1988.
- GUTIERREZ, Gonzalo, H. GUISCAFRE, M. BRONFMAN, M. MARTINEZ, G. PADILLA, O. MUÑOZ. "Estrategias para mejorar los patrones terapéuticos utilizados en diarrea aguda en atención médica primaria. I. Metodología y características de las unidades médicas y de la población estudiada" en Archivos de Investigación Médica, México, IMSS, vol. 19, 1988.
- HALL, Judith, Debora ROTER y Cynthia RAND. "Communication of Affect between Patient and Physician" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 22, 1981.
- HEYDEBRAND,, Wolf. Hospital Bureaucracy. A Comparative Study of Organizations, New York, University Press of Cambridge - Dunellen, 1973.
- IMSS. Afiliación. Serie Cuadernos de Orientación, México, IMSS, 1984.
- IMSS. IMSS 1943-1983. Cuarenta años de Historia, México, IMSS, 1983.
- IMSS. Anuario Estadístico de Servicios Médicos 1987, México, IMSS, 1988.
- JELIN, Elizabeth, J.J. LLOVET y S. RAMOS. "Un Estilo de Trabajo: la Investigación Microsocial", documento presentado en el Seminario sobre Problemas de la Integración del Análisis Demográfico en la Investigación Social, PIPSAL, CEDEPLAR, Brasil, del 30 de noviembre al 2 de diciembre de 1982.
- KESSNER, David. "Difussion of New Medical Information" en American Journal of Public Health, vol. 71, Nº 4, 1981.

- KRAUSE, Elliott. Power and Illness. The Political Sociology of Health and Medical Care, New York, Elsevier, 1978.
- LENNARSON GREER, Ann. "Advances in the Study of Diffusion of Innovation in Health Care Organizations", en Milbank Memorial Fund Quarterly, invierno 1977.
- LIPSKY, Michael. Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public Services, New York, Russell Sage Foundation, 1980.
- MECHANICH, David. Medical Sociology. A Selective View, New York, The Free Press, 1968.
- PARSONS, Talcott. "Capítulo X: Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna" en El Sistema Social, Madrid, Revista de occidente, 1966. (Traducido por José Jimenez Blanco y José Cazola Pérez de la tercera edición de la versión original The Social System, New York, The Free Press of Glencoe, 1959.)
- ROEMER, Milton y Jay W. FRIEDMAN. Doctors in Hospital. Medical Staff Organization and Hospital Performance, Estados Unidos, The John Hopkins Press, 1971.
- ROGER, Everett. "Diffusion on Innovations: An Overview" en E. B. Roberts et al. Biomedical Innovation, Cambridge, MIT Press, 1981.
- ROSS, Catherine, Blair WHEATON y Raymond DUFF. "Client Satisfaction and the Organization of Medical Practice: Why Time Counts" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 22, 1981.
- SCRIMSHAW, Susan y Helena HURTADO. Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness, U.S.A., The United Nations University, 1987.
- SEPILLI, Tulio. "La evolución de la relación médico-enfermo" en ALOISI, Massimo et al. Medicina y Sociedad, Barcelona, Editorial Fontanella, 1972. (Traducido al español por Frederic Prieto y Ricard Lobo, del original italiano La medicina e la società contemporanea, Roma, Editori Riuniti, 1968).

SOBERON, Guillermo, Jesus KUMATE y José LAGUNA. La Salud en México: testigos 1988. Tomo 1: Fundamentos del Cambio Estructural, Biblioteca de la Salud, Mexico, Fondo de Cultura Económica-SSA-Instituto Nacional de Salud Pública, 1988.

STROSS, Joeffrey y William HARLAM. "The Dissemination of New Medical Information" en Journal of the American Medical Association, vol. 241, NQ 24, 1979.

TUCKETT, David, Mary BOULTON y Coral OLSON. "A New Approach to the Measurement of Patients' Understanding of What They Are Told in Medical Consultations" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 26, 1985.

VISSING, Yvonne y David KALLEN. "The Clinical Sociologist in Medical Settings", en REBACH, Howard y John BRUHN (compiladores) Handbook of Clinical Sociology, Plenum Press, New York, 1991.

WAITZKIN, Howard. "A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters" en Journal of Health and Social Behavior, vol. 30, junio de 1989, pp. 220-239.

WILSON, Robert. "Patien-Practitioner Relationships", en FREEMAN, Howard; LEVINE, Sol y REEDER, Leo (editores) Handbook of Medical Sociology, Estados Unidos, Prentice-Hall, 1963.