



LAS IMPLICACIONES POLITICAS Y SIMBOLICAS EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA EN EL CONTEXTO DE LA MODERNIZACION INSTITUCIONAL.
ESTUDIO DE CASO DE LOS PROCESOS DE TRABAJO DE LOS MEDICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

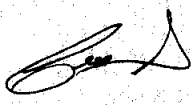
En México, D.F., se presentaron a las 11:00 horas del día 12 del mes de septiembre del año 2007 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. ENRIQUE MODESTO DE LA GARZA TOLEDO
DR. RAUL NIETO CALLEJA
DR. LUIS BERNARDO REYGADAS ROBLES GIL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
DIRECCIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES



Casa abierta al tiempo



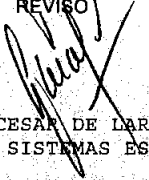
PABLO CAMACHO SERVIN
FIRMA DEL ALUMNO

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de último, se reunieron a la presentación de la Idónea Comunicación de Resultados cuya denominación aparece en el acta, para la obtención del grado de:

MAESTRO EN ESTUDIOS SOCIALES (ESTUDIOS LABORALES)
DE: PABLO CAMACHO SERVIN

y de acuerdo con el artículo 78. Fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

REVISÓ




LIC. JULIO CESAR DE LARA ISASSI
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

Aprobar

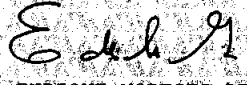
Acto continuo, el presidente del jurado comunicó al interesado el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH




DR. PEDRO CONSTANTINO SOLIS PEREZ

PRESIDENTE




DR. ENRIQUE MODESTO DE LA GARZA TOLEDO

VOCAL



DR. RAUL NIETO CALLEJA

SECRETARIO



DR. LUIS BERNARDO REYGADAS ROBLES GIL

109

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Iztapalapa

Posgrado en Estudios Sociales

**Las implicaciones políticas y simbólicas en el ejercicio de la
profesión médica en el contexto de la modernización
institucional.**

*Estudio de caso de los procesos de trabajo de los médicos de consulta
externa del Instituto Mexicano del Seguro Social*

**Tesis para optar por el grado de Maestría en Estudios Sociales, línea
Estudios Laborales.**

Director de Tesis: Dr. Raúl Nieto Calleja

Alumno: Pablo Camacho Servín



Septiembre, 2007

Para Sol

Agradecimientos

Durante mi proceso de formación en la Maestría tuve la fortuna de contar con importantes profesores con reconocimiento internacional y nacional. A todos ellos y ellas, agradezco la infinita paciencia que tuvieron para explicarme y enseñarme a aprender. No considero pertinente mencionarlos uno a uno, pues sería injusto y no me perdonaría omitir el nombre de alguno de ellos.

Es por eso que prefiero reconocer a todos los integrantes del Posgrado de Estudios Sociales, en el área de concentración de Estudios Laborales, la oportunidad que me brindaron para estar como alumno y poder desarrollar este trabajo.

A mis compañeras y compañeros de clase, también tengo que agradecerles el haberme aceptado. Contar con su apoyo incondicional fue muy importante, gracias a ellos tuve las fuerzas para no flaquear en los momentos más críticos de la Maestría. Todos ellos siempre tuvieron palabras de aliento hacia mi persona. Particularmente debo reconocer a Luis Hernández y Gustavo Garavito todas sus acertadas críticas que me sirvieron para poder culminar esta parte de mi trayectoria académica.

Estaré en deuda con el Dr. Raúl Nieto Calleja, Dr. Luis Reygadas y Dr. Enrique De la Garza por el tiempo que se tomaron para hacerme las observaciones pertinentes en la realización de este trabajo. Del Dr. Raúl Nieto –director de tesis- aprendí a observar para sorprenderme. Al Dr. Luis Reygadas le hago mi más sincero reconocimiento pues siempre me brindó, desinteresadamente, su tiempo y apoyo. Del Dr. De la Garza no sólo fueron valiosas sus palabras para estimularme a continuar lo andado, sino principalmente, haber tenido el privilegio de tomar sus clases.

Al Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) agradezco su respaldo sin el cual no hubiera sido posible la elaboración de esta tesis. Asimismo a la UAM-Iztapalapa por permitirme ser parte de su comunidad.

Para el cumplimiento de esta tarea, tuve el apoyo del personal de salud de la clínica del IMSS en la que realice mi trabajo de

campo, especialmente de los representantes sindicales que me facilitaron el poder acceder a la unidad médica y realizar las entrevistas con los médicos, quienes a pesar de la alta demanda de consulta, me atendieron y brindaron un poco de su limitado tiempo.

Parte fundamental para el cumplimiento de esta responsabilidad es la familia. A mi madre y hermanos les doy las gracias por comprenderme al robarles tiempo que les correspondía. Sin sus exhortaciones hubiera resultado más difícil cumplir.

Finalmente, le agradezco a mi compañera haber estado conmigo en todo el proceso de la maestría. Me congratulo de contar con su respaldo y agudeza para encauzar por buen camino las ideas que de manera desordenada, un servidor, tenía en la cabeza. De ella he aprendido a no dudar. A saber que uno lo puede llegar a lograr, cuando se lo propone.

Como se acostumbra decir en estos casos, muchas personas tuvieron que ver con la realización de este trabajo, pero es exclusiva responsabilidad del autor su contenido, por lo tanto, sus errores. Los aciertos prefiero compartirlos con todos, pues se disfrutaban mejor. Gracias.

Índice	Página
Introducción	1
Relevancia del tema	3
Planteamiento del problema	10
Justificación	19
Objetivo de la tesis	21
Pregunta de investigación	22
Delimitación del objeto de estudio	23
Estrategia metodológica	26
Estructura de la tesis	29
Capítulo I Recursos teóricos y conceptuales	
Introducción	32
El trabajo y sus acepciones	34
El ejercicio de la medicina ¿un trabajo?, ¿de qué tipo?	38
Proceso de trabajo	44
Importancia del Taylorismo sobre el control del proceso de trabajo	47
La división del trabajo: su impacto sobre el proceso de trabajo	58
La tecnología: producto y fuente de las relaciones sociales en el ámbito de trabajo	61
El proceso de trabajo, la división del trabajo y el uso de nuevas tecnologías en el ejercicio profesional del médico	66
Control y poder	64
Construcción simbólica en los espacios de trabajo	79
En resumen	81
Capítulo II Legitimidad social e histórica de las instituciones de salud y de la práctica médica.	
Introducción	90
La práctica médica y el nacimiento de la seguridad social	92
La seguridad social	94
Modernización institucional: principales componentes	109
El ejercicio de la profesión médica	118
Capítulo III Un acercamiento a la consulta médica	
Introducción	156
Una mirada en el ámbito de trabajo	164
Caracterización de la UMF del IMSS	165
El Proceso de trabajo del médico familiar en el ámbito privado	174
Recopilación y análisis de las fuentes secundarias	187
El Contrato Colectivo de Trabajo	187
Guía de Actividades para el Personal de Salud en las Unidades con Medicina Familiar	192
El Proceso de Mejora de Medicina Familiar	195
Conclusiones	207
Bibliografía	220

Introducción

Diversos países del mundo han llevado a cabo reformas en sus sistemas de seguridad social. Básicamente dos son los argumentos para su realización: 1) Hay una transición demográfica y epidemiológica, es decir, cada vez más se incrementa el número de personas de la tercera edad en relación a las nuevas generaciones, provocando, por un lado, que la creciente población de edad avanzada enfrente padecimientos de tipo crónico-degenerativos, y por otro, que las enfermedades de este tipo resultan más caras en su tratamiento y no son curables sino sólo controlables. Así, las instituciones de salud han estado reclamando mayores recursos para atender a este sector de la población, que tiende a incrementarse durante los próximos años; recayendo el cuidado de su salud en las unidades del primer nivel de atención, específicamente en el grupo profesional de médicos familiares de consulta externa. 2) Lo anterior conlleva a que los sistemas de pensión y retiro de los trabajadores enfrenten una fuerte crisis financiera, dado que la expectativa de vida es actualmente mayor, que la que había en décadas pasadas (40s', 50s', 60s'). Por lo tanto, ha sido necesario modificar su marco jurídico, pasando de un esquema de reparto con beneficios definidos y administración pública a otro de contribución individual y administración privada.

Dada la relevancia que el segundo aspecto mencionado tiene para la sociedad, principalmente para los trabajadores que están en activo, así como para aquellos que se siguen incorporando tanto al sector formal como al informal y que carecen de los derechos ofrecidos por la seguridad social, se han elaborado diversos trabajos de corte académico sobre este tema¹. Por el contrario, se le ha puesto poca atención al primer elemento, no se ha indagado lo suficiente acerca de los alcances que tienen tanto los procesos de transición epidemiológica y poblacional, así como los cambios en los procesos de trabajo en el ejercicio profesional del

¹ Véanse las referencias en nota al pie número 4.

Introducción

Diversos países del mundo han llevado a cabo reformas en sus sistemas de seguridad social. Básicamente dos son los argumentos para su realización: 1) Hay una transición demográfica y epidemiológica, es decir, cada vez más se incrementa el número de personas de la tercera edad en relación a las nuevas generaciones, provocando, por un lado, que la creciente población de edad avanzada enfrente padecimientos de tipo crónico-degenerativos, y por otro, que las enfermedades de este tipo resultan más caras en su tratamiento y no son curables sino sólo controlables. Así, las instituciones de salud han estado reclamando mayores recursos para atender a este sector de la población, que tiende a incrementarse durante los próximos años; recayendo el cuidado de su salud en las unidades del primer nivel de atención, específicamente en el grupo profesional de médicos familiares de consulta externa. 2) Lo anterior conlleva a que los sistemas de pensión y retiro de los trabajadores enfrenten una fuerte crisis financiera, dado que la expectativa de vida es actualmente mayor, que la que había en décadas pasadas (40s', 50s', 60s'). Por lo tanto, ha sido necesario modificar su marco jurídico, pasando de un esquema de reparto con beneficios definidos y administración pública a otro de contribución individual y administración privada.

Dada la relevancia que el segundo aspecto mencionado tiene para la sociedad, principalmente para los trabajadores que están en activo, así como para aquellos que se siguen incorporando tanto al sector formal como al informal y que carecen de los derechos ofrecidos por la seguridad social, se han elaborado diversos trabajos de corte académico sobre este tema ¹. Por el contrario, se le ha puesto poca atención al primer elemento, no se ha indagado lo suficiente acerca de los alcances que tienen tanto los procesos de transición epidemiológica y poblacional, así como los cambios en los procesos de trabajo en el ejercicio profesional del

¹ Véanse las referencias en nota al pie número 4.

médico (en consulta externa en el primer nivel de atención), en el marco de la modernización en los sistemas de salud.

El interés de esta investigación se centra en analizar los alcances que tiene la modernización institucional (introducción del expediente electrónico) en la dimensión política (control y poder), en el marco analítico del proceso de trabajo (PT) que se configura cotidianamente en la interacción médico-paciente. Específicamente nos enfocamos en los significados simbólicos.

Para eso nos apoyamos, desde la perspectiva sociológica, en: 1) la teoría de los PT en su dimensión política² y; 2) las tesis del interaccionismo simbólico. La elección de ambas perspectivas responde a que las características del trabajo del médico nos demandan una estrategia metodológica 'suave', es decir, a través de herramientas cualitativas.

Algunos conceptos de importancia en el presente estudio son: control y poder (dimensión política), así como sus respectivas esferas (conocimiento, lenguaje, tiempo, habilidad, cantidad de trabajo, organización del trabajo, por parte del control y el prestigio, la jerarquía, los rituales, la legitimidad y la capacidad de 'curar', como elementos del poder) en los PT. Debemos destacar la importancia que tiene la perspectiva simbólica y sus significados en lo laboral, particularmente en nuestro estudio de caso: el de los médicos familiares.

Al utilizar la teoría de los PT y los conceptos mencionados se intenta evitar trasladarlos acríticamente del sector industrial al de servicios y del *homo faber* al médico profesionalista. Intentamos en todo caso, contribuir en la necesidad de ampliar o construir nuevos conceptos o definiciones que den cuenta de la nueva realidad laboral, en sectores hasta ahora no explorados de manera profunda, al menos desde la perspectiva de los PT con un enfoque sociológico.

² Cabe mencionar que la teoría de los PT ha sido abordada más desde el ámbito del sector industrial y en menor medida en el de servicios.

Relevancia del tema

Para los estudiosos de las ciencias sociales en general y en particular del mundo del trabajo, existe un consenso generalizado de que los países, tanto desarrollados como los menos industrializados, entraron en una crisis de acumulación de capital, por lo que tuvieron necesidad de iniciar un proceso de reestructuración (De la Garza, 2001: 39) que lleva consigo nuevas modalidades de reinserción a la economía internacional.

Estos cambios se concretizan en varios niveles de relaciones sociales establecidas en las sociedades (económicas, políticas, culturales, de trabajo, seguridad social, etcétera) y sus resultados no son los mismos para todas (aunque podemos encontrar regularidades) sino más bien diversos y responden a contextos históricos específicos de cada nación, región, localidad, tipo de empresa (pública, privada), derechos sociales, culturales, etc. Los sujetos sociales juegan un papel fundamental en esta nueva configuración de la realidad, que puede o no institucionalizar nuevas prácticas, y que cambia constantemente, pues son relaciones dinámicas.

La crisis del modelo económico establecido en México desde la década de los cuarenta hasta principios de los ochenta, conocido como sustitución de importaciones, dio paso a un nuevo modelo de producción, caracterizado principalmente por la fuerte participación de las fuerzas del libre mercado para el desarrollo del país. El Estado tiene una participación mínima en la política económica, encargándose, en todo caso, de coadyuvar a mantener los factores macroeconómicos estables. Así mismo, se ha venido ausentando gradualmente de la participación que tenía no sólo como motor de desarrollo en el mercado interno, sino también en su responsabilidad social instaurada en la etapa de la posrevolución. Es el caso, por ejemplo, de no garantizar a cabalidad los derechos individuales y colectivos establecidos en la Constitución. Más específicamente se puede decir que el presupuesto, destinado a cumplir con lo señalado en los

artículos tercero y cuarto constitucional (derecho a la educación y derecho a la protección de la salud respectivamente), es insuficiente para cumplir con los objetivos señalados; así como lo establecido, entre otros, en el artículo 123 referido al derecho al trabajo digno y socialmente útil para toda persona³, así como lo pactado en la fracción XXIX.

Como hemos advertido, la reestructuración productiva impacta en las instituciones públicas, en particular en lo relacionado con la disminución del gasto social. En consecuencia, las instituciones responsables de la seguridad social y del sistema de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SS), etc.) también están sujetas a su transformación para responder a los actuales requerimientos económicos y políticos del país; a la tendencia del mercado laboral. También en materia de salud se presentan nuevos retos como consecuencia de la aparición de enfermedades de tipo crónico-degenerativo debido a la transición epidemiológica y demográfica que vive la sociedad.

Es en este contexto en el que se inserta nuestro tema de investigación. Los servicios de salud no son tan sólo la parte fundamental de la seguridad social sino que han sido uno de los mejores instrumentos que tenemos para el desarrollo de la justicia social de la nación. Sin embargo, al generarse los cambios económicos y productivos, las instituciones de salud (como el IMSS), resienten, tanto la crisis

³ Josefina Morales señala al respecto que: “en el caso mexicano el déficit llegó a representar 16.5% del PIB en 1981 y en los primeros años del gobierno de Vicente Fox se ha fijado la meta de 0.65%, sin contar los llamados requerimientos financieros, lo que en la práctica representa un déficit real del 3.5%. La participación de la inversión pública descendió drásticamente, de representar más de la mitad de la inversión total en pleno auge petrolero a principios de los años ochenta, a contribuir apenas con 16% en el año 2000, lo que ha tenido repercusiones cualitativas al paralizar, de hecho, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura pública, la modernización y ampliación de la planta energética del país y tener en abandono relativo las instalaciones de educación y salud públicas.” Y más adelante afirma que “los gobiernos mexicanos que han seguido la política neoliberal impuesta por los organismos internacionales en la renegociación de la deuda, avanzan en la individualización de la cobertura social y en la privatización de la educación y salud públicas.” Y concluye señalando que “... La década perdida de los años ochenta tuvo una severa contracción del presupuesto público destinado al gasto social en México, el cual descendió, como participación del PIB de 7.6% en 1980 a 6.1% en 1990, el del sector educativo bajo del 3 al 2.5% del PIB en el mismo lapso” (Morales, 2004:93-130).

del modelo económico, como los cambios estructurales promovidos por el Estado, sea en empresas e instituciones públicas o en privadas.

Ante las nuevas modalidades de administración y organización de los servicios de salud, en particular las que se dan en el IMSS, los médicos –actor principal de esta investigación- siguen teniendo una tarea y responsabilidad fundamental en los cambios que se vienen realizando. En el médico recae tanto el mejoramiento y cuidado de la salud de los pacientes que acuden a recibir los servicios del Seguro Social, como la configuración del rostro de la institución ante el usuario y, por lo tanto, los responsables aparentes de las debilidades y limitaciones del sistema asistencial (Gómez, 2004).

En el nivel del modo de organización del trabajo ha prevalecido, aún hasta nuestras fechas, el fordismo-taylorismo; que fue en su momento, la base de la producción y del fortalecimiento del mercado interno que requería de un consumo suficiente. Esto fue posible, entre otras causas, por la amplitud del sector de trabajadores del aparato administrativo estatal y de otras ocupaciones del empleo formal que se fueron generando en el proceso de construcción del Estado moderno. También el modelo de salud se organizó sobre los principios mencionados.

Este modelo ha entrado en una fuerte crisis debido a la falta de crecimiento del empleo formal y a la implementación de políticas de adelgazamiento del aparato público que han afectado, entre otras cuestiones, a las instituciones de seguridad social. Sin embargo, en el modo de organización del trabajo se conservan fuertes rasgos del fordismo-taylorismo con aparición de nuevas propuestas de organización del trabajo dando por resultado procesos híbridos: uso de alta tecnología con combinación en principios tayloristas en el piso de la fábrica, por ejemplo.

La crisis del modelo de desarrollo, basado en políticas de sustitución de importaciones, se manifiesta a partir de los años 70's y se agudiza a principios de los 80's. Como salida a la caída de la productividad, el descenso de la tasa de rentabilidad y la caída del ritmo de acumulación, aparecen en Inglaterra y los Estados Unidos políticas económicas de corte neoliberal que buscan desarticular al Estado benefactor como poder hegemónico de la economía y la sociedad (Paganini, 1992: 18).

Frente a la disminución de la productividad, por consunción de la organización del trabajo basado en principios tayloristas-fordistas, se impulsa como alternativa la reestructuración productiva bajo las primicias conceptuales de flexibilidad en el trabajo como estrategia para aumentar la productividad, la diversidad de mercancías y servicios de calidad para ser competitivos frente a la desregulación de los mercados internacionales y locales.

Dadas esas condiciones, los estudios que se inscriben en el marco de la reestructuración productiva se incrementan en el ámbito académico y por los estudiosos del mundo del trabajo⁴.

Sin embargo, los estudios enmarcados sobre los sistemas de salud y la seguridad social están dirigidos fundamentalmente a analizar la privatización de los sistemas de pensión y jubilación como salida a la crisis financiera de las instituciones de

⁴ México no es la excepción, podemos hallar valiosas investigaciones como las presentadas en el Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo; la serie Reestructuración Empresarial, Democracia, Representatividad y Legitimidad Sindical en México, ambos coordinados por De la Garza; cientos de documentos de trabajo publicados con el apoyo de la Fundación Friedrich Ebert, como el elaborado por Graciela Bensusán y Carlos García: Cambio en las relaciones laborales: Cuatro experiencias en transición; la obra Los Estudios sobre la Cultura Obrera en México, de María Eugenia de la O. y Javier Melgoza; el libro Historia y Cultura Obrera compilado por Victoria Novelo. Y así podríamos enumerar importantes trabajos todos relacionados con la diversidad de temáticas del universo del trabajo. Las investigaciones han abarcado aspectos relevantes relacionados con la política, la economía, la cultura e indudablemente los tratados sobre la educación, la seguridad social y la salud, entre otros. De estos últimos existen trabajos representativos en nuestro país como son: La Seguridad Social en México de Fernando Solís Soberón; La Seguridad Social de Berenice Ramírez; México dentro de las Reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina de Angelina Gutiérrez; Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud de Asa Cristina Laurell y otros como el de Carolina Tetelboin: La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Véase la referencia completa de estas obras en la bibliografía de esta investigación.

salud. Estudios, por cierto, nada privativos de nuestro país, sino que marcan la tendencia internacional.

Por otro lado, muchas de las disertaciones realizadas se han consagrado al sector industrial, y a la eclosión de las maquiladoras, sin que se hayan abandonado las investigaciones orientadas al trabajo en el sector primario, secundario y terciario en los diversos niveles de análisis que ofrecen las propuestas teóricas, tanto clásicas como contemporáneas. Pasando desde las corrientes funcionalistas, estructuralistas hasta las de corte fenomenológico y hermenéutico.

En síntesis cuatro son los criterios por los cuales consideramos que esta investigación resulta relevante:

- 1) Está enfocada al análisis del sector servicios, en particular a una institución de salud (IMSS) y a su columna vertebral: el médico de medicina familiar en consulta externa.
- 2) Los estudios que se han realizado sobre el IMSS, en su gran mayoría abordan las cuestiones del sistema de pensiones y jubilaciones así como las reformas realizadas para modificar su marco jurídico, pasando de un esquema de reparto con beneficios definidos y administración pública a otro de contribución individual y administración privada. En nuestro caso, intentamos enfocarnos en el proceso de trabajo del médico y los cambios que se pueden estar manifestando en la dimensión política, bajo el contexto de modernización institucional.

Es decir, han privado estudios en los que se privilegian las macroestructuras sobre los individuos, aquí buscamos por el contrario, privilegiar lo micro aunque restringido por las normas y reglas, por lo tanto, no negamos las grandes estructuras, pero, consideramos que éstas no determinan al sujeto. Como menciona Giddens: “una estructura social es

constituida por el obrar humano, y al mismo tiempo es el medio mismo de esta constitución. Las estructuras no deben conceptualizarse si impusieran simplemente constreñimientos al obrar humano, sino en tanto son habilitadoras... la estructura es constituida por una acción, y recíprocamente... una acción es constituida estructuralmente” (Giddens, 2001).

- 3) Para hablar del proceso del trabajo del médico requerimos de la interacción de dos sujetos en el mismo espacio y tiempo, es ahí donde entran en juego diversas estrategias y formas simbólicas para que se cumplan los objetivos institucionales. Están presentes pues, la institución, el médico, el usuario y el entramado que se conforma por la presencia de reglas, normas, discernimientos, relaciones afectivas o no, recursos de poder, toma de decisiones, consensos, conflictos, etcétera.

Como lo definen las tesis del interaccionismo simbólico, la interacción es el proceso en el que se desarrolla, y al mismo tiempo, se expresa la capacidad de pensamiento. Todos los tipos de interacción, no sólo la que se presenta durante la socialización, refinan nuestra capacidad para pensar. Por otra parte, el pensamiento configura el proceso de interacción. Asimismo, en casi toda interacción, los actores han de tener en consideración otros actores y decidir un curso de acción adecuado.

Es importante señalar aquí la distinción que hizo Blumer (siguiendo a Mead) entre dos formas básicas de interacción social. La primera, la interacción no simbólica –la conversación de gestos de Mead- no necesariamente implica pensamiento. La segunda, la interacción simbólica, requiere un proceso mental. (Ritzer, 2000: 239) A esta última forma es a la que recurrimos en nuestro trabajo cuando hacemos referencia a la necesidad que tiene el médico en su trabajo de entrar en interacción con otro individuo, en este caso el usuario o paciente.

En pocas palabras aceptaremos la definición del interaccionismo simbólico como los procesos de interacción (acciones sociales que se caracterizan por una orientación inmediatamente recíproca de expectativas entre quienes participan en tales eventos).

- 4) Por último, nos parece importante realizar este tipo de estudios pues las tendencias demográficas, epidemiológicas y del mercado laboral conforman un cuadro complejo para las instituciones de salud, como el IMSS que atiende a casi la mitad de la población mexicana: 44 960 509 usuarios derechohabientes adscritos, más 10 049 350 de los servicios de IMSS-Oportunidades a comunidades marginadas. Según datos del IMSS del 2005, y que según las proyecciones elaboradas por expertos, la población aumentará su esperanza de vida, pero muchos mexicanos padeciendo enfermedades crónico-degenerativas que no son curables, son más costosas y demandan mayor atención médica, en particular en el primer nivel de atención. Así, consideramos que existe una contradicción entre las políticas aplicadas por el gobierno vía la institución: mientras que por un lado busca otorgar servicios de salud de calidad a un mayor número de mexicanos, por el otro, despliega estrategias que sirven para racionalizar los recursos económicos disponibles; recayendo en los trabajadores de la salud la responsabilidad de cumplir con el compromiso social que les ha sido asignado por la Constitución Mexicana, pero en condiciones poco favorables.

Es importante mencionar que más allá del marco jurídico que señala las responsabilidades legales del IMSS, existe una legitimidad de la sociedad hacia la institución como responsable del cuidado de la salud, la cual es producto de nuestra historia (se percibe a la seguridad social y al IMSS como resultado de la lucha revolucionaria de 1910 y por tanto una conquista del pueblo) y una carga simbólica y moral sobre los médicos producto de la génesis de su profesión, como responsables directos de 'curar' al enfermo.

Es evidente que el sector de trabajadores que tiene que ver, primordialmente, con la atención a la salud es el grupo de los médicos familiares ubicados en el primer nivel de atención. Pues en ese nivel se atienden y resuelven el 85% de problemas de salud de la población usuaria, además de ser el primer contacto que tiene el 'enfermo' con la institución y en particular con el médico.

Planteamiento del problema

Las instituciones del sistema de salud en el país se constituyeron dentro del llamado Estado benefactor. Este sistema se desarrolló de manera segmentada lo cual provocó que cada institución tuviera funciones normativas y presupuestarias independientes, pero sobre todo, diferentes sectores de población para su atención.

La cobertura de la seguridad social fue promovida por el Estado benefactor ante las necesidades reales de salud de los trabajadores. Sin embargo, el sistema se fue desplegando bajo condiciones de burocratismo, duplicidad e inadecuada utilización de sus recursos, que fueron cada vez menos capaces de atender con calidad y eficiencia los acelerados y radicales cambios que la reestructuración productiva, la organización del trabajo y la redistribución del ingreso, provocan en el perfil epidemiológico y demográfico de la población (Gutiérrez, 2002; 79).

Sin embargo, el sistema de salud desde los años cuarenta ha tenido considerables avances en beneficio de la población. El caso del IMSS (véase cuadro número 1) es una muestra de los beneficios que ha tenido para un sector importante de trabajadores y sus familias; principalmente por el aumento de los servicios brindados en el primer nivel de atención.

Como puede observarse (cuadro 1), y a pesar de que en algunos años (2003, 2004) disminuye la población atendida, la tendencia de consultas otorgadas ha ido

en aumento, en beneficio de los mexicanos asegurados por el IMSS. En un día típico se otorgan 281 854 consultas de medicina familiar⁵.

Por otro lado y aunque no contamos con datos de las primeras décadas de la institución, sí podemos observar, cuadro 2, que los recursos humanos, en el caso de los médicos familiares, se ha incrementado, pero éstos no han sido los suficientes para aminorar la demanda de consulta.

Así, mientras que en los años de 1993 al año 2000, el porcentaje de crecimiento de médicos fue de un 8.3%, el de personas atendidas fue de 16%. Lo que significa que casi se duplicó la demanda de trabajo, para los médicos familiares en el respectivo periodo.

Cuadro 1.
Personas atendidas en consulta externa
1944-2005

Años	Consulta externa
	Personas atendidas
1944	1 120 650
1950	5 995 185
1960	15 748 755
1970	37 428 240
1980	56 568 047
1990	78 694 007
1993	86 156 999
2000	107 396 892
2001	108 131 357
2002	107 799 651
2003	103 765 866
2004	103 123 814
2005	105 909 258

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la memoria IMSS, 2005.

Cabe señalar que el número de médicos especialistas se incrementó notablemente aún cuando es en el primer nivel de atención en el que se resuelven

⁵ Esta información se localiza en la página Web del portal del IMSS: <http://www.imss.gob>.

los problemas de salud de la población total del IMSS, (85% según datos de la institución).

En síntesis, podemos decir que no obstante los beneficios que aportaron los servicios de salud hacia la población en casi cuarenta años de desarrollo y de ampliación de su cobertura, en la década de los ochenta el impacto de la crisis económica puso al descubierto las limitaciones del IMSS, cuestionándose su estructura y funcionamiento burocrático.

A pesar de que continuaba sumando a amplias capas de la población trabajadora tanto del sector formal como del informal (esta última a través de decretos presidenciales), el esquema de las primas de cotización no fue modificado, lo que contribuyó, entre otros factores, a la agudización de sus desequilibrios financieros, en casi todos sus ramos de aseguramiento, pero fuertemente en el seguro de enfermedades y maternidad⁶.

Cuadro 2.
Recursos humanos del área médica 1993-2004

Categoría/año	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2004
Total*	44,224	47,420	48,818	50,927	55,842	55,183	55,376
Médico familiar	11,892	12,062	12,307	12,790	13,488	13,560	13,763
Médico especialista	13,178	14,075	14,552	15,464	16,767	17,160	18,038

Fuente. Elaboración propia con base en los datos de la memoria IMSS 2004.

*El total de médicos considera la suma de los médicos clasificados como: generales; especialistas en servicio; en unidades médicas en servicio y; en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Nosotros sólo mostramos los médicos familiares y especialistas debido a que en nuestro trabajo tienen un significado importante. El primero de ellos se desempeña en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) mientras que el segundo lo podemos hallar en los hospitales del tercer nivel de atención.

El análisis del IMSS lo ubicamos dentro de la reestructuración productiva, los cambios en el ámbito del trabajo y la crisis del Estado benefactor. Aunado a la incapacidad del mercado para absorber fuerza de trabajo, incrementar los

⁶ Véase al respecto (2004) *El IMSS y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores*, coordinado por Arturo Pacheco Espejel.

ingresos y generar empleos estables. Todo esto obliga al IMSS a su reestructuración y modernización.

El seguro social es la institución que está vinculada al sector formal del empleo, por lo que al verse afectado este sector de trabajadores, la institución se ve trastornada financieramente. Paralelamente los topes salariales, vía los acuerdos de productividad, también afectan los ingresos financieros del IMSS.

La reestructuración del IMSS se vuelve apremiante para continuar cumpliendo con su función social, sin embargo ahora es imperioso usar en forma eficiente los recursos humanos, materiales, equipo médico y re-organizar sus recursos económicos. Para ello se han llevado a cabo, paulatinamente, una serie de reformas a su marco jurídico (modificaciones a la Ley del Seguro Social (LSS) y sus leyes reglamentarias, como el reglamento de organización interna ROI, son un ejemplo claro) que se han concretado en dos líneas principalmente: a) La reestructuración financiera, y b) la reestructuración organizativa (Gutiérrez: 143).

Para lograr la modernización, la institución gestionó un préstamo de 700 millones de dólares al Banco Mundial, según consta en el documento *'Proyecto de Reforma en el IMSS'*, de estos recursos 579.70 estaban destinados para el subproyecto médico-financiero el cual se define como "... la incorporación de nuevas políticas de separación de servicios y del financiamiento, adecuando para ello los procedimientos tradicionales de presupuestación y de subrogación integral, que propicie una elevación de la calidad, una mayor cobertura y un equipamiento de las unidades médicas".

La reforma en seguridad social tiene como rasgos comunes, en la mayoría de los países que la han llevado a cabo, la separación y privatización de los seguros de pensiones de aquellos propiamente vinculados a la salud⁷.

⁷ Para una mejor comprensión de los seguros o ramos de aseguramiento véase el cuadro 3.

Por su parte, el *Programa de Reforma en Salud* promovido por el Ejecutivo Federal, buscó ampliar la cobertura de las instituciones de salud tanto para la población abierta como para la derechohabiente, fortaleciendo el primer nivel de atención; impulsando la descentralización de sus servicios y; reestructurando las instituciones para obtener una mayor equilibrio, en la eficacia y calidad de los servicios en 'beneficio' de los usuarios.

Para responder a esas estrategias, el IMSS modificó su marco regulatorio, y ha buscado asumir novedosas maneras de organizar los procesos de trabajo a través de la entrada de la tecnología informática, la preparación del personal para el uso adecuado de dichos instrumentos y descentralizando las funciones de nivel central para trasladar la toma de decisiones a nivel local.

Las medidas que empezaron a tomar, dada la insuficiencia de recursos económicos para su funcionamiento, fueron las tendientes a racionalizar la prestación de los servicios de salud (Tamez, 2000: 473), repercutiendo en la falta de recursos económicos y materiales, tanto en los usuarios como en los trabajadores del sector salud.

Con estas transformaciones el objetivo es tratar de contar con una institución sana financieramente y eficiente en sus servicios, para que dé respuesta a las necesidades de salud, creadas por la reorganización de la estructura productiva del país en la que se expresan viejas y nuevas formas de organización del trabajo.

Los mencionados cambios afectan directamente a los trabajadores encargados de otorgar los servicios de salud, pues el incremento de la atención médica, producto de las crisis económicas recurrentes en el país, provoca que sea en ellos donde recaiga el exceso de demanda. Esta sobredemanda incrementa el tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta, pero paradójicamente, también se

presenta una disminución de tiempo en la consulta, aunado al agotamiento de medicamentos y de material básico para ofrecer el servicio.

El impulso de una nueva cultura laboral sustentada en la corresponsabilidad del funcionamiento institucional, como fue el caso de la campaña impulsada por las autoridades en el sentido de que los trabajadores se 'pusieran la camiseta'; donde también se involucra al usuario en el cuidado de su salud, tiene como objetivos alcanzar una mayor rentabilidad en el manejo de sus recursos, la utilización óptima de la infraestructura y desarrollar sistemas de información dinámicos que sirvan para la toma de decisiones y estimular el desarrollo integral de sus recursos humanos para mejorar sus procesos de atención, entre otros aspectos (Gutiérrez :156) son puestos en acción.

Al revisar el *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994* encontramos que la prioridad para las instituciones públicas deberá sujetarse a un profundo proceso de modernización estructural y centrarse en los ámbitos estratégicos prioritarios de la economía para desempeñar con eficacia sus funciones.

Lo que es llamado por las autoridades del IMSS, como la "modernización" de la institución, la podemos enmarcar desde el año de 1995⁸ -fecha en que por primera vez se hizo público un diagnóstico de la 'crítica' situación del seguro social, de la necesidad de llevar adelante cambios para transformarla y fortalecerla financieramente; en consecuencia poder ofrecer servicios médicos de mejor calidad-, hasta nuestros días.

⁸ Pueden revisarse las reformas a la ley del seguro social, principalmente la de 1995, la de diciembre del 2001 y la aprobada más recientemente en agosto del 2004.

Cuadro 3

Esquema básico que muestra la separación de los seguros de pensiones de los propiamente vinculados a la salud

Ramos de aseguramiento	LSS hasta antes de 1995	Reforma a la LSS de 1995 (entró en vigor en julio de 1997)
Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte (IVCM)	Administrado por el IMSS	Se divide y las cuotas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez serán administradas por las Afores, mientras que las de invalidez y vida por el IMSS
Enfermedades y Maternidad (EM)	Administrado por el IMSS (de aquí se financia la operación de las Unidades de Medicina Familiar (UMF))	Permanece igual aunque cambian las primas (este ramo de aseguramiento es el que costea entre otras cosas las prestaciones médicas y económicas) aparece un nuevo ramo de aseguramiento para adultos mayores
Accidentes de trabajo	Recauda y administra el IMSS	Recauda el IMSS aunque cuando se llegan a requerir los gastos de una incapacidad total permanente el trabajador tiene que recurrir a la contratación de una Afore-sifore.
Guarderías	Administra el IMSS	Ahora estos ramos se financian juntos.
Prestaciones sociales	Administra el IMSS	

Fuente: Elaboración propia con base en las reformas a la LSS

Bajo ese objetivo, en el IMSS se han venido estableciendo algunos programas en los distintos niveles de atención médica con los que cuenta y los cuales están organizados de la siguiente manera:

- 1508 Unidades de medicina familiar (primer nivel)
- 225 Hospitales generales de zona (segundo nivel)
- 38 Hospitales de especialidades (tercer nivel)

De las 1508 unidades de medicina familiar, 978 son UMF, el resto corresponde ya sea a UMF con hospitalización, Unidades Médicas Rural de Esquema Modificado o, a Unidades Auxiliares de Medicina Familiar.

Brevemente podemos señalar que como parte de la modernización institucional, en las unidades de primer nivel se está realizando el programa *“Proceso de Mejora de Medicina Familiar”* (PMMF) el cual consiste en cambios organizacionales en los procesos de trabajo e implementación en los consultorios médicos, de un sistema de información en red a través de equipo computacional.

En el caso del segundo nivel se está llevando a cabo la descentralización de servicios administrativos y financieros y se ha estado desarrollando el programa *“Áreas Médicas de Gestión Desconcentradas”* (AMGDs). Por último, se expidió recientemente las modificaciones al reglamento de organización interna en el IMSS dando lugar en el tercer nivel, a lo que ahora se conoce como *“Unidades Médicas de Alta Especialidad”* (UMAES)⁹.

En el proceso de modernización llevado a cabo por el IMSS en los tres niveles de atención a la salud, la parte sindical ha participado solamente en las modificaciones implementadas en el primer nivel de atención (PMMF).

Así, producto del diagnóstico de 1995, el IMSS inició todo un proceso de modernización¹⁰. En el primer nivel de atención se trata de que se reviertan los siguientes problemas detectados:

- largas esperas para recibir consulta;
- diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico;
- falta de medicamentos;
- escasez y obsolescencia de equipos e insumos para su adecuado funcionamiento;

⁹ Cada uno de estos programas se puede consultar en la página web del IMSS <http://www.imss.gob.mx>.

¹⁰ El diagnóstico de los problemas detectados en el IMSS también lo podemos encontrar en el documento *Proyecto de Reforma del IMSS* de enero de 1998, el cual sirvió para comprometer a la institución para acceder al financiamiento del Banco Mundial por la cantidad de 700 millones de dólares.

- falta de motivación del personal;
- despersonalización en la relación médico-paciente;
- insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas.

En dicho diagnóstico se apela a la necesidad de reorganizar el funcionamiento de las unidades de medicina familiar y dotarlas de equipo automático, que permita disminuir las actividades de carácter administrativo al personal del área médica; de tal manera que éste dedique mucho mayor tiempo a la relación directa con el usuario.

Frente a estos cambios institucionales en los procesos de trabajo, a través de la introducción de la tecnología informática en la consulta externa; nos interesa examinar hasta dónde dichas transformaciones trastocan el control y el poder en el ámbito de sus significaciones simbólicas que se constituyen en la interacción médico-paciente y, analizar si los alcances de dichos cambios, más bien tienen como 'intencionalidad' exponer al médico a una mayor intensidad de trabajo efectivo, en detrimento de su profesión.

Considerando que será en los trabajadores de la salud donde finalmente recaerá la demanda de consulta, el problema de la atención médica -que hoy se da a millones de mexicanos- con la transición demográfica se agudizará en el corto plazo, siendo los médicos un sector clave para encontrar posibles salidas.

En esta investigación, aspiramos a señalar algunos indicadores que pudieran dar muestra del cambio que conlleva el rol del médico en nuestras sociedades, pues su papel se está transformando lentamente. Es decir, podemos proyectar como hipótesis que hay una des-institucionalización del rol tradicional de ambos (relación médico-paciente), de la cual desconocemos cuál pudiera ser el camino que tome en el futuro inmediato.

Justificación

¿Por qué planteamos que los cambios en el ejercicio profesional del médico, vía modificaciones en el proceso de trabajo a través de la incorporación de la tecnología informática puede representar un problema? Porque el trabajo profesional del médico no sólo es un asunto biológico, sino que implica una relación socio-cultural; y en términos macro representa intereses tanto políticos (legitimidad ante la sociedad) como económicos (suficiencia de recursos) relevantes para el Estado.

Es importante volver a subrayar que el trabajo del médico sólo se puede llevar a cabo en interacción con otro(s) sujeto(s) (el cual llamamos en este trabajo: paciente, usuario, derechohabiente o 'enfermo'). La salud como responsabilidad social, implica una serie de medidas para lograr los objetivos planteados; pero, desde un enfoque económico involucra un razonamiento distinto. El individualismo es un factor que cobra relevancia desde esta perspectiva, pues el sujeto debe responsabilizarse de su propia salud y no la sociedad.

Michel Foucault, al realizar un análisis del desarrollo de la medicina francesa de fines del siglo XVIII, observa la emergencia de dos tendencias distintas en la práctica médica –lo que él llama la medicina de especie y la medicina de espacios sociales-. La primera se refiere al énfasis puesto por la medicina occidental en la clasificación de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento de los pacientes y la búsqueda de curas. El cuerpo humano se convierte en objeto de estudio y observación para que los procesos psicológicos puedan desmitificarse y se sometan al control médico. Los médicos perfeccionan el llamado 'ojo clínico', se permiten la observación y percepción de las funciones corporales y las disfunciones dentro de un marco normalizado de referencia. Se establecen clínicas tanto para tratar a los pacientes como para formar a médicos.

El espacio para la práctica médica se convierte en el medio óptimo para que los médicos puedan ejercer la autoridad y el control sobre sus pacientes, dado que son ellos los que tienen la máxima jerarquía en la medicina y, por lo tanto, en los centros hospitalarios.

En cambio, la medicina de los espacios sociales trataba no tanto de curar enfermedades sino de la prevención de las mismas. Esto supone más participación gubernamental en la regulación de la vida diaria, especialmente en la higiene pública. La salud del cuerpo humano también se convierte en objeto de regulación por los médicos y las autoridades como normas sociales que se han de cumplir para una conducta sana. La enfermedad ya no se consideraba algo fuera de los límites del conocimiento, sino un objeto que había que estudiar y abordar científicamente (Cockerham, 2002: 4-5).

Por lo tanto, el ejercicio de la profesión médica implica, tanto la aplicación de técnicas médicas como una relación socio-cultural. Las dos expresiones se presentan juntas en el momento de la interacción salud-enfermedad (médico-paciente). Una no excluye a la otra, son complementarias. De la primera podemos mencionar como ejemplo la exploración clínica para detectar el padecimiento; la aceptación y legitimación del médico con la capacidad de 'curar' es una expresión del segundo elemento.

Frente a qué prácticas médicas estamos siendo testigos. ¿Sigue siendo la clínica el entorno óptimo para que el médico pueda seguir ejerciendo la autoridad y el control sobre sus pacientes? Debemos hallar esta respuesta analizando los cambios que se van implementando en el proceso de trabajo del médico. Sin duda, algunas respuestas las hallaremos en el interior de las paredes de la clínica, otras por el contrario, tendrán que ver con el marco de las políticas públicas y de salud.

Si pensamos el problema de la salud, como exclusivamente biológico, la respuesta esperaríamos que la tenga la ciencia; sin embargo, la salud obedece más a un entorno social, es decir, nos referiremos entonces a las condiciones de vida reales, como la pobreza o el hacinamiento de la gente. Si es así, y la población busca 'solución' a los problemas de su salud con el profesional de la medicina, es decir, el médico, entonces debemos analizar si esta relación está transformándose y que nuevos significados van configurándose.

Pero esta proposición requiere del análisis de aprender el ejercicio médico como un trabajo, el cual, al igual que muchos otros, está sometido a presiones dentro de la lógica del capital. Lo trascendente es, entonces, incrementar la productividad, no importando que el producto final sean tornillos o pacientes. Para el capital no hay distinción, el enfoque que priva en la sociedad es el económico y la salud entra en la lógica del mercado, la relación médico-paciente puede sustituirse por la relación proveedor-consumidor o más correctamente proveedor-cliente.

Desde una mirada micro buscamos analizar cómo se constituye la relación médico-paciente a partir del análisis del proceso de trabajo del médico y cómo, en ese proceso, está presente el entramado de relaciones del control y el poder (dimensión política) y los significados simbólicos que refuerzan y legitiman el estatus de dicha profesión. Pero, que al implementarse cambios, vía la introducción de tecnología informática, dicho entramado puede reconfigurarse en otro sentido.

Objetivo de la tesis

Tratando de rescatar los factores substanciales para hacer plausibles nuestros objetivos tanto de tipo general como específicos. Los principales ejes temáticos que hemos resaltado son:

- Procesos de trabajo del médico familiar.
- Control y poder en el ámbito de trabajo.
- Construcción de significados simbólicos en los procesos de trabajo.

Así pues, de la relación de dichos ejes rectores nuestros objetivos son:

1. Analizar el proceso de trabajo del médico, identificando sus principales características, relacionadas con las dimensiones políticas y simbólicas.
2. Examinar las normas, reglas formales e informales, en el grupo de trabajadores de nuestro interés; así como los programas y componentes de modernización en las unidades de medicina familiar, referidas principalmente al quehacer profesional del médico en consulta externa.
3. Desentrañar el papel que cumplen los factores simbólicos en el control del proceso de trabajo del médico familiar y en el poder que ejerce éste sobre el usuario.

Pregunta de investigación

La pregunta que guía esta investigación es:

¿Cuáles son los alcances en los cambios realizados en el proceso de trabajo del médico familiar en consulta externa, a partir de la modernización institucional (introducción de la tecnología informática); en el nivel político (poder-control) y el simbólico (construcción de significados), considerando que el proceso de trabajo del médico requiere como mínimo de la interacción de dos sujetos: médico-paciente?

Delimitación del objeto de estudio

El IMSS tiene una de las infraestructuras más amplias del país, su funcionalidad es una de las más complejas, cuenta con unidades médicas que atienden a los pacientes en sus tres niveles de atención, ya mencionados, y están distribuidas en todo el territorio nacional.

En el caso de las unidades médicas del primer nivel de atención, el IMSS cuenta en toda la república con 1,508 unidades de las cuales 978 son unidades de medicina familiar. Las UMF, también conocidas como clínicas, pueden tener desde 1 hasta 40 consultorios. Algunas de ellas cuentan además con el servicio de urgencias o atención continua.

La unidad de medicina familiar en la que realizamos nuestro estudio, es una de las que cuentan con más consultorios (37) y se encuentra enclavada en una zona socioeconómica de la ciudad media-baja (iztapalapa), según la tienen catalogada las autoridades institucionales.

Podemos apreciar, en el cuadro 4, que en el Distrito Federal se concentran 110 unidades médicas de primer nivel de atención, pero que son 40 las que entran dentro de la categoría de UMF.

Según los propios datos de la institución, véase cuadro 5, el número de consultas otorgadas tanto a nivel nacional como en el caso de las delegaciones 3 y 4 del Distrito Federal, muestra un comportamiento irregular, aunque con algunas tendencias que podríamos marcar. De dichos datos podemos sugerir dos interpretaciones 1) hay un mayor control sanitario sobre la población usuaria y por lo tanto éstos recurren menos a las unidades del IMSS o bien; 2) hay un menor número de empleos formales por lo que miles de trabajadores se han quedado sin derecho a los servicios de salud.

Por el tamaño de la institución, como lo demuestran los datos de las tablas presentadas, sería imposible para nosotros querer abarcar su universo. Esto no es posible por múltiples cuestiones, por lo tanto la investigación la realizamos en una de las UMF de la zona sur. Debemos aclarar que las delegaciones tres y cuatro acaban de unificarse quedando solamente con el nombre de delegación Sur del DF, sin embargo, aún mantienen la estructura operativa con la que funcionaban antes de su fusión.

Cuadro 4
Unidades médicas en servicio. Primer nivel de atención 2005

Delegación	UMF	UMFH	UMRM	Subtotal	Unid. Aux. de MF	Total
Total nacional	978	96	3	1077	431	1508
DF Norte	20	0	0	20	51	71
DF Sur	20	0	0	20	19	39

UMF: Unidad de Medicina Familiar; UMFH: Unidad de Medicina Familiar con Hospitalización; UMRM: Unidad Médica Rural "Esquema Modificado"; Unid. Aux. de Med. Fam: Unidades Auxiliares de Medicina Familiar

Fuente: Elaboración propia con base en Información Estadística en Salud IMSS. 2005.

Nuestro estudio de caso lo llevamos a cabo en una de las clínicas que reunió ciertas características (accesibilidad y uso del expediente electrónico), principalmente que fue una de las siete unidades consideradas como 'piloto' para introducir los primeros cambios del proyecto de modernización denominado PMMF.

Tenemos que considerar que por si misma, una UMF tiene varias áreas de trabajo (dependen de su tamaño y de los servicios con los que cuente) cada una de ellas con sus propios procesos de trabajo, de ahí su complejidad. En el caso de esta investigación, se consideró exclusivamente el servicio de consulta externa o de medicina familiar.

Cabe señalar que existen limitaciones tanto de recursos humanos, económicos y principalmente de tiempo, para pretender analizar los servicios complementarios y auxiliares al médico familiar, pues cada uno de ellos cuenta con su propia norma,

reglamento, y manual de procedimientos. Es por esta razón que nos abocamos sólo al servicio de consulta de medicina familiar de una clínica.

Cuadro 5
Servicios médicos proporcionados: consulta por delegación 2000-2005

Delegación/ Año	Consultas de medicina familiar					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
total nacional	71,395,081	71,548,199	70,499,553	67,156,645	66,259,119	68,341,156
Suroeste 3	2,202,466	2,237,036	2,137,844	2,074,848	2,113,194	2,174,952
Sureste 4	2,547,475	2,518,378	2,470,580	2,375,030	2,361,336	2,256,237

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la memoria IMSS, 2005

El organigrama estructural, cuadro 6, de una unidad de medicina familiar de 10 y más consultorios cuenta con las siguientes áreas de trabajo:

Cuadro 6
Áreas de trabajo de una Unidad de Medicina Familiar

Dirección		
Atención y orientación al DH	Información médica y archivo clínico	Jefatura de educación e investigación en salud
Subdirección de medicina familiar		
Jefatura de medicina familiar	Administración	
Consulta de medicina familiar	Personal	
Consulta de dental	Servicios generales	
Urgencias/ atención médica continua	Conservación	
Enfermería	Abastecimientos	
Trabajo social médico	Finanzas	
Nutrición y dietética	Control de prestaciones	
Laboratorio clínico	Afilación vigencia de derechos	
Radiodiagnóstico e imagenología	Prestaciones económicas	
Rehabilitación		
Medicina preventiva		
Salud en el trabajo		

Fuente: Elaboración propia con base en la información institucional proporcionada

Estrategia metodológica

En la investigación se utilizan datos de tipo cualitativo. Se recurrió a la entrevista semiestructurada como instrumento de indagación. Asimismo, se hizo recolección y análisis de las fuentes secundarias utilizadas, como son los documentos oficiales de la institución que nos arrojaron información sobre los procesos de modernización de las UMF en general, y de los procesos de trabajo del médico en lo particular, como son las normas, reglamentos, profesigramas de actividades. Asimismo, se realizó observación no participante en la UMF estudiada.

Ahora bien, es necesario puntualizar que realizamos una investigación de tipo cualitativo porque buscamos poner énfasis en la 'visión' de los actores, además de considerar el contexto en el que se inserta nuestro sujeto, centrándonos en el significado que le dan los actores a las relaciones sociales¹¹ en el ámbito del trabajo. Por otro lado, la investigación de tipo cuantitativo sólo nos hubiera llevado a asignar números a las observaciones cualitativas. Que en este caso, sólo hubieran producido datos al contar y 'medir' cosas. Las cosas medidas pueden ser individuos, grupos, sociedades enteras, actos de lenguaje¹².

Pero lo que intentamos fundamentalmente, fue poder tener acceso al mundo de la vida de otras personas en breve tiempo. Esto incluyó motivos, significados, emociones y otros aspectos subjetivos de las vidas de los individuos y de los grupos¹³ y esto sólo lo podemos obtener a partir de los métodos cualitativos.

Por su parte, la entrevista considerada como una técnica o instrumento de la investigación cualitativa, nos permite generar un conocimiento sistemático sobre el

¹¹ Vela, Peón Fortino. (2001) "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa" en María Luisa Tarrés (coord) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Colmex/FLACSO, México. Pág. 63.

¹² Schwartz, Howard y Jerry Jacobs. (1984) "Métodos cualitativos y métodos cuantitativos, dos enfoques a la sociología" en *Sociología cualitativa*. Ed. Trillas México. Pág. 20.

¹³ Idem. Pág. 22.

mundo social¹⁴. Por lo tanto, ésta es concebida como una interacción en la que hay un entrevistado que transmite información, y un entrevistador que la recibe, y entre ellos existe un proceso de intercambio simbólico que retroalimenta este proceso¹⁵.

El autor Vela Peón Fortino, nos menciona que esta técnica tiene como cualquier otra, debilidades y fortalezas o como él les llama limitaciones y riquezas. De las primeras, señala que no siempre puede afirmarse con plena seguridad el descubrimiento de los aspectos claves que conduzcan a un conocimiento generalizable y de las segundas destaca que en ella confluyen las experiencias, sentimientos, subjetividades e interpretaciones que cada persona hace de su vida y de la vida social, fenómeno por naturaleza multidimensional¹⁶.

Profundizando sobre el tópico de las entrevistas es importante comentar que hay varios tipos de ellas, puede adoptar una serie interminable de formas diferentes desde la más común, la entrevista individual hablada, hasta la entrevista en grupo, o las desarrolladas por correo o teléfono, de forma estructurada y controlada o libre (...) puede reducirse a un breve intercambio de pocos minutos o acaparar sesiones y días¹⁷.

En nuestro caso optamos por el tipo de entrevistas semiestructuradas ya que como lo dice Bernard Russel (citado por Peón, 2001) es de gran utilidad en situaciones en las que no existen buenas oportunidades para entrevistar a las personas que tienen poco tiempo o que están acostumbradas a usar eficientemente su tiempo¹⁸. Hay que resaltar que en la entrevista semiestructurada el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema particular, y le

¹⁴ Vela, Peón Fortino. (op. cit.). Pág. 67.

¹⁵ Idem. Pág. 66.

¹⁶ Idem. Pág. 68.

¹⁷ Ruiz Olabuenagua, José Ignacio. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao, Colmex. España. Pág. 167.

¹⁸ Vela, Peón Fortino. (2001) "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa" en María Luisa Tarrés (ccord) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Colmex/FLACSO, México. Pág. 76.

proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión¹⁹.

El trabajo de campo que realizamos implicó recopilación de la información documental que nos proporcionaría información sobre el PMMF y algunos datos que dieran cuenta de los procesos de trabajo del médico familiar. En el caso de las entrevistas se realizaron 17 entrevistas en total: siete entrevistas semiestructuradas formales y tres de tipo informal a médicos familiares en activo; una entrevista formal con el jefe de departamento clínico, una de carácter informal con el responsable del PMMF del departamento de prestaciones médicas de nivel central, tres a derechohabientes de la propia unidad de medicina familiar en estudio y dos a médicos jubilados. Las entrevistas se nos proporcionaron con la salvedad de garantizarles el anonimato, de tal manera que por eso decidimos no investigar sus datos personales.

En cuanto a la decisión de realizar un estudio de caso, esto responde a que concebimos este tipo de disertaciones como uno de los métodos básicos de investigación en las ciencias sociales²⁰. Sobre todo cuando nuestro universo es tan amplio y el tiempo que se tiene para la realización de la tesis es limitado.

A pesar de que el debate en torno a los estudios de casos, continua entre los especialistas del tema, nosotros asumimos que lo que haría específico un estudio de caso, más que radicar en una forma especial de reunir información y sistematizarla con fines de investigación social, es mantener la unidad del todo, el esfuerzo por no perder el carácter unitario de la entidad que está siendo estudiada (un individuo, una organización, una cultura, etcétera). El estudio de caso es el estudio de lo particular²¹.

¹⁹ Idem. Pp. 76-77.

²⁰ Gundermann, Kroll Hans. (2001) "El método de los estudios de caso" en *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. María Luisa Tarrés (coordinadora) Colmex, Flacso. México pág. 257.

²¹ Idem. Pág. 256.

Así, el estudio de caso además de su especificidad tiene un doble propósito, el conocimiento global u holístico del caso que se estudia y este conocimiento adquiere su más pleno sentido en función de objetivos prácticos y de generalización de conocimientos²².

Para concluir con estas precisiones metodológicas, debemos señalar que buscamos analizar, a partir de los cambios en la organización del trabajo vía la introducción de la tecnología informática, la incidencia que tuvieron estos en el control del proceso de trabajo del médico familiar. Por lo tanto, el desafío es tratar de comprender dos momentos, uno antes y otro después de los cambios de lo que se ha llamado la modernización institucional (esencialmente de la consulta médica), lo que nos lleva a concluir que el estudio de un caso puede entenderse como un estudio comparativo cuando el diseño de investigación considera el análisis de la misma entidad en al menos dos momentos del tiempo²³.

Por último y no por eso menor, retomamos la definición de rol de Erving Goffman, aclarando que, dado que este trabajo está enfocado a la parte del proceso de trabajo en su dimensión política, no entramos al debate de las distintas posiciones teóricas sobre el concepto de rol, por lo que consentimos entender en Goffman el rol social, mejor dicho, los muchos roles sociales en los que el individuo está inmerso, desde los institucionales y profesionales a los ligados a la más ordinaria cotidianidad, representando los muchos rostros de un yo, que no existe de por sí, sino tan sólo en sus representaciones (Ussel, 2005: 12-13).

Estructura de la tesis

Esta tesis está estructurada de una manera convencional, seguramente la investigación podrá leerse de diversas maneras y se encontrará su sentido sólo cuando se haya revisado en su totalidad.

²² *Idem*. Pág. 260.

²³ *Idem*. pp. 257-258.

Dado que la sociología de los procesos de trabajo, tiene almacenado un importante número de investigaciones desde el sector industrial con su correspondiente obrero de cuello azul, nosotros decidimos partir de esas teorías y definiciones, con la finalidad de utilizar las herramientas conceptuales que nos ayudaron a construir nuestras acepciones, así éstas sean muy elementales. De ahí que el primer capítulo esté dedicado a repasar brevemente el estado de arte en que se encontraba, en los años sesenta y setenta, el debate sobre la teoría de alcance medio: proceso de trabajo en su dimensión política. Si esto es así, es porque en dicha década entraron en crisis los paradigmas que ponían el énfasis en las estructuras macro sociales y surgían trabajos muy importantes que articulaban lo micro y lo macro con énfasis en el sujeto, sin olvidarse de lo macro.

El segundo capítulo, da cuenta del proceso histórico de las instituciones de seguridad social, así como de la génesis de la profesión del médico y sus prácticas hegemónicas. El objetivo es mostrar cómo uno y otro (institución y médico) lograron legitimarse ante la sociedad, generando que pudieran ejercer su autoridad en el ámbito social, pero fundamentalmente en el espacio clínico, reforzando dicho poder, a través de las significaciones que le dan los sujetos, a la representación de los roles instituidos por los centros de salud.

La presentación del trabajo de campo, así como las evidencias encontradas en la realización de las entrevistas, forman parte del tercer capítulo. La complejidad de una unidad médica, así como la de los procesos de trabajo del médico, constituyen parte del mismo, sin dejar de lado, el análisis de la observación sistemática del ritual construido en la interacción del médico con el paciente.

Terminamos finalmente con las conclusiones que nos llaman a la reflexión y que pueden ser debatibles, si logramos que sea así, habremos avanzado en nuestro objetivo. Por otro lado, no será nada difícil sacar nuevas líneas de investigación de los resultados encontrados o, sobre todo, profundizar y mejorar el trabajo aquí

presentado. Pues seguramente, como todo trabajo de investigación, siempre podrá ser enriquecido, sobre todo con la lectura y las críticas que se le hagan a éste.

Vale la pena mencionar por último, que el trabajo de campo se realizó fundamentalmente con los médicos que laboran en el turno vespertino y, en menor medida, con los del turno matutino. Además de que tuvimos la posibilidad de entrevistar a médicos jubilados, en activo y jefes de servicio. Seguramente muchas afirmaciones valiosas, dichas por los médicos, no están reflejadas en este trabajo, pero era necesario que nos delimitáramos al objetivo de la tesis, para no perdernos en la multiplicidad de aristas que se pueden encontrar en la realización de las entrevistas, aún cuando éstas hayan sido semiestructuradas.

Capítulo I

Recursos teóricos y conceptuales

Introducción

Para el análisis del ejercicio profesional del médico abordamos la teoría considerada de alcance medio: proceso de trabajo (PT) en el nivel político (control-poder) con sus respectivas dimensiones y las tesis del interaccionismo simbólico.

La investigación y los estudios que han dado cuerpo al PT, versan principalmente sobre el sector industrial o fabril; aunque existen obras sobre los sectores primarios y terciarios, es, el secundario, en el que los investigadores han hecho mayor énfasis.

Así, al recapitular algunas obras de autores que han estudiado los procesos de trabajo en su dimensión política, buscamos no el traslado mecánico ni acrítico de los conceptos del mundo fabril al de servicios, sino por el contrario, buscamos examinarlos a la luz del análisis del quehacer del médico, dadas las particulares características de la profesión de éste último.

Partimos de la revisión de algunas de las principales teorías y conceptos del proceso de trabajo en el cual, dicho proceso, en su nivel abstracto es útil al análisis de cualquier estudio que analice los procedimientos de la producción, independientemente del sector al que nos enfoquemos, es decir, la realización de un trabajo -concebido como construcción social del hombre-, ha tenido y tendrá como elemento común: un procedimiento, una forma de ejecutar el trabajo. La especificidad de éste, en el correr de la historia, lo encontraremos 1) en función del sector que estudiemos; 2) de la manera en que los hombres se han organizado para participar en él y; 3) de la forma en cómo se han adueñado de su producto final.

No se trata de hacer en este trabajo una revisión de los modos de producción precapitalistas es, en el seno de la sociedad capitalista, donde hallaremos las obras de los autores que han dado cuenta de la relevancia de los procesos de trabajo. Como sabemos, los estudios realizados sobre el tema, nos han mostrado que existen varios niveles desde los que se le puede abordar (tecnológico, organizacional, económico, etc.). Será la dimensión política (poder-control) y simbólica (construcción de significados) la que centralizará nuestra atención. Dichas dimensiones se encuentran imbricadas en la realidad concreta en el mundo del trabajo -no siendo éstas las únicas-.

Por lo tanto, es sólo en la reflexión analítica donde podemos estudiar la diversidad de dimensiones. En este ejercicio, no privilegiamos a alguno de los autores ni teorías consideradas, pues del debate que se ha dado sobre este tema, podemos encontrar elementos de utilidad en estudios que se han realizado desde el siglo XIX, aunque para algunos autores contemporáneos sus aportaciones puedan estar superadas.

El punto de partida en esta inspección es el del concepto de trabajo, dado que desde ahí podemos empezar a encontrar rasgos para analizar la profesión del médico. Como hemos mencionado, la mayoría de los estudios que revisamos se realizaron a partir del siglo XIX, y muchos de ellos se enmarcan, por la importancia que tuvieron en el desarrollo de las sociedades, en el sector industrial junto a su *homo faber*.

Es sólo, hasta hace unas cuantas décadas, cuando ha empezado a incrementarse el interés sobre el sector servicios, debido a su constante crecimiento en relación al industrial, así como su importancia en el desarrollo económico, político, social y cultural en los países del orbe.

Una vez realizada la revisión sobre el concepto de trabajo, abordamos los estudios que se han realizado sobre los procesos de trabajo en las dimensiones mencionadas, reflexionándolas en divergencia y convergencia con nuestro objeto de estudio. No con la intención de aplicar el método hipotético-deductivo, sino para problematizar los conocimientos vigentes; con la finalidad, de advertir la necesidad de construir distintos conceptos o ampliar los ya existentes para que den cuenta de las nuevas realidades que se presentan en el mundo del trabajo, de tal manera que sean de utilidad en la comprensión de sectores con especificidades no muy estudiadas, por lo menos, desde la perspectiva de la sociología del trabajo²⁴.

En resumen, esta revisión parte de la definición del concepto de trabajo y en particular de su proceso en la vertiente política: control y poder (en sus respectivas dimensiones). Este será el marco analítico en el que observaremos si se han dado los cambios a nivel simbólico y de significados, en el ejercicio profesional del médico (interacción medico-paciente), en el contexto de la modernización institucional.

El trabajo y sus acepciones

Carlos Marx es uno de los principales autores que analizó con gran lucidez el trabajo y sus diferentes procesos. Para este autor, que sigue sirviendo de base para muchas investigaciones, el trabajo es un proceso entre la naturaleza y el hombre, siendo éste último quien realiza, regula y controla dicho proceso (Marx, 1995: 130; Friedmann, 1997: 14).

Para la teoría clásica la importancia del concepto de trabajo, radica en analizarlo como creador de valor en la que destaca el proceso de producción y no tanto la circulación y el consumo (De la Garza, 2000: 17). Para otros (Colson) el trabajo es

²⁴ La sociología del trabajo es definida como el estudio de todas las colectividades humanas que se constituyen con motivo del trabajo (Friedmann y Naville, 1997: 28).

el empleo que el hombre hace de sus fuerzas físicas y morales para la producción de riquezas o de servicios (Friedmann: 13).

Este último autor, al analizar las aportaciones de varios intelectuales en relación al trabajo y su significado, encuentra que, a mediados del siglo XIX, la definición que podría destacarse es la de considerar el trabajo como el conjunto de acciones que el hombre ejerce, con un fin práctico, con la ayuda de su cerebro, de sus manos, de instrumentos o de máquinas, sobre la materia, acciones que, a su vez, reaccionan sobre el hombre, lo modifican (Friedmann: 14).

En una acepción más amplia, el trabajo es una actividad humana que requiere de supuestos básicos para que se pueda efectuar. Así, siendo la humanidad de naturaleza eminentemente social -al encontrarse en constante relación con otros semejantes- esto es lo que hace posible su vocación a transformar y dominar la naturaleza, produciendo bienes y servicios necesarios para satisfacer los requerimientos de conservación y de reproducción de la especie (Neffa, 1982: 18).

Una de las características fundamentales del trabajo humano y que no escapa a nadie, es que éste puede producir bienes y servicios en una cantidad mayor que los que el trabajador requiere para reconstituir su fuerza de trabajo y la de su familia (Neffa: 20). Siendo el capitalista el que se adueña del excedente.

De manera más esquemática, el significado del trabajo puede abordarse desde la perspectiva hermenéutica y objetivista en la teoría social. La primera se refiere a la transformación de la naturaleza por el hombre, para satisfacer necesidades humanas en las que el trabajo es construido culturalmente y de acuerdo con *relaciones de poder; mientras que la segunda es la actividad que transforma de manera consciente a la naturaleza y al hombre mismo, independientemente de cómo sea valorado por la sociedad* (De la Garza: 16).

Con el tiempo, el papel del trabajo en la historia ha tenido diferentes significados. Sin embargo, el trabajo como actividad es objetivo-subjetivo, dado que tiene componentes objetivos (crea riqueza) con distintas valoraciones sociales; pero, también es un desgaste de energía humana en la que utiliza determinados instrumentos sobre un objeto de trabajo. Es decir, hay componentes objetivos, como la energía, junto a otros subjetivos. Como dice Marx, el trabajo humano existe dos veces: una idealmente, como proyecto en la mente, y otra como actividad concreta (De la Garza: 16).

El trabajo puede ser acción cuando se nutre de una disciplina libremente consentida, como lo es a veces el del artista que realiza una obra de gran aliento, sin ser presionado por la necesidad (Friedmann: 16). Para fines del siglo XX el trabajo ha tendido a variar debido a los cambios que se han observado en las sociedades a lo largo de la historia, lejos está el *homo faber* que analizaron los autores clásicos.

Debemos considerar que para la definición del concepto de trabajo, no es suficiente con la relación hombre-naturaleza y la transformación y el dominio de ésta última por el primero; los distintos enfoques nos obligan a una más amplia conceptualización del trabajo. Se requiere una propuesta que reúna los distintos enfoques desde los que se le puede abordar como son: (Friedmann: 18-21).

- ↓ El técnico
- ↓ El fisiológico
- ↓ Como una actividad moral o psíquica
- ↓ Como un fenómeno social, donde existen grupos (formales e informales) y
- ↓ Concebirlo como una realidad económica

Podríamos seguir encontrando definiciones del trabajo, sin embargo, este no es el punto medular en la investigación²⁵. Aquí, simplemente buscamos apreciar que las

²⁵ Existen obras que pueden ser buenas opciones para examinar la definición y la génesis del concepto de trabajo, por ejemplo, se puede consultar el documento de Castillo S. (1996), *El trabajo a través de la historia*; también está la obra de De la Garza (2000) *El papel del concepto de trabajo en la teoría social del siglo XX*;

primeras definiciones del trabajo estaban mediadas –principalmente- por las actividades de carácter industrial, al ser éstas las que explicaban el fenómeno del desarrollo del capitalismo. Para Marx no todos los trabajos eran productivos. El ‘trabajo productivo’ es aquel que se ejecuta para hacer posible la autoexpansión del capital y el mantenimiento de su valor pasado. Es el trabajo creador de plusvalía para el capitalista. Por el contrario, el ‘trabajo improductivo’ no se cambia por capital, sino por ingresos. Esos servicios son ‘improductivos’ desde el punto de vista del capitalista, porque no aumentan la plusvalía y por consiguiente porque no aumentan el capital social total (Neffa: 22).

Es interesante el hecho de que cuando Marx pensaba en el ‘trabajo improductivo’ tuviera muy en mente al sector de servicios. En efecto, los ejemplos que cita corresponden en su mayor parte a actividades artísticas, intelectuales, de enseñanza, médicas, etc., empero, en la época en que *El Capital* fue escrito, el trabajo inmaterial no merecía ser motivo de demasiada atención para un análisis del capitalismo, en tanto la producción arquetípica correspondía a la industria manufacturera. Actualmente, por el contrario, la situación parece invertirse, o al menos transformarse lo suficiente como para que el trabajo inmaterial aparezca como un factor ineludible al analizar el modelo productivo adoptado en los últimos años (Fazio, 2006: 46).

Nos bastará por admitir, por el momento, que en la actualidad estamos obligados a reconocer que el concepto de trabajo clásico, debe ser analizado a la luz de las transformaciones que operan en nuestros contextos, por la diversidad de actividades que han aparecido y que no responden a las definiciones tradicionales, sin que por esto hayan perdido su valor heurístico.

Por lo tanto, si hoy encontramos una multiplicidad de sujetos que realizan diversidad de actividades laborales, más allá de las típicas en la industria, es

desde una perspectiva antropológica se puede consultar a Pablo Palenzuela (1995) *Las culturas del trabajo*; entre otros.

preciso tener un concepto de trabajo ampliado y ya no restringido. Es por eso que el trabajo, además de ser una actividad transformadora de la naturaleza, es también creador o circulador de riqueza y de objetos que satisfacen necesidades humanas, sean éstas materiales o inmateriales. El trabajo puede tener un sustrato objetivo pero es también construcción social, es por lo tanto objetivo y subjetivo. Frente a la historia compleja del concepto de trabajo, es mejor reivindicar su contenido multidimensional, y reconocer que el trabajo no es sólo el industrial, ni el asalariado, que no es sólo el trabajo del obrero sino el de todos los niveles organizacionales (De la Garza: 32-33).

Ante lo expuesto, debemos realizar una primera reflexión sobre el ejercicio profesional del médico en contraste con otro tipo de actividades, de tal manera que podamos conocer las particularidades de aquél; aunque debemos apuntar que sobre este tópico ahondaremos en los capítulos II y III.

El ejercicio de la medicina ¿un trabajo?, ¿de qué tipo?

Primero que nada debemos advertir que particularmente cuando estemos hablando del ejercicio profesional del médico, nos estaremos refiriendo, salvo los casos en que lo hagamos explícito, al médico con la especialidad en medicina familiar que labora en las Unidades de Medicina Familiar en consulta externa del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hecha esta mención, pasemos a tratar de referir los principales rasgos laborales de este profesionista.

Algunas de las características del trabajo del médico en nuestra actual sociedad son: que éste es considerado como un servicio que se ofrece a través de una institución pública o privada; su objetivo es 'curar al enfermo' o, en su caso prevenir algún tipo de enfermedad; por lo tanto, su trabajo implica necesariamente realizarlo 'cara a cara' con otro individuo (paciente); los medios que requiere para desempeñar su trabajo son equipo médico y principalmente la utilización de los sentidos, como son el tacto, la vista, el oído y en menor medida el olfato y el gusto,

pero sobre todo, requiere de la aplicación del conocimiento aprendido durante el proceso educativo y la práctica adquirida con la experiencia de los años en el ejercicio de la medicina. El trabajo del médico es, por tanto, objetivo y subjetivo.

Ahora bien, existen diferencias básicas cuando el servicio o el otorgamiento de la consulta, se otorga a través de una institución privada o pública, de las cuales hablaremos más adelante. En el caso del médico familiar en consulta externa, que es el asunto que estamos analizando, la consulta se da a través de una institución pública (IMSS), que en nuestro país es el principal monopolio de salud.

Este monopolio, es resultado del impulso que le dio el Estado cuando éste asumió la seguridad social y la salud en particular como responsabilidad colectiva. La infraestructura institucional tuvo un crecimiento casi paralelo al surgimiento de las grandes ciudades que se desarrollaron al amparo del campo.

Al hacerse el Estado responsable de los sistemas de salud, el médico encontró un espacio importante donde ejercer su labor, pudo no sólo tener un trabajo e ingresos seguros, sino también encontró un espacio muy importante en el que logró desarrollar, hasta la fecha, la investigación y la formación profesional generando así el conocimiento en la medicina, siendo éste un rasgo particular de la profesión.

Pero al mismo tiempo que el médico pudo beneficiarse de un mayor desarrollo profesional, dadas las características de la institución a la cual ingresó a laborar, también tuvo que aceptar una serie de pautas burocráticas para el otorgamiento de la consulta. Es decir, la organización o el procedimiento para ejecutar su trabajo están regidos por reglas y normas institucionales a las cuales el médico se tuvo que alinear.

Este asunto no es menor, dado que la profesión del médico antes del surgimiento de las instituciones de salud se caracterizaba por las habilidades individuales de

dichos profesionistas; una vez que se funda el IMSS, los médicos homogeneizan criterios para el procedimiento laboral, al mismo tiempo que se restringen las dosis de los fármacos (a través del cuadro básico de medicamentos) para los distintos padecimientos de los derechohabientes.

Es decir, encontramos una ambivalencia en la profesión médica al institucionalizarse sus prácticas, por un lado encuentra un trabajo que le garantiza certidumbre económica y posibilidad de desarrollo profesional al contar con un 'campo' de investigación sumamente amplio, pero por el otro, asume que la organización y las habilidades personales se tendrán que someter a pautas, normas y reglas instituidas.

Sin embargo, en términos generales podemos afirmar, que cualquiera que sea la modalidad de la prestación del servicio (institución pública o privada), el común denominador es que la interacción del médico con otro sujeto es imprescindible para el ejercicio de la medicina. Hay el otorgamiento de un servicio en el que, en términos concretos, no se produce un valor nuevo o incrementado, como sucede en el sector industrial, podríamos en todo caso considerar como hipótesis que el médico 'repara' la fuerza de trabajo que crea la riqueza.

Luego entonces, el trabajo del médico en una institución pública, ciertamente podemos considerarlo como 'improductivo' en términos de Marx, sin embargo, al analizar el sistema capitalista en su totalidad, la labor de este sector es fundamental, tanto para tener en condiciones aceptables a los obreros y su familia (futuros obreros) para incrementar la productividad y con esto la autoexpansión del capital, como para generar una relativa legitimidad social del sistema imperante al presentar a las instituciones de salud como responsabilidad estatal, en beneficio de los trabajadores.

Sin ahondar en el tema, en el caso de las instituciones privadas de salud sí observamos el proceso de ganancia, pues en éstas encontramos un capital

invertido (por un particular), tanto en personal como en recursos y materiales de trabajo. Su objetivo es atender los problemas de salud bajo la característica que se pague según el padecimiento, cosa que no es aplicable en el servicio público, en el que encontramos también un capital invertido, pero a diferencia de aquel, los recursos provenientes son aportaciones del Estado, de trabajadores y de los patrones. De este tema podremos seguir profundizando a lo largo de la investigación.

Estas son algunas de las primeras características del ejercicio de la profesión del médico, sin embargo, no se agotan ahí, más adelante añadiremos algunas otras cuestiones y también especificaremos las implicaciones que tiene el lugar donde desempeña su labor, es decir, profundizaremos las consecuencias de trabajar en una institución pública.

¿Podemos considerar la actividad del médico como un trabajo?, sin duda la respuesta a esta interrogante es afirmativa, pues el médico presta un servicio a cambio de un salario, independientemente de que ese servicio produzca o no una plusvalía. Es decir, este profesionista 'vende' su fuerza de trabajo (físico e intelectual) al igual que 'cualquier' obrero.

El médico del IMSS no tiene concretamente 'un patrón', como en algunas empresas los podríamos ubicar físicamente, sin embargo, el director de la institución o de las unidades del sistema 'representan' a la autoridad, quien es la persona encargada de vigilar el cumplimiento del trabajo médico, con base en las normas y reglamentos especificados, siempre vigilando que se utilicen correctamente los recursos disponibles. Pero éste no es el dueño de las unidades médicas, ni el paga sus salarios. Todos los recursos disponibles son otorgados por el Estado y éstos provienen de las cuotas que se les aplica a los trabajadores del sector formal, así como a los patrones debidamente establecidos.

Pero, regresando a nuestro tema central, la mayoría de los estudios realizados, decíamos, están enfocados al trabajo industrial; por lo tanto, la construcción del concepto y su referente era con base en el sector industrial y relativamente en el de servicios. Nosotros abordaremos el trabajo del médico desde una perspectiva en la que lo simbólico tiene implicaciones importantes por los significados que se constituyen en el ámbito del trabajo, pues éstos tienen una relevancia en la aceptación de la profesión del médico.

Si el trabajo es un proceso entre la naturaleza y el hombre y, asumimos que el hombre es un producto de la naturaleza, entonces, el ejercicio médico es un trabajo. Sin embargo, más allá de este juego de palabras, lo que hace particular el trabajo del médico, a diferencia de otras actividades que se realizan 'cara a cara' - como por ejemplo, la práctica profesional de un maestro con sus alumnos; o todas aquellas actividades laborales que requieren, en el mismo espacio y tiempo, de la presencia tanto del productor directo del servicio como del consumidor-, es que el 'objeto' de trabajo del médico es un sujeto y más específicamente, es el cuerpo de ese sujeto con el que el médico interactúa.

Los autores clásicos (Adam Smith y David Ricardo) y Marx dieron poca importancia al trabajo en los servicios, aunque sí lo registraron. Para Marx el trabajo productivo como creador de plusvalía era el que debía destacarse, sin embargo, sabía que podía haber servicios productivos, como el trabajo de actuar en un teatro, en el que se los analiza como particularidades (comprimen producción y circulación de la mercancía, y la mercancía es la actividad misma que se produce, distribuye y consume al mismo tiempo) del trabajo asalariado que no son muy relevantes en el conjunto de la creación de valores (De la Garza: 18).

¿Cómo podríamos ubicar el trabajo del médico? El ejercicio de la profesión médica ¿es un servicio productivo, en los términos de Marx?, no necesariamente, pero por el momento podemos señalar que la labor del médico requiere para realizarse, de la presencia física de otro individuo que presente algún tipo de enfermedad o que

busque prevenir alguna. El médico, a través de su conocimiento en medicina explora, diagnóstica, detecta el padecimiento y otorga, por lo general un fármaco, para que el paciente o 'enfermo' pueda restablecer su estado de salud. Si el servicio ofrecido, es por parte de un médico particular, este cobrará sus honorarios que podrán variar en función del padecimiento; en cambio si el médico presta sus servicios en una institución pública, éste recibirá un salario fijo independientemente del padecimiento a tratar.

Además, como hemos mencionado, el financiamiento de las instituciones de salud para que el médico desempeñe su labor, se produce con las contribuciones del Estado, los patrones y los propios trabajadores que son asegurados una vez que forman parte del empleo formal. Estas instancias, que aportan sus cuotas, no recuperan sus ingresos ni los incrementan, por lo menos en términos monetarios, sino que sólo les permite tener el derecho a recibir el servicio médico en caso de enfrentar un infortunio, tanto para el propio trabajador como para sus familiares directos. Por otro lado, las cuotas que aportan individualmente son muy inferiores al costo real de los gastos que implican los servicios médicos.

Debemos destacar e insistir que inevitablemente para realizar su trabajo, el médico necesita de otro individuo. No hay ejercicio de la profesión médica sin otro sujeto, (que comúnmente llamamos paciente o 'enfermo') se da lo que algunos autores han llamado una co-producción del servicio. ¿El trabajo del médico es 'improductivo' porque no aumenta la plusvalía y, en consecuencia, el capital social total?, ¿Podemos considerar el trabajo del médico como 'trabajo inmaterial'? entendido éste último, como una etapa de la economía posmodernizada, regida cada vez más por los servicios y la información, es decir, por el trabajo inmaterial (Fazio: 43).

Para responder a estas interrogantes es necesario contar con más elementos empíricos que hallaremos en los apartados siguientes. Por ahora pasemos a

nuestro principal propósito, que sin duda nos dará pistas para resolver cuestiones como las que acabamos de apuntar. Nos referimos al tema del proceso de trabajo.

Proceso de trabajo

El concepto de proceso de trabajo nos permite comprender el entramado de relaciones que se construyen al interior de las organizaciones laborales. En el caso de nuestra investigación, la unidad de análisis es muy compleja (unidad de medicina familiar) ya que al interior de la organización podemos encontrar diferentes y fragmentados procesos de trabajo (médicos, administrativos, enfermería, laboratorio, radiodiagnóstico, etc.) que sólo cumplen, y tienen coherencia, con su contenido u objetivos, cuando se analizan en conjunto.

En *El Capital*, es Carlos Marx quien vuelve a proponernos componentes básicos para la definición del proceso de trabajo, para este autor los factores simples que intervienen son: la actividad adecuada a un fin, su objeto y sus medios (Marx: 131). El autor lo define con mayor precisión al subrayar que en sus elementos *simples y abstractos, es la actividad racional encaminada a la producción de valores de uso, la asimilación de los materiales naturales al servicio de las necesidades humanas, la condición general del intercambio de materias entre naturaleza y el hombre, la condición natural eterna de la vida humana, y por tanto, independiente de las formas y modalidades de esta vida y común a todas las formas sociales por igual* (Marx: 137).

Marx argumenta que el proceso de producción, es proceso de valorización y proceso de trabajo, por lo que este último, que es el de nuestro interés, no se reduce a las actividades físicas, ni a las mentales dado que es una relación social; como tal, es interacción inmediata o mediata con otros hombres que ponen en juego relaciones de poder, dominación, cultura, discursos, estética y formas de razonamiento. El proceso de trabajo capitalista es creación o circulación de valor, pero también es poder y dominación, consenso o coerción, autoritarismo o

convencimiento, fuerza o legitimidad, instrumentalismo o involucramiento, individualismo o identidad colectiva (De la Garza: 32-33).

Por su parte, Neffa lo define como el acto específico donde la actividad del hombre efectúa, con la ayuda de sus medios de trabajo, una modificación voluntaria de las materias de acuerdo con un objetivo (Neffa: 30). Así, lo que nosotros denominamos líneas atrás, como procedimiento de manera muy simple, va tomando una mejor proposición y, al igual que el mismo concepto de trabajo, el proceso de trabajo es dinámico, por lo tanto, se modifica y podemos encontrar en él diversas dimensiones desde las cuales se le puede enfocar. Entonces, al definirlo, debemos tomar en cuenta la articulación de sus varios elementos, a saber: (Neffa: 32).

- ✚ La actividad personal del trabajador, es decir, el trabajo.
- ✚ El objeto sobre el cual ejerce su actividad o trabajo, es decir, los bienes ofrecidos por la tierra, las materias primas, los productos intermedios, las piezas de repuestos, los productos semiterminados, etcétera.
- ✚ Los medios a través de los cuales se ejerce el trabajo, tales como los útiles de trabajo, las maquinarias, las instalaciones o talleres, así como por extensión el sistema de organización de la producción. Es decir aquello que viabiliza el trabajo.

A estos J. Perrin (citado por Neffa) agrega

- ✚ Todo proceso de trabajo requiere un aporte de energía (la cual puede provenir de diferentes fuentes).
- ✚ El proceso de trabajo supone necesariamente la provisión y el procesamiento de un cierto 'volumen de información'.

Más adelante precisa, que el hombre es el elemento activo del proceso de trabajo y al mismo tiempo el elemento subjetivo, mientras que los objetos y los medios de

trabajo constituyen las condiciones objetivas de la producción. Los productos no sólo son resultado, sino a la vez condición del proceso de trabajo (Neffa: 32-33).

Marx, al seguir analizando dicho proceso en el modo de producción capitalista, afirma que el proceso de trabajo en cuanto proceso, consume la fuerza de trabajo y dicho evento tiene como peculiaridad que el obrero trabaje bajo el control del capitalista, éste, además, vela porque el trabajo se efectúe de la debida manera y los medios de producción se empleen con arreglo al fin asignado, pues el producto es propiedad del capitalista y no del productor directo, es decir, del obrero (Neffa: 33-34).

Podemos hacer un breve corte para considerar los elementos que nos pueden servir para la definición del proceso de trabajo (PT). 1) Es importante considerar que el PT tiene diversas dimensiones desde el cual se le puede estudiar. Estas pueden ser: tecnológica; económica; social; política; cultural; entre otras. Por otro lado, 2) el proceso de trabajo tiene que ver con la forma en que se organiza la manera de ejecutar el trabajo. En este sentido, cobra relevancia saber quién se encarga de *organizar la manera de ejecutar el trabajo*: el obrero o el capitalista.

Para Marx, el conflicto estructurado entre el capital y el trabajo, está en la distinción que hay entre fuerza de trabajo y trabajo. Lo que el capitalista compra es fuerza de trabajo, derecho a disponer durante cierto tiempo de la capacidad de trabajar; pero en esta compra no está especificada la cantidad de trabajo que debe realizarse durante la jornada (De la Garza: 17).

¿Por qué es importante esta distinción? Veamos, en la etapa precapitalista, el trabajador contaba con una autonomía para ejecutar y organizar el trabajo, de tal manera que el capitalista sólo le encargaba al artesano producir las mercancías que necesitaba, una vez obtenidas, se presentaba con ellas en el mercado para su venta. Con el tiempo, el capitalista se vio en la necesidad de centralizar a los trabajadores artesanos en su taller, de tal manera que pudiera lograr un 'mayor

control' sobre la organización del trabajo y los artesanos, pudiendo lograr así un incremento en la producción.

Importancia del Taylorismo sobre el control del proceso de trabajo

Por lo general, cuando se analiza la lucha por el control del proceso de trabajo, es obligatorio acudir a los trabajos de Taylor y, en particular, a su obra *Principios de la administración científica* (1911), al revisar a otros autores que han dado cuenta de este episodio, sin duda, citaran a dicho autor. La organización científica del trabajo surgió en un momento histórico en el cual se buscaba aumentar el excedente económico sin necesidad de incrementar el capital constante (Neffa, 1989: 133).

Neffa nos narra que previo a Taylor, el control establecido por los capitalistas sobre los trabajadores, se basaba en la concentración de éstos en la fábrica, en la rígida determinación de la prolongada duración de la jornada y del número de días laborables, en la fijación de las reglas de comportamiento y de disciplina laboral, y en la presión ejercida sobre los trabajadores para asegurar el estricto cumplimiento de éstas (Neffa: 104).

Sin embargo, a pesar de que en el taller del capitalista se encontraban concentrados los trabajadores, y les llevaban la materia prima para realizar con mayor velocidad el trabajo, era sólo el artesano quien determinaba el qué hacer y a qué ritmo trabajar; la dirección no había podido controlar totalmente el proceso de trabajo. El capitalista no tenía la forma de incrementar la velocidad y con esto la productividad de los trabajadores, pues, el conocimiento de cómo trabajar se mantenía sólo en ellos.

Estos primeros talleres, eran simplemente aglomeraciones de unidades más pequeñas de producción que reflejaban poco cambio en los métodos tradicionales, y el trabajo permanecía así, bajo el control inmediato de los productores en

quienes estaba personificado el conocimiento tradicional y la pericia de sus oficios (Braverman, 1975: 77).

Para Pollard, el sistema a domicilio, prevenía el posterior desarrollo de la división del trabajo. El intento por comprar trabajo terminado, en lugar de asumir directamente el control sobre la fuerza de trabajo, relevaba al capitalista de las incertidumbres de este último sistema, al fijar un costo definido por unidad, al mismo tiempo, colocaba más allá del alcance del capitalista la mayor parte del potencial del trabajo humano que pudiera estar disponible a través de horas fijas, control sistemático y la reorganización de los procesos de trabajo (Braverman: 82-83).

Los procesos productivos pretayloristas, se caracterizaban por una relativa autonomía del obrero en el proceso de trabajo, por una capacidad de controlar su propio tiempo de producción. El monopolio que este obrero tiene del conocimiento y de las operaciones en el proceso de trabajo, se convierte en la fuente de su capacidad de resistencia y en un obstáculo a la acumulación del capital (De la Garza, 1988: 60).

El '*savoir faire*' (masa de conocimientos experimentales aprendidos a través de la tradición oral, de la imitación gestual y de la práctica del oficio durante largo tiempo en el seno de un colectivo de trabajo) no estaba codificado ni sistematizado, y por ello, los capitalistas no podían controlar realmente el PT. La posesión de los conocimientos del oficio permitía al trabajador disponer de cierta autonomía para dirigir, regular y controlar él mismo su proceso de trabajo y fijar el tiempo asignado a cada operación (Neffa: 104).

El control sin la centralización del empleo era, si no imposible, ciertamente muy difícil, y por tanto, la condición previa para la administración era la reunión de obreros bajo un mismo techo. El primer efecto de esto fue imponer a los obreros horas regulares de trabajo. Esto era solamente con propósitos de disciplina, en

forma tal que los obreros pudieran ser controlados efectivamente bajo la supervisión de capataces (Braverman: 84-85).

Al hacer la diferencia entre compra de fuerza de trabajo y uso de ésta en el proceso de trabajo, Marx estaba señalando que el PT es una actividad orientada a un fin, el de la producción de valores de uso. Ese proceso no nos revela bajo qué condiciones transcurre, si bajo el látigo brutal del capataz de esclavos o bajo la mirada ansiosa del capitalista (Neffa: 33).

En los talleres, la primitiva administración asumió una variedad de formas duras y despóticas, dado que la creación de una 'fuerza libre de trabajo' necesitaba métodos coercitivos para habituar a los obreros a sus tareas y mantenerlos trabajando a lo largo del día o del año (Braverman: 85).

Con el advenimiento del moderno agrupamiento industrial en grandes fábricas y en áreas urbanas, todo el proceso de control sufrió una revolución fundamental (Braverman: 87). No pretendemos, en este espacio, ilustrar a detalle, la manera en que los artesanos fueron perdiendo la autonomía que tenían para realizar su trabajo, simplemente esbozamos algunos pincelazos para dar una idea de por qué la importancia de la distinción entre el momento que el capitalista acude al mercado y compra la fuerza de trabajo, pero, y aquí cabe distar, en esta compra no está especificada la cantidad de trabajo que debería realizarse durante la jornada laboral.

El proceso de trabajo principia con un contrato o acuerdo que rige las condiciones de la venta de la fuerza de trabajo por parte del obrero y su compra por parte del patrón. El obrero acepta el convenio de trabajo, porque las condiciones sociales no le dejan otra manera de ganarse su sustento. El patrón, por otra parte, es el poseedor de una unidad de capital, la cual desea ampliar y para lograrlo utiliza parte de ella en salarios. En esta forma es puesto en movimiento el proceso de trabajo, el cual, en general, es un proceso para crear valores útiles, pero al mismo

tiempo, se ha convertido específicamente en un proceso para la expansión de capital, para la creación de una ganancia (Braverman: 70).

Una vez reseñado de manera breve, como se mantenía el control del proceso del trabajo por los capitalistas previo a Taylor, podemos considerar la importancia que éste tuvo sobre la creación de dispositivos en la fábrica industrial moderna, para arrebatar el '*savoir faire*' al obrero. El punto de partida de sus observaciones y experimentos, fue la convicción de que era posible aumentar la eficiencia del trabajo, ya sea haciéndolo más científico e intenso, o aumentando la productividad gracias a la normatización de los objetos y medios de trabajo (Neffa: 120).

Para actualizar dichas potencialidades, era menester no sólo estudiar científicamente el trabajo para eliminar el 'tiempo muerto' y los movimientos inútiles, sino también motivar al trabajador relacionando estrechamente la producción con la remuneración, considerando al dinero como el motivador esencial. La otra fuente de motivación consistía en la determinación precisa y anticipada de la tarea encomendada a los trabajadores de ejecución (Neffa: 120).

Frederick Winslow Taylor, tuvo la idea de separar la concepción de la ejecución, y, de crear una clase de supervisores en las fábricas que controlaran el proceso productivo, quitándoles dicha atribución a los artesanos, maestros y aprendices que habían sido junto con los inventores y empresarios, el grupo central del régimen fabril en su momento constitutivo. Dicho proceso dio pie al surgimiento de la organización científica del trabajo (Zapata, 2005: 93-94).

La separación de la concepción y ejecución y la mejor manera de ejecutar el trabajo, es la idea principal por la cual se identifica al taylorismo (Taylor, 1973). Podemos concluir que dividir el proceso de trabajo entre quienes lo norman y entre quienes simplemente lo llevan a cabo, es consecuencia de la ambición capitalista por poder controlar dicho PT y lograr aumentar la explotación de la fuerza de trabajo, para lograr una mayor cantidad de ganancias. Es por ello que para el

capitalista, es esencial que el control del PT pase de las manos del trabajador a las suyas (Braverman: 75).

Pero no sólo logró arrancar dicho control al obrero para aumentar sus ganancias o capital, sino además tuvo implicaciones sobre la calificación de los obreros, pues, la especialización de la ejecución por medio de la parcelización de las tareas, llevó a una fragmentación del trabajo y a una minimización de los requisitos de la calificación y a la reducción del manejo directo manual de los materiales, aparte de la racionalización del proceso productivo por medio de la planificación de las operaciones que deben ser ejecutadas por los obreros (Zapata: 95). Estas son contingencias del impacto que ha causado la fragmentación de tareas, no sólo sobre el elemento objetivo del trabajo, sino también en la parte subjetiva del PT.

Como parte de la modernización de la empresa Taylor propone: a) el diseño de métodos exactos para fijar tarifas (tarjetas de control), b) la afirmación de la necesidad de profesionalizar la supervisión y, c) el estudio de las tareas en forma científica. Sobre de estos elementos de modernización, pueden distinguirse tres aspectos: la estructura organizacional y la rutina, la medición del trabajo y el diseño de tareas, y la selección y motivación de los trabajadores (Zapata: 94).

En lo que se refiere a la estructura organizacional, Taylor recomendó la creación de un departamento de planeación. Los capataces perdieron la autoridad que tenían hasta ese momento sobre los trabajadores. Fue así como se estableció la separación tajante entre ejecución y concepción del trabajo (Zapata: 94-95).

Para B. Doray, (citado por Neffa: 132) la organización científica del trabajo consiste en la descomposición de los puestos de trabajo en tareas y de las tareas en gestos simples que deben ser ejecutados según una cadencia impuesta.

Michel Aglietta, (Neffa: 132) define al taylorismo como el conjunto de las relaciones de producción internas al PT, que tienden a acelerar la cadencia de los

ciclos de gestos sobre los puestos de trabajo y disminuir la porosidad de la jornada de trabajo.

Para Michel Freyssenet, consiste en haber afirmado simultáneamente que era posible, gracias a sus métodos y sus técnicas por una parte, determinar científicamente, y por lo tanto, de manera imparcial para una categoría específica de trabajadores, los mejores trabajadores, los mejores útiles y herramientas, la mejor manera de hacer todas las cosas, y por otra parte, que la empresa pueda conciliar y satisfacer los intereses de sus dirigentes y sus empleados (Neffa: 132).

El obrero trabaja, entonces, bajo el control del capitalista cuidando que los medios de producción se empleen convenientemente sin desperdicio de materias primas y cuidando los instrumentos de trabajo, además de que el producto final es propiedad del capitalista (Marx: 137). Esto lo hace con la finalidad de obtener mayor plusvalía, por medio de la explotación más intensa del trabajador o del alargamiento de la jornada de trabajo.

Entre los aspectos que destaca Zapata acerca de la organización científica del trabajo, encuentra el sistema de burocratización de la estructura de control de la producción, la aplicación de los principios weberianos (reglas, jerarquías, división del trabajo, desempeño gobernado por reglas técnicas o legales, registros escritos) y la organización de la producción (Zapata: 95).

La organización científica del trabajo contribuyó a expropiar la responsabilidad del obrero en la producción y asignarla a los supervisores. El taylorismo busca romper con las formas jerárquicas basadas en el control del oficio que los artesanos habían utilizado como mecanismo de defensa corporativo (Zapata: 95-96).

Éste ha sido considerado el momento decisivo en que los obreros 'pierden' el '*savoir faire*' y, por lo tanto, el control del proceso de trabajo pasa a manos de los capitalistas, *management* o al departamento de diseño.

Sin embargo, no terminan ahí las fórmulas por parte de los capitalistas para arrancar hasta donde sea posible el '*savoir faire*' del obrero. Pero, muy a pesar de lo realizado por Taylor, de ninguna manera podemos afirmar que el trabajador llegó a actuar como un simple autómatas bajo la organización científica del trabajo. Cuando se abandona el dogmatismo tayloriano, los organizadores descubren que la sumisión del obrero a la organización del trabajo, a los imperativos de la técnica, está lejos de ser tan absoluta como se pensaba (Touraine, 1997: 395).

Posteriores estudios al taylorismo, han servido para analizar los alcances que ha tenido éste, en la sociedad contemporánea en el mundo del trabajo. Para Braverman, la organización científica del trabajo consistió básicamente en la descalificación de la fuerza de trabajo artesanal. La reducción de la participación de los obreros en las tareas de concepción, habría degradado la cualidad de su trabajo y negado su derecho a ejercer sus capacidades intelectuales (Neffa: 137-138).

En el mismo sentido que Taylor, correspondió a Henry Ford la consolidación del taylorismo, pues el fordismo asumió a éste como su premisa. La generalización de la instauración de procesos continuos de producción (cadenas de montaje) y de las prácticas de administración para planificar la producción, sentó las bases del fordismo como mecanismo de control de la fuerza de trabajo (Zapata: 97).

De manera sintética podemos comentar que al introducir la cadena de montaje al taller, el control que ejercían los capataces sobre los obreros, Ford lo logra traspasar a la máquina. Es decir, ahora el tiempo en que debe realizarse la tarea parcial por parte del obrero, lo marca la cadena de montaje. Sin embargo, hay muchos episodios que comentan las diversas formas en que los trabajadores sabotaban el proceso de trabajo, descomponiendo o rompiendo las herramientas y frenando así el ritmo de trabajo impuesto por la máquina.

En la medida en que se fue fortaleciendo el capital monopólico, las formas de control de la fuerza de trabajo fueron cambiando en correspondencia a las nuevas condiciones de producción. En esta situación, Elton Mayo tuvo un papel central en la creación de nuevas medidas de controlar el proceso de trabajo: estableció los fundamentos de la *Escuela de Relaciones Humanas*. (Producto de las investigaciones que realizó en la *Western Electric Company* en *Hawthorne* en 1933).

Esta *Escuela* se diferenció del taylorismo, en la medida en que descartó el enfoque del obrero como objeto de racionalización y trató de considerarlo como un sistema de cooperación (Zapata: 98). Elton Mayo considera el campo de los sentimientos en el trabajo y la importancia de los liderazgos naturales y los grupos (De la Garza: 20) en el proceso de trabajo.

Por lo tanto, es el grupo el que ejerce consecuencias positivas en el obrero, no así el trabajo sobre el trabajador aislado. Las investigaciones realizadas en la *Western Electric*, plantearon que el manejo de las relaciones humanas dentro de la fábrica debía centrarse en las estructuras de grupos informales. El rendimiento (de la productividad) variaba más en función de un estándar establecido por el grupo, que en función de la capacidad individual de los trabajadores (Zapata: 98).

Durante varias décadas predominó el enfoque de Elton Mayo acerca de las relaciones humanas en el lugar de trabajo. Sin embargo, surgen algunas críticas a su planteamiento, por un lado Friedman y Touraine y otra de corte funcionalista enmarcada en la sociología de las organizaciones. Estas coinciden en el problema del conflicto en el PT como algo que pudiera ser consustancial al carácter de las relaciones que se entablan (De la Garza: 75). Goldthorpe y Lockwood critican el enfoque de las relaciones humanas porque no trasciende los límites de la empresa, y desconoce la influencia de la sociedad en las actitudes y motivaciones de los trabajadores (Finkel: 340).

Friedman publicó el libro *Industria y trabajo*, en él afirma en términos concretos, un significativo cambio en las estrategias empresariales para lograr el control en el PT; se trata del paso, de un control directo a un control basado en la autonomía responsable. En la primera, el ámbito del poder en el trabajo es a través de amenazas coercitivas, supervisión directa y mínima responsabilidad por parte del trabajador. Por el contrario, la segunda estrategia, trata de potenciar la adaptabilidad de la fuerza de trabajo, alentando las iniciativas que le permitan ajustarse a las situaciones cambiantes, exige una supervisión mínima y da al trabajador estatus, autoridad y responsabilidad. Es esta última estrategia la que por lo regular se ha aplicado a sectores privilegiados de la clase obrera (Finkel: 344-345).

En los años sesenta, cuando el control de procesos sustituyó progresivamente en algunos sectores productivos al control directo sobre la fuerza de trabajo, se desarrolló una nueva fase de la evolución profesional del trabajo. En esta empezó a darse una recomposición y una reprofesionalización del trabajo, así como una rectificación de las tareas que obligó a dejar atrás el taylorismo, el fordismo y las relaciones humanas.

Los paradigmas que aparecieron no dejaron de lado el problema del control; para el paradigma de la especialización flexible implicó un mayor control de los obreros sobre el proceso productivo. La fuerza de trabajo se hizo polivalente, lo que propició un aumento de la calificación profesional (Zapata: 100).

Para la teoría de la regulación, las innovaciones tecnológicas (microelectrónica, por ejemplo) contribuyeron a mejorar el control sobre el proceso productivo por medio de la introducción de sistemas automatizados. Para los regulacionistas como Coriat, Boyer o Aglieta era necesario conocer científicamente el PT y dejar atrás las formas empíricas de observación que había usado Taylor (Zapata: 102).

Por último y por su importancia, debemos apuntar la propuesta de Burawoy. Su trabajo se deriva de una crítica al trabajo de Braverman para quien el trabajo, en el capitalismo, no hace más que descalificarlo y proletarizarlo, acentuando la separación entre la concepción y la ejecución, limitando cada vez más el campo de acción del obrero. En contraposición, aquél piensa que los márgenes de acción del obrero son mayores (Burawoy, 1979: 122).

Según Burawoy, los obreros tienen más capacidad de decisión y pueden elegir, y al hacerlo, participan y contribuyen a la generación de consenso en cuanto a sus relaciones con los supervisores y administradores, y sobre todo en la relación con la ejecución de su trabajo (Zapata: 103).

La principal contribución de este autor, es que el consenso en el proceso de trabajo se produce por medio de la interacción entre los trabajadores en la actividad productiva y en la realización concreta de las tareas que les corresponde cumplir, la aceptación de ciertas reglas de juego fijadas implícitamente entre patrones y obreros; en lugar de quitarles autonomía les permite circunscribir espacios de toma de decisión propios (Zapata: 104).

Para Burawoy las dimensiones del trabajo incluían:

- ✦ El proceso de trabajo que genera conciencia de grupo y proporciona las condiciones para que se desarrolle el carácter colectivo y no individual de las reacciones de los obreros. El conflicto jerárquico es reemplazado por conflictos horizontales que reflejan el individualismo imperante.
- ✦ El establecimiento de un límite superior al incentivo se identificaba con la restricción de la producción. Ese límite superior debía respetarse por todos los obreros pues su violación constituía causal de castigo por los compañeros de trabajo. La existencia de dicha restricción fue interpretada por Burawoy en términos de su teoría del consenso y de la hegemonía, con

la que quería decir que los obreros establecían, colectivamente, un límite al esfuerzo que estaban dispuestos a realizar (Zapata: 105).

Burawoy comparte con Friedman, la idea de que el capital monopolista ya no necesita métodos coercitivos para ejercer su dominio, ya que puede lograr el control a través de la internalización de un individualismo competitivo que, en definitiva, es más eficaz para conseguir la adhesión a la empresa (Finkel: 350-351).

Las formas en que se expresa el autocontrol, es decir, la manera en que los propios obreros crean las condiciones para el consentimiento. Se producen en forma de 'juegos', en reglas informales y prácticas destinadas a crear un espacio y un tiempo propios (Finkel: 350).

En síntesis, para Burawoy las relaciones de producción van siempre unidas a una serie correspondiente de relaciones que los hombres y mujeres establecen al enfrentarse a la naturaleza y transformar las materias en objetos concebidos por su imaginación. Esas relaciones constituyen el proceso productivo (Burawoy: 35).

En este autor encontramos una pauta diferente e interesante. Su pregunta inicial es, ¿por qué razón los trabajadores se explotan a sí mismos en beneficio de los intereses de la empresa? (Burawoy: 11). Esta interrogante parte de una concepción del obrero, diferente a la que hay en muchos autores que consideran al trabajador como un sujeto indefenso y aplastado por las decisiones del voraz capitalista.

Dentro del proceso productivo, el consentimiento tiene su fundamento en una organización de las actividades que parece ofrecer al trabajador un margen real de elección, por reducido que sea. La participación del trabajador en la elección genera el consentimiento (Burawoy: 49). Implícito está en todos los estudios realizados la noción de conflicto o consenso dentro del proceso de trabajo entre el

capitalista y el obrero. Por lo que, en el debate que ha habido sobre el proceso de trabajo, sobresale que no sólo puede haber control despótico, sino también consenso. Lo que significa que los trabajadores no siempre necesitan ser controlados, pues puede haber legitimización del control que se genera en el propio PT, siendo ellos los actores principales que participan en las propias reglas para auto-controlarse.

Al hacer un alto en la continuación de la génesis del debate y los estudios realizados en el proceso de trabajo, podemos darnos cuenta de la importancia de los elementos que participan en la relación capital-trabajo; lo que se busca por uno u otro grupo, es mantener el mayor posible control del PT.

Sin embargo, para nuestro interés, debemos destacar dos dimensiones que han sido importantes en la definición de dicho control: la división del trabajo y la utilización de la ciencia –a través de la tecnología- como medios y también como consecuencia de las relaciones sociales, establecidas en el ámbito de la producción.

Antes de considerar dichas nociones, en el caso de nuestra investigación, observemos las implicaciones que para algunos autores tiene, la división del trabajo y la introducción de la tecnología, en términos del control del PT.

La división del trabajo: su impacto sobre el proceso de trabajo

Son varios los autores que han abordado este aspecto para lograr explicar el proceso de trabajo, pues la parcelización del trabajo en tareas simples ha sido argumento para señalar que a partir de éste se ha logrado la sumisión del obrero y su abaratamiento frente al capital. Harry Braverman ha sido uno de ellos, pero no el único que habla de la importancia de esta dimensión del PT.

Además, la división del trabajo, con la que avanzó Taylor, actualmente ha sido referida para plantear que debe romperse con aquellos principios y devolver al obrero su conocimiento intelectual, como el mejor camino para lograr aumentar la productividad y el involucramiento del obrero con los intereses de la empresa, es el caso, por ejemplo, del toyotismo.

La división del trabajo existe desde que el hombre vive en sociedad, pero tenía otras características. Había una división del trabajo entre los oficios, pero esto era diferente a la división del trabajo en tareas limitadas dentro de un mismo oficio (Neffa: 145-146).

Veamos en resumen algunos apuntes que se han hecho sobre el significado de la división del trabajo. Recordemos que mientras los obreros controlen el PT, ellos impedirán los esfuerzos para realizar al máximo el potencial inherente a su fuerza de trabajo. Para cambiar esa situación, el control del PT debe pasar a manos de la dirección, no sólo en el sentido formal, sino a través del control y dictado de cada paso del proceso, incluyendo su modo de ejecución.

En el taller del siglo XVIII, tres circunstancias revelan las ventajas de la división de las tareas: un incremento de la habilidad en cada obrero tomado individualmente; la economía del tiempo perdido en el paso de una tarea a otra; el invento de máquinas que simplifican el trabajo del hombre y permiten a un solo obrero producir como varios (Naville: 371-372).

La división técnica del trabajo responde a la necesidad, ya manifestada por Adam Smith, de lograr una especialización para obtener una mayor eficiencia productiva gracias al crecimiento de la habilidad de cada trabajador individual, y consiste en el fraccionamiento de una producción en una serie de operaciones que pueden realizarse aisladamente (Neffa: 145).

La división del trabajo implica, la asignación de tareas o responsabilidades diferentes en función de factores tales como el poder para tomar decisiones, los conocimientos y experiencias, las calificaciones profesionales, las aptitudes y actitudes, etc. (Neffa: 145).

Proudhon y luego Marx, pusieron de relieve las diferencias entre el aspecto técnico (horizontal) y el aspecto social humano (vertical) de la división. Es la eficacia técnica y el rendimiento lo que prevalece en la primera de ellas; son las relaciones de dominio y de jerarquía, las esenciales del segundo (Naville: 370-371).

Drucker reconoce que la división avanzada del trabajo, depende de la necesidad para la dirección de controlar a los trabajadores. Dreyfus plantea que la división parcelaria significa que los obreros y asalariados puedan ser desplazados y sustituidos en todo momento (Naville: 371).

Braverman (1975) en su obra *Trabajo y capital monopolista*, plantea y concluye, que la división detallada destruye las ocupaciones y convierte al obrero en incapaz de realizar ningún proceso de producción completo. La división del trabajo en el taller es impuesta por la planificación y el control. Considera que la evolución del PT se ha acompañado de un incremento de la autoridad del *management*.

La división del trabajo en la producción comienza con el análisis del PT, lo cual significa la separación del trabajo de producción en sus elementos constitutivos. Esto significa que la fuerza de trabajo capaz de ejecutar el proceso, puede ser comprada más barata en forma de elementos disociados que como capacidad integrada en un obrero singular (Braverman: 95-103).

La tecnología: producto y fuente de las relaciones sociales en el ámbito de trabajo

La utilización de la tecnología en los procesos de trabajo, como hemos deducido, ha servido para 'simplificar' el trabajo de los obreros y aumentar su productividad individual. No se trata de considerar que el uso de la ciencia a través de la tecnología debe rechazarse, la transformación de los procesos de trabajo, de sus fundamentos en la tradición a sus fundamentos en la ciencia, no es sólo inevitable sino necesaria para el progreso de la raza humana y para su emancipación del hambre y otras formas de la necesidad (Braverman: 17).

El desarrollo de la tecnología se produce totalmente en el interior del PT capitalista. Ésta, destruye el viejo sistema de división del trabajo, pero al mismo tiempo lo consolida sistemáticamente (Panzieri, 1974: 42). El trabajo no es ya parcelario en el sentido antiguo de la palabra que se convierte en funcionalmente elemental. Es la solidaridad de todos los momentos del sistema mecánico integrado, la que produce la cooperación de nuevas funciones elementales (Neville: 372-373).

Al convertirse en una máquina automática, el instrumento de trabajo se enfrenta como capital durante el proceso de trabajo, con el propio obrero; se alza frente a él como trabajo muerto que domina y absorbe la fuerza de trabajo viva. La fábrica automática establece potencialmente el dominio de parte de los productores asociados sobre el proceso de trabajo (Panzieri: 42-43).

La evolución técnica no modifica sólo la proporción de obreros profesionales y de obreros especializados o de peones: transforma las relaciones que existen entre esas categorías, la jerarquía y la cohesión de los obreros, su situación en la empresa (Touraine: 400).

Panzieri no está de acuerdo en que el progreso técnico sea el elemento dinámico del desarrollo social. Él por contrario, plantea que son las necesidades del capital las que imponen el cambio tecnológico. Considerando que para dicho autor la tecnología no se reduce a la idea de maquinismo, sino que incluye los métodos y organización del trabajo en tanto racionalidad que se opone al obrero como poder extraño que lo controla y domina (De la Garza: 62).

La extensión de nuevas formas de organización del trabajo sobre la introducción y uso de nuevas tecnologías, busca que al interior de la empresa haya un mayor control sobre los trabajadores (De la Garza, 2002).

El obrero es ahora el mediador entre la máquina y la materia prima, el obrero se vuelve instrumento de la máquina. Dice Marx que la máquina completa la reificación del trabajo, (el obrero) está subordinado a una cosa: la máquina (De la Garza: 66).

Una base tecnológica implica la materialización en el sistema de máquinas de determinados saberes. Ésta se refiere en primer lugar, a las características de las máquinas y en segundo, a su organización, semejando un sistema. Las máquinas aceptan cierta flexibilidad en las condiciones de operación, pero ésta tampoco es infinita; la capacidad productiva de la máquina se encuentra sujeta a las restricciones de diseño, a partir de las cuales la producción o la eficiencia no podrían ser aumentadas, la capacidad de resistencia, negociación y control del obrero sobre el proceso de trabajo, no son dados en términos absolutos o como función única de la base tecnológica, pero habría que reconocer que esta base impone restricciones, de tal manera que la resistencia y el control, a nivel del proceso de trabajo, no resulten sólo de la voluntad (De la Garza, 2001: 73-75).

Paula Leite señala que hay una posición teórica determinista que plantea que con la introducción tecnológica se pueden deducir las características del trabajo a partir del progreso técnico, o más específicamente, a partir de las características

de la base técnica. En esta perspectiva, para la autora, la participación humana con el uso de la tecnología en los procesos de trabajo se halla minimizada (Leite, 2000: 96).

La autora concluye señalando que en el caso de las reestructuraciones productivas realizadas en América latina, no predominó esa directriz a partir de la nueva tecnología, pues aunque la nueva base técnica potencie la posibilidad de un nuevo uso del trabajo, el cual tendería a sustituir la fragmentación taylorista con la integración de tareas, esa no es la única tendencia presente en el mundo actual del trabajo, por el contrario, hay muchos datos que evidencian que el trabajo no calificado, precario, inestable y mal retribuido también se está extendiendo (Leite: 114).

Paul Thompson es otro autor que concluye que al llegar las nuevas tecnologías al proceso de trabajo hay una pérdida de la calificación obrera. En su ensayo *Jugando a ser trabajadores cualificados*, analiza la fábrica de automóvil de Coventry, y, de las entrevistas realizadas, rescata lo declarado por uno de los obreros especialistas ante las consecuencias inevitables de los avances tecnológicos. 'Aun cuando tuvieras una cierta cualificación y a veces tu cualificación estuviera muy solicitada, podrías ver que con el progreso de la nueva tecnología, esta cualificación ya no sería tan necesaria como lo era antes, y que rápidamente te convertirías en un número nada más. Y si había algún placer que sacar del trabajo, éste disminuía rápidamente a medida que llegaban las nuevas técnicas' (Thompson, 1989: 123-124).

Thompson concluye señalando que la causa de que los patronos hayan encontrado a un grupo de obreros vulnerables, sobre todo cuando perdieron toda motivación por su trabajo, fue debido a la falta de una estrategia adecuada por parte de su gremio sindical, pues hubo en ese caso un negativismo tecnológico. Sin embargo, la lección positiva que deja este estudio, es que por mucha

descualificación o mecanización que haya, no puede llevar al completo dominio del capital sobre el trabajo (Thompson: 136-137).

Siguiendo con el debate sobre las consecuencias de la tecnología en los procesos de trabajo, para Philippe Trouvé, en los años ochenta avanza en Francia una ola de flexibilización productiva, dejando atrás la automatización rígida, propia de los años treinta y que pudo prosperar hasta la década de los setenta. Sobre la ola de flexibilización productiva, el autor dice que su introducción lleva siempre modificaciones en la organización del trabajo y, sobre el caso concreto de estudio que realizó aclara, que los intentos de flexibilización tecnológica han coexistido hasta finales de los años sesenta con un uso rígido de los sistemas socio-organizativos (Trouvé, 1989: 11).

Sin embargo, sobre todo en los años ochenta, nos dice el autor, los encargados de tomar decisiones en la Francia, se percataron que las nuevas tecnologías no son intrínsecamente portadoras de cambio e innovación, y pueden incluso ser una fuente de rigideces suplementarias. En el sistema taylorista clásico, se trataba ante todo de luchar contra las pérdidas de tiempo de los obreros. Con el desarrollo de los equipos automatizados, las condiciones de productividad se amplían poco a poco a nuevos factores, entre ellos el contenido de los empleos y la cualificación de los hombres, la transformación de las estructuras de producción y el establecimiento de nuevas relaciones sociales (Trouvé: 11-12).

Por último, el autor concluye señalando que la propagación de nuevas tecnologías coexiste con el modelo rígido mantenido en muchas empresas, distinguiendo dos períodos en la combinación tecnología-organización. El primero, automatización rígida, se caracterizaría, entre otros rasgos, por la escasa valoración del cambio organizativo. La segunda etapa rompe con la anterior, partiendo de la constatación de que las nuevas tecnologías no son en sí mismas portadoras de innovación (Trouvé: 33).

Para Jon Elster (2000), el cambio tecnológico constituye un desafío para el análisis puesto que es fundamentalmente impredecible. Para este autor existen dos principales corrientes que explican el cambio tecnológico: la primera es aquella que los analiza como una actividad racional dirigida hacia una meta eligiendo el cambio que más favorezca a dichos objetivos trazados por la empresa. La segunda corriente es aquella que se le puede concebir como un proceso de ensayo y error, como la suma acumulativa de ciertas modificaciones del proceso de producción, pequeñas y en gran medida accidentales (Elster: 13).

En el primer caso, Elster coloca a los teóricos neoclásicos y marxistas (enfoque racional), para los primeros el cambio tecnológico tiene sentido cuando se busca la maximización de la ganancia. Por su parte para la segunda perspectiva la tecnología es utilizada como un instrumento en la lucha de clases en el entendido de que lo que está en juego es el poder (Elster: 14).

Otro enfoque, es aquel que se ubica en la corriente evolucionista, para el cual la tecnología y sus avances cobran importancia cuando se les analiza en la historia pasada y no en las metas futuras, para explicar por qué las empresas utilizan sus respectivas técnicas y no otras. Para Elster, el uso de la tecnología en las empresas puede analizarse en distintos niveles de complejidad y en diversos períodos temporales.

Este autor considera que Schumpeter es uno de los autores con más calificación para hablar sobre los cambios tecnológicos en las empresas y saber sus consecuencias. Esto se debe a que Schumpeter estudia la tecnología, como clave de la creatividad y el desequilibrio, observando que el avance del capitalismo se debe a que su sistema es dinámico y que podía explicarse en términos de sueños y expectativas irracionales de dinastías privadas fundacionales (Elster: 14).

Chris Smith, refiriéndose a Mallet, apunta que para este autor la automatización invirtió la tendencia de la producción en serie a la fragmentación del trabajo, la

descualificación, la alienación y la subordinación del trabajador al ritmo o a la disciplina de trabajo rutinario (Smith, 1989: 38). Por su parte, con relación a Palloix, apunta que el neofordismo no es otra cosa que establecer el despotismo absoluto en la coordinación de los procesos de trabajo basados en la automatización (Smith: 43).

Para el caso de Sabel y Coriat, señala que ellos reconocen que el neofordismo es la utilización por la dirección de la empresa de las tecnologías innovadoras y los mecanismos organizativos, que incrementan la flexibilidad de la producción al tiempo que mantienen un poder discrecional mínimo y estrechamente limitado en el lugar de trabajo (Smith: 45). Por último, Smith plantea que la automatización en el debate americano es determinista, dado que se le atribuyen al hardware poderes inusuales para configurar la organización del trabajo (Smith: 55).

Hasta lo aquí visto, podemos darnos cuenta que estas dos dimensiones –la división del trabajo y la utilización de la tecnología- han tenido como intención la búsqueda del control del PT con el objetivo de aumentar la productividad y ampliar las ganancias y el capital. Sin embargo, no hay un consenso entre los estudiosos, en el sentido de que la especialización y la utilización de la tecnología traigan consigo la descalificación del obrero y un mayor control del capitalista sobre el trabajador y su PT²⁶.

El proceso de trabajo, la división del trabajo y el uso de nuevas tecnologías en el ejercicio profesional del médico

Qué podemos decir hasta ahora sobre la profesión médica, ¿cuáles son los PT del médico en nuestro estudio?, ¿es posible la división del trabajo en su quehacer profesional y el uso de tecnología para lograr que el *management* tenga un mayor control sobre el PT? Ciertamente, para responder a estas interrogantes

²⁶ Véase, la obra de Burawoy, *Manufacturing Consent*.

necesitamos elementos de los capítulos II y III, pero intentemos hacer una reflexión teniendo como referente lo expuesto.

Hay que recordar que nuestro sujeto de estudio es el médico que desempeña su trabajo en una institución pública y, en particular, el que labora en una unidad de medicina familiar en consulta externa. Esto es importante, dado que por encontrarse en un primer nivel de atención, no es ahí donde los médicos logran tener un contacto importante con la tecnología de punta, pues ésta es utilizada principalmente en hospitales de alta especialidad. Aunque esto no implica que nuestro sujeto no tenga hoy acceso a tecnología en específico, a la informática.

En nuestra investigación partimos de que el médico, independientemente del lugar donde sea su espacio de trabajo (institución pública o privada), es uno de los profesionistas que ha tenido en la sociedad un reconocimiento importante. En las instituciones de salud en la que lo hallemos es un trabajador con considerable autoridad; está colocado en lugares importantes en la jerarquía de la clasificación de los trabajadores; se le reconoce un mejor estatus socioeconómico; se le respeta en las decisiones que toma producto de su trabajo.

La profesión del médico es reconocida como la columna vertebral de las instituciones de salud. En esta investigación partimos del supuesto de que en la consulta externa el médico es quien tiene el control y el poder, tanto del PT como sobre su 'objeto' de trabajo en la relación que establece que es, como ya lo mencionamos, con otro sujeto.

Así, podemos definir el proceso de trabajo del médico como el acto específico donde la actividad del hombre efectúa, con la ayuda de sus medios de trabajo, una modificación voluntaria de las materias de acuerdo con un objetivo; o, de manera más abstracta, como la forma en que se organiza la manera de ejecutar el trabajo. Particularmente se caracteriza por otorgar un servicio a otro sujeto (paciente o usuario), con el objetivo de prevenir alguna enfermedad o en su caso 'curarlo' de

alguna de ellas. En otras palabras, se trata de realizar una serie de procedimientos, utilizando sus medios de trabajo y su conocimiento teórico y práctico para restablecer al usuario 'enfermo' en su salud.

Sobre esta relación médico-paciente hablaremos en detalle posteriormente. Lo relevante para nosotros es analizar, ¿quién decide cómo ejecutar el trabajo?, más concretamente es saber, ¿hasta dónde nuestro propio sujeto tiene la autonomía para mantener el control del PT y/o, hasta dónde es la institución donde labora, la que decide?, ¿qué papel juega el usuario dentro de éste entramado de relaciones que se construye sobre el control del PT?; por las características del trabajo del médico, ¿es inherente el control del PT o puede disminuir su autonomía?, ¿es la tecnología (informática) una vía posible?

Al ingresar a trabajar a una institución pública, el médico se encuentra con toda una serie de restricciones establecidas por la propia institución, sin embargo, dado que su trabajo se ejecuta en lo privado, (en el consultorio) es decir, en la relación médico-usuario, es el médico quien, colegimos, tiene el control relativo del PT, aún sobre los propósitos adversos que tenga la institución.

La particularidad de nuestro sujeto de estudio, es que, a pesar de que éste ingrese a laborar a una institución como lo es el IMSS, el médico siempre ha mantenido su *savoir faire*, pues requiere del conocimiento personal que ha adquirido tanto en la escuela en su formación profesional, como en la práctica cotidiana que le enseña a detectar, con habilidad y pericia, la enfermedad que aqueja al 'enfermo' y al diagnosticarlo saber qué medicamentos son los necesarios para restablecer la salud del paciente.

El monopolio del conocimiento y la experiencia en el proceso de trabajo, son inherentes al trabajo del médico, éstos no se pueden desarticular para vencer la resistencia utilizada por el trabajador ante el 'patrón'; ni siquiera la alta tecnología provoca eliminar del proceso del trabajo al médico. Las actividades de este

profesionista se dividen en administrativas y técnico-médicas, sobre las primeras la autoridad puede establecer, relativamente, pautas de conducta, sobre las segundas resulta difícil instituir las, pues el trabajo de un médico no puede realizarlo ninguna máquina y por muy avanzada que sea la ciencia.

Sin embargo, al entrar a laborar en una institución, la posesión del conocimiento no permite al trabajador disponer de autonomía total para dirigir, regular y controlar su proceso de trabajo. La fijación del tiempo de cada operación resulta compleja de llevar a cabo en este caso, pues el tiempo está en función de la enfermedad y de la habilidad de cada médico para detectar el padecimiento.

La medicina y su aplicación no pueden sistematizarse ni codificarse para que los médicos la apliquen de la misma manera a pacientes diferentes, el médico no produce cosas objetivas, no puede estandarizarlas, trata con sujetos racionales, con sentimientos de vida propia, distinta a la de otros sujetos. Un enfermo podrá presentar la misma enfermedad, pero sus causas, su dolencia y su mejoría pueden variar. En el caso de la enfermedad, el entorno social y el estilo de vida tienen gran importancia para el médico.

Por estas y otras características los principios tayloristas de separación entre concepción y ejecución no aplican en el trabajo del médico. Cómo poder tener el control del trabajo a través de la eliminación del tiempo muerto o normando las acciones de los médicos si éste tiene que ver con la aplicación del conocimiento abstracto y las habilidades dadas por la práctica acumulada. Una consulta puede variar en el tiempo que le dedique el médico, la duración está en función del padecimiento de que se trate.

Lo más que logra establecerse en la institución, es que el médico cuente con un equipo de auxiliares que le ayude con el desempeño de sus labores, estos son los técnicos de la medicina como: laboratoristas y personal de radiodiagnóstico, así como enfermeras(os) y personal administrativo que entran en funciones para que

el médico se aboque exclusivamente a la atención del paciente. Pero esto no da como resultado que el PT pase a dominio de la institución.

La separación de la concepción y la ejecución no procede de la misma manera en que la propuso Taylor en sus investigaciones. El médico desempeña su trabajo con base en habilidades individuales y no de grupo, por lo menos en el caso del primer nivel de atención el trabajo colectivo para disertar un padecimiento y su 'cura', es muy difícil de presenciar, no así en el caso de los centros de salud hospitalarios.

Al ingresar a una institución, aparecen sistemas de burocratización que impiden que el paciente se encuentre directamente con el médico, la demanda y los medicamentos no los puede determinar éste; el médico tiene que buscar ajustarse a los recursos que se le asignan para cumplir con su trabajo. Tiene que aceptar las reglas de comportamiento y de disciplina laboral como elementos de control, al igual que cualquier otro trabajador.

El instituto agrupa a un número importante de médicos y les asigna una jornada y horario en la cual éstos deben laborar, el médico trabaja utilizando convenientemente los recursos sin desperdicios y cuidando los instrumentos de trabajo que le son propiciados por la institución, no para obtener la plusvalía, como lo señalaba Marx, sino para poder realizar el máximo trabajo con los recursos adecuados o los mínimos indispensables.

El conflicto estructurado del que nos habla Marx, se haya también en esta profesión, la diferencia es que el médico trabaja bajo el control del representante de las autoridades de la institución (en este caso el Ejecutivo Federal nombra un director, que son los responsables directos de la buena marcha y del funcionamiento del sistema de salud), no porque el producto final vaya a ser propiedad del director o del Ejecutivo Federal, porque en este caso, un producto

como tal no lo hay, sino en todo caso, porque los recursos públicos deben utilizarse adecuadamente, pues están expuestos al escrutinio de la sociedad.

La actividad del médico se caracteriza también, por ser racional, pues aplica los conocimientos adquiridos en su formación profesional. Debe saber investigar e identificar las causas del padecimiento para poder 'atacarlo' con los fármacos adecuados.

Pero, no es sólo una actividad racional, ya que si bien la principal característica de este profesionista, es que es una relación social en la que están presentes relaciones de poder y dominación, también se hace presente el compartimiento de la cultura, en este caso de la aceptación, por parte del usuario, del médico 'científico' antes que del curandero o del 'brujo'.

La relación establecida contiene elementos de creencias tanto de tipo científicas como de 'fe'. El paciente deposita su confianza, su 'fe' en la ciencia, que en este caso está investida en el médico. Lo mismo sucede cuando el 'enfermo' acude con el curandero, hay una fuerte dosis de confianza y creencias en ese tipo de sujetos. En todo caso, lo importante es que los sujetos representen debidamente la ritualización al momento de establecer la interacción.

La relación social establecida, también coloca los discursos de los participantes (médico-paciente) de esta interacción en primer plano, uno utiliza el lenguaje técnico-médico para denotar conocimiento y autoridad, el otro utiliza el lenguaje coloquial e intenta explicar de la manera más certera las causas de su dolor, pues la causa de éste muchas veces no es percibido a simple vista, es, en todo caso, descubierto por el médico, lo 'visibiliza' de manera abstracta, pues está en el interior del cuerpo, el dolor, la molestia, no es algo concreto, es un atisbo que se 'siente'.

El trabajo del médico también es un desgaste físico, pero éste es más a nivel mental, pues para diagnosticar con certeza el padecimiento pone atención en todos los signos que presenta el 'enfermo', hasta localizar la causa de su dolencia, es una 'producción' que requiere del usuario, es por lo tanto una co-producción del servicio. Se necesita de esa interacción para que se produzca el servicio, más aún, el médico, en este nivel (medicina familiar), requiere del mayor número de información que le pueda dar el paciente para poder decretar la enfermedad.

El proceso del trabajo del médico, en resumen, presenta ciertas particularidades que puede o no compartir con otro tipo de labores profesionales: se otorga de manera individual (cara a cara); utiliza equipo médico básico para el desempeño de su trabajo como baumanómetro, termómetro, estetoscopio, báscula, entre otros; se auxilia de otros servicios como son laboratorio, dental, radiodiagnóstico, etc., para detectar con precisión la enfermedad; principalmente pone en acción sus sentidos como son el oído, el olfato, el tacto, la vista y el gusto, pero estos los utiliza con el compartimiento del conocimiento y las habilidades personales adquiridas en los años de su formación profesional, que por lo demás, demandan de una constante actualización.

La profesión del médico tiene una valoración social más que económica, es la vida de los sujetos la que está en 'juego', la que se pone, literalmente, en manos de los médicos, depende de la habilidad y de los recursos que éste tenga para detectar a tiempo el padecimiento y restablecer a la brevedad la salud del paciente.

Por último, en el caso de la profesión del médico, como dice Friedman, existe más un auto-control; no es a través de la coerción ni de la mirada vigilante del capataz, como se logra que este trabajador desempeñe su labor adecuadamente; la ética juega un papel fundamental en este caso, que sirve muchas veces, para que el médico se autorregule y labore de manera eficaz. Al contrario de lo que apuntaba Braverman, más que un incremento de la autoridad hoy hay la tendencia a la integración de la subjetividad del trabajador al PT, a través de la búsqueda del

auto-control de cada trabajador, a través de la interiorización de las necesidades objetivas del proceso laboral.

La medicina se ha subdividido en especialidades, como muchos trabajos profesionistas o no, esto quiere decir, que el 'cuerpo' para su estudio se ha 'parcializado', de tal manera que ante la diversidad de enfermedades que podemos enfrentar es necesario conocerlas en su especificidad para su mejor manejo. Esto de ninguna manera ha significado la desprofesionalización o el abaratamiento del costo del trabajo del médico, pero tampoco ha repercutido en mejoras en sus ingresos salariales, en todo caso su repercusión puede ser más de carácter simbólico, pues al obtener una especialidad, que no sea la de medicina familiar, se tiene mayor probabilidad de ingresar a laborar en un tercer nivel de atención y, en consecuencia, se logra obtener un mayor prestigio. En nuestro caso el médico de consulta externa, por ser médico familiar, dado que debe contar con un conocimiento de padecimientos en lo general, ¿debe diferenciarse (en términos económicos o simbólicos) de aquellos que adquieren una especialidad distinta a la suya?

Ni la división del trabajo, ni el uso de alta tecnología, han generado mayor control en el proceso de trabajo del médico. En el caso del médico en el IMSS, el especialista profundiza su conocimiento sobre un tema en particular, mientras que el médico familiar, abarca en extensión sobre diferentes temas clínicos. Pero, actualmente y a pesar de obtener los mismos ingresos, el médico especialista cuenta con mayor autoridad y reconocimiento, incluso entre los propios profesionistas de la medicina.

No sabemos por ahora, si todas las interrogantes habrán tenido respuesta. Pero debemos, por el momento considerar dos conceptos más que hemos mencionado constantemente. Al referirnos al PT hemos insistido en la búsqueda del control. Pero, también hemos dicho, que el trabajo del médico para llevarse a cabo requiere de otro sujeto, por lo tanto, en esta interacción entre individuos se

construye también una relación de poder. Tratemos de especificar lo que entenderemos en este caso por control y poder.

Control y poder

Primeramente hay que considerar que las distintas formas que puede asumir el control del trabajo se construyen históricamente, y no están reguladas exclusivamente por criterios económicos. Asimismo debemos evitar ver el problema del control como una cuestión que concierne al trabajo de unos individuos y no se le analiza en términos de un proceso. El control no se presenta como un problema estructural, vinculado a la organización social del trabajo (Finkel: 337-338).

Para Richard Edwards existe el control simple que es típico del capitalismo competitivo, el control en su versión taylorista, pero también propone el control técnico, que implica diseñar la maquinaria y planificar el flujo de trabajo, de modo tal que se pueda minimizar el problema de transformar la fuerza de trabajo en trabajo, así como de maximizar las posibilidades físicas para lograr mayor eficiencia (Finkel: 347-348).

En el caso de Newbold Adams, este autor plantea que cuando hablamos del control sobre el ambiente, la palabra control se refiere a la toma y ejecución de decisiones acerca del ejercicio de una tecnología. La noción del control incluye necesariamente la toma y ejecución de decisiones. Un concepto clave para la definición del control es el de tecnología. El término se usa en un sentido amplio: se refiere a un conjunto de conocimientos, habilidades y materiales (aparatos) necesarios para modificar el orden (es decir, las relaciones espacio-tiempo) de algún conjunto de formas de energía o para lograr una conversión de energía. Para algunos fines conviene agregar otro elemento a la definición de la tecnología y, por tanto, a nuestro concepto del control: el de la organización del trabajo (Adams, 1983: 29-31).

En el caso del poder, éste se encuentra, nos dice Adams, en la conjunción de lo que percibe el individuo como su propio ser interno, lo que percibe en el mundo que lo rodea, y la forma en que relaciona estas percepciones para establecer sus relaciones con otros seres humanos (Adams: 11).

Acompañemos a dicho autor por una sintética revisión de las definiciones que se han propuesto sobre el poder. Para Weber es la probabilidad de que uno de los actores de una relación social se encuentre en posición de imponer su voluntad a pesar de la resistencia, cualquiera que sea la base de esta probabilidad.

Para otros autores el poder era algo que podía verse ejercer a un individuo concreto. El poder impedía a otro individuo igualmente concreto hacer algo que habría preferido hacer. El poder consistiría en subordinar las preferencias de otros y en extender las propias a fin de incorporar a esos otros (Clegg, 1997: 34-35).

Por su parte, Lukes sostiene que el ejercicio supremo del poder consiste en hacer que otro u otros tengan los deseos que uno quiere que tengan, en obtener un acatamiento mediante el control de sus pensamientos y deseos. Esta es la concepción clásica del poder como suma cero, como la negación del poder de otros. Los que están sometidos a la soberanía del poder son literalmente incapaces de reconocer su voluntad, capturados como están por el poder soberano de otro. Los modelos de la ideología y de la hegemonía presentan estas concepciones del poder como conciencia falsa (Clegg, 1997: 41).

Harold Laswell y Abraham Kaplan lo definen como la participación en la toma de decisiones; una decisión es una política que implica sanciones (privaciones) severas; una sanción es una conducta que responde a un acto y que trata de modificar los actos futuros hacia la conformidad; más específicamente el poder se considera como una subclase bajo la categoría más inclusiva de la influencia

(Adams: 19-20). Dichos autores consideran la toma de decisiones como un elemento central del proceso de poder.

La definición de Robert Bierstedt: es la capacidad para emplear la fuerza. A pesar de que casi todos los estudios del poder consideran el uso de la coerción o la fuerza, la mayoría de ellos rechaza tal uso como un elemento central. Morton Fried también considera que el poder es la capacidad para canalizar el comportamiento de otros mediante la amenaza o el uso de sanciones (Adams: 20-21).

Ralph Nicholas utiliza un concepto muy parecido: el poder es control sobre los recursos, ya sean humanos o materiales. Georges Balandier usa un enfoque diferente, en el que el poder es considerado como resultado de la necesidad de luchar contra la entropía que amenaza (a la sociedad) con el desorden (Adams: 22-23). Este último autor no da una definición realmente del poder sino lo asocia con el ambiente de una sociedad en el que hay un proceso constante por evadir el desorden.

Para una mejor distinción de control y poder y no caer en errores, el autor afirma que el poder es aquel aspecto de las relaciones sociales que indica la igualdad relativa de los actores; deriva del control ejercido por cada actor sobre los elementos del ambiente que interesa a los participantes. Adviértase con cuidado la diferencia: el control sobre el ambiente es una cuestión física. Un actor lo tiene o no lo tiene. El poder sobre un individuo es una faceta psicológica de una relación social (Adams: 26-38).

Debemos considerar también que muchas veces, y asumiendo las definiciones de control y poder que propone este autor, que el control muchas veces es simbólico. El control simbólico descansa en algún punto sobre una asignación de poder a un individuo para que realicen, bajo ciertas condiciones reconocidas, un acto ritual; y este acto ritual es un símbolo que lleva un significado equivalente a todos los que compartan esa cultura particular.

El control del símbolo se compone así, en realidad, de una combinación particular de control y poder. Algún conjunto de personas, que controlan cierta porción del ambiente, entregan su derecho de toma de decisiones a alguna otra persona. Las personas que conceden el poder desean restringir el uso de este poder a ciertas situaciones; así pues, el uso del control simbólico sólo transmite significado si se usa bajo las circunstancias rituales correctas (Adams: 41).

Por la importancia que ha tenido en las ciencias sociales, planteamos la propuesta de Foucault sobre su concepción del poder: (Foucault, 1992: 170-171).

- ✚ El poder es coextensivo al cuerpo social, no existen las mallas de su red, playas de libertades elementales;
- ✚ Las relaciones de poder están imbricadas en otros tipos de relación (de producción, de alianza, de familia, de sexualidad) donde juegan un papel a la vez condicionante y condicionado;
- ✚ Dichas relaciones no obedecen a la sola forma de la prohibición y del castigo, sino que son multiformes;
- ✚ Su entrecruzamiento esboza hechos generales de dominación; que esta dominación se organiza en una estrategia más o menos coherente y unitaria; que los procedimientos dispersados, heteromorfos y locales de poder son reajustados, reforzados, transformados por estas estrategias globales y todo ello coexiste con numerosos fenómenos de inercia, de desniveles, de resistencias; que no conviene pues, partir de un hecho primero y masivo de dominación (una estructura binaria compuesta de dominantes y dominados), sino más bien una producción multiforme de relaciones de dominación que son parcialmente integrables en estrategias de conjunto;
- ✚ Las relaciones de poder sirven en efecto, pero no porque estén al servicio de un interés económico primigenio, sino porque pueden ser utilizadas en las estrategias;

- ↓ No existen relaciones de poder sin resistencia; que estas son más reales y más eficaces cuando se forman allí mismo donde se ejercen las relaciones de poder; la resistencia al poder no tiene que venir de fuera para ser real, pero tampoco está atrapada por ser la compatriota del poder. Existe porque está allí donde el poder está; es pues como él, múltiple e integrable en estrategias globales.

Resulta interesante también, que desde la perspectiva de otros autores, la narrativa y la cultura sean elementos para lograr la obediencia en el lugar del trabajo. Es el caso de Marsha Witten y Dennis Mumby, donde podemos encontrar algunas de estas propuestas muy aceptadas en la actualidad.

Las narrativas, al mismo tiempo que entretienen y absorben, resultan formas de hablar para ejercer un control encubierto en el lugar de trabajo. En este caso la cultura es considerada como un conjunto de capacidades de pensamiento y acción –normas de interpretación y estrategias de acción- del que disponen los miembros de la organización (Witten, 1997: 133-135).

Por el habla y otros comportamientos simbólicos, las personas en las organizaciones producen una comprensión intersubjetiva sobre la naturaleza de su realidad; logran obtener un esquema para explicar esa realidad y, algo importante, objetifican estas comprensiones, de manera que la naturaleza del medio que han construido les resulta 'real'. Por lo tanto, el orden común y cotidiano de la realidad organizativa es producto de una interacción simbólica constante objetificada en estructuras de sentido que asumen el aura de la facticidad (Witten: 136-137).

Por su parte Mumby (1997) ha examinado la narrativa como un recurso para legitimar las relaciones de poder dominantes en las organizaciones, sosteniendo que las narrativas, entendidas políticamente, son fuerzas ideológicas que dan prioridad a ciertos intereses y no a otros (Witten: 142-143).

Las narrativas, como la tradición inventada de una organización, pueden por lo tanto ayudar a evitar los cuestionamientos dirigidos a las relaciones jerárquicas existentes, promoviendo la regla del pasado sobre el presente, conservando la impotencia de los grupos menos favorecidos. Es así como las narrativas que la gente cuenta reflejan y contribuyen a la vez a perpetuar sus posiciones de relativa desventaja, promoviendo y reforzando una cultura de la obediencia (Witten: 152).

Si la narración de historias ayuda a generar una cultura de la obediencia en el lugar de trabajo, la obediencia de los empleados es por lo tanto un producto de la manipulación y no de un consenso genuino (Witten: 155-156).

Como podemos observar, las diversas propuestas de los analistas han colocado ya sea el conflicto o el consenso, para lograr explicar las formas en que se determina el poder y el control en las relaciones sociales de producción. Por un lado, es la utilización de la fuerza o el castigo y por la otra, lo que explica el ejercicio del poder, es el proceso del consentimiento. Una vertiente interesante es la de Foucault, la cual plantea que el poder es consecuencia de una construcción social, no es propiedad de nadie y no podemos apreciarlo meramente como negativo.

Sin embargo, el poder también lo podemos hallar en lo simbólico, como puede ser el lenguaje y otros artefactos. Evidentemente para que cumplan o refuercen el poder (dichos símbolos), debe participarse de los valores culturales por los actores involucrados, y deben realizarse eficazmente los rituales compartidos por la sociedad. Veremos brevemente que importancia tienen los procesos simbólicos en el ámbito de trabajo.

Construcción simbólica en los espacios de trabajo

Hemos decidido considerar la parte simbólica en los procesos de trabajo, porque en el sujeto de estudio está presente esta parte con la que consolida su poder

sobre otros sujetos, pero también, porque culturalmente el papel que juega la profesión del médico esta avalada y legitimada por la sociedad. No esta por demás señalar, que parte fundamental de su estatus, jerarquía y poder dentro de las instituciones de salud emana del significado cultural e histórico que tiene dentro de la mayoría de las sociedades.

En uno de sus últimos trabajos Reygadas nos dice, que el concepto de cultura de trabajo se puede ver desde una perspectiva histórica-semiótica de la cultura, es decir, aquella que ve la cultura como un proceso de producción, transmisión y apropiación de significados en contextos históricos y sociales específicos. El autor propone como definición: la cultura de trabajo es la generación, actualización y transformación de formas simbólicas en la actividad laboral (Reygadas, 2002: 20).

El autor tiene interés particular en analizar la eficacia laboral de la cultura, es decir, las influencias a las que se encuentra sometido el proceso de trabajo, la actividad simbólica que se lleva a cabo durante el trabajo, en la cual ponen en juego maneras de ver, de valorar y de sentir los individuos, dentro y fuera del marco laboral y que condicionan la manera en que ejercen su trabajo. Insiste en la importancia que tiene la creación y apropiación de formas simbólicas en el trabajo como un proceso en el que los agentes actualizan su cultura dentro de contextos y relaciones de poder específicos (Reygadas: 20-21).

Aunado a esta parte de la construcción simbólica en los procesos de trabajo, está el proceso laboral que conlleva actos simbólicos mediante los cuales no se actúa sobre la naturaleza visible como se hace con las herramientas, sino sobre potencias invisibles que controlan la reproducción de la naturaleza y a las que se les reconoce el poder de conceder o negar al hombre lo que espera. Esta parte simbólica del proceso laboral constituye una realidad social tan real como las acciones materiales sobre la naturaleza, pero su finalidad, su razón de ser y su organización interna, constituyen otras tantas realidades ideales, cuyo origen es el pensamiento que interpreta el orden oculto del mundo y organiza la acción sobre

las potencias que lo controlan. Los medios materiales participan a menudo en la realización de los rituales (objetos sagrados, arcilla para pintarse el cuerpo, etc.), pero no poseen sentido y eficacia más que dentro del sistema de interpretación del orden social y cósmico que los ha escogido (Godelier, 1989: 179-180).

Ante la interrogante que se hace, este último autor, en el sentido de cómo los individuos y los grupos dominados pueden consentir 'espontáneamente' su dominación, responde: es necesario que ésta les parezca un servicio que les prestan los dominantes, cuyo poder parece que desde ese momento es tan legítimo para los dominados, como su propio deber de servir ellos a quienes les sirven. Es necesario, pues, que dominantes y dominados compartan las mismas representaciones para que surja la fuerza del poder de los unos sobre los otros, el consentimiento basado en el reconocimiento de los beneficios, de la legitimidad y de la necesidad de ese poder (Godelier: 187-188).

En resumen

Finalmente debemos tratar de situar nuestro objeto de estudio en esta rápida revisión que hemos realizado. Recordemos que el trabajo lo enfocaremos desde una perspectiva en la cual la construcción de lo simbólico, en el proceso de trabajo, tiene relevancia. Es decir, el trabajo como la transformación de la naturaleza por el hombre para satisfacer necesidades humanas en las que el trabajo es construido culturalmente y de acuerdo con relaciones de poder.

Así, el proceso de trabajo será en el caso de nuestro sujeto, la de otorgar un servicio a otro sujeto (paciente o usuario) con el objetivo de prevenir alguna enfermedad o en su caso 'curarlo' de alguna de ellas. En otras palabras, se trata de realizar una serie de procedimientos utilizando sus medios de trabajo para restablecer al usuario 'enfermo' en su salud. La particularidad de este tipo de trabajo en relación a otros con características similares es que su 'objeto' de trabajo es el cuerpo.

Partimos de que el médico, en términos teóricos, por las características de su profesión mantiene un control sobre su PT, considerando lo que Adams nos refiere como control, es decir, el médico dentro de su espacio privado puede decidir y tomar decisiones sobre el tiempo y la forma en que otorga la consulta al paciente, además de ser él quien tiene el conocimiento y la habilidad práctica para atender la enfermedad y dominar los instrumentos y el equipo de trabajo.

Por su parte, el poder lo referimos, siguiendo la propuesta de Adams, como construcción de la relación social en la interacción entre los sujetos, el poder deriva del control que el médico tiene sobre el ambiente específico en que se encuentra, en el caso de nuestra investigación, lo observamos en la relación médico-paciente. Como dice Foucault, el poder es una construcción social, no pertenece a nadie y está en todos lados, pero la igualdad es relativa, pues el espacio es construido para que el médico ejerza su influencia y su conocimiento sobre los otros.

Es al médico a quien se le asigna el poder simbólico de las instituciones de salud, pero para hacerlo efectivo se requiere que se realicen los actos rituales bajo ciertas condiciones y que el usuario las comparta. La cultura de 'la medicina oficial' o científica implica que al ser consentida por los participantes, cada uno deba asumir su rol, aceptarlo simboliza e implica que el paciente represente 'apropiadamente' el rol del 'enfermo'.

Sin embargo, los procesos simbólicos (lenguaje es uno de ellos), que se construyen cotidianamente dentro del espacio de trabajo del médico, refuerzan el control y poder, tanto en el ámbito específico en el que se desarrolla su proceso de trabajo; como también existe una legitimidad de ese poder sancionado por la sociedad, por la cultura occidental que subordina a las otras formas de aplicar y entender a la medicina.

Pero, ahora nos encontramos con una realidad distinta, pues en los hechos tenemos un sujeto al cual en 'apariencia' se le restringe cada vez más el control y el poder con el que cuenta para ejecutar su trabajo y, que otrora, era reforzado desde lo social, cultural, etc.

También es cierto que ante las reestructuraciones productivas, de corte neoliberal, consideramos que el control y el poder del proceso de trabajo pierden legitimidad y eficacia para mantener el estatus y la jerarquía que socialmente mantenía en el contexto en que lo social era asumido como compromiso del Estado para que éste se legitimara. Ante la prevalencia de una visión de mercado, a la salud se le ubica desde una perspectiva individual y económica; ya no responde como un elemento de justicia social, ahora lo que incide fuertemente es la racionalidad y la eficacia de los recursos económicos sobre la calidad de los servicios y la salud como responsabilidad colectiva.

Pero, más allá de las consecuencias que puedan tener las aplicaciones de políticas económicas sobre el sector salud debemos mirar el comportamiento micro, para desde ahí, observar a los sujetos concretos que lejos de relacionar su accionar cotidiano con dichas políticas macro, sus actos corresponden a realidades específicas que padecen en sus actividades laborales.

Y en este mirar lo micro es cuando se hacen presentes las significaciones que se constituyen y reconstituyen en la interacción médico-paciente; son las que dan posibilidad de que el médico pueda realizar su ejercicio profesional. Veamos sintéticamente las dimensiones del control y el poder que sirven para que el médico y el paciente cumplan su rol en la interacción.

La profesión de la medicina es una de las más antiguas de la historia de la humanidad, tiene la particularidad de ser una profesión que tiene como base al conocimiento científico, no se transforma tan rápidamente como pudiera ser el taller de automóviles de la Ford en las últimas décadas. Ciertamente la ciencia ha

logrado avances importantes para restringir cierto tipo de enfermedades en sectores muy localizados, pero lo que subyace a todos los cambios que vive la medicina, es que ésta se da en una relación cara a cara *per se*.

Al tomar en cuenta la propuesta de Adams de control y poder, analicemos los elementos constitutivos de una y otra. Recordemos la definición que hace dicho autor del primero. El control es la toma y ejecución de decisiones acerca del ejercicio de una tecnología [conjunto de conocimientos, habilidades y materiales (aparatos) necesarios para modificar el orden -es decir, las relaciones espacio-tiempo- de algún conjunto de formas de energía. Incluyendo la organización del trabajo].

El conocimiento es un factor de suma importancia que tiene el médico sobre el paciente, aunado a que éste lo desarrolle en un espacio privilegiado en el que el profesionista ocupa los más altos puestos en la institución. No queremos decir que este rasgo (el conocimiento) sea sólo del médico, pues lo podemos encontrar en otro tipo de trabajador, sin embargo, para hacer efectivo su desempeño, el conocimiento teórico y práctico que se aprende en la escuela es básico, pues no hay forma de que el aprendizaje sea a través de la imitación, como si puede suceder con otros trabajos más 'simples'.

La habilidad y la pericia son elementos significativos que los pacientes les atribuyen a los médicos, algunos de ellos despliegan más destrezas y son certeros en el diagnóstico y el fármaco para aliviar al paciente, sin embargo, en la institución el 'enfermo' no decide quien lo debe de atender; al paciente le establecen su doctor, igualmente pasa con el médico su población es asignada sin consultarlo, por lo tanto, en la institución se parte del supuesto que todos los doctores tienen la capacidad para 'curar' al 'enfermo'.

El tiempo se administra en función de los padecimientos que enfrenta el enfermo, algunos pueden ser fácilmente detectados otros requieren de mayor tiempo e

interrogatorio, más aún, muchas de las veces el médico debe apoyarse en los servicios auxiliares para realizar el diagnóstico real y no el 'sentido'²⁷. El tiempo es fundamental, pues el paciente necesita ser escuchado para conocer sus hábitos alimenticios, de vida, de trabajo, de recreación e incluso familiares. Al igual que el médico necesita que lo escuchen para que se sigan correctamente sus indicaciones.

La cantidad de trabajo es otra dimensión del control que tiene el médico sobre el ambiente, él sabe si el desgaste mental le permite atender a un número determinado de pacientes, pues muchas veces el otorgamiento de una consulta con calidad y calidez depende de que no haya cansancio mental, ya que de haberlo, éste puede afectar la relación médico-paciente y un error en el diagnóstico o en el tratamiento, puede incluso costarle la vida al paciente. El médico no 'puede' de cometer errores.

La organización del trabajo en si misma puede variar poco pues como lo hemos mencionado, la interacción 'cara a cara' es ineluctable para la realización del trabajo del médico. Ahora bien, el procedimiento para que se realice el encuentro entre los actores puede variar; éste está en función del lugar donde labore el médico. Puede ser en una institución pública, privada o puede ejercer su profesión en consultorio particular, es decir, por cuenta propia. El médico contará con una base de datos o con un archivo que contenga los pacientes atendidos para referir su historia clínica y conocer los antecedentes clínicos del enfermo.

Por último, *el lenguaje* (oral-escrito) es utilizado como una narrativa que busca demostrar que se tiene el conocimiento y por lo tanto, el control. El lenguaje empleado es técnico-médico el cual sirve no sólo para explicar la enfermedad sino como distinción de la profesión, no importa que el otro sujeto no lo entienda se

²⁷ El diagnóstico 'sentido' es el que percibe y se atribuye el paciente, mientras el real es el que detecta el médico.

trata de demostrar que se sabe. El lenguaje refuerza el poder que se establece en la relación médico-paciente a favor del primero.

Veamos ahora sucintamente, los elementos constitutivos o dimensiones que consideraremos pertinente comprender para analizar el poder que se construye en la interacción de nuestro profesionalista con el 'enfermo'; partiendo del supuesto de que el espacio en donde se encuentran ambos actores favorece al médico en el dominio de éste sobre el ambiente.

Recordemos que el poder lo asumimos como lo refiere Adams, por lo tanto, el poder será el aspecto de las relaciones sociales que indica la igualdad relativa de los actores; poder que deriva del control ejercido por cada actor sobre los elementos del ambiente que interesa a los participantes.

El estatus y prestigio derivan del lugar que tiene nuestro actor en la sociedad y en las instituciones en las que labora. Incluso los emolumentos de esta profesión se caracterizan por ser altos en contraste con otras profesiones. Quien aspira a ser médico busca tener reputación y poder, culturalmente es aceptado como uno de los mejores trabajos pues denota cierto 'saber' de tipo casi 'místico'. El médico 'cura' no los fármacos. Se personifica en él la posibilidad de aliviar el malestar.

Regularmente los médicos ocupan *las jerarquías* superiores en las instituciones de salud; prevalecen las decisiones médicas sobre los criterios de otros personajes que auxilian a éste (ejemplo, el sector administrativo). El médico es la columna vertebral en los espacios de salud, es el personaje principal en el cual se dispone el rostro de la institución ante el usuario. El director de una unidad clínica es de profesión médica. Hay toda una cultura laboral en la que el género se hace presente, que privilegia que el sexo masculino ocupe los puestos más importantes antes que la doctora, aunque, hoy en día, se pueden encontrar liderazgos de mujeres doctoras, prevalecen todavía en los cargos directivos los hombres médicos.

Ejercer el poder esta en función de llevar a cabo *los rituales* apropiadamente; el médico tiene su rol al igual que el paciente, cada uno debe de representarlo bajo las condiciones pertinentes de tal manera que la ritualización sea reconocida por ambos personajes. La limpieza personal (la bata blanca significa la pureza); el bien vestir; el título de la carrera; el orden; la manera de expresarse y de conducirse favorecerán que el 'otro' (paciente) asuma su rol, es decir, para ser 'enfermo' hay que representarlo, el gesto; los ademanes; el 'desconocimiento'; la espera con paciencia; las indicaciones médicas tienen que ser aceptadas, aunque muchas veces esa actitud puede confundirse con la 'sumisión'. Todos estos son rasgos del rol que se personifican en la interacción médico-paciente.

Cuando el médico se enfrenta al 'otro' que se expresa bien, viste bien, conoce lo que tiene y demuestra seguridad, el rol se trastoca, la autoridad se pone en entredicho, aunque siempre prevalece; pero lo que queremos manifestar es lo importante que significan los roles preestablecidos. El médico también debe representar su rol pues, la 'duda', el descuido personal, la incapacidad de expresión, puede poner en igualdad de circunstancias al usuario con el médico. Conviene mantener la distancia y no relajar la relación; expresiones como ¡¡Aquí yo soy el médico!! Tienen lugar en el hospital o el consultorio; pero no en otro espacio, aunque siempre será una profesión respetable por la sociedad.

En el mismo sentido, la profesión del médico es *aceptada socialmente*. Se le embiste de autoridad y poder por el papel que desempeña, por la historia de la profesión. El médico al igual que el sacerdote 'cura' y 'salva'; ambos están relacionados con el 'bien' antes que con el 'mal'. Los médicos aceptan dentro de su círculo de amistades preferentemente a sus homólogos, no a curanderos.

Finalmente, *la capacidad de 'curar'* al 'enfermo' facilita que en la interacción médico-paciente el primero ejerza el mando, aunque jamás de manera determinante, pero este rasgo aunado al espacio hospitalario son construcciones

sociales en donde el primero cuenta con el 'aval' para la toma de decisiones; donde el segundo participa como afirma Reygadas, en la generación, actualización y transformación de las formas simbólicas en la actividad laboral aunque estas potencias no sean visibles.

Seguramente quedarán interrogantes o discusiones pendientes sobre lo hasta aquí afirmado. Ojala se haya logrado el propósito fundamental de este apartado que es tratar de colocar en un nivel más sistemático y teórico los procesos del trabajo del médico, de tal manera que podamos en este ejercicio comparativo con los trabajadores del sector industrial, distinguir las particularidades de nuestro profesionista.

De ser así el trabajo de campo podrá tener como referente las aseveraciones anteriores. Sólo nos queda señalar que no hemos intentado construir un tipo ideal (como lo propone Weber) para contrastarlo con las evidencias empíricas; más bien hemos intentando proponer algunos rasgos básicos de la profesión del médico a nivel político, que se configuran y reconfiguran en su proceso de trabajo. Esto nos permitirá tener un marco explicativo, de los cambios que paulatinamente se pueden estar generando en la profesión del médico familiar en consulta externa en el contexto de la modernización institucional.

En el siguiente capítulo analizamos las formas de organización del trabajo que se han instrumentado en los últimos años en la consulta del médico de medicina familiar en el IMSS. Dichas formas de organización del trabajo las abordamos en el contexto histórico en el cual se da el surgimiento de la institución y la génesis de la profesión médica, de tal manera que podamos apreciar con más claridad cómo la relación médico-paciente se encuentra atravesada transversalmente por un tercero, es decir, la institución a través de sus reglas personificadas por la autoridad de la clínica o el hospital.

Es decir, el médico se encuentra acotado por los lineamientos institucionales, el control y el poder pueden relativizarse por el uso de los recursos que la institución le ofrezca o pueden verse trastocados por la instrumentación de decisiones administrativas y no médicas o incluso por la actitud de los usuarios, no son menores las consecuencias que provoca la vigilancia de instancias externas a la institución (Conamed, la Comisión Nacional o Local de los Derechos Humanos, etc.), más concretamente, sobre el ejercicio profesional del médico.

Hay pues una constante lucha de intereses que se configuran cotidianamente y no están determinados a priori; en esta lucha no necesariamente llegan a coincidir los objetivos de unos u otros. La institución busca cumplir las metas estadísticamente hablando; el usuario en el primer nivel de atención tiene un interés instrumental (busca el medicamento, la incapacidad, el pase al segundo o al tercer nivel de atención) desea ser escuchado(a); por su parte, el médico pretende terminar la consulta en el menor tiempo posible. Esto no implica que el ejercicio de su profesión sea descuidado o mal elaborado, simplemente a nuestro médico se le 'impone' una determinada cantidad de pacientes y éste no puede rechazarla pues la propia ética médica no le permite negar sus servicios so pena de ser sancionado.

La modernización institucional tiene como objetivo según afirman las propias autoridades, mejorar la atención al derechohabiente para ofrecer un servicio con calidad y calidez. Explicamos en los próximos capítulos cuáles son los factores que impiden a nivel del 'piso' de la clínica (en el encuentro cara a cara) conseguir con éxito los fines institucionales.

Además trataremos de seguir comprendiendo mejor el trabajo de nuestro sujeto por lo que en los siguientes capítulos, deconstruimos las actividades de este profesionalista para conocer mejor la importancia y el papel del médico y principalmente de los cambios que se pueden estar presentando en el contexto de la modernización institucional.

Capítulo II

Legitimidad social e histórica de las instituciones de salud y de la práctica médica

Introducción

En este capítulo hacemos una revisión específica del espacio laboral en el que se ubica nuestro profesionista, la finalidad es poder comprender cómo se logró construir un lugar en el que el médico ocupa la posición central, ese hecho, por sí mismo, le dio autoridad a este último sobre los otros actores que se hacen presentes en las instituciones de salud. Es decir, el espacio de trabajo se organiza en función de las necesidades del médico, pero se olvida, que el objetivo principal de estas instituciones es precisamente la atención al paciente, no obstante, éste queda relegado a un segundo plano.

Consideramos que el poder que adquiere nuestro sujeto no aparece con la constitución de las instituciones de salud; éste tiene ganado un prestigio y una autoridad que la sociedad le ha dado en el devenir de la historia; por lo que el espacio de la institución de salud y el profesionista médico se corresponden. Lo que observamos fundamentalmente, en todo caso, es que con el surgimiento de los sistemas de seguridad social se institucionaliza todo un tipo de prácticas médicas que favorecen a la medicina 'científica'.

Debemos advertir que repasar los inicios de la medicina y de la seguridad social, así sea de manera breve en este capítulo, tiene la intención de exponer la legitimidad con la que surge esta profesión y por qué las instituciones de salud están sancionadas por la sociedad de cierta autoridad, tanto ellas como el médico.

Así pues, el primer apartado de este capítulo si bien no es el esencial en nuestro trabajo, sí creemos que debemos de darle un rápido repaso para conocer el

contexto histórico en el que surge la seguridad social y con ésta las principales instituciones de salud, que en el caso de México, así como de otros países, se estableció como el principal monopolio público de salud, impulso que se debió en gran parte a que el país adoptó como motor del modelo de desarrollo al Estado benefactor.

Este crecimiento del sistema de salud facilitó, desde nuestra perspectiva, que instituciones como el IMSS tuvieran no sólo una presencia en casi todo el territorio nacional, sino que principalmente fuera aceptado socialmente como el espacio hegemónico en el cual se solucionarían los problemas de salud; más allá de los otros sistemas tradicionales que se subordinaron a la medicina de carácter biológico.

El segundo apartado intenta deconstruir la complejidad de los servicios de salud que se brindan en el IMSS, pero enfocados al primer nivel de atención, es decir, en la consulta externa, sin que esto implique no mencionar algunos elementos importantes del segundo y tercer nivel de la atención médica la cual se caracteriza por ser especializada. Por lo tanto, el objetivo es tratar de tener una idea así sea muy general, de los componentes que están modificándose para ‘modernizar’ los servicios de salud.

Por último, hacemos una revisión y reflexión sobre el ejercicio de la profesión médica tratando de imbuirnos de los aspectos que resaltan en su proceso de trabajo. También buscamos describir las formas organizativas que han prevalecido en la institución (IMSS) en el otorgamiento de la consulta externa –aunque debemos advertir que sobre este aspecto se contó con muy poca información-, por lo que, en todo caso, preferimos acentuar los aspectos simbólicos que son significativos en el ejercicio de la práctica médica.

La práctica médica y el nacimiento de la seguridad social

Desde tiempos remotos el hombre se ha enfrentado a todo tipo de riesgos que afectan su salud; sin tratar de partir del origen, cosa que por demás resultaría muy difícil de precisar, desde la aparición del hombre en la tierra siempre han existido algunos miembros de las comunidades que se encargan de dar alivio a los padecimientos físicos, biológicos y hasta mentales que se presentan en la sociedad.

No importa si ese papel lo han ocupado religiosos, 'brujos', filántropos o médicos, el objetivo ha sido el mismo: aliviar el dolor de los 'enfermos' a través de sustancias, ritos o fórmulas biológicas que permitan el reestablecimiento de la salud para que éstos se re-integren a la 'normalidad' de la vida social.

En épocas primitivas el proceso de curación de la enfermedad estaba relacionado directamente con la divinidad, quien podía brindar tanto la salud como la enfermedad, por lo cual, quienes lo practicaban especialmente sacerdotes y 'brujos', eran percibidos por los pacientes como personas muy cercanas o representantes de los dioses. Este hecho generó desde entonces, una credibilidad y confianza casi a 'ciegas' de los pacientes en los primitivos practicantes de la medicina, propiedades que también posteriormente fueron atribuidos a los médicos que han basado su conocimiento en la ciencia.

Así pues, la primera concepción de la enfermedad fue de tipo mágico-religioso y se asociaba con castigos de los dioses a las debilidades humanas; la búsqueda de bálsamo descansó en sacerdotes y 'brujos' por la creencia extendida de que ellos tenían una mayor proximidad a la divinidad. Posteriormente y en la medida que el hombre dominó y comprendió mejor las fuerzas de la naturaleza, comenzaron a esbozarse teorías más ajustadas a la realidad de la enfermedad, considerada como efecto de hechos naturales y sociales, muchas de las cuales se podían identificar y curar. Así nacieron las primeras escuelas médicas de la antigüedad

especialmente entre griegos y árabes que pronto se extendieron al resto del mundo (Uribe, 2006: 167).

En la Edad Media el médico, viviendo en una sociedad que transitaba lentamente del dominio de lo divino por lo terrenal, debía adaptarse en el ejercicio de su profesión a una compleja red de deberes civiles y religiosos, a tal punto que tenía como obligación, buscar que el paciente pensara en su alma y en que era necesario que se confesara. Así, la confusión entre lo religioso, lo político y la ciencia se imbricaban, aunque para esos tiempos prevalecía fuertemente lo primero (Lemus, 2006: 198).

Como consecuencia del desarrollo de la ciencia y la tecnología el poder teológico empieza a perder fuerza, dado que no puede dar cuenta de las múltiples apariciones de enfermedades que se presentan, en tanto que los médicos con base en los avances de la ciencia logran mejores resultados, este hecho provoca que el poder civil se incremente sobre el religioso, lo que posibilita que empiece a desenvolverse la medicina 'científica'. Aunado a lo anterior se incrementa la intervención del Estado en las cuestiones económicas y sociales lo que provoca el surgimiento de la estructura de la medicina, dejando como un capítulo pasado el cuidado de la salud a cargo de los centros religiosos o de beneficencia para los menesterosos y enfermos.

Sin embargo, fue hasta el siglo XIX cuando aparecieron las primeras bases de lo que sería la medicina 'moderna'. Hasta ese momento la medicina había logrado avances importantes, pero no suficientes para cubrir las necesidades de una sociedad que experimentaba fuertes cambios estructurales, culturales, económicos, de ritmo de vida, etcétera, que afectaban directa o indirectamente su salud. La tríada de oro de la medicina durante muchos siglos estuvo constituida por las purgas, las sangrías y las lavativas, que indiscutiblemente contribuyeron a acelerar la muerte de miles de personas, si lo vemos a la luz de los actuales conocimientos (Uribe: 167-168).

Los hechos que en el siglo XIX marcaron el nacimiento de la medicina como una verdadera ciencia fueron muchos y variados. El primer gran paso fue dado por los postulados totalmente empíricos de personajes como Semmelweis, Snow y Lister, que plantearon los principios de asepsia y antisepsia, iniciando un proceso que culminó con la teoría microbiana de Pasteur y Koch en 1870, descubrimiento que permitió establecer las verdaderas causas de la enfermedad infecciosa, primer eslabón de la gran cadena científico tecnológica cuyo progreso no se detiene hasta ahora. Vinieron luego, entre otros muchos, el descubrimiento de los rayos X por Roentgen en 1890, que permitió la visión interior del cuerpo humano, la síntesis de los quimioterapéuticos por Ehrlich y Domagk, la penicilina por Fleming y los demás antibióticos a partir de 1940, y el descubrimiento de las vacunas contra muchas enfermedades bacterianas y virales. El primer resultado visible de este gran desarrollo científico y tecnológico fue el control de la mayoría de las enfermedades infecciosas (Uribe: 168).

Paralelamente al desarrollo de la ciencia médica se presentaban en el escenario mundial otros elementos de importancia como lo fueron el riesgo para el capitalismo de las ideas socialistas, el surgimiento del Estado benefactor, la lucha de la clase trabajadora, el reconocimiento de los derechos humanos, entre otros componentes, que coadyuvaron a modelar el espacio privilegiado para el médico: la seguridad social y las instituciones de salud como su columna vertebral.

La seguridad social

La aparición de la seguridad social en Alemania a fines de siglo XIX, si bien significó para las grandes masas la oportunidad de acceder a la atención de la salud, marcó el primer golpe contra la tradicional relación entre el médico y sus pacientes.

A partir de ese momento no llegaban al consultorio por un proceso de 'libre elección', sino que lo hacían mediante decisión arbitraria de la institución encargada de la seguridad social, la cual ahora se encargaba de pagar al médico sus servicios, dando cauce a la despersonalización de la antigua relación. Sin embargo, a pesar de estos cambios seguía existiendo una buena relación entre los actores principales del proceso de trabajo médico.

El médico utilizaba, antes de laborar en las complejas instituciones de salud, unas cuantas herramientas para examinar al paciente las cuales constaban primordialmente de realizar un reconocimiento físico cuidadoso y un interrogatorio amplio sobre sus molestias y antecedentes durante el cual el paciente tenía la oportunidad de contar al médico sus síntomas.

El diagnóstico se fundamentaba principalmente en la habilidad y pericia del médico que adquiría en la práctica y en la escuela. El contar con una buena capacidad de diagnóstico se le llamó durante mucho tiempo el tener 'buen ojo clínico', que no era otra cosa que la síntesis, de un sólido conocimiento de la medicina, en la que destacaba la buena comunicación con el 'enfermo' lo que permitía establecer una buena relación entre éste y su médico. No es de extrañar pues la profunda empatía que a lo largo del tiempo surgía no sólo entre ellos, sino que se incluía a su familia, hasta el punto de que además de mejorar la salud del paciente se convertía en amigo y consejero de la familia (Malagón: 170-171).

El enfermo es un ser afligido y lleno de dudas acerca de su padecimiento que busca en el médico no sólo que lo alivie, sino que sea un ser en quien pueda confiar para decirle sus males, así sean los más íntimos. Esta necesidad la encontraba por lo regular en el médico que además de apoyo profesional le brindaba amistad y consuelo.

Sin embargo, al instaurarse los grandes centros de salud se presentaron cambios que modificaban de alguna u otra manera los roles establecidos durante los

tiempos en que la medicina se otorgaba a través de los centros religiosos; en centros ceremoniales conducidos por 'brujos'; o en el consultorio privado dentro de la comunidad. Cambios que no buscamos calificar sino simplemente llamar la atención sobre ellos. Pero antes de pasar a señalarlos profundicemos sobre la aparición y los causales de la seguridad social.

El tema de la seguridad social ha sido una preocupación de toda sociedad 'moderna' ante los riesgos que corre el hombre de verse en desgracia y no poder contar con todas sus facultades físicas e intelectuales para poder llevar una vida digna. Las instituciones de salud son el pilar fundamental de los sistemas de seguridad social que se establecieron en el mundo a partir del siglo XIX.

Casi todos los autores coinciden en señalar como antecedentes la Alemania de Otto Von Bismarck, que en 1883 se ve obligado a implantar los primeros programas de seguridad social, instituyendo el seguro social médico, el seguro social contra accidentes de trabajo y el seguro social obligatorio contra invalidez y vejez. Todo esto en un contexto donde el régimen enfrentaba conflictos contra la burguesía y tenía la necesidad de detener al movimiento obrero revolucionario con gran influencia de las ideas socialistas de cátedra de aquellos años (Pacheco, 2004; 21).

Sin embargo, el fondo del asunto de la implementación de este tipo de instituciones se debe a las malas condiciones de vida de los trabajadores que se agudizaron con la llegada de la revolución industrial; en ese contexto, lo único que poseían los obreros era su fuerza de trabajo que cedían a cambio de un salario pero, con los ingresos percibidos no podían solventar, en caso de accidente o enfermedad los gastos en hospitales y medicinas.

En sus primeros momentos la preocupación de los hombres que se veían en infortunio, regularmente por alguna enfermedad, eran ayudados por alguna institución de orden religioso. Por lo general los encargados de llevar a cabo dicha

ayuda eran quienes distribuían vestido, comida, atención médica, cuidado a huérfanos y necesitados.

Se produjo la imagen del pobre para vigilarlo, retenerlo y circunscribirlo a un cierto espacio; las instituciones encargadas de reglamentar la asistencia a los pobres administraban a su vez bienes y dinero adquiriendo así, poder económico y político, por lo tanto, poco a poco la presencia del que ayuda se fue modificando por la del que 'cura' (Gil, 2004: 58).

Después de años de lucha de la clase trabajadora frente a los dueños del capital, la seguridad social va transformándose de una acción voluntaria de las instituciones religiosas a una obligación del Estado.

A fines del siglo XIX es visible el agotamiento del Estado Liberal caracterizado por la exclusión política de los sectores populares y por la actuación estatal aparentemente ajena y de abstención de las relaciones económicas reguladas por el mercado. El Estado aparecía diferenciado y neutral respecto al ámbito económico privado (Paganini, 1992: 16).

Los convulsivos movimientos obreros, las nuevas condiciones que implicaba la extensión del sufragio universal y la búsqueda de integración política de los sectores populares provocaron profundas mutaciones en la posición del Estado frente a los perversos efectos sociales del mercado 'autorregulado' (Paganini: 16). Se opera entonces un proceso de enunciación de los derechos sociales que se afirmaran con la incorporación a la constitución de los derechos humanos. Las aspiraciones de bienestar y justicia social se hacen positivas, quedando amparadas por los ordenamientos jurídicos (Constitución de México de 1917 y de Weimar de 1919).

El Estado ya no puede ser indiferente a un orden socioeconómico que priva de la ciudadanía real a buena parte de los miembros de la sociedad, y deberá procurar

realizar objetivos de justicia social haciendo efectivos los nuevos derechos sociales.

La crisis del veintinueve hace patente que la producción no puede ser manejada en exclusiva por el mercado y se exige del Estado el abandono de su papel de mero protector de las reglas para hacerse parte del juego, introduciendo autoridad en la economía (Pagannini: 18). Después de la segunda Guerra Mundial se consolida el Estado benefactor (Seguridad Social, Primer informe Beveridge, teoría económica de Keynes).

Se llega a un punto en que se hace necesario atender las particularidades del modelo de desarrollo en el que el Estado benefactor se insertaba en tanto sistema de reglas institucionales. Se constituyó en el marco institucional característico del modelo de desarrollo imperante en los países capitalistas avanzados a partir de la posguerra, es decir, el fordismo (Pagannini: 20).

No hay que olvidar que en el plano del modo de organización del trabajo el fordismo profundiza los principios del taylorismo de separación entre las tareas intelectuales de concepción y organización del proceso de trabajo por un lado, y las tareas manuales de ejecución de las operaciones prescritas y estandarizadas por el otro; pero con la particularidad de que las normas acerca de la mejor manera de realizar las operaciones en el tiempo estrictamente necesario están incorporadas al dispositivo automático de la maquinaria, siendo las operaciones de ésta las que determinan el ritmo del proceso de trabajo.

El crecimiento en la capacidad de la demanda que permita el consumo en masa se logra por diversos medios: i) aumento del sector asalariado en su conjunto debido a la difusión del trabajo no directamente productivo (personal público en tareas de bienestar, salud, previsión, educación, asistencia, administración, etcétera); ii) extensión de las coberturas de necesidades mediante sistemas de

asistencia y seguridad social (garantías adicionales del Estado benefactor) que se agrupan según la denominación de salario social (Paganini: 21).

El éxito del círculo virtuoso posibilitado por el Estado benefactor otorgaba un consenso ideológico firme que trascendía las fronteras de los países y los signos políticos de los gobiernos.

Con el derrumbe del Estado liberal oligárquico el modelo político que predominó en la América latina fue el de los Estados nacionales populistas. Este modo de estabilidad se articulaba con el modo de acumulación basado en la industrialización sustitutiva de importaciones e implicaba una fuerte intervención estatal en lo que respecta a las condiciones generales de producción y a la infraestructura. En cambio, su presencia es más débil en relación con los sistemas de cobertura de necesidades sociales. No obstante debe reconocerse que es en esta época cuando se opera el principal desarrollo de las coberturas y las medidas de protección social (Paganini: 32).

El papel de la seguridad social va más allá de servir sólo para beneficiar a la población en términos de cuidar su salud o de atender alguna adversidad, es una respuesta virtualmente universal a los problemas de reconstrucción de la cohesión social y la legitimidad en las sociedades capitalistas modernas.

En nuestro país son varias las instituciones que velan por aplicar las normas jurídicas en materia de seguridad social y, así como existen tales, también tenemos diversas disposiciones jurídicas como leyes, reglamentos, acuerdos, decretos, etcétera, que regulan lo relativo a esta materia (Soberanes, 1992: 176).

La seguridad social mejoraba y ampliaba los beneficios de la población mexicana gracias a las luchas sociales de los trabajadores. La seguridad social es uno de los rasgos más importantes que caracterizan al Estado benefactor en las sociedades modernas. Su papel ha servido fundamentalmente como mecanismo

para mantener el ingreso y para combatir la pobreza por medio de la transferencia de beneficios monetarios o en especie, a los grupos de la población menos favorecidos. Estos beneficios incluyen en una definición amplia, servicios por salud, maternidad, seguros por desempleo, accidentes, riesgos de trabajo o retiro, apoyo a la vivienda y otros programas de ayuda al ingreso (Pacheco, 2004: 18).

Con la instauración de la seguridad social el médico recibe el encargo de procurar eliminar la enfermedad mientras que el Estado asume el control y el proveer de los medios necesarios para llevar a cabo las acciones médicas. Se espera que el médico sepa controlar la enfermedad para contar con una población 'sana' y mejorar el estado de salud de los más desfavorecidos; para eso se le confieren desde los elementos básicos de salud hasta los grandes adelantos de la ciencia y la tecnología aplicados a la medicina.

En nuestro país es hasta el gobierno de Lázaro Cárdenas a finales de los años 30 del siglo pasado, cuando el Estado se plantea un proyecto más amplio de la seguridad social el cual se concretiza con la creación del IMSS en 1943 siendo Presidente de la República Manuel Ávila Camacho.

Fue hasta el 23 de diciembre de 1942 bajo la administración del Presidente Ávila Camacho, que la cámara de diputados aprueba el proyecto de Ley del Seguro Social (LSS) y el 19 de enero de 1943, ya ratificada por la Cámara de Senadores, dicha Ley aparece publicada en el Diario Oficial de la Federación (Pacheco, 2004: 23) protegiendo inicialmente a los trabajadores, posteriormente la seguridad social se extiende a otros sectores de la población como los servidores públicos, los campesinos, los grupos marginados, los estudiantes, etcétera.

Se cumpliría así uno de los ideales más importantes de la Revolución Mexicana, que era proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de su familia. Bajo esa idea el IMSS tuvo en sus inicios un desarrollo vigoroso.

Al finalizar la administración de Ávila Camacho el IMSS ya había logrado su institucionalización, que gracias a la decidida intervención estatal dio pie a su gradual crecimiento territorial (Pacheco: 25).

Así la LSS surgió en 1943 y tuvo su fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las teorías existentes en esa época sobre seguridad social y en las demandas históricas de la lucha social por mejorar las condiciones de vida de la población trabajadora mexicana.

El espíritu de la seguridad social señalado en la LSS es, entonces, el de garantizar la protección a las personas contra el riesgo de situaciones adversas, es decir, es la protección que la sociedad ofrece a sus ciudadanos contra la enfermedad, el desempleo, los accidentes, la vejez y la muerte.

El IMSS surge como la principal institución de salud encargada de dar sentido a la seguridad social; en términos legales el Seguro Social es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, además, posee la figura de organismo fiscal autónomo y es de carácter tripartita ya que para su funcionamiento, los patrones, el Gobierno Federal y los trabajadores, pagan una cuota (prima) para que se otorguen los servicios que se especifican en cada uno de los ramos de aseguramiento considerados en la LSS.

El fundamento constitucional de la seguridad social lo podemos encontrar en el artículo 123 apartado 'A' fracciones XII, XIV, y XXIX, y en el apartado 'B' fracciones XI, XIII, XIII bis y XIV, así como en el artículo 4° párrafos tercero y cuarto. De estas disposiciones han emanado diversos ordenamientos ordinarios o secundarios con lo cual queda constituido el actual sistema jurídico de la seguridad social en México.

Después del desarrollo y la formación del Estado moderno mexicano la fracción XXIX del artículo 123 constitucional quedó redactada de la siguiente manera:

Es de utilidad pública la LSS, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares²⁸.

El IMSS habría de comenzar a operar el 1 de enero de 1944 y cubriría los siguientes riesgos por ley: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte y desocupación en edad avanzada. Cabe mencionar que estos riesgos sociales tuvieron un carácter de obligatoriedad (Pacheco: 32).

Para algunos juristas el modo de regulación jurídica de la intervención estatal, según una estructura condicional de “si contingencia, entonces prestación”, orienta hacia la compensación de daños y aleja de una prevención que opere sobre sus causas sociales (Soberanes: 23).

Así el programa del Estado benefactor, se dice, tiene como deficiencia estructural la burocrática política de igualdad, que excluyó la responsabilidad de la sociedad en la atención de las necesidades y la búsqueda del bienestar. En este marco las estructuras político administrativas se presentaban como no problemáticas y como instrumentos neutrales para la consecución de los valiosos objetivos del progreso social. De aquí se sigue que los mecanismos implantados por el Estado benefactor se resienten en una configuración centralizada, burocratizada, sectorializada y clientelística (Soberanes: 23).

²⁸ Véase la Constitución Política de México.

Para fines de los años sesenta aparecen los límites de la expansión económica y signos claros de erosión de los elementos del modelo de desarrollo. Será la oportunidad para la emergencia de múltiples y severos cuestionamientos al Estado benefactor.

México ya había transitado de un Estado fundamentalmente rural a uno urbano, los servicios de salud ya se habían extendido a una mayor parte de la población, se había combatido la mortalidad y aumentado la fecundidad; también la esperanza de vida había pasado de 40 años en 1940 a 61 años para 1970; se impulsó la educación; la participación de la mujer en el mercado laboral creció de 13.1 por ciento que había en 1950 a 17.6 por ciento para 1970; la clase media aumento y se desarrolló (Pacheco: 34).

Con los problemas del petróleo durante el primer lustro de los setenta hace eclosión la crisis cuyo proceso de gestación ya tenía algunos años. Se presenta una progresiva caída de la productividad que marca los límites del método de organización fordista, junto con un aumento del capital fijo respecto al trabajo, que provoca el descenso de la tasa de rentabilidad y, después de un cierto tiempo, la caída del ritmo de acumulación (Paganini: 22).

La reacción del empresariado mediante la internacionalización de la producción y la del Estado –mediante la difusión de políticas de austeridad- produjeron una crisis del empleo con el consecuente efecto negativo en el Estado benefactor, principalmente en las políticas públicas y el gasto social.

A principios de la década de los años ochenta el mundo entero vivió, después de la de los setentas, una de las peores crisis económicas y el Estado benefactor que soportó el auge de la seguridad social empieza a ser altamente cuestionado. La crisis económica de América latina y las políticas de ajuste estructural y estabilización aplicadas por los gobiernos en turno con el supuesto fin de

resolverla impactaron severamente sobre los soportes de la seguridad social (Pacheco: 26-27).

Como ya hemos señalado, en el comienzo de la década de los setenta se presenta una crisis económica que desafía las tradicionales herramientas keynesianas. El Estado, agente reconstructor de las condiciones de acumulación capitalista y motor de desarrollo, pasa a ser 'el verdadero responsable' del estancamiento (Paganini: 26).

Otra explicación dada por académicos sobre el mismo tema, es la que señala la disminución de la productividad por la erosión de la eficacia de los principios tayloristas en la organización del trabajo. La eliminación de toda iniciativa por parte de los trabajadores participantes en el proceso de producción aparece con una racionalidad cada vez más dudosa, sobre todo cuando se trata de poner en práctica las nuevas tecnologías o métodos de gestión del circuito productivo del tipo *just in time*, que presupone la participación de toda la inteligencia de los trabajadores y su cooperación voluntaria con la administración y los ingenieros. Una mayor "autonomía responsable" por parte de los trabajadores se presenta como un principio de organización superior (Paganini: 26-27).

La crisis generó un sentimiento mayoritario de que el Estado había abandonado su papel de fomentar el desarrollo social. Así, en el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) el gasto en salud y seguridad social se redujo drásticamente en cerca de cuarenta por ciento, mientras que la baja en la legitimación del régimen desembocó en una vigorosa campaña de aumento de la cobertura poblacional del sector salud, y para tratar de lograrlo se estableció el Sistema Nacional de Salud, que sería el gran racionalizador de los recursos destinados al sector salud con el objetivo implícito de incrementar la cobertura y mejorar los servicios (Pacheco: 28).

A pesar de esto el modelo de política económica seguido en México a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, de creciente apertura externa y de mayor participación de la iniciativa privada en la economía, entre otras cuestiones, genera avances reales en los indicadores macroeconómicos y en los niveles de eficiencia y productividad (Soberanes: 181).

Para mediados de la década de los noventa la bonanza había terminado y la seguridad social llegaba a su estancamiento y declive. El Estado y la administración del Seguro Social se enfrentaban entonces a una realidad que no supieron diagnosticar a tiempo para prevenir los retos que imponía el nuevo modelo económico (neoliberal) y que, finalmente, terminó por interrumpir el crecimiento, la lógica y los principios que por generaciones fortalecieron y dieron vida a la seguridad social en general y en particular a su baluarte principal, el IMSS (Pacheco: 38).

Los cambios que se han sucedido en las últimas décadas en los diversos ámbitos relacionados con la salud han sido sorprendentes. En consecuencia, las instituciones prestadoras de servicios de salud han debido modificar sus políticas y estrategias o aún la estructura total de sus modelos de atención, con objeto de dar respuesta satisfactoria a las nuevas condiciones generadas por el cambio.

Comienzan así una serie de reformas en los sistemas de seguridad social que buscan que las prestaciones sociales retornen al ámbito del mercado en nombre de 'la libertad', pero también de 'la eficiencia', 'la eficacia' y el mejoramiento de 'la calidad' de los servicios.

A partir del experimento en Chile se divulga la conveniencia de estructurar los sistemas de previsión según una lógica de extremo individualismo con esquemas de capitalización y la afiliación coactiva de los trabajadores a cierta compañía privada de fondos de pensiones (Paganini: 33).

Tenemos pues, que las reformas a la seguridad social en nuestro país se han orientado principalmente a modificar las formas de financiamiento y el otorgamiento de los beneficios de los seguros sociales. Con un Estado adelgazado, con funciones distintas a las de la etapa de sustitución de importaciones, cambia sus prioridades económicas y sociales transformando a la seguridad social al introducir más decididamente la actuación del mercado, y atando al nivel de ingreso de los habitantes las posibilidades de beneficiarse de los seguros sociales.

También se introduce la perspectiva del interés y la elección individual y se va dejando de lado la obligación estatal de asegurar el fortalecimiento de la seguridad social, sustituyéndola principalmente por políticas asistencialistas para los más desfavorecidos. De esta manera, las reformas a la seguridad social en nuestro país, se han orientado a modificar las formas de financiamiento y, en la relación aportación-beneficios, han introducido la individualización de las cuentas, la elección individual y la rentabilidad incierta (Pacheco: 28-29).

La transición epidemiológica y las enfermedades crónico degenerativas, aunada a la transición demográfica, también fueron argumentos para legitimar esas reformas: México está viviendo una transición demográfica (la esperanza de vida aumenta, la tasa de natalidad disminuye y la edad promedio de la población aumenta), así como una transición epidemiológica (las enfermedades infecciosas disminuyen y aumentan las crónico degenerativas), y nuestra industria se enfrenta a condiciones de competitividad inéditas.

La reforma a la LSS de 1995 se da entonces en un contexto en el que en el ámbito internacional hay una crítica al Estado Benefactor y en el que se da un viraje hacia una política económica orientada fundamentalmente a establecer un equilibrio macroeconómico con el fin de superar la crisis. La justificación de esta reforma es la insuficiencia financiera; por ejemplo, en el caso del ramo de enfermedades y maternidad se señala que éste se ha financiado con recursos provenientes del

ramo de pensiones y desde 1973, con los recursos que provienen del pago para guarderías (Pacheco: 39).

Así, los cambios tienen que ver con un replanteamiento de las instituciones públicas y del nuevo papel que tienen que jugar en relación con el mercado. Si la política de salud y de seguridad social desde la década de los cuarenta hasta los setenta, jugaba un papel fundamental en la orientación de la política estatal hacia una mayor justicia social y como eje de la redistribución de la riqueza, con este giro neoliberal de apego al mercado, si no se renuncia a lograr la justicia social al menos se le relega a un segundo plano.

La institución que proporciona instalaciones y recursos para la prestación de la atención médica y emite las normas y políticas que regulan la prestación de los servicios de acuerdo a estándares de calidad y eficiencia, espera que los recursos se utilicen de manera eficiente y que la atención se otorgue dentro de los estándares de calidad establecidos (Aguirre, 2002: 63-64).

Así, bajo el argumento de mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad de los servicios de salud, se han impulsado políticas que contradicen estos objetivos primarios ya que se han incrementado la ineficiencia de los servicios, acelerado la inequidad y fortalecido un mercado financiero privado que manejaba a fines del 2001 cerca de 400 mil millones de pesos. Esto se debe a que se quiere lograr la eficiencia y mejorar la calidad de la atención separando el financiamiento de la prestación y creando un sistema de pesos y contrapesos que promuevan la competencia entre sí (al interior de las instituciones y entre instituciones) y con base en proveedores de servicios privados (Pacheco: 46).

Es en este contexto en el que se lleva a cabo un cambio en el papel del Estado respecto a las políticas de salud y asistencia social en la población las cuales, a través de programas y campañas de salud pública, se concentran en la prevención de enfermedades propias de la pobreza como una forma de atenuar el deterioro

en las condiciones generales de vida. El proceso se expresa a través de una reestructuración, modernización y coordinación de las instituciones de salud pública en la búsqueda de una mayor racionalización del gasto (Gutiérrez: 38).

En la reestructuración del sistema de salud está presente -como ya se mencionó-, la búsqueda de una mayor eficiencia de los servicios así como la utilización racional de sus recursos humanos, materiales y financieros disponibles (Gutiérrez: 74-75), de acuerdo a los lineamientos y estándares marcados por la institución, con costo-beneficio aceptable y posibilidad de que sean verificados por procedimientos de control y auditoría predeterminados.

Pero sin duda es evidente también como expresión cultural, la concepción misma de la existencia y funciones que deben cumplir las instituciones (mito fundacional); dentro de ésta, está la cultura misma del trabajo, que se expresa en las diversas posiciones de los trabajadores de las instituciones del sector salud, en particular, la de los trabajadores del IMSS.

En resumen podemos señalar que este es el marco general en el cual se inserta nuestro sujeto principal de la investigación, podemos identificar que por el papel que desempeñan las instituciones de salud y analizando su origen, éstas se configuran con una autoridad moral y con la legitimidad que la sociedad les ha convalidado en el devenir de los años; es el médico la figura central de estas instituciones y a él se le confiere de cierta autoridad y poder pero, al mismo tiempo, el ser parte de una institución, como el Seguro Social, le resta preeminencia.

Sin embargo, con las transformaciones en todos los órdenes de las sociedades la constitución y reconstitución de las prácticas y sus significaciones simbólicas se van adecuando o cambiando a las nuevas realidades sociales. Los procesos de trabajo mudan y el IMSS no es la excepción; veamos rápidamente en que consisten los principales cambios con los cuales la administración institucional

busca responder a la nueva lógica de la salud imbuida por las políticas de mercado.

Modernización institucional: principales componentes

Como se ha esbozado anteriormente, en marzo de 1995 fue la primera vez que el IMSS realizó un diagnóstico de su situación en los distintos ramos de prestaciones que otorga por Ley. El entonces presidente Ernesto Zedillo, estableció cinco principios básicos que deberían tomar en cuenta las propuestas que resultaran de dicho diagnóstico:

1. El sistema de seguridad social mexicano no se privatizará.
2. No debe haber más cargas a los trabajadores y las empresas en cuanto a sus aportaciones al IMSS.
3. Se deben explotar mecanismos para conciliar las finanzas sanas del instituto con la viabilidad de los ramos de aseguramiento.
4. Se debe procurar la ampliación de la cobertura del instituto y estimular su papel como promotor del empleo y la productividad.
5. El proyecto hacia la nueva etapa del IMSS debe contar con el consenso de la clase trabajadora del país.

Como podemos apreciar sobre los trabajadores que desempeñan su trabajo en el IMSS no se hace ninguna mención, aún cuando implícitamente podemos incluirlos. Sin embargo, en el diagnóstico se les señala específicamente a ellos como parte responsable para mejorar los servicios y darle viabilidad financiera a la institución.

También se debe resaltar que por primera vez a la seguridad social se le relaciona con objetivos propios de la economía política; sobre metas de justicia social y de salud no se dice específicamente nada. El nuevo papel de la seguridad social y los sistemas de salud entran así a la lógica del mercado en el sistema capitalista.

Después de la presentación de dicho diagnóstico, en diciembre del 2005 se llevó a cabo la reforma a la LSS, de la cual ya hemos hablado, privatizándose los recursos económicos destinados para pagar las pensiones de los trabajadores. En cuanto a la mejora de sus servicios y el fortalecimiento de las finanzas del IMSS a partir de dicha reforma todo resultó una falacia, pues bajo el mismo argumento en el 2005 se realizó la modificación al régimen de jubilaciones y pensiones del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) de los propios trabajadores de la institución.

El objetivo ha sido claro pues, se ha buscado reformar el sistema pensionario del país bajo la lógica de la economía. En el caso del ramo de enfermedades y maternidad (EM) se señalaba como parte de las debilidades:

1. Un fuerte desequilibrio financiero en la prestación de los servicios médicos.
2. El monto de los recursos es insuficiente en el corto plazo y conduce a la inviabilidad del modelo médico en el mediano y largo plazo.
3. El paulatino envejecimiento de la población, así como el incremento en su esperanza de vida eleva los costos del sistema, agravando la situación financiera.
4. El sistema de financiamiento desincentiva el crecimiento del empleo y los salarios. Asimismo, inhibe el crecimiento de la cobertura y permite la subdeclaración, especialmente entre las empresas pequeñas, por su difícil fiscalización.
5. Las cuotas están indexadas a los salarios y no al costo de los servicios.
6. Los esquemas modificados han mostrado su inviabilidad financiera, arrojando un déficit de N\$954 millones en 1994.
7. Existe un esquema de trabajo que no propicia la superación del personal, lo que genera desmotivación e impide la mayor calidad y eficiencia del servicio, especialmente en el primer nivel. Por ejemplo, el médico que trabaja más y mejor no recibe ningún beneficio adicional de los que recibe el que no lo hace.

8. El modelo de atención para la prestación de los servicios no favorece la relación cercana entre el médico y el paciente, lo cual opera en detrimento de la calidad de la atención y la confianza del usuario.
9. El crecimiento centralizado de la institución, aunado a la escasa capacidad de gestión de las unidades médicas ha rebasado el sistema de abasto, que es muy ineficiente, generando serios problemas de oportunidad en la prestación de servicios.
10. El diferimiento de servicios resultante de los diversos problemas se estima en horas o días para el primer nivel; días o semanas para el segundo nivel y semanas e incluso meses en tercer nivel de atención.
11. El sistema de vigencia de derechos es obsoleto e ineficaz, generando quejas constantes respecto a la oportuna prestación de los servicios o el otorgamiento de servicios a no derechohabientes, hecho que afecta la operación de las unidades así como las finanzas de la institución.
12. En lo referente a las unidades de segundo y tercer nivel, las decisiones administrativas se toman con escasa cercanía y coordinación con el lugar en que se originan los problemas, lo que conlleva múltiples costos como resultado de la rigidez del sistema y una inadecuada asignación de recursos.
13. Las unidades de segundo y tercer nivel registran excesivas erogaciones en los servicios generales y auxiliares de diagnóstico, limitando las posibilidades de reinversión y actualización del equipo.
14. Hay una creciente insatisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, en particular en el primer nivel de atención.
15. El diferencial de salarios entre las diversas categorías del personal institucional ha disminuido paulatinamente. Mientras que un médico tiene ingresos menores de los que obtendría en el ejercicio privado, los de un trabajador de servicios auxiliares ascienden al doble del salario de mercado.

16. Sobrecarga de personal en algunas áreas²⁹.

No se menciona sin embargo, que todos estos resultados están dentro de un contexto de política económica neoliberal que estaba funcionando sólo en términos macroeconómicos.

Una vez que mencionamos las debilidades del seguro de EM del diagnóstico de 1995 de manera sintética. Planteamos cuales fueron las estrategias del IMSS para reestructurar y modernizar la institución, no sin antes advertir, que en muchas de las soluciones propuestas no contamos con la certidumbre hasta el momento para sacar conclusiones pero, en cuanto a los puntos 7, 8, 14 y 15 consideramos que los resultados son pobres, por lo menos en las unidades de medicina familiar, pues existe evidencia empírica dentro de nuestra investigación para señalarlo.

Una vez que se justifica la necesidad de modernizar el IMSS, se impulsan las reformas a la LSS; se le busca fortalecer y convertir en una institución sana y eficiente que dé respuesta a las necesidades creadas por la reorganización de la estructura productiva en la que se expresan viejas y nuevas formas de organización del trabajo que inciden en la salud y seguridad social de los afiliados.

Dos son los momentos en que las reformas a la LSS han buscado coadyuvar a la modernización institucional. La primera fue a partir de que entraron en vigor (julio de 1997) las reformas aprobadas por el poder legislativo en 1995 y la segunda fue en el 2001. En el período en que estuvo al frente del IMSS, Santiago Levy (2000-2006) planteó como parte de su programa de trabajo, el objetivo de mejorar el desempeño de la prestación de los servicios bajo la implementación de diez líneas estratégicas:

²⁹ Tanto este listado como los principios señalados líneas arriba, se tomaron del Diagnóstico Situacional IMSS, 1995. La importancia de mencionarlos estriba en que la modernización del primer nivel de atención se encuadra en este análisis que realizó la propia institución.

- Mejorar en la calidad de la atención a la salud;
- Reorganización de los servicios de atención a la salud;
- Colaboración en las políticas institucionales de ampliación de la cobertura de la seguridad social;
- Eficiencia en la asignación y utilización de los recursos;
- Fortalecimiento y renovación de los programas de educación participativa de la comunidad;
- Formación de capital humano, educación continua del personal de salud y capacitación gerencial;
- Investigación en salud dirigida a los principales problemas de salud de la población y de la organización de los servicios;
- Fortalecimiento del sistema de información en salud; y,
- Desarrollo de un sistema institucional de evaluación del desempeño de los servicios médicos³⁰.

La institución, para lograr la consecución de estos propósitos incluye, además de la participación de las distintas instancias normativas del propio instituto, la 'participación activa' del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, es decir, cuenta con la legitimidad para implementar las acciones necesarias.

Los componentes sustantivos de la reorganización de los servicios de salud institucional son principalmente tres: Las áreas medicas de gestión desconcentrada (AMGD), el proceso de mejora de medicina familiar (PMMF) y las unidades médicas de alta especialidad (UMAЕ).

La reestructuración organizativa del IMSS se sustenta en su descentralización y desconcentración, se busca tanto aumentar la calidad y eficiencia de sus servicios como abatir costos por la vía de la racionalización en el funcionamiento de su estructura, lo que supuestamente ha implicado adoptar una estructura administrativa horizontal, modificar sus procesos de trabajo en la búsqueda de

³⁰ Capítulo IV Financiamiento y Organización de la Medicina Social en el IMSS.

superar burocratismos, desperdicios y duplicidades. Ello ha requerido iniciar e intentar un proceso de cambios 'profundos' en la organización y métodos de trabajo sustentados en los principios de corresponsabilidad, trabajo flexible, autonomía de gestión y capacitación constante.

La reestructuración administrativa se lleva a cabo mediante la relocalización geográfica de sus unidades médicas, modernización de sus centros hospitalarios regionales, adquisición de equipo, aplicación de tecnologías, cambios y ajustes en sus estructuras orgánicas y en los procesos de trabajo a fin de lograr una mayor eficiencia y eficacia en su funcionamiento. Entre estas medidas se encuentran tanto la aplicación de un moderno y eficaz sistema de recaudación fiscal –que traduce recursos en servicios médicos, hospitalarios y pago de prestaciones económicas- como el de subrogación de algunos servicios, por ejemplo los centros vacacionales o la distribución de medicamentos a través de farmacias privadas, con lo que se estima un ahorro en ese rubro de hasta el 30% (Gutiérrez: 151).

La directriz fundamental es dar prioridad a la medicina preventiva en unidades médicas de primer nivel a través del Prevenimss y del Proceso de Mejora de Medicina Familiar (PMMF); también está presente la descentralización en las decisiones operativas con las que se pretende actualizar y resolver problemáticas fundamentales a través de programas como el de Implantación de Unidades de Apoyo a la Operación, el nuevo Sistema Integral de Abastecimiento, el Sistema Único de Autodeterminación (SUA) y el Programa Integral de Calidad (PIC)³¹, se busca racionalizar los problemas que presentan el desabasto y/o exceso de inventarios, desperdicio de recursos, burocratización, subutilización o escasez de capacidad médica instalada en infraestructura y personal, etc.

El PMMF a través del expediente electrónico, así como el Sistema Integral de Administración de Personal, facilitan el desarrollo de bases de datos de

³¹ El PIC es el antecedente del PMMF el cual consistía en generar la participación de los trabajadores en lo operativo con el objetivo de que fueran ellos los que presentaran propuestas de mejora en sus respectivas áreas de trabajo.

derechohabientes y sistemas de clasificación de pacientes, al tiempo que profundizan las estrategias de renovación constante del IMSS.

La reorganización del trabajo implica una nueva concepción sustentada en los conceptos de corresponsabilidad en su funcionamiento y en la elección de los servicios por el paciente³², quien (se supone) 'evalúa' el servicio que recibe. La reorganización requiere del trabajador flexible y la capacitación constante para que sea posible satisfacer tanto las necesidades internas propias del funcionamiento de la institución como de aquellas vinculadas a la atención de los derechohabientes.

Se trata de una nueva cultura del trabajo que corresponde a los cambios que se operan con la nueva forma de organización que busca aumentar la productividad y la eficiencia con base en la 'calidad' en la prestación de los servicios y la mejor utilización de sus recursos con el fin de obtener mayores beneficios y menores riesgos y desperdicios, todo ello sujeto a un proceso continuo de mejoramiento, ya que la calidad comprende la estructura de la institución, el proceso y los resultados de la atención (Gutiérrez: 162).

Resulta lógico que dentro del discurso institucional encontremos un lenguaje utilizado más en empresas privadas que en instituciones públicas, así, las autoridades programan una serie de cursos para los médicos responsables de las unidades de los tres niveles de atención acerca de la capacitación gerencial, asimismo se habla de capital humano, de aumento de productividad, de costo-beneficio, etcétera; es decir, es sintomático que hay una penetración del interés económico que permea sobre los aspectos sociales y de salud.

De los tres aspectos centrales de la modernización institucional, el PMMF es el componente en el que debemos centrar nuestra atención, pues éste es el que se

³² En las entrevistas realizadas a los médicos familiares todos desconocen que en el capítulo III de la atención médica en el seguro de EM en el quinto transitorio el derechohabiente podrá elegir libremente a su médico familiar una vez que el instituto instrumente los procedimientos necesarios que correspondan.

implementa en las unidades de primer nivel de atención; el cual tiene una relación directa con los médicos de familia.

Para efectos del PMMF, la atención primaria se entiende como la atención de primer contacto, continua, culturalmente aceptable, integral y coordinada, y debe ser otorgada a toda la población amparada, independientemente de la naturaleza del padecimiento.

El PMMF esta compuesto por una serie de intervenciones complejas. Estas fueron desarrolladas y se les asignó una prioridad de acuerdo con la problemática existente dentro del sistema de medicina familiar. El PMMF comprende:

- ❖ Actividades de capacitación y actualización.
- ❖ Capacitación del personal sobre atención integral a la salud. Para proporcionar atención integral a la salud, el personal será capacitado acerca de cómo reorganizar sus actividades actuales, cómo interactuar y cómo realizar la planeación estratégica para satisfacer las necesidades de salud y la demanda de atención curativa.
- Actualización de los médicos familiares sobre los 14 principales motivos de consulta.³³
- ❖ Se implementaran estrategias innovadoras de educación continua. El objetivo es actualizar a los, médicos familiares mediante el uso de guías clínicas y la promoción de la interacción académica entre la UMF y el hospital de referencia ; y
- ❖ Actualización gerencial y capacitación de directores médicos y administradores.

³³ El IMSS integró al expediente electrónico los 14 principales motivos de consulta de tal manera que el médico tuviera una guía acerca de el tipo de diagnóstico y la dosis de fármacos a otorgar al paciente, estos motivos son: 1. infección respiratoria aguda; 2. diabetes mellitus; 3. hipertensión arterial sistemática; 4. atención prenatal; 5. atención al niño sano; 6 cérvico vaginitis; 7. lumbalgia; 8. lesiones de mano; 9. infección de vías urinarias; 10. tuberculosis; 11. depresión; 12. enfermedad péptica; 13. osteoartritis, y 14. ansiedad.

Los directores médicos y administradores aprenderán los principios para la dirección adecuada de una clínica y el manejo de los cambios, debido a que la reorganización de procesos dentro de la clínica y las actividades del personal de salud tendrán un impacto en la prestación de servicios, el consumo de insumos y en la demanda de servicios. Asimismo, adquirirán conocimiento sobre como medir el desempeño y como desarrollar planeación estratégica³⁴.

Desde 1999 el IMSS ha iniciado la modernización de sus sistemas de clasificación de pacientes, para adoptar metodologías basadas en grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Es decir se trata de clasificar a los usuarios en función de su padecimiento para un mejor manejo de costos y no tanto a los individuos con características propias.

El IMSS, como parte de sus trabajos de planeación se enfoca en la economía de la salud. Considera los costos y los beneficios de los sistemas de salud. Si bien es cierto que los recursos públicos deben utilizarse adecuadamente desperdiciando el mínimo, en el IMSS da la impresión que el medio para mejorar la calidad de los servicios se convirtió en el fin.

Estos son algunos de los componentes que debemos mencionar con el objetivo de darnos una idea general de cómo se llevan a cabo los cambios en las unidades médicas, principalmente en las del primer nivel de atención. Como se aprecia, a pesar de ser el médico la figura principal en dicho nivel, éste no fue considerado para el diseño y la implementación de las transformaciones, observándose una instrumentación que pone énfasis en cuestiones económicas. Es decir, no hay una correspondencia de la modernización con el papel que desempeña el médico.

El ejercicio de la profesión médica se lleva a cabo bajo principios rectores, distintos de los inicios de la seguridad social bajo el cobijo del Estado benefactor.

³⁴ Tercer informe, capítulo IV: Financiamiento y organización de la medicina social en el IMSS de mayo de 2004.

Pasemos rápidamente a ver sus rasgos y sus transformaciones al entrar en crisis éste último y con ello también las prácticas y representaciones.

El ejercicio de la profesión médica

El ejercicio de la profesión médica en nuestro país se realiza fundamentalmente en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SS); la primera otorga sus servicios fundamentalmente a los trabajadores y sus familiares que tienen una relación laboral en empresas privadas; la segunda atiende a los trabajadores y familiares que están al servicio del Estado y finalmente la última vela por la población abierta.

En relación con la seguridad social de los trabajadores de empresas privadas, el financiamiento de este sector se da por medio de cuotas obrero-patronales y la aportación estatal. El de los servidores públicos (trabajadores al servicio del Estado) presenta diferencias sustantivas según el sector al que pertenezcan: de la federación; de las entidades de la federación y municipios y, la de los trabajadores universitarios. Por último, la población no sujeta a una relación de trabajo formal es atendida, en caso de contingencia, por la Secretaría de Salud con aportación económica del usuario, con base en estudios socioeconómicos.

Más allá del significado que representa el médico en el Seguro Social, es sabido que esta profesión había sido, desde hace mucho tiempo, una de las más significativas en las sociedades. David Mechanic en un estudio de 1963, planteaba que los médicos disfrutaban de un prestigio excesivo en la sociedad norteamericana y en casi todas las demás. Por ello, la medicina atrae a quienes ponderan el prestigio social y los altos ingresos³⁵.

³⁵ Mechanic David. (1963) *Los médicos en Manual de sociología médica*, Howard E. Freeman, Sol Levine, Leo G. Reeder (compiladores) FCE, Secretaría de la Salud. México pág. 245

Sin embargo, en algunos artículos sobre el tema, hoy se reconoce que el médico se refiere poco valorado por su centro laboral y por el paciente, manifestando falta de identidad hacia su institución, atribuyéndolo a la sobredemanda de trabajo, la escasez de recursos y la limitación del tiempo de atención.³⁶ Los médicos, en general en el mundo occidental, eran dioses vestidos con bata blanca. Los pacientes aceptaban su palabra como si de la ley se tratara. Pero, hoy en día, los doctores en medicina norteamericanos están asediados. Los pacientes discuten sus decisiones, les llevan a juicio por negligencia. Las enfermeras les exigen responsabilidades y respeto. Las empresas farmacéuticas tienen menos deferencias hacia ellos. Y son las compañías de seguros, los colectivos de cuidados gestionados y el gobierno, que no los médicos, quienes controlan el sistema sanitario americano (Uribe: 172).

El médico sigue siendo la figura principal en las instituciones de salud a pesar de los cambios, pero al mismo tiempo es la profesión que hoy se encuentra fuertemente cuestionada por múltiples razones. La confianza recíproca, antaño existente entre los protagonistas de la relación médico-paciente, ha salido de los consultorios médicos (espacio privado) como consecuencia del cambio social, cediendo su lugar a la incredulidad y la suspicacia. En consecuencia, la relación médico-paciente tiende a ser una interacción fría, impersonal, automática y muchas veces antitética³⁷.

En ese sentido, hoy se plantea que la profesión de los médicos se ha 'proletarizado', pues con el deterioro del sistema de salud la figura, otrora respetable como generador de conocimiento con capacidad para 'curar' al 'enfermo', se constituye y reconstituye de nuevas significaciones ante nuevas prácticas que se consolidan gradualmente. Por lo tanto, este subgrupo que era de los profesionistas más privilegiados, sobre todo en los países llamados del tercer

³⁶ Guzmán, María Angélica, Luis F. Ramos Córdova, Oscar Castañeda Sánchez, David López del Castillo Sánchez, Alejandro V. Gómez Alcalá. (2005) *Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar* en Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (1): 39-45.

³⁷ Idem.

mundo, viene presentando una tendencia de detrimento frente a esta sociedad cambiante que individual y colectivamente transforma sus significados en tanto las prácticas se modifican y los roles se flexibilizan.

Vale la pena recordar que el desarrollo de las profesiones no se ha comportado en México de igual manera que en otras sociedades capitalistas. En México, la consolidación del Estado moderno después de la revolución de 1910 excluyó toda pretensión de los médicos, los abogados y los ingenieros por establecer agrupaciones profesionales independientes. Las profesiones no propusieron proyectos específicos para el desarrollo nacional, basados en sus respectivas especializaciones o en sus intereses; en lugar de eso, las profesiones se incorporaron al Estado a medida que éste se desarrolló, y contribuyeron con sus habilidades específicas a un modelo consensual de desarrollo nacional, pero sin aportar una definición única de dicho modelo (Cleaves, 1985: 18-21).

En nuestro país con la consolidación del Estado moderno, y ante la ausencia de una burguesía pujante; aquel se convirtió en la fuente de trabajo más importante para los profesionistas mexicanos, incluidos los abogados, los médicos, los ingenieros en sus diversas ramas, entre otros.

Cuando los profesionistas laboran principalmente para organizaciones y éstas pertenecen al aparato estatal, como sucede con México, la configuración de los incentivos es diferente. En este caso, los profesionistas trabajan al mando de administrativos en vez de contratarlos para que resuelvan asuntos de rutina. Pasan a primer plano las cuestiones burocráticas. En ocasiones los profesionistas se afilian a sindicatos para tratar de defender sus intereses dentro de la burocracia. Los usuarios son aliados de poca utilidad para proteger a los profesionistas, puesto que, en su calidad de solicitantes de servicios, reciben con frecuencia un trato poco generoso dentro de la burocracia (Cleaves: 22-23).

Dispersos geográficamente y con una clientela relativamente atomizada, estos profesionistas se autorregulan a fin de mantener su estatus y sus ingresos, y movilizan su poder en forma colectiva a fin de preservar un clima favorable para sus operaciones (Cleaves: 24).

Las profesiones son altamente dependientes del conocimiento desarrollado en el extranjero. Sin embargo, en virtud de la realidad económica, la mayor parte de la investigación y desarrollo en medicina, ingeniería, agronomía y economía tiene lugar en los países más ricos, que pueden permitirse tales lujos (Cleaves: 25-26).

En el caso de la medicina, no es novedad que no sólo la alta tecnología médica provenga del extranjero, sino que también la mayor influencia del modelo de medicina familiar en México, provenga de los Estados Unidos de América (EUA) y que se denomina Empresa de Atención Médica Gerenciada (EAMG).

En siglos anteriores, y hasta bien entrado el presente, el paradigma médico estaba representado por las escuelas europeas, especialmente la francesa. A partir de la mitad del siglo XX el predominio ha sido de la escuela norteamericana, mucho más pragmática y profundamente anclada en las ciencias biológicas. Para las nuevas escuelas, el paciente, antes que un ser humano es un organismo enfermo que sólo busca restablecimiento de su salud y por lo tanto nada más espera del médico (Malagón: 172).

Además la EAMG es, en esencia, un producto con una prima o compensación, en donde más que la profesión individual o el paciente, son la alta dirección y el mercado los que definen la dirección estratégica (Meads, 2006: 25).

Aun cuando a nivel global persiste como una unidad organizacional minoritaria para la medicina familiar, la EAMG está creciendo y hoy día es la estructura citada con mayor frecuencia en la literatura relevante sobre investigación contemporánea. Inevitablemente en EUA tienen, tanto por diseño como por

defecto, una inmensa y poderosa influencia internacional y no menor a través de sus principales organizaciones de beneficencia y sus significativas contribuciones económicas y políticas al Banco Mundial (BM) (Meads: 25).

Hay que recordar que el IMSS recibió un apoyo financiero del BM para llevar a cabo las reformas necesarias con la finalidad de reestructurar su organización y funcionamiento, modernizando todo lo relacionado con sus servicios y equipo médico.

Como resultado, la EAMG está ahora apareciendo en lugares inesperados. Quizá no sea una sorpresa ver que se establece en los fondos públicos-privados para enfermedades de Israel, Alemania y los Países Bajos, o en el caso de los paquetes de salud ofrecidos por las redes de salud familiar en Canadá y México, justo al otro lado de las fronteras con Estados Unidos (Meads: 25).

Pero decíamos que las profesiones en el país, cuando son contratados por el Estado, llegan a depender para el ejercicio de su trabajo de decisiones burocráticas. Por lo tanto, el prestigio profesional es menos estable en México que en aquellas sociedades donde las profesiones se consolidaron antes del siglo XX y a las que el acceso, hoy en día, es muy limitado (Cleaves: 29).

Sin embargo, como ya se mencionó, a lo largo de la historia el médico ha ocupado un lugar de poder y de privilegio en las sociedades (Gil: 12). Tan es así, que en la obra de Cleaves la muestra de élites profesionales entrevistadas clasificó la medicina como el campo de mayor prestigio, seguido de la ingeniería, el derecho, la arquitectura, la economía y la agronomía; aunque ahora ese sitio dependa de la especialidad y de la institución donde lo ubiquemos, si nos atenemos a la dictadura del mercado, 'lo privado sería mejor que lo público'; aunque técnicamente el diagnóstico y los fármacos pudieran ser los mismos, pero la forma o el modo de atención sería más confortable en el primero, otorgando un servicio agradable y personalizado.

Aún con todo el médico sigue manteniendo prestigio, pero ahora se requiere en muchos de los casos pertenecer a un nivel hospitalario de alta especialidad para lograrlo. Cabe mencionar, que en lo general el médico tiende a definir su actividad no como trabajo sino como práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico (Menéndez, 1996: 15). Esto último podemos analizarlo como una causalidad de los elementos que dotan de autoridad a la profesión.

Sin embargo, en los primeros años de la medicina estas representaciones tendían a definir el saber médico de acuerdo con las características de cada sujeto más que por el campo profesional. Sin negar la importancia de cada individuo en la aplicación de un saber determinado, la cuestión central para nosotros, radica en reconocer la importancia de los procesos institucionales sobre las prácticas y representaciones profesionales; en asumir que gran parte de la actividad médica empieza a ser trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas y por un comportamiento de rol que condicionan la intervención individual (Menéndez: 16) hasta cierto límite.

Con la aparición de la medicina institucional nació un renovado interés por comprender y abarcar un panorama más amplio de la enfermedad, incluyendo aspectos culturales y sociales, en la relación del médico hacia el paciente que sólo se alcanzó a manifestar como un buen deseo, pues la estructura que se necesitaba para no atender la salud sólo desde la perspectiva biológica, sino más bien desde una perspectiva socio-cultural, era muy alta.

El rasgo estructural dominante de la medicina es el biologicismo, dado que ese factor no sólo se refiere a la base científica que se le da al diagnóstico y al tratamiento a través de los fármacos, sino que constituyen también el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención a la enfermedad. Si bien es cierto que la medicina 'científica' toma en cuenta las dimensiones psicológicas, sociales e incluso culturales de los pacientes, la medicina hegemónica tiende a

subordinarlos a la dimensión biológica. La esfera biológica es el núcleo duro en la formación profesional del médico.

Así pues, el peso de la medicina desde la perspectiva biológica tiene su fundamento en los avances de la ciencia, pues ha logrado el alivio muchas veces más efectivo y certero que los otros modelos tradicionales; no negamos que también están presentes en este tipo de ejercicio sanitario 'científico', las relaciones personales afectivas por parte del personal hacia los pacientes, pero, la diferencia es que estas habilidades personales como la empatía y una buena comunicación aparecen en segundo plano en la medicina que se ejerce en las instituciones y por ende entre los galenos.

Si bien el personal médico puede asumir la importancia de factores como la extrema pobreza en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud, a nivel técnico e institucional su manejo de estos aspectos es muy relativo. Pues al otorgar la consulta lo que menos importa es el nivel socioeconómico, sino el padecimiento y la entrega de la receta.

Por eso se considera que el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos está situado justamente en la modificación de aspectos de la consulta. Sin embargo, la medicina 'científica' no toma estos elementos como prioritarios; al escuchar a los médicos, existe de su parte comprensión de la necesidad de modificar algunas cataduras de la consulta, pues reiteradamente aceptan la necesidad de mejorar dicha relación, sobre todo el dar más tiempo a la palabra del paciente. Al principio del siglo XX, William Osler, repitiendo a Hipócrates, decía: escuchad al enfermo, él os dará el diagnóstico (Lemus, 2006: 196).

Desafortunadamente lo que observamos en los sistemas de salud como el mexicano es que, pese a reconocer las críticas señaladas respecto de las características dominantes en la relación médico-paciente, lo que predomina y la tendencia parece que es reducir cada vez más el tiempo de la consulta. Así por

ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que da atención a cerca del 50 por ciento de la población mexicana, la media actual del tiempo de consulta es de cinco minutos (Menéndez, 2004: 27).

Esta tendencia se debe a muchos factores, lo cierto es que la comunicación que debe ser el principal instrumento entre médico y paciente se está reduciendo cada vez más, ahora incluso el interrogatorio dura cada vez menos tiempo, la comunicación médico-paciente ha disminuido. En la mayoría de las consultas médicas las historias clínicas que se elaboran, sobre todo en consulta de primera vez en el primer nivel de atención, se han reducido a la enumeración de algunos cuantos datos sociodemográficos.

Se observa como la reducción del tiempo en consulta externa ha sido paralela con la propia trayectoria del avance de la medicina de carácter biológico o 'científico', trayectoria que además indicaría que el médico se ha ido resignando a olvidarse del ejercicio de la medicina clínica que tiene como rasgos principales un buen diagnóstico a través de una correcta exploración y un amplio interrogatorio; ahora han optado por elaborar los estudios de gabinete, que antes funcionaban como complementarios al diagnóstico clínico, para detectar la enfermedad con la ayuda de indicadores objetivos. Esto funciona así, no por falta de capacidad de los médicos, sino fundamentalmente por la gran demanda de consulta.

La posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, de la exploración física y la palabra del paciente, sino en los resultados de los análisis y de las guías médicas que hacen a un lado la subjetividad del paciente y lo desnudan para quedarse sólo con el elemento biológico; el buen 'ojo clínico' ha quedado en el pasado, en el presente lo que cuentan son las pruebas objetivas. El arte del médico, como el del obrero que casi solo construía el motor del automóvil, se va desvaneciendo.

La medicina de carácter biológico tiene como fuerte aliado a la ciencia y la tecnología, pues en ellas fundamenta muchas veces el diagnóstico y el tratamiento a seguir. Por lo tanto, muchas veces el médico se auto-limita, debido al avance de la tecnología, sobre todo en los niveles de especialidad; tecnología que muchas veces resulta muy oneroso su mantenimiento, lo que puede provocar que los pacientes fortalezcan su impresión de los galenos o por el contrario que ésta disminuya.

Por eso creemos que el médico puede estar corriendo el riesgo de hacer a un lado la importancia que tiene la medicina clínica como son un buen examen físico, la palabra de ambos sujetos que entran en interacción, y sobre todo, no dar oportunidad ni tiempo para escuchar las quejas y angustias del paciente.

Se hace a un lado de esta manera la confianza como el mejor instrumento que acerca al médico y al paciente, para que juntos establezcan el diagnóstico, y la cura de manera más efectiva y afectiva. Este hecho, unido a la organización burocrática de las unidades médicas, genera que el enfermo entre en un largo y sinuoso camino, sobre todo en los hospitales, aunque las clínicas no están exentas. El paciente no puede realmente entrar en comunicación con el personal de salud, incluso a veces no recuerda el nombre de los distintos personajes de salud consultados.

En estas condiciones, la relación médico-paciente se limita al saludo, cuando lo hay, se le pregunta qué tiene y sin más se pasa a un breve monólogo del médico 'explicando' lo que se hará; después se le ordena, cuando es necesario, un número de exámenes de gabinete, se extiende la incapacidad o se prescribe la receta; muy de vez en cuando se escucha con interés la voz del paciente.

Suelen creer algunos médicos que debe des-subjetivarse ese cuerpo para captar en su esencia lo biológico, lo cual consiste en des-historizarlo de sus relaciones múltiples con el otro y con la experiencia existencial del mismo sujeto. Pero se

trata sólo de un ideal médico reduccionista, orientado por una idea simple de discernir y aislar la causa para la explicación del síntoma, lo cual empobrece la comprensión médica de la enfermedad al fijarla exclusivamente a mecanismos etiológicos que nunca están discernidos ni aislados de la existencia singular del individuo que padece (Galende, 2004: 125).

El médico, a través de su saber acerca de las causas de la enfermedad, ocupa una posición valorada socialmente ya que se supone que ese saber se extiende hacia un “saber-hacer” para anular la enfermedad y controlar la muerte. Este saber requiere de una objetividad que consiste en discernir las causas de la enfermedad para actuar sobre ellas. En este proceder todo lo demás de la existencia toma el carácter secundario de los “síntomas subjetivos” como reacción y comportamiento del sujeto frente a su enfermedad o de los contextos sociales de vida del sujeto que rodean su padecimiento. Ninguna de estas dos esferas debiera interferir la objetividad, excepto que pudieran situarse en el lugar de la “causa objetiva” de la enfermedad, cosa que siempre altera el pensamiento médico ya que lo descentra de la autonomía que cree poseer los mecanismos biológicos (Galende: 125).

Para este modo de pensar la única objetividad precisa está en el cuerpo al que puede observarse, explorar, disecar por medios técnicos, desentrañar sus mecanismos más sutiles de funcionamiento. En esta práctica guiada por estos principios científicos, la objetividad depende de dejar afuera a la influencia del entorno natural, excluir los aspectos de la subjetividad del enfermo, hasta es posible y necesario poner aparte al organismo como sistema para centrar la observación en el tejido u órgano alterado, la función perturbada, el mecanismo biológico descompuesto. Debemos reconocer que este ideal médico, incipiente en los comienzos de la medicina científica limitada a una clínica de la observación y la interrogación que la hacía depender más de la información brindada por el enfermo, ha tenido un notable éxito por vía de la incorporación de procedimientos provenientes de las ciencias naturales y los recursos de la tecnología (Galende: 126).

Esta medicina científica inauguró para la experiencia y el conocimiento un nuevo espacio humano: una verdad objetiva sobre nuestra sujeción a la enfermedad y a la muerte, una disciplina que habilita al médico a actuar sobre éstas, un ordenamiento social del saber en el cual esa verdad objetiva es aceptada como constructora de un imaginario social en el cual las significaciones y valores sobre la enfermedad y la muerte se representan como análogas al saber de la medicina. Se puede afirmar que se construyó así, una “hegemonía cultural” sobre el entendimiento del cuerpo, la relación con la enfermedad y la muerte, que desplazó fácilmente el mito a los saberes y culturas anteriores: a la hermenéutica religiosa que sirvió de soporte tradicional a la relación del hombre con el sufrimiento de la enfermedad y la muerte, y aún a la especulación filosófica sobre la vida y nuestra condición mortal (Galende: 127).

El médico por su conocimiento es el encargado de poder descubrir la enfermedad debe enfrentarla y eliminarla. Según Foucault en esto reside el poder del médico sobre la sociedad. Hoy podemos avanzar señalando que la profesión del médico produjo una subjetividad particular acerca de los significados y valoraciones del cuerpo, de su funcionamiento, de la salud y la enfermedad, de la amenaza de la muerte y de los procedimientos para conjurarla, pues recaían exclusivamente en sus manos, o mejor dicho en el poder de la ciencia y la técnica aplicadas al control de la enfermedad a su diagnóstico y tratamiento.

Los futuros médicos durante su etapa de formación y en sus prácticas profesionales se nutren y aprenden hasta nuestros días, del ejercicio de otros médicos principalmente en los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención y no en el primer nivel, pues ni siquiera ahí se pueden formar los profesionistas dado que el tiempo es muy corto. En esos espacios ellos aprenden a tomar decisiones colocándose en una posición de relativa fortaleza frente a los enfermos.

En México la carrera de medicina se cursa en seis años, de los cuales dos son de teoría escolarizados, dos de teoría y práctica en hospitales de tercer nivel, un año de teoría y práctica en un hospital de segundo nivel y otro año de servicio a la comunidad (Lavalle, 2005: 18).

Desafortunadamente los contenidos educativos y las destrezas contempladas en la residencia de medicina familiar distan de la realidad operativa, lo que ocasiona frustración en los egresados y llega a afectar la calidad de los servicios, pues no se aplica el modelo de la medicina familiar aprendido en la academia.

Los niveles y características generales de atención médica los podemos presentar brevemente para su mejor comprensión de la siguiente manera:

Primer Nivel. Atiende la consulta de medicina general o familiar sin internamiento de pacientes. Se realizan estudios básicos de laboratorio y rayos X; los departamentos de epidemiología, salud pública y medicina preventiva pertenecen a este nivel. En función del tamaño de la unidad puede contar con el servicio de urgencias o consulta continua.

Segundo Nivel. Se atienden urgencias y algunas especialidades médicas y quirúrgicas, por lo que cuenta con internamiento de pacientes. Se practican estudios de laboratorio y gabinete (rayos X y ultrasonido). Además el personal de dichos hospitales cuenta con servicios de comedor y baño, entre otros. También podemos hallar en su interior la consulta externa.

Tercer Nivel. Atiende consulta de especialidades médicas y sub-especialidades médico-quirúrgicas, cuenta con internamiento y estudios de laboratorio y gabinete especializados. Cuenta con el equipo de medicina más avanzado y se realiza la investigación de protocolos. Actualmente por modificaciones a su ley reglamentaria se les conoce como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAEs).

Durante el proceso de formación se acepta que son cinco los principios fundamentales que giran alrededor de la relación médico-paciente. En el *Corpus Hipocraticum* colección de más de 60 textos pre-aristotélicos de medicina antigua, se encuentran dispersas normas de acción que los médicos griegos adoptaron en el marco de sus relaciones con los enfermos. Ha sido el llamado juramento hipocrático, el documento que mayor influencia ha ejercido en el desarrollo de la medicina occidental (García, 2006: 97-98).

Un grupo importante de médicos afirma que el documento no se apega a las condiciones de la práctica actual y aún consideran que el juramento es una desteñida obra romántica heredada de tiempos idos. Sin embargo, y a pesar de todos estos argumentos, la esencia del antiguo documento ha sido fuente de inspiración ética y un hilo conductor de la medicina occidental por cerca de dos mil años. Se afirma que en tal documento se encuentran sólidos principios y valores sobre los cuales descansa la práctica médica occidental en su afán por brindar constante alivio y consuelo a los pacientes durante todo el proceso de la interrelación con sus médicos (García: 98-99).

Los principios fundamentales del juramento hipocrático que plantean la relación médico-paciente son (García: 100-101):

1. Los médicos están obligados a respetar la autonomía de los pacientes, sobre todo en su derecho natural de tomar decisiones acordes con sus valores y creencias.
2. Los médicos tienen la responsabilidad de resguardar el principio de no-maleficencia, es decir, evitar hacer daño.
3. Los médicos deben pugnar por mantener el principio de beneficencia.
4. Los médicos deben mantener el secreto profesional como sustento de la confidencialidad.

5. Los médicos deben buscar que sus decisiones sean justas y adecuadas para sus enfermos.

De manera sorpresiva, han sido los sistemas institucionalizados los que han hallado mayores obstáculos para cumplir los requisitos que presupone el otorgamiento de un verdadero servicio, es decir, respeto al derecho del usuario a escoger, ser escuchado, disfrutar de seguridad y encontrarse bien informado.

La medicina institucional, sea estatal o de carácter privado, debe necesariamente aplicar un sistema de prioridades para lograr cumplir con sus metas. Su principal limitante consiste en disponer de recursos limitados para enfrentarlas a las ilimitadas necesidades asistenciales de la población.

Tanto a nivel público como privado, el tipo de intervención individual está regulado por una serie de normas administrativas presentadas en acuerdos, leyes, reglamentos que se expresan en rituales institucionales y en ideologías técnicas que imponen una forma de operar.

Es necesario considerar que las normas, reglamentos o manuales de procedimientos deben considerarse como lineamientos generales, que facilitan el proceso de atención médica en forma congruente, con cierta flexibilidad para que el proceso de trabajo se realice en congruencia con las circunstancias particulares de cada paciente y de la unidad médica, de manera que se constituyan en un instrumento útil al servicio de la atención médica, y no por el contrario que el proceso se sujete al cumplimiento de la norma.

Es decir, el médico ejerce su profesión a la luz de las pautas institucionales, pero aún, en las condiciones más restringidas el sujeto mantiene un margen relativamente amplio de discrecionalidad, para que tome las decisiones en el campo de su dominio.

Por otra parte, el 'objeto' de su trabajo favorece este proceso, pues la mayoría de los padecimientos que presentan los pacientes en el primer nivel de atención, se refieren a determinados síndromes que reiteran sus características, por lo menos desde la mirada biomédica dominante. Las condiciones institucionales particulares favorecen el desarrollo de una mayor o menor homogeneización; pero debe indicarse que el incremento de instituciones de atención a las enfermedades, altamente burocratizadas, ha favorecido la uniformidad del sistema de prácticas y representaciones técnicas (Menéndez: 18).

El IMSS al igual que las instituciones que conforman el sector salud, asume el modelo médico hegemónico (MMH) que se puede definir como el conjunto de prácticas, saberes, teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Gil: 26).

Al igual que otras importantes instituciones de salud, al interior de sus unidades el IMSS también reproduce el modelo dominante, desde lo que es el primer contacto del paciente con el médico en la consulta externa, hasta lo que son los grandes hospitales de especialidades.

El consultorio médico es la carta de presentación, tanto de la institución como del médico. Diferente a un sistema privado que debe exhibir su identificación, o los permisos sancionados por la Secretaría de Salud, en el IMSS sólo observamos el directorio de la unidad, pues se parte del supuesto de que tanto la unidad, como el personal, han sido acreditados para dar el servicio sanitario.

Los consultorios clínicos donde sólo se da consulta y se realizan revisiones no quirúrgicas, cuentan con el equipo básico para otorgar el servicio y el equipo de oficina elemental como son la báscula con estadímetro, báscula pesa bebé,

lámpara de pie, mesa de exploración, gasas, estuche de diagnóstico, esfigmomanómetro, estetoscopio biauricular, estetoscopio de Pinard, termómetro, cinta métrica, espejo vaginal, guantes, lubricante y abatelenguas. En muy pocas clínicas los archiveros, en los que se guardan los expedientes clínicos, permanecen al interior, por lo regular todo ello lo observamos afuera del consultorio, incluida la báscula.

Cuando estamos al interior del consultorio no observamos los títulos del personal médico, pues al ingresar al IMSS, el médico pasó ya por el control de ingreso que la institución en coordinación con el sindicato realizan, con lo que se supone que alguien con formación deficiente o dudosa no labora en esa institución.

Todo el personal que labora en el IMSS debe portar un gafete de identificación con sus datos generales y portar el uniforme oficial. En algunos casos además, los hospitales de tercer nivel expiden identificaciones propias, pero autorizadas, por el nivel central de la institución.

Pero más allá de las normas que se exigen por la Secretaría de Salud, quien es la encargada de normar el sistema sanitario en el país, la medicina busca curar la enfermedad y el dolor humano, para lo cual deben intervenir las habilidades del médico y del personal auxiliar a éste por lo que se busca que el comportamiento y la actitud del médico sean los adecuados para dar información, escuchar y comprender al paciente y muchas veces también a sus familiares.

Para Menéndez el MMH es una construcción provisoria elaborada a partir de los procesos y de las actividades médicas. Desde esta perspectiva el modelo no impone ningún saber, sino que expresa, en un alto nivel de abstracción, las representaciones y prácticas que manejan los profesionales y las instituciones médicas (Menéndez: 19). Por Modelo Médico Hegemónico entendemos, entonces, el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica.

La medicina académica (u occidental) identificada como modelo médico hegemónico cumple funciones de cura y prevención e incluso de control social, dominio ideológico y exclusividad jurídica (Campos, 1992: 13).

El modelo médico alternativo engloba una serie de prácticas subordinadas, legal e ideológicamente al modelo médico hegemónico, entre las cuales sobresalen las medicinas denominadas “tradicionales” o “populares”. Las cuales son rechazadas por el hombre de ciencia y en otros casos es aceptada como complementaria o subordinada al MMH.

Para Rivers la medicina primitiva y medicina científica son dos universos de discursos separados; no hay manera de acomodar la concepción del mundo mágico-religioso en el mismo dominio de conocimiento que el saber científico-naturalista (Campos: 53). Aunque la segunda se ‘alimentó’ de simbolismos y significaciones de la primera.

Invariablemente una y otra parten de prácticas bien definidas que cumplen el cometido para ser aceptadas socialmente logrando configurarse* no unilateralmente sino con la participación de los sujetos que se incorporan en la interacción que motiva el encuentro.

Rivers sostiene que las prácticas médicas son consecuencia lógica de creencias bien establecidas en cuanto hace a la causalidad de las enfermedades y que estas creencias y prácticas, tomadas en su conjunto, son parte de la cultura y, por tanto, constituyen una institución social que por serlo debe ser contemplada en términos de principios y métodos (Campos: 52).

La medicina oficial llega a la mayoría de los habitantes de las ciudades y poblados grandes a través de médicos que laboran en los monopolios de salud públicos. La población le tiene un gran respeto, ya que se sorprende de su efectividad obtenida

por medio del uso de una compleja tecnología, cirugía y potentes medicamentos. Este respeto también se debe al aura de poder y seguridad con que la medicina oficial se ha rodeado.

Por el contrario, la generalidad de los médicos mexicanos muestra intolerancia hacia la medicina tradicional originada en el país. Y a pesar de que ocupan los cargos más representativos en las instituciones de salud, la mayoría de sus miembros son apolíticos y están más interesados en los aspectos técnicos de su profesión que en la organización política de sus respectivos sectores (Cleaves: 55).

La medicina es como el derecho, una de las profesiones liberales de México que ha conservado su importancia en la era moderna. Sin embargo, la medicina experimentó un cambio significativo en los años cuarenta, cuando su orientación se hizo menos clínica y se volvió más individualista y biologista (Cleaves: 88).

Los sistemas de salud se nos presentan hoy como un robusto campo para la indagación intelectual y como un activo ámbito para la acción transformadora. Se trata de un punto de encuentro integrador donde confluyen lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social, lo cuantitativo y lo cualitativo (Donabedian, 1988: 10). Aunque en la práctica los primeros sean los prioritarios.

La medicina en nuestro tiempo ha experimentado una profunda transformación, sus métodos y herramientas son muy diferentes a las utilizadas por médicos de épocas anteriores, que permitían una relación humana mucho más cálida entre médico y paciente. Otra razón importante para el deterioro de la relación médico-paciente se encuentra como ya lo mencionamos, en la parcelación de la medicina en especialidades que era inevitable ante los avances que se presentaban en la ciencia médica. Basta señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha formado más de 42 mil especialistas; sin embargo su ejercicio profesional no responde a las necesidades reales de la población que atienden.

En otros países está sucediendo algo similar; los Estados Unidos de Norteamérica por ejemplo, actualmente se han saturado de especialistas en medicina interna, gineco-obstetricia, psiquiatría, anestesiología, imagenología y rehabilitación, con un decremento en cirugía general, medicina familiar y salud pública. En México se necesita también estimular el interés por la medicina en el primer nivel de atención, ya que una encuesta realizada a 907 alumnos de cuatro escuelas de medicina sobre su interés en las especialidades, se encontró que sólo 9 deseaban cursar un postgrado en medicina familiar (Sotomayor, 2000: 40-41).

Quienes conforman la nueva sociedad son individuos plenamente conscientes de sus derechos y ampliamente informados, aunque no siempre de manera correcta. Se trata de una sociedad más activa y mejor organizada en su respuesta a las necesidades de salud. Una sociedad más demandante que marca nuevas directrices en las relaciones médico-paciente (Aguirre: 21).

En nuestros tiempos entonces, el médico se ve enfrentado ante una serie de hechos: la actitud ante la enfermedad y las instituciones de salud por parte de los pacientes, los cambios en su propia formación académica, el surgimiento de instituciones dedicadas a vigilar el ejercicio profesional del médico y, el propio deterioro de su estatus social, han obligado al profesionista a poner un fuerte interés en lo que se denomina tanto la ética médica, como la medicina legal y la responsabilidad que, por acciones u omisiones, pueda imputársele a este servidor público.

La profesión empezó a guiarse por las prácticas médicas de Estados Unidos y rompió sus lazos con la escuela francesa. Aun cuando los médicos destacados tienden a ser empleados de las instituciones de salud pública (IMSS, SSA, ISSSTE, PEMEX, SDN), el tratamiento médico es curativo, basado en la administración de medicamentos y en la especialización (Aguirre: 88).

La mayoría de los médicos que trabajan para el Estado ejercen la profesión también en el nivel privado. Aun cuando no hay disponibilidad de estadísticas confiables, la impresión generalizada es que una gran proporción de médicos que trabajan en instituciones públicas ejercen también su profesión en otras partes (Aguirre: 94-95).

Los partidarios de la medicina clínica se están jubilando y casi ningún médico, incluidos los homeópatas, simpatiza con la medicina tradicional de hierbas medicinales y curanderos. El profesionista común en la medicina realiza pocas investigaciones, no se suscribe a las revistas médicas mexicanas, es apolítico y no suele participar en debates sobre la política de salud en el país (Aguirre: 89).

Los médicos investigaban la enfermedad del paciente como si fueran detectives. Después de una historia clínica exhaustiva, descubrían sus pistas con las manos, la nariz, los ojos y los oídos. Mediante la palpación y la percusión, los médicos podían diagnosticar neumonías, cáncer y afecciones cardíacas (Aguirre: 90).

Cuatro sucesos transformaron las técnicas terapéuticas y de diagnóstico en México. Primero, cuando Francia fue invadida por la Alemania nazi, en 1940, los estudiantes de medicina mexicanos ya no pudieron acceder a libros de texto franceses. Acudieron entonces a los libros de texto estadounidenses y tuvieron que aprender inglés. Segundo, los médicos estadounidenses estaban comprometidos en la guerra y dejaron un vacío de personal médico en los hospitales de Estados Unidos. Hubo quienes como Salvador Zubirán alentaron a los estudiantes de medicina para que hicieran su residencia en Estados Unidos. Tercero, en 1944 se introdujo en México la penicilina, lo que redujo la necesidad de los conocimientos de farmacopea. Cuarto, en 1943 se fundó el IMSS como la primera institución médica del Estado. De estos sucesos, que determinaron la orientación de la medicina moderna en México, sólo el cuarto guarda alguna relación con los principios nacionalistas o con el compromiso revolucionario (Aguirre: 90).

La introducción de la medicina estadounidense eclipsó al médico general versado en técnicas clínicas. La especialización, que ganaba ímpetu en Estados Unidos, adquirió también un papel preponderante en México, y el médico mexicano se concentró en alguno de los subcampos de la medicina, tales como cardiología, patología, hematología, anestesiología, obstetricia, endocrinología o pediatría (Aguirre: 90-91).

La revolución farmacéutica sustituyó la prescripción magistral por el vademécum (prontuario médico), y dio lugar a un nuevo pivote en la profesión: el representante de laboratorios farmacéuticos. El médico dejó de ser 'el gran señor' que controlaba el destino de las vidas y abdicó a su papel como consejero familiar. Una vez que empezó a recetar medicamentos de patente, cesó de escribir ceremoniosamente la prescripción en un trozo de papel con una caligrafía desastrosa que nadie, salvo el boticario, podía descifrar. Su vocabulario elegante y sus jeroglíficos se tornaron arcaicos. Un médico hizo notar que la profesión 'perdió su ingrediente mágico. Ahora una persona puede entrar en una tienda y comprar medicinas como si fueran camisas' (Aguirre: 92).

El IMSS tuvo una buena acogida entre muchos médicos jóvenes que empezaban a ejercer en los años cuarenta y necesitaban un empleo seguro, sobre todo porque el trabajo en una institución pública no les impedía ejercer también en el nivel privado. A medida que el IMSS fue madurando, incorporó mejores médicos con sueldos más elevados, logró una mejor organización del trabajo, contó con equipo sofisticado y personal de apoyo capacitado. La reputación del IMSS creció, al igual que la cobertura de sus servicios (Aguirre: 93).

Actualmente, tanto los defensores como los críticos de la medicina en México reconocen en ella un carácter burocrático que infunde en sus médicos una actitud de poco compromiso hacia el trabajo. Los médicos a su vez se quejan de una relación médico-paciente rudimentaria, de exceso de trabajo y de conflictos con

las autoridades (Aguirre: 93-94). En resumen, el monopolio de los conocimientos médicos que los profesionales habían ejercido hasta ahora, ha quedado destrozado. Y un doctor ya no es un dios.

La expansión del MMH se caracterizó entonces por el desarrollo de un proceso de concentración monopólico público en la atención a la salud, y por una función cada vez más directa del Estado. Por el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal, referida casi exclusivamente al médico y una segunda, que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración.

A lo anterior se suma la evidencia de deterioro en la calidad de los servicios médicos. Poco a poco se ha gestado una crisis al interior de las instituciones médicas. Se ha tratado de atender dicha crisis por medio de medidas que otorgan poca importancia a los aspectos sociales, como son el tipo de vínculo que se genera entre los médicos y los pacientes, la rotación de los médicos en los consultorios, el tiempo en que se realiza una consulta, factores que en la práctica forman las concepciones y formas de vivir los procesos de salud-enfermedad de la población; se pretende incrementar la calidad de los servicios de salud por medio de políticas que dan prioridad a la productividad de las instituciones de salud pública, privilegiando cifras como el número de pacientes atendidos en los consultorios por día.

El saber médico incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales, que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad técnico-ideológica. Tanto el uso de un fármaco, como la norma institucional del tiempo que debe ser dedicado a la atención de un paciente, como la determinación vertical de la aplicación de vacunas constituyen simultáneamente hechos técnicos y sociales intrínsecos a las prácticas y representaciones médicas; la racionalidad ideológico-técnica convertirá en técnicos los aspectos socioculturales de su intervención, y

así el tipo de relación médico-paciente serán definidos como parte del equipamiento técnico y no como procesos socioculturales generados y usados por el saber médico (Menéndez: 49-50).

Este proceso dual se expresará en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de todos los pasos básicos del trabajo médico. Es decir, que su diagnóstico, el uso de determinados indicadores o el manejo de criterios de curación constituyen una estructuración de representaciones y prácticas, que es imprescindible no solamente para pensar e intervenir sobre la enfermedad sino, sobre todo, para tratar al enfermo. Es el comportamiento de rol el que redefinirá como técnicas una parte de las representaciones sociales colectivas (Menéndez: 54).

En el caso de las representaciones y prácticas médicas, debemos considerar en toda su significación que la profesión médica se caracteriza por su tendencia a la acción, es decir a atender y a curar, y que dicho pragmatismo opera dentro de condiciones que en determinados casos posibilitan una notable eficacia, pero en otros genera resultados inciertos, y en otros, limitaciones o incapacidad para resolver el problema (Menéndez: 54).

Hipotéticamente, un médico frente al paciente-padecimiento debe diagnosticar, tipificar la enfermedad, presuponer una posible evolución de la misma, decidir el tipo de tratamiento y tratar de curar. Todos estos pasos implican la existencia de representaciones y prácticas técnicas, que además suponen la utilización de instrumentos simples o complejos para llevarlos a cabo; que van desde la conversación con el paciente hasta la realización de análisis bioquímicos de alta complejidad. Estos y otros pasos constituyen una estructura de representaciones y de prácticas que conforman su saber profesional (Menéndez: 57).

Las formas de apropiación del conocimiento y de las prácticas médicas han permitido dar significado y sentido a lo que podemos considerar como la profesión

médica. Las unidades de medicina familiar son el primer contacto del usuario con la institución y con el médico. La consulta externa es el lugar que resuelve el mayor porcentaje de necesidades de los derechohabientes, es al mismo tiempo, el lugar en el que se 'viven' las limitaciones y las carencias de la institución; es el lugar en el que los usuarios reclaman mayor atención del médico; es el espacio en el que el tiempo se vuelve infinito para ser atendido, a su vez es como un suspiro cuando se logra recibir la consulta.

Pero de lo que estamos estrictamente hablando es del proceso de trabajo del médico, recordemos que en el capítulo pasado, propusimos como definición de éste: el acto específico donde la actividad del hombre efectúa, con la ayuda de sus medios de trabajo, una modificación voluntaria de las materias de acuerdo con un objetivo; o, de manera más abstracta, como la forma en que se organiza la manera de ejecutar el trabajo. Particularmente se caracteriza por otorgar un servicio a otro sujeto (paciente o usuario) con el objetivo de prevenir alguna enfermedad o en su caso 'curarlo' de alguna de ellas. En otras palabras, se trata de realizar una serie de procedimientos utilizando sus medios de trabajo y su conocimiento teórico y práctico para restablecer al usuario 'enfermo' en su salud.

Ahora tendríamos que añadir que el proceso de trabajo del médico, va más allá de la descripción de herramientas y equipo que utiliza, debemos agregar que el objetivo de el servicio que se presta es hacia el enfermo; el proceso de trabajo del médico, como ya lo hemos manifestado, requiere para que se lleve a cabo de otro sujeto, por lo tanto, aquí se manifiestan otras dimensiones que no necesariamente están presentes en los procesos de trabajo del sector industrial, aún con las particularidades del modelo toyotista, en el que se intenta acercar el producto a las características y necesidades que demanda el cliente.

Cuando entra en el proceso de trabajo otro sujeto, no sólo se manifiestan las subjetividades del actor (médico) sino que también están presentes e incluso inciden en el proceso de trabajo las del otro sujeto, es decir, las del enfermo. Estas

manifestaciones varían de acuerdo a cada individuo, pues las respuestas de uno y otro pueden ser distintas, por lo tanto, el médico busca controlar el proceso preocupándose fundamentalmente de la enfermedad desde la perspectiva biológica, olvidándose de las referencias culturales, de estatus socioeconómico, sociales, religiosas, etc.

Además, debemos considerar que en el proceso de trabajo inciden los derechos que tienen unos y otros en el momento de la interacción. La relación entre el doctor y su paciente debe tener ciertas características.

Debe ser respetuosa y tener calidad técnica y moral. Así pues, el médico debe brindarle a su paciente un ambiente agradable en el que los dos tienen el mismo derecho de opinión y de ser informados sobre el padecimiento y sus antecedentes. A continuación se presentan algunos puntos básicos, que propone Alicia Lavalle en la relación entre médico-paciente y que se consideran desde la ética médica y el sistema legal.

- El derecho a ser atendido. Éste es uno de los derechos principales del paciente y sin él no se puede establecer el inicio de la relación.
- El médico y el paciente basan su relación en el respeto a la integridad de la otra persona y ninguno puede imponer sus valores al otro. El médico, lo mismo que el paciente, es una persona libre, pero es además un profesional que no puede ser empleado como instrumento de la voluntad del paciente.
- Todo paciente debe tomar sus propias decisiones. Los familiares, amigos y el médico pueden auxiliarlo pero no deben decidir por él. Los pacientes mayores de edad y que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales tienen derecho a tomar sus propias decisiones aun cuando no

coincidan con las del médico o de sus familiares; el paciente se encuentra protegido por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

- Cuando el paciente pide a su médico que decida lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir por el paciente; el no hacerlo es una forma de abandono moral.
- Todo paciente tiene derecho a recibir información comprensible de su médico, así como a ser informado de todas las opciones de tratamiento y de cuál es la más adecuada para su caso. Suele suceder que una persona acude a consulta y a pesar de la explicación del médico tiene la sensación de que ha quedado “en las mismas”, quizá porque éste le habló con tecnicismos o porque la complejidad del problema no permite resumirlo de manera inteligible en tres minutos. Sin embargo, es derecho del paciente preguntar las veces que sea necesario al personal de salud para que repita la información o le aclare los términos utilizados. El médico también tiene derecho a ser informado.
- La información recibida deberá ser completa y veraz.
- El paciente tiene derecho a conocer el nombre completo de su médico tratante, su especialidad y su ubicación en la institución de salud. El paciente puede pedirle al personal de salud que se presente con su nombre completo y especialidad antes de iniciar un interrogatorio o una exploración.
- La exploración clínica minuciosa del paciente debe efectuarse siempre ante la presencia de un familiar o amigo y de una enfermera. Esto protege tanto al médico como al paciente.
- La consulta debe tener lugar en un ambiente agradable, privado, que permita al paciente sentirse relajado y seguro.

- El paciente no debe ser ignorado, menospreciado en su persona o en sus juicios, o ridiculizado en sus valores.
- Al dirigirse a los pacientes debe llamárseles *señor* o *señora* o por su grado académico. “Ningún miembro del equipo de salud debe usar diminutivos aparentemente afectuosos con los pacientes, ante la posibilidad de parecer peyorativos”. Las actitudes paternalistas están muy difundidas en el ambiente médico; por ejemplo: “Sí, doñita, ahorita le toman su radiografía”, o “Buenos días, reinita”, lo que es una forma de desdén disfrazado de buenas maneras.
- Ningún paciente que padezca de sida o esté infectado por VIH debe ser discriminado.
- El paciente hospitalizado tiene derecho a saber qué tipo de tratamiento está recibiendo en el hospital.
- El médico debe evitar el abuso de apoyos tecnológicos para realizar su diagnóstico. A veces se llega al extremo de practicar la medicina defensiva, es decir, el ejercicio médico cauteloso. Este tipo de práctica médica es producto del exceso de demandas debidas a la mala práctica clínica, lo cual genera desconfianza en el paciente, ineficiencia médica y altos costos.
- Cuando se trate de procedimientos quirúrgicos que impliquen amputación, mutilación o extirpación orgánica, el paciente y dos testigos elegidos por él deben firmar un documento de consentimiento informado.
- Es inmoral prolongar la vida con medidas que sostengan la actividad funcional de algunos órganos, cuando la función cognoscitivo-afectiva ha cesado de manera irreversible.

- El médico debe tener en cuenta que su paciente se encuentra en un estado emocional de dependencia, vulnerabilidad y probablemente temor, y desde luego no debe aprovecharse de esta situación, y ha de respetar la confidencialidad de la información que el paciente le ha otorgado.
- El médico no debe discutir los problemas de un paciente en lugares públicos.
- El médico no debe sugerirle al paciente recursos terapéuticos inútiles o realizar técnicas quirúrgicas novedosas que no domine plenamente, o que en la institución no se tengan los recursos adecuados para realizarlas.
- El médico debe comunicar al paciente su diagnóstico y su pronóstico con mesura y calidez, respetando la salud psicológica del enfermo, su dignidad y la de su familia.
- La historia clínica puede elaborarla el médico tratante o un auxiliar que esté bajo la supervisión del médico. La información que se obtenga del paciente debe servir para hacer un buen diagnóstico y definir el tratamiento; dicha información debe ser comprensible para el paciente y éste tiene derecho a una copia de todos sus estudios y análisis elaborados.
- El médico debe fomentar la participación activa del enfermo y su familia, porque de esta manera se establece un compromiso mutuo.
- El médico debe registrar en el expediente clínico sólo las acciones médicas o quirúrgicas que le realizó al paciente y no otras con afán de lucro, aun con el consentimiento del paciente.
- El médico no debe “robarse” los pacientes de otros colegas.

Como podemos deducir, muchas de estas recomendaciones no se consideran en la práctica cotidiana de la profesión de los médicos, debido entre otros aspectos, a que el paciente no conoce algunos de ellos y por su parte el médico considera, muchas de las veces, que informar a la familia y al enfermo sobre los asuntos clínicos, éstos no los entenderían o no tendrían la capacidad para tomar las decisiones 'correctas'.

Para que la relación médico-paciente se dé adecuadamente, es preciso que el paciente comprenda cabalmente el tratamiento propuesto, lo acepte y participe responsablemente en su cuidado siguiendo al pie de la letra las indicaciones.

La interacción y comunicación efectiva entre médico y paciente son decisivas para que ambos se sientan satisfechos. Ello mejora la capacidad clínica del doctor (obteniendo más y mejor información de su paciente) la cual repercute favorablemente en la salud de sus pacientes.

El interrogatorio no es la única herramienta que tienen el médico para diagnosticar una enfermedad (están también la exploración física y los estudios de laboratorio y gabinete), pero es esencial para poder guiar al médico y tratar de enfocar los otros dos elementos (la exploración y el laboratorio) hacia un diagnóstico certero.

En este proceso, al enfrentar una enfermedad, el primer paso a seguir es identificar sus características (síntomas) a través de un amplio interrogatorio en cuanto a tiempo de evolución, magnitud, molestias o dolores que lo acompañan, eventos que lo agudizan. Tomar signos vitales y enseguida se interroga sobre los antecedentes de la enfermedad, se realiza también una exploración física minuciosa. Al concluir este proceso se tendrá un diagnóstico hipotético o certero que permitirá establecer ya sea la necesidad de realizar estudios complementarios para confirmar el diagnóstico o en su caso recetar el fármaco, realización de

actividades, cambio de alimentación o un programa de tratamiento apropiado que ayude a mejorar el estado de salud del paciente.

En el proceso de trabajo también se incluye que en su caso, los familiares del paciente, estén enterados tanto del diagnóstico, como de los estudios a realizar y el tratamiento a llevar a cabo; es importante manifestarle al paciente y a sus familiares qué pronóstico se espera para saber si se le puede ofrecer la curación parcial, total, o el control de la enfermedad únicamente; a fin de que en su momento, los resultados de la consulta no provoquen quejas por incongruencia de las expectativas que se esperaban, con las consiguientes inconformidades, quejas y demandas ante las autoridades y las instituciones como la Conamed y de los Derechos Humanos.

Advertimos como el proceso de trabajo del médico requiere de una comunicación adecuada con los usuarios del servicio sanitario; por lo que se comprende que acepciones como la calidad, calidez, empatía, confianza, entre otros son conceptos que cobran relevancia en la consulta externa y en cualquier nivel de atención a la salud.

La calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones, que ya hemos mencionado, en los sistemas de salud, íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y habilidades para la resolución de problemas de salud y una interpersonal, representada por la relación afectiva que se establece entre el médico que otorga el servicio y el paciente quien lo recibe. Para fines prácticos, en el IMSS se le ha denominado calidad a la dimensión técnica y a la dimensión interpersonal, calidez.

Por su parte, para Donabedian, la calidad de la atención médica debemos definirla como el tratamiento que aplica un médico o cualquier profesional de la salud a un episodio de enfermedad o lesión claramente identificado, considerando que la misma posee diversos componentes: un aspecto técnico, que implica la aplicación

de la ciencia y la técnica de la medicina y otras disciplinas de la salud al problema concreto del enfermo, un aspecto interpersonal que involucra todas las interacciones que tienen lugar entre el terapeuta y el paciente y un tercer elemento que él llamó *amenidades* y que se refiere al entorno de la atención, el contexto físico y social en el que se lleva a cabo la misma, que tiene que ver, por ejemplo, con la sala de espera, la secretaria, etc. En última instancia, en tanto las *amenidades* o el entorno implican elementos tales como privacidad, comodidad, reserva, cortesía, aceptabilidad y otros análogos, podría en definitiva verse como una forma de relación interpersonal, de la que es difícil separarla aún en términos didácticos (Lemus: 31).

Como mínimo, dice Donabedian, la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin incrementar sus riesgos. La *bondad* o *calidad* en el terreno interpersonal es más difícil de definir y se vincula a valores y normas socialmente definidos que marcan los límites de las relaciones entre las personas (Lemus: 32).

En otras palabras, el nivel de calidad en el ámbito de las relaciones interpersonales se mide por el nivel de aceptación a estos valores, normas, expectativas o aspiraciones. Estas consideraciones teóricas son la base de lo que se denomina la *atención médica óptima*, por lo que la misma atención no significa *per se*, calidad y calidez.

La evaluación que hace el paciente de los servicios, expresada como satisfacción o insatisfacción, en las encuestas institucionales, suelen basarse en un sinnúmero de factores, desde cualidades del entorno hasta aspectos técnicos o lo que el paciente considera o decodifica como *saber técnico*. Muchos enfermos pueden valorar la calidad por la cantidad y complejidad de los estudios a que son sometidos o por el otorgamiento de la incapacidad o la receta de sus medicamentos, etc.

En cuanto al tratamiento técnico, la relación entre proceso de atención y sus consecuencias está determinada por el estado de la ciencia y la tecnología médicas, y es ese terreno el que el médico cree muchas veces que el paciente lo desconoce. Sin embargo, ha sido la propia práctica médica 'científica' la que le ha enseñado al paciente a auto-recetarse de manera más convencional.

Las actividades realizadas en el proceso de trabajo médico son realizadas de forma secuencial y pueden abarcar desde la oportunidad de la atención, hasta que exista una satisfacción por parte del usuario y también del prestador de servicios.

Cuando se señala que debe de haber accesibilidad a los servicios, nos referimos al grado en que puede tener dificultad el usuario para establecer la relación con el médico de la unidad. Dado que el tiempo de espera, lapso que transcurre desde el momento en que el usuario solicita la atención hasta el momento en que se le proporciona el servicio en consulta externa de medicina familiar, muchas veces se prolonga, existen limitantes a la accesibilidad de los servicios por la vigencia de trámites burocráticos cuya realización en ocasiones es lenta y torpe.

Se puede decir que el proceso de la atención médica o proceso de trabajo del médico comienza con la necesidad y termina con la modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa.

En la medicina familiar se conocen dos formas en las que se han organizado los servicios de consulta externa, los cuales han tenido el común denominador de ser altamente demandados. Quizá la diferencia más sustancial es que en los últimos años ha habido una mayor restricción de los recursos; pero la queja permanente de los galenos antes y ahora es la sobre demanda del servicio.

Sin embargo, el problema del mejoramiento de los servicios en medicina familiar existe desde su origen, en el IMSS se implantó desde 1954. Por lo que, con la intención de fortalecerlo y mejorar los recursos humanos de ese sistema (medicina

familiar), 22 años después, se inicia la especialización en Medicina Familiar. Con resultados hasta ahora poco favorables, pues la formación no es la única causa de las dificultades por las que atraviesa ese servicio.

Como alternativa al mejoramiento se han implementado múltiples programas que no logran canalizarse adecuadamente. Uno de ellos fue el convenio de la reestructuración del área médica de medicina familiar, que se suscribió por la parte institucional y sindical en 1991.

Antes de dicho convenio el contrato colectivo de trabajo de los médicos contemplaba las siguientes categorías con sus respectivas actividades:

PROFESIOGRAMA DE ACTIVIDADES Y CATEGORÍAS DEL ÁREA MÉDICA ANTES DE 1991	PROFESIOGRAMA Y ACTIVIDADES DEL ÁREA MÉDICA, DESPUÉS DE LA REESTRUCTURACIÓN MÉDICA EN 1991
Categoría	Categoría
<p>Médico Familiar Actividades: Atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etc.).</p>	<p>Médico Familiar Actividades: Atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etc.).</p>
<p>Médico no Familiar a) En hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo. Actividades: Atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como nutriología. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de</p>	<p>Médico no Familiar a) En hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo. Actividades: Atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como nutriología. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de</p>

<p>actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera).</p> <p>b) En unidades de adscripción y puestos de fábrica, clínicas, puestos periféricos, etcétera.</p> <p>Actividades: Atención médica a derechohabientes en unidades en unidades de adscripción y puestos de fábrica, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera)</p> <p>c) En atención o emergencia domiciliaria.</p> <p>Actividades: Atención médica a derechohabientes en domicilio preferentemente examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico, según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos etcétera).</p>	<p>actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera).</p> <p>b) En unidades de adscripción y puestos de fábrica, clínicas, puestos periféricos, etcétera.</p> <p>Actividades: Atención médica a derechohabientes en unidades en unidades de adscripción y puestos de fábrica, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico. Labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera)</p> <p>c) En atención o emergencia domiciliaria.</p> <p>Actividades: Atención médica a derechohabientes en domicilio preferentemente examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico, según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tienen encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos etcétera).</p>
<p>Médico de tiempo completo</p> <p>Además de los otros requisitos enumerados requerirán los siguientes: Jornadas: Ocho horas diarias discontinuas debiendo desempeñar sus labores durante 4 horas en el turno matutino y durante 4 horas en el turno vespertino, ya sea en consulta externa o en atención domiciliaria, indistintamente y en cualquiera de los turnos, según lo determinen las autoridades del Instituto, y sin señalamiento expreso de duración de parte de la jornada, para el desempeño de cualquier de estas dos actividades. Será fijo el horario de las 4 horas en el turno matutino y de las 4 horas del turno vespertino.</p> <p>Actividades: Servicios médicos en las diferentes ramas de la medicina y en las diversas dependencias del Instituto de acuerdo con las labores que le sean señaladas por las autoridades del Instituto y bajo las normas e instructivos que la dependencia respectiva apruebe para la categoría correspondiente. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que se le encomienden, para lo</p>	<p>A partir de la reestructuración esta categoría desapareció. Sin embargo, todavía se hace mención de la categoría en las actividades del Jefe de Grupo de Médicos Familiares. Precisamente en esta categoría se puede observar la forma en que estaba organizada la consulta externa en medicina familiar. Es decir, el médico trabajaba ocho horas pero cuatro por la mañana y cuatro por la tarde.</p>

<p>cual deberán someterse a cursos de adiestramiento para el desempeño de dichas labores, debiendo sustentar pruebas en los citados cursos de adiestramiento. Dentro de su jornada desarrollará actividades de docencia y asistirá a los cursos de superación profesional que programe o establezca la Subdirección General Médica.</p>	
<p>Médico de tiempo completo.- Centro Médico Nacional. Además de los requisitos enumerados, requerirán demostrar haber ejercido la especialidad cuando menos cuatro años, después de titulado. Actividades: Llevar a cabo con la mayor eficiencia posible, todas las actividades médicas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y en general las atenciones médicas necesarias de los enfermos encomendados a su cuidado. Asimismo, procurar que en todo momento se le dé el trato debido a los pacientes y a sus familiares que concurren al servicio. Además deberá: dar mayor rendimiento cuantitativo y cualitativo posible en su trabajo; apearse a la más estricta ética profesional y conservar la disciplina y el orden en el servicio. Participar en las actividades docentes y de investigación que se lleven a cabo en el servicio o en la Unidad Hospitalaria, con el doble fin de mejorar la preparación del personal y por consecuencia, la calidad de las atenciones que se impartan, y de contribuir al progreso de la medicina. Asistir a las reuniones científicas ordinarias o extraordinarias que se efectúen en la Unidad. Presentar anualmente, cuando menos, un trabajo científico realizado preferentemente en equipo. Informar al Jefe de Servicio sobre la actuación de los médicos internos adscritos al Servicio. Ser responsable del estado de los expedientes clínicos, tanto en lo que se refiere a la calidad de la historia clínica, de las notas de evolución y en general de todas las demás formas clínicas, como en lo que respecta a su presentación pulcra y correcta. Calificar la procedencia o improcedencia de los internamientos, dando parte al Jefe de Servicio. Cuidar que la estancia hospitalaria de los enfermos a su cargo sea la estrictamente necesaria. Firmar las salidas de enfermos ateniéndose a las disposiciones vigentes. Otorgar incapacidad solamente cuando estén estrictamente justificadas. Cooperar en la formulación de dictámenes médicos que sean solicitados al Servicio.</p>	<p>A partir de la reestructuración esta categoría desapareció. Como uno puede observar en el profesiograma de esta categoría, específica de Centro Médico Nacional se detallaban cosas como la atención a los familiares del enfermo, el rendimiento cualitativo en el trabajo así como su presentación pulcra y trabajar en equipo para realizar investigación médica. Estas actividades en su conjunto dieron seguramente una distinción, desde entonces, a los médicos que laboran en unidades de alta especialidad. Cabe mencionar que antes y después de la reestructuración del área médica, el sueldo tabular de los médicos es el mismo, independientemente de en que nivel de atención se trabaje.</p>

<p>Cumplir la jornada de trabajo. Hacer del conocimiento del jefe inmediato del Jefe de Servicio, todos aquellos casos en los que sospeche la comisión de un delito. Cumplir las guardias que le señale la Subdirección General Médica, en la inteligencia de que no serán más de una hora por semana. Estas guardias son independientes de aquéllas a que se refieren las Cláusulas 33 y 45 del CCT. Estas guardias relevan de la jornada ordinaria de trabajo, los roles serán elaborados de común acuerdo entre el Director de la Unidad y los médicos del Servicio. Dentro de su jornada desarrollará actividades de docencia y asistirá a los cursos de superación profesional que programe o establezca la Subdirección General Médica.</p>	
<p>Jefe de Grupo de Médicos Familiares Actividades: Además de todas las actividades y características de jornadas que corresponden al Médico Familiar de Tiempo Completo, coordina, supervisa y en su caso corrige desviaciones de las actividades médicas del grupo de Médicos Familiares que se le asignen. Participa en la elaboración de programas de salud y en las actividades técnicas, docentes y de actualización que correspondan a los miembros de su grupo, de acuerdo con los programas de la Subdirección General Médica. Discute y orienta a los médicos de su grupo en el estudio de casos problema que se presenten dentro de la población derechohabiente asignada a ellos. Imparte consulta externa y efectúa visitas domiciliarias, en ausencia de los médicos de su grupo en los días fijos en que descansen.</p>	<p>Jefe de Grupo de Médicos Familiares Actividades: Además de todas las actividades y características de jornadas que corresponden al Médico Familiar de Tiempo Completo, coordina, supervisa y en su caso corrige desviaciones de las actividades médicas del grupo de Médicos Familiares que se le asignen. Participa en la elaboración de programas de salud y en las actividades técnicas, docentes y de actualización que correspondan a los miembros de su grupo, de acuerdo con los programas de la Dirección de Prestaciones Médicas. Discute y orienta a los médicos de su grupo en el estudio de casos problema que se presenten dentro de la población derechohabiente asignada a ellos. Imparte consulta externa y efectúa visitas domiciliarias, en ausencia de los médicos de su grupo en los días fijos en que descansen.</p>

Desde esta forma de organizar la consulta externa, la queja de los médicos ha sido la misma; ahora se intenta a través del PMMF, mejorar la calidad y calidez de la atención médica.

El programa PMMF tiene como base el utilizar las computadoras como auxiliares en el diagnóstico, y esto ha ido atrayendo la atención hacia las bases lógicas de la toma de decisiones clínicas, fortaleciendo la medicina de carácter 'científica' que ha modelado el MMH y que entra dentro de la lógica de los principios de las teorías del mercado. Consideramos que cualquier propuesta o modelo que no

considere el proceso de la enfermedad como multifactorial, en el cual se deberá considerar la cultura y otros aspectos socio-económicos y no sólo tomar como base lo biológico, fracasará.

Pasemos por último a analizar cómo se percibe desde el interior de la unidad de medicina familiar la modernización institucional. Pero antes debemos dejar claro que el proceso de trabajo del médico implica que en la interacción de los sujetos participantes se asuman los roles pre-establecidos. Es decir, el médico debe mantener el control y el poder asumiendo su papel de figura central en el hospital o clínica, así como el dominio del conocimiento, la técnica y el trato afable hacia el paciente; mientras el paciente debe seguir las pautas del comportamiento del enfermo para que dicha interacción pueda llevarse a cabo y el proceso de trabajo se cumpla. De no ser así, debemos advertir cuáles son los cambios que se presentan en la relación médico-paciente bajo el contexto de la modernización institucional que modifica los roles o en su caso los flexibiliza.

Recordemos que el análisis que estamos realizando es del proceso de trabajo en su dimensión política, es decir, nos interesa conocer las esferas del control y el poder; para eso asumimos la propuesta de Newbold Adams, por lo que partimos del supuesto de que el control lo mantiene el médico y lo vemos concretarse sobre el conocimiento clínico; la habilidad y pericia para diagnosticar; el tiempo de consulta; la cantidad de trabajo; la organización; el manipuleo de los artefactos y el lenguaje (oral-escrito).

A pesar de todos los cambios que se han llevado a cabo, y que sintetizamos en este capítulo, el médico sigue manteniendo el poder en su relación con el paciente, gracias al estatus y el prestigio profesional que la sociedad le ha otorgado. A su vez, aún mantiene la jerarquía al interior de los hospitales y centros de salud, los rituales siguen siendo aceptados social y culturalmente en tanto el modelo médico hegemónico todavía es el predominante. No obstante, el médico

ya no es considerado como "dios de bata blanca". La figura divina que simbolizaba para los pacientes se ha debilitado.

Capítulo III

Un acercamiento a la consulta médica

Introducción

Hasta ahora hemos realizado una revisión general del debate y de las definiciones teóricas que distintos autores han propuesto sobre el proceso de trabajo, fundamentalmente desde el enfoque del sector industrial con su *homo faber*, el cual predominó desde principios del siglo XIX hasta finales del XX cuando decreció en favor del sector servicios. El resultado de esta tarea, ha servido para que podamos tener elementos de apoyo y analizar de una mejor manera, la ubicación de nuestro sujeto de estudio en su proceso de trabajo.

La profesión que analizamos se desempeña en el sector servicios en una institución pública de salud, la cual se administra bajo otros criterios a la lógica del mercado; aunque esto no significa que no encontremos rasgos en su gestión correspondientes a los de una empresa privada. También hemos construido una definición propia de lo que en nuestro caso consideramos como el proceso de trabajo del médico.

El proceso de trabajo de nuestro sujeto de estudio lo analizamos desde la dimensión política, misma que considera dos conceptos fundamentales: el control y el poder. Apoyados en Newbold Adams hemos referido que el control lo entenderemos como: un conjunto de conocimientos, habilidades y materiales (aparatos) necesario para modificar el orden (es decir, las relaciones espacio-tiempo) de algún conjunto de formas de energía o para lograr una conversión de energía. Para algunos fines conviene agregar otro elemento a la definición de la tecnología y por tanto a nuestro concepto del control: el de la organización del trabajo (Adams, 1983: 29-31).

Mientras que el poder, entendido como una faceta psicológica de una relación social (Adams: 26-38), lo entenderemos como: el aspecto de las relaciones sociales que indica la igualdad relativa de los actores; dicho poder deriva del control ejercido por cada actor sobre los elementos del ambiente que interesa a los participantes.

Así pues, al tener como referencia estas definiciones y aplicarlas a nuestro caso, consideramos el ámbito de trabajo, es decir, el conocimiento, las habilidades, los materiales y la organización del trabajo como las normas, reglamentos, los instrumentos de trabajo, el equipo médico, las pautas formales e informales construidas por el conjunto de los participantes que se encuentran en la propia UMF -en la cual realizamos nuestro trabajo de campo-, como el ambiente. En tal ambiente, es el médico quien logra ejercer un mayor control sobre los elementos que se encuentran en él. Hemos argumentado que esto es así, porque el espacio de trabajo sanitario fue construido como un espacio privilegiado para el médico y no para el usuario.

Por su parte, el poder, que deriva del control que ejerce cada actor sobre los elementos del ambiente, y tratándose de una faceta psicológica en la interacción de los participantes, favorece al médico en su relación con el paciente; agregamos además que el poder se fortalece por la legitimidad social e histórica de la profesión y de las instituciones que *per se* tienen ambos. Lo anterior ha sido gracias a que por un lado, la medicina ha logrado avances importantes debido al impulso que recibe por el desarrollo de la ciencia y la tecnología médica, mientras que, por el otro, las instituciones de salud crecieron en infraestructura y cobertura poblacional, bajo el cobijo del Estado benefactor.

Adviértase con cuidado la diferencia: el control sobre el ambiente es una cuestión física, no estamos pensando que lo físico debe ser algo objetivo o concreto, también lo son las relaciones informales que se han establecido entre los actores

en un espacio y tiempo definidos. Por lo tanto, el control sobre el ambiente lo puede tener o no un actor, o bien puede haber una lucha permanente por él.

El poder sobre un individuo es una fase psicológica en una relación social, que deriva del control sobre el ambiente; o como lo plantea Weber, el poder es la probabilidad de que uno de los actores de una relación social se encuentre en posición de imponer su voluntad a pesar de la resistencia, cualquiera que sea la base de esa probabilidad. En este caso el médico, dado el control que tiene del ambiente, logra imponer su voluntad por encima de la del paciente.

Incluso como lo proponen los nuevos paradigmas, la narrativa y la cultura son elementos para lograr la obediencia en el lugar del trabajo. Las narrativas, al mismo tiempo que entretienen y absorben, resultan formas de hablar para ejercer un control encubierto en el lugar de trabajo. Sobra decir, que el médico siempre ha utilizado un lenguaje lleno de tecnicismos científicos que no son del dominio en la sociedad. Sin embargo, este recurso lo coloca por 'encima' de los otros, pues, el lenguaje médico, denota conocimiento y por tanto, posibilidad de ejercer el poder sobre el paciente.

Para una mejor claridad hemos elaborado el siguiente esquema (cuadro 7), en el cual se ilustran los elementos hasta ahora mencionados. Una vez que hemos citado los principales conceptos de este trabajo, debemos agregar que a las acepciones consideradas, los sujetos participantes les otorgan un valor significativo, por lo cual, frente a la posibilidad de modificarse éstos en los rituales preestablecidos, el poder simbólico puede fortalecerse, debilitarse o flexibilizarse.

La definición de lo simbólico, la retomamos del mismo Adams, el autor propone que dicho control simbólico descansa en algún punto sobre una asignación de poder a un individuo para que realicen, bajo ciertas condiciones reconocidas, un acto ritual; y este acto ritual es un símbolo que lleva un significado equivalente a todos los que compartan esa cultura particular.

Cuadro 7
Elementos presentes en el proceso de trabajo del médico en la dimensión política y simbólica

Proceso de trabajo	Dimensión política	<u>Control</u> (del ambiente en el espacio de trabajo institucional)	Conocimiento	Clínico, técnico, médico, administrativo.	
			Habilidades	Tanto en la práctica médica como en la dimensión afectiva.	
			Materiales	Equipo médico básico.	
			Organización del trabajo	Horario, jornada, normas, reglamentos, cantidad de trabajo, aplicación de programas, etc., es decir, las condiciones generales en que se labora.	
		<u>Poder</u> (faceta psicológica en la interacción médico-paciente)	Procede del control que se tiene sobre los elementos del ambiente.		Además del que se deriva del control del ambiente, el médico cuenta con:
					Estatus: resultado del prestigio profesional de su categoría, en este caso el ser médico.
					Jerarquía: ocupa los lugares principales en la institución.
					Los roles: se han institucionalizado en la interacción médico-paciente, los cuales colocan al médico como la figura cardinal, mientras el paciente aparece como dependiente del primero.
					Culturalmente: la medicina aplicada por el MMH (de carácter biologicista) es hegemónica dada la eficacia para abatir las enfermedades, subordinando otro tipo de prácticas médicas tradicionales.
		La legitimidad: de la profesión y la institución ha sido construida social e históricamente. Esto posibilita que el médico ejerza el poder sin cuestionamientos.			
		La capacidad de curar: emana de los elementos anteriores, ahora basados en la ciencia; al médico se le otorga dicha capacidad, como ayer se le daba al 'brujo' o al sacerdote, pero de carácter mágico-religioso.			

Por lo tanto, en la interacción médico-paciente partimos del supuesto de que, tanto uno como el otro, aceptan y comparten la práctica de la medicina de carácter biológico, dado la influencia que se tiene del modelo de los Estados Unidos a partir de la década de los cincuenta y que perdura hasta nuestras fechas, dada su institucionalización.

Además, en dicha interacción, médico y paciente aceptan el rol que 'juegan' cada uno, esto significa que para aceptarlo, tienen que ritualizarlo en el espacio y tiempo adecuado. No basta, por lo tanto, tener como profesión el ser médico, sino hay que ejercerlo y parecerlo, al igual que el paciente, tiene que asumir su rol de 'enfermo'. Ahora bien, cuando el acto ritual se modifica por múltiples posibilidades,³⁸ la interacción cambia, aunque puedan perdurar las jerarquías de los roles. Es decir, el médico mantiene el lugar preeminente en la relación. Es el médico quien decide si el otro está o no enfermo, por lo tanto, el paciente debe por principio de cuentas, interpretar correctamente su rol.

Finalmente, debemos recordar la definición del proceso de trabajo médico que hemos construido a lo largo de este trabajo. Entendimos en un primer momento el PT como una serie de procedimientos técnico-médicos que con la ayuda de instrumentos de trabajo, tiene como objetivo restablecer la salud o prevención de algún tipo de enfermedad a un sujeto. Sin embargo, más adelante consideramos que esa definición era muy limitada, debido a que en la interacción médico-paciente, este último tiene incidencia en el PT, más aún, éste lo define de manera involuntaria, pues dependiendo de la enfermedad que padezca, el médico responderá con el acto pertinente.

Sin embargo, el procedimiento que podemos describir, haciendo abstracción del padecimiento que presente el 'enfermo' es el siguiente, el médico buscará, utilizando su experiencia y conocimiento, el padecimiento. Así, el tacto, el sentido

³⁸ La introducción de tecnología, de nuevas pautas administrativas, de nuevas formas de organización del trabajo, pueden ser algunas de ellas.

de la vista, el oído y los otros sentidos del hombre, son puestos en acción al realizar la exploración y el interrogatorio. El resultado de una buena exploración y una amplia comunicación dará como resultado el diagnóstico. Una vez establecido éste, se dará el fármaco adecuado para el restablecimiento de salud del paciente. Para cumplir el objetivo del médico es fundamental que cada uno de los actores represente su rol; por lo que, el acto ritual debe ser compartido por ambos para su buen funcionamiento.

En ese momento, es cuando acepciones como la confianza, cobran relevancia, pues si no hay ésta, el resultado puede ser incierto. Sin embargo, no basta con que haya simplemente confianza, pues ésta es consecuencia muchas veces de haber experimentado que el otro tiene capacidad y conocimiento clínico, certeza en el diagnóstico, experiencia (que se adquiere con la práctica médica), relación afectiva, amplia comunicación y no monólogos, así como la recomendación de la dosis del fármaco adecuado para que haya la recuperación de la salud del paciente; no esta por demás mencionar, que si el 'enfermo' no acepta el tratamiento o no lo sigue como se le ha indicado, el padecimiento puede permanecer o agudizarse.

Así, el proceso de trabajo del médico, es más complejo de lo que a primera vista uno puede observar ya que cada paciente tiene sus características individuales que lo distinguen de otros 'enfermos', a pesar de que puedan presentar el mismo cuadro diagnóstico, la respuesta de cada cuerpo será distinta al tratamiento médico pues, además de considerar los factores biológicos, físicos y psicológicos, también están presentes los socioeconómicos, religiosos, culturales y los que se desprenden de nuestros estilos de vida. Por lo tanto, en algún grupo de personas que presenten la misma enfermedad, algunos pueden mejorarla más rápido que otros y eso dependerá de esas otras variables, más allá del medicamento utilizado.

Pero también el proceso de trabajo del médico, está atravesado por la normativa de la institución; es decir, las autoridades han establecido a partir de las reglamentaciones, formas de lograr controlar el proceso de trabajo del médico. Lo que implica que el control de la institución, restringa el poder del médico al espacio privado de la consulta, particularmente a la decisión última de calificar el diagnóstico, la enfermedad y los medicamentos a utilizar, pero siempre bajo los recursos que le provee la autoridad. En suma, el control y el poder del médico son relativos.

De la misma forma que lo hace con el médico, el usuario también tiene que seguir una serie de procedimientos administrativos, para recibir los servicios de salud. Es la institución, quien determina cuales son los requisitos y las pautas de comportamiento dentro de sus instalaciones. En resumen, la interacción de los sujetos, esta acotada por las reglas y procedimientos, así como por los recursos con que los dota la institución; lo que genera que el conflicto sea entre el proveedor directo del servicio y el usuario o consumidor, olvidándose uno y otro de la responsabilidad del administrador primario.

La introducción y el uso de la tecnología, más que descalificar al profesionalista sobre su *savoir faire*, lo 'condena' a sujetarse a su correcto uso; uso racional, que sistematiza las acciones del médico y que permite 'destruir' la relación espontánea que podía construirse sin el nuevo instrumento de trabajo (expediente electrónico) en la interacción médico-paciente.

Braverman consideraba que la división detallada destruye las ocupaciones y convierte al obrero en incapaz de realizar ningún proceso de producción completo. La división del trabajo en el taller es impuesta por la planificación y el control. Si bien el expediente electrónico, no determina que el médico deje de realizar su proceso de trabajo de manera íntegra, el acto médico sí se reduce a lo mínimo indispensable. Debido a las implicaciones que se pueden tener al hacer uso

incorrecto del expediente electrónico. Más adelante detallamos las consecuencias negativas al utilizar este instrumento de trabajo.

Panzieri considera que la tecnología destruye el viejo sistema de división del trabajo, pero al mismo tiempo lo consolida sistemáticamente. Ciertamente con el uso del expediente electrónico, el médico centraliza una mayor información que le es otorgada por los otros servicios auxiliares al médico, por lo tanto, ese instrumento logra sistematizar lo que anteriormente estaba diseminado en los diferentes servicios; pero dicha información, de poco sirve, si el médico sólo tiene tiempo de un interrogatorio breve y de llenar su nota médica. Por lo tanto, la institución es quien utiliza la condensación de la información para un manejo más adecuado de los recursos y para instrumentar políticas de salud. Cuestión que no es incorrecta, pero, el beneficio del médico o del paciente, por el uso del expediente electrónico es relativa.

Al convertirse en una máquina automática, el instrumento de trabajo se enfrenta como capital, durante el proceso de trabajo, con el propio obrero; se alza frente a él como *trabajo muerto que domina y absorbe la fuerza de trabajo viva*. La fábrica automática establece potencialmente el dominio de parte de los productores asociados sobre el proceso de trabajo (Panzieri). Si esto sucede en el sector industrial, bien vale también para el sector servicios, el instrumento automatizado 'obliga' a que el médico desempeñe sus funciones, con base, en el trabajo muerto (el expediente electrónico, es trabajo elaborado previamente a la consulta. Está diseñado bajo criterios racionales, no contempla espontaneidades); la interacción se *ciñe al propósito con el que fue edificado el sistema informático*.

Ahora bien, una vez que hemos tratado de resumir los elementos más importantes, siempre desde una perspectiva teórica, pasaremos a realizar un análisis descriptivo de la unidad en la que realizamos el trabajo de campo, de tal manera que tengamos una idea general de la complejidad que representa una unidad médica de primer nivel de atención. En un segundo apartado, presentamos

el resultado del análisis que efectuamos sobre lo que está normado y reglamentado en el proceso de trabajo del médico, siempre teniendo presente el contexto de la modernización institucional, particularmente lo que tiene que ver con la implantación y el uso del expediente electrónico por parte del médico familiar en consulta externa, y los alcances que tiene sobre el proceso de trabajo en la dimensión política y simbólica.

Recordemos por último cuales son los objetivos, en lo general, de las unidades de medicina familiar: llevar a la práctica en el terreno operativo y con el mayor apego posible, lo normado en el nivel central. Si existen limitantes, señalarlas a la brevedad posible para que de igual modo se de solución a las mismas; facilitar la accesibilidad de la población hacia la atención médica; incrementar la cobertura de consulta en población de bajo riesgo; incrementar el tiempo de atención médica a la población de alto riesgo; mejorar el trato interpersonal y la calidad de la atención médica; orientar a la población sobre el correcto uso de todos los servicios; fomentar el trabajo en equipo; identificar oportunamente los problemas y las causas de éstos, tanto de los prestadores de servicio como de los usuarios; incrementar las actividades preventivas y promover la investigación clínica; racionalizar los recursos para su óptima utilización e identificar (a través de supervisión y encuesta) al personal que se distinga por proporcionar atención amable y de buena calidad técnica para otorgar incentivos (Sotomayor: 49-50).

Una mirada al ámbito de trabajo

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en una UMF del seguro social en el DF, lo anterior tuvo como base los siguientes criterios: a) se requería que la unidad de análisis contemplara los cambios que se han realizado producto de la modernización institucional, principalmente que tuviera instalado el expediente electrónico y que el personal médico lo estuviera utilizando; b) tener la posibilidad de acceso tanto a la unidad como con el personal médico; c) dado el tiempo

limitado para realizar el trabajo de campo, se requería que geográficamente fuera posible el traslado a dicha unidad.

La UMF, en la que se realizó el trabajo de campo, no sólo reunía las características mencionadas sino que, además, la clínica elegida fue favorecida por las autoridades, como unidad piloto para la implementación de los nuevos programas, lo que favoreció el tiempo de uso del sistema informático. Los programas piloto una vez que se aprobaban, por la parte institucional y sindical a través de sus representantes, los cambios 'piloteados' se generalizaban gradualmente a las más de mil unidades de medicina familiar con las que cuenta el IMSS.

Brevemente describiremos la UMF para tratar de dar una idea de la complejidad estructural que existe en una clínica. Cabe mencionar que el acceso con los trabajadores de la UMF se dio a través de los representantes sindicales, quienes en todo momento colaboraron para conseguir la información requerida.

Caracterización de una UMF del IMSS

Como parte del trabajo de campo, recogimos directamente de la unidad de medicina familiar las características generales que guarda. Esta información son las acciones que realiza cada servicio o departamento de trabajo; cada jefe de servicio tiene la responsabilidad de disponerla a las autoridades de la clínica para su concentración y, a su vez, el director y el administrador de la unidad, la envían al nivel delegacional a sus superiores.

La UMF en números³⁹: la población adscrita a esta clínica es de 405,502 derechohabientes, de los cuales, 285,553 son usuarios, 132,239 asegurados y

³⁹ La información que se nos proporcionó corresponde a la Población noviembre-diciembre 2005; la correspondiente al manejo interno, es el acumulado en promedio al mes de enero del 2006.

153,314 es la población beneficiaria. De los asegurados podemos decir que 97,499 son permanentes y 37,740 son eventuales.

Ahora bien, el número de consultorios de medicina familiar que se tienen en la unidad son 37; mientras que los usuarios por médico familiar ascienden a 3,858⁴⁰ y las consultas por hora por médico familiar es de 3.7; debemos considerar que si bien es cierto que se cuentan con 37 consultorios de medicina familiar, también la clínica dispone de 5 consultorios de urgencias; 6 de dental; 6 del servicio salud en el trabajo; uno más de planificación familiar y uno de psicología.

Otros servicios auxiliares al médico familiar son 1 cubículo de estomatología; 1 de fomento a la salud; 1 de nutricionista dietista; 8 de medicina preventiva; 2 de trabajo social; 1 laboratorio de análisis clínicos; 1 de radiodiagnóstico; 1 área de gobierno; 1 oficina de personal; 1 oficina de control de prestaciones; 1 cubículo de conservación; 1 oficina de servicios de intendencia, además esta unidad cuenta con una aula para juntas o sesiones médicas de los trabajadores y autoridades.

En la UMF existen 562 plazas de las cuales 511 están ocupadas. Las plazas de médicos son 101, pero sólo están ocupadas 93 plazas; de los médicos familiares sabemos que casi el 50 por ciento es personal femenino y el otro 50% masculino. Es importante mencionar que hay contratados médicos eventuales o '08' como se les clasifica en el IMSS, los cuales reciben el nombre de médicos 'desahogadores' que cumplen una función muy importante ante la alta demanda de consulta externa.

También de esas 511 plazas ocupadas 21 corresponden a trabajadores de confianza, perteneciendo 7, a jefes de departamento clínico. Éste es el responsable directo de los médicos familiares. En cuanto al ausentismo, el mayor

⁴⁰ Es importante mencionar que el año de 1991 el IMSS y el SNTSS firmaron un Convenio ante la STPS en la que se establece la reestructuración de la rama médica. En dicho Convenio se acuerda por las partes en la cláusula quinta que la población derechohabiente será de 2 mil 400 adscritos al médico y no al consultorio; sin embargo, como se muestra en este dato esa cifra se supera debido a el crecimiento de la población usuaria, sobre todo en zonas de la periferia del DF.

porcentaje le corresponde al rubro de vacaciones con el 13.9% mientras que a las faltas injustificadas le corresponde el 0.12%, otros no menos importantes son la de licencias sin sueldo con el 0.24%, mientras que a las incapacidades por maternidad le corresponde el 0.27%. El mayor porcentaje de ausentismo le corresponde al personal de base con 15.25% contra el 2.20% de confianza, este resultado puede ser obvio, pues es más numeroso el trabajador de base. Hay que aclarar que en estos porcentajes se cuenta tanto el ausentismo que es programado como el no programado⁴¹.

Del 100% de ausentismo por vacaciones tan sólo se da cobertura a un 54%; 24% se cubre por incapacidad por enfermedad general y el 60% en el caso de incapacidad por maternidad, el resto del ausentismo no es cubierto.

La institución tiene normado reportar las vacaciones, incapacidad, licencia sin sueldo, licencia con sueldo, beca con sueldo, beca sin sueldo, faltas y comisiones como ausentismo. La categoría que más ausentismo presentó en el acumulado es la de las asistentes médicas (que son las que reciben a los pacientes antes de que éstos ingresen al consultorio con el médico) con 688 días; el de servicios administrativos cuenta con 230 días; el de servicios básicos con 61 días; enfermería 429 días; trabajo social 19 días; otras categorías con 63 días y los médicos con 746 días.

Hay que recordar que el mayor número de trabajadores, en esta unidad, y que podemos generalizar a otras unidades, es el de asistentes médicas con 90 y el de médicos familiares con 93; 67 enfermeras y 50 trabajadores de intendencia, mientras las otras categorías representan una cantidad menor.

El nivel de abasto es de 92.35% de materiales de curación, el 81% de material de laboratorio y, de reactivos sólo se cuenta con el 66% al igual que el material de

⁴¹ El ausentismo programado es aquel evento que se programa con anticipación para su eventual cobertura, dentro de este podemos mencionar, como ejemplo, las vacaciones del personal. Mientras que el no programado es una ausencia inesperada como una incapacidad por accidente.

RX; los útiles de aseo se abastecen en un 87% y la papelería e impresos con el 76% y 69% respectivamente.

Las recetas expedidas en un bimestre son 109 mil 133 y de éstas se surtieron 105 mil 442 totalmente, 3,062 parcialmente y 530 no se surtieron. Estos son algunos datos que nos proporcionaron y que nos sirvieron para darnos cuenta de la complejidad del funcionamiento y las operaciones que se realizan en dicha clínica.

En esta unidad, como en la mayoría de las UMF, se trabaja en dos turnos: matutino y vespertino, la mayoría de los trabajadores labora de lunes a viernes, sólo el servicio de urgencias permanece abierto sábado y domingo.

En relación al tiempo que tiene que esperar el paciente para pasar a la consulta, realizamos un ejercicio, obteniendo como resultado el siguiente: el promedio de tiempo en la antesala es de 22.5 minutos entre un paciente y otro, pero si se considera el tiempo desde que el paciente llega a la clínica, hasta que lo reciben, éste puede variar desde 1 hora con 15 minutos, hasta 3 horas 29 minutos, dependiendo de la hora en que el paciente haya llegado. Existe la modalidad de previa cita, la cual consiste en que el paciente saca su cita por medio telefónico, en ese caso el tiempo de espera disminuye.

Es importante considerar que el tiempo promedio de espera que mencionamos, fue de un consultorio, pero debemos considerar que ese resultado puede variar respecto a la consulta de otro médico, pues cada uno tiene su propio ritmo de trabajo, aunque por lo regular existe semejanza en el tiempo de atención.

Pasemos a analizar ahora, la organización del trabajo del médico, desde una perspectiva cualitativa, aunque antes recordemos brevemente que todos los médicos en el IMSS tiene una jornada laboral de 8.0 horas, tanto en el turno matutino como en el vespertino, los médicos familiares de consulta externa tienen su jornada laboral repartida de la siguiente manera: los médicos que cuentan,

como parte de su organización de trabajo, con la visita a domicilio destinan 6.0 horas para otorgar consulta dentro de la unidad y las restantes 2.0 horas las dedican para las visitas a domicilio que se hayan solicitado. Mientras que los médicos que tengan como parte de su distribución de trabajo, acciones de fomento a la salud, laborarán en el otorgamiento de la consulta 6.0 horas y 0.5 las destinarán a las acciones mencionadas. Ciertamente, todos los médicos familiares en las UMF destinan 6.0 horas a la consulta.

A estas características habría que agregarle una más, independientemente del nivel de atención en que trabajen, de la especialidad que tengan y del esquema de trabajo que hayan elegido, todos los médicos perciben los mismos ingresos. Pasemos a describir, pues, la organización del trabajo del médico, desde un enfoque, como ya mencionamos, descriptivo y cualitativo, más allá del número de acciones realizadas cotidianamente en esta unidad.

La consulta que tiene que atender el médico en su jornada laboral, es recibida por la asistente médica, la cual la anota en la agenda electrónica conforme van llegando los pacientes; ésta los mide, pesa y cuando es pertinente les toma la temperatura; además, verifica que estén dados de alta como asegurados. Estas actividades pueden variar de unidad en unidad o de un consultorio a otro, pues, a pesar de estar reglamentadas las acciones que le competen a cada trabajador de salud, muchas veces lo que se realiza son las funciones no escritas o informales; llegando a ser los médicos quienes ejecutan algunas o todas ellas.

Cuando el médico se presenta en el consultorio, la asistente médica tiene la responsabilidad de tener preparada la charola de termometría y la mesa de exploración; el médico es responsable del equipo médico básico así como del manejo del recetario y del block de incapacidades, que recibe de la administración.

Al iniciar la consulta, la asistente médica le solicita al paciente que llegó primero, pase a la consulta y una vez que van saliendo de ella, le indica al siguiente que

pase y así sucesivamente, en función del turno que les corresponda. El proceso termina hasta que pasa el último paciente anotado en la lista.

Debemos advertir que el paciente tiene que llegar con sus documentos requeridos –*cartilla de salud*-, para que le pueda ser otorgada la consulta; el paciente no pasa directamente con el médico ni puede elegirlo a su voluntad, así como tampoco el médico escoge a su población; estas ya están asignadas previamente, por el servicio de control de prestaciones, mejor conocido como ‘el archivo’. Sabemos que el único criterio para la asignación de los asegurados a cada consultorio, es que la población asegurada sea distribuida equitativamente entre los consultorios de la unidad, tanto en turno matutino como vespertino.

Una vez que están ‘*dados de alta*’ los usuarios (implica realizar todos los tramites administrativos), el siguiente contacto del paciente, antes de llegar con el médico, es con la asistente médica; ésta le recibe la cartilla al asegurado y lo anota, invitando al paciente a esperar su turno en la sala de espera. Las características de esta última por lo regular son:

- Los espacios son reducidos, incluso en esta unidad se colocaron –como parte de su remodelación a partir de que fue electa como clínica piloto del PMMF-, *cubiertas de material de fibra de vidrio grueso no transparente*, como una especie de pared, que aíslan a la asistente médica de los pacientes que esperan su turno en la sala de espera, es decir, lejos de buscar un ambiente propicio para la relación asistente médica-pacientes, sólo se pensó en la trabajadora no así en el usuario. Lo que da la impresión de una mayor dificultad para poder ingresar con el médico. El argumento que se nos dio, por parte de los representantes sindicales, fue la necesidad de colocar protección al equipo computacional que utiliza esta trabajadora. Sin embargo, nosotros creemos que *podieron utilizarse otros medios*, para no generar un mayor aislamiento de los trabajadores de la salud con los pacientes.

- Asientos incómodos e insuficientes, las bancas siguen siendo las tradicionales, de tamaño pequeño de plástico grueso, que están unidas y que son para tres personas y, el espacio que hay entre una y otra es mínimo, lo que no permite una posición cómoda de los pacientes. En esta situación los delegados nos informaron que estaban tramitando ante las autoridades, que las sillas para médicos y asistentes médicas, fueran con características ergonómicas, pero no nos mencionaron nada relacionado con las bancas para los usuarios.
- Aunque el espacio está ventilado, no existen corrientes de aire suficientes, dado que las ventanas son altas y muy pequeñas, lo que provoca que los pacientes durante la espera, pasen momentos con excesivo calor.
- No hay disponibilidad de agua para beber en las salas de espera; sí se cuenta en esta unidad con un servicio de cafetería en la que se venden alimentos 'chatarra' de varios tipos, refrescos y botellas de agua, este lugar es concesionado a particulares, y se ubica en la sala de espera del servicio de urgencias, no en la sala de consulta externa. Observamos que usuarios y trabajadores compran ahí sus alimentos y bebidas. Sin embargo, en lo que son las salas de espera para consulta externa, no se cuenta con agua para beber que creemos, puede confortar la estancia de los pacientes.
- Los sanitarios por lo regular están sucios y la limpieza, que en pocas ocasiones pudimos verificar, básicamente consiste en recoger la basura, además logramos constatar que pisos y paredes internos son de material antiguo, lo que da la impresión que la remodelación tuvo como prioridad los espacios externos y no los internos. Obviamente no se cuenta con la disponibilidad de jabón, toallas para secarse las manos y mucho menos papel sanitario. Aunque no asistimos a los baños de los trabajadores, sabemos que ellos no usan los públicos y que éstos tienen mayor cuidado

en la limpieza, incluso a todos los servicios se les proporciona jabón de manos y papel de baño. Nuevamente consideramos que se piensa exclusivamente en los trabajadores, cosa que no cuestionamos, pero, se dejan fuera las necesidades de los pacientes.

- Otro elemento que detectamos, es que hay mucho ruido, dada la alta cantidad de personas que se encuentran en la sala de espera y lo estrecho de sus pasillos, así como el provocado por el tránsito vehicular, pues la clínica está sobre una avenida principal; no dejamos de mencionar que se colocaron en cada sala⁴² televisiones para presentar programas de salud, sin embargo, hasta la fecha sólo se utilizan para que los usuarios vean programas de televisión abierta, por lo regular observamos que transmiten comedias, pues nuestras visitas a la unidad las realizamos durante la tarde.

Colocados en la sala de espera, dos letreros nos llaman la atención, uno se encuentra fuera del consultorio médico, el cual advierte: **‘No tocar’**, y otro más **‘No abra la puerta interrumpie la consulta, espere a la señorita Asistente Médica y ella con gusto le atenderá’**, a su lado con plumón, un usuario anónimo escribió **‘si como no’**, sintetizando así, la relación de dicha trabajadora con el público.

Uno más avisa sobre las ventajas de contar con la nueva credencial: **‘Gracias a la tecnología de tu nueva credencial, se agilizan los trámites administrativos, ya que se podrá tener acceso a tu expediente clínico y a tu vigencia de derechos de forma fácil y rápida. Tramítala al teléfono 01800 1234 677’**.

En el caso de los dos primeros anuncios, pareciera que aun con las ‘barreras’ que tiene que sortear el usuario para llegar al médico, se le advierte de último momento, que en caso de haberlas superado, no debe tocar a la puerta del consultorio y que, por tanto, tienen que esperar. Se sigue construyendo dentro del

⁴² Debemos señalar que cada sala de espera abarca cinco consultorios médicos o cuatro, de acuerdo a la disposición en que estén. En nuestro caso la observación la realizamos en una sala de espera que es para cinco consultorios: del 13 al 17 de consulta externa.

imaginario colectivo, el 'poder' del médico, pues entre más difícil sea acceder con él, más connotación de relevancia adquiere éste. Mientras, en el caso del segundo mensaje, contrasta con la cantidad de pacientes que esperan más de una hora su consulta, aún con su nueva credencial.

Además, fuimos testigos al observar como hay vendedores que introducen su mercancía clandestinamente, y la ofrecen a quienes esperan su turno en la sala de espera, no esta por demás comentar que en la entrada hay vigilancia privada, (este servicio se concesiona hace más de 10 años), no del IMSS, que 'vigila' que el acceso sea exclusivamente para los derechohabientes, pues está prohibido la entrada de personas ajenas y la venta de alimentos en las salas de consulta externa.

Regresando a la descripción de la ruta que sigue el paciente para recibir la consulta, y una vez que el 'enfermo' espera 'pacientemente' su turno para recibir la consulta, al recibirla y salir de ella, la mayoría de ellos pasa a formarse a la farmacia por los medicamentos indicados. El tiempo, para recibir los fármacos prescritos por el médico, alcanza un rango de 10 a 20 minutos.

En resumen, si bien uno de los principales motivos de que los usuarios se quejen, es la demora para la atención, las condiciones inadecuadas del área física en la que tienen que esperar suelen acrecentar la insatisfacción. Por el contrario, cuando el entorno es cómodo y agradable, la larga espera puede no representar mayor problema. El tiempo de espera para su consulta, más el que le dedica en la fila de la farmacia para recoger sus medicamentos, contrasta notablemente con el tiempo que le dedica el médico en consulta.

Las salas de espera de muchas unidades médicas, han sido descritas por los derechohabientes como desagradables, y lo anteriormente mencionado son algunas de las razones para emitir ese juicio.

Hasta ahora hemos tratado de caracterizar el ambiente que se vive en el espacio público, es decir, externo al consultorio, veamos ahora lo que sucede en lo interno o, en el espacio privado. Advertimos que muchas de las referencias mencionadas, fueron sacadas de las entrevistas formales e informales que realizamos a los médicos. Pues no se contó con la posibilidad de estar en la consulta debido a que se nos argumentó, que el paciente podía quejarse de no contar con la privacidad a que tiene derecho. Por lo tanto, decidimos no insistir y realizar la descripción y el análisis del proceso de trabajo de manera indirecta, aplicando también nuestra experiencia como trabajador IMSS.

El proceso de trabajo del médico familiar en el ámbito privado

Una vez que se le ha tomado el peso y la talla al paciente, por parte de la asistente médica, éste es 'invitado' a esperar en la sala de espera y, al iniciar la consulta, el 'enfermo' puede ser llamado por la asistente médica, por el paciente que sale de la consulta o por el propio médico para que acceda al consultorio, éste pasa al espacio privado, el cual podemos describir de la siguiente manera: un consultorio dividido en dos partes, en una de ellas está colocado el escritorio del médico y la computadora (con el programa del expediente electrónico), mientras en la otra parte observamos la mesa de exploración y una tarja utilizada para lavarse las manos y enjuagar el equipo de exploración.

Normalmente la interacción comienza con un intercambio breve de saludos y el médico inicia el interrogatorio; debemos hacer la aclaración de que hay dos tipos de usuarios: a uno se le designa 'de primera vez' y a otro, se le conoce como 'subsecuente', por lo regular, cuando el paciente es 'de primera vez', hay un mayor intercambio de información, debido a que el médico necesita contar con los antecedentes de salud de el usuario y de su familia nuclear; en cambio cuando son pacientes 'subsecuentes', se reduce el tiempo de la entrevista y se pasa directamente al padecimiento. En este último caso, el médico ya conoce muchas veces la necesidad del enfermo, y, ante el mayor número de pacientes

‘subsecuentes’, el médico reconoce, que la generalidad acude por su receta o la incapacidad. Esto se debe a que muchos de ellos presentan enfermedades de tipo crónico-degenerativos, por lo tanto, sólo requieren del fármaco para su control.

Independientemente del tipo de paciente que sea (de primera vez, o subsecuente), el médico realiza –o debería realizar- el acto médico integral, el cual consiste en el registro de los antecedentes, el interrogatorio, la exploración física, escucha del paciente los síntomas, es decir, efectúa el ejercicio de la medicina clínica: un buen diagnóstico a través de una correcta exploración y un amplio interrogatorio.

El ejercicio de la medicina clínica debe apoyarse con el equipo básico de los médicos familiares que consiste en: esfigmomanómetro (aparato que permite medir la presión arterial), estetoscopio (instrumento que sirve para auscultar, se utiliza en pecho y espalda), otoscopio (instrumento para el examen del conducto auditivo externo y de la membrana del tímpano) y oftalmoscopio (instrumento para examinar el interior del ojo).

Así pues, una vez concluido el trabajo clínico, el médico le informa al paciente sobre el diagnóstico de probabilidad o certeza y, en su caso, le expide la receta de medicamentos y le explica como tomarlos y que cuidados debe tener para el restablecimiento de su salud; en otros casos, cuando el diagnóstico es probable, el médico ordena un programa de estudios de gabinete, normalmente de laboratorio o de radiodiagnóstico, para contar con mejores elementos objetivos para confirmar o rectificar su diagnóstico, en este caso también debe de informar al paciente los pasos a seguir.

Es necesario hacer énfasis en el hecho de que debe existir congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico, entre el diagnóstico, el pronóstico y el objetivo de la atención, y entre todos ellos con los resultados obtenidos, para lo cuál deberán hacerse constantemente los ajustes y cambios necesarios, a través de una

relación médico-paciente estrecha. Todo el proceso ejecutado debe quedar plasmado en el expediente clínico para cualquier aclaración.

En síntesis, podemos decir que el proceso de trabajo del médico, al reconstruirlo, podemos analizarlo en tres etapas las cuales podemos mencionar como:

1. Investigar, evaluar y deducir el posible diagnóstico a través de la práctica clínica (que implica una amplia interacción);
2. Elegir el tratamiento adecuado o la terapia y, por último;
3. Indicarle al paciente su correcta aplicación.

En entrevista un médico resume su proceso de trabajo de la siguiente manera:

‘Bueno se le pregunta el motivo de consulta, de acuerdo a eso también se le pregunta si se ha tomado algún medicamento para el padecimiento que traiga, luego procedemos a explorarlo a revisarlo, ya posteriormente decidimos que tipo de tratamiento se le va a realizar, si requiere ser canalizado a alguna otra especialidad o algún otro nivel de atención, y se le da educación para la salud como son sus medidas higiénicas dietéticas, cambios de hábitos en la alimentación, tipo de vida, y se procede a hacer la nota en el expediente electrónico y se le entrega su receta, o pase, o incapacidad, o lo que vaya requiriendo el paciente’.

Podemos verificar que el médico centra el interrogatorio en cuestiones precisas, no entra en detalles ni permite que el paciente se extienda en comunicar sus inquietudes; por lo regular, el médico no se permite escuchar con atención al paciente, no hay amabilidad en el trato, ni respeto en congruencia con el problema de salud que lo afecta. Una amplia comunicación con el usuario sería la mejor forma de prevenir su angustia y lograr que participe en el proceso de atención médica, sin embargo, no hay tiempo para hacerlo y quizá tampoco disposición.

La mejor forma de identificar la importancia de la amabilidad en el trato, se advierte cuando el médico es receptor de la atención, en lugar de ser otorgantes de la misma. Sin embargo, prevalece el monólogo y cada vez hay menor

comunicación entre ambos, el intercambio de frases breves sobre el padecimiento y el tratamiento a seguir, se vuelve rutinario.

Como dice Donabedian, la atención médica es probablemente el área de la vida diaria donde el ciudadano común establece un contacto más íntimo con la ciencia y la tecnología, pero, también es el lugar donde se tocan los intereses y las preocupaciones más vitales de la gente, implica relaciones íntimas y sumamente personales y está rodeada de una serie de principios morales y éticos (Donabedian: 3). Pero cuando la comunicación se reduce a lo mínimo, sobresale la práctica técnica y administrativa en menoscabo de la parte afectiva.

Concluimos así la descripción del proceso de trabajo del médico, sin embargo, tenemos que considerar un aspecto importante antes de pasar al siguiente apartado, debemos hacer referencia sobre el uso del expediente electrónico, pues éste es el elemento central de la 'modernización' institucional en las UMF; recordemos que la consulta médica se realizaba tradicionalmente con el expediente de papel y, el llenado del historial clínico, de las incapacidades y recetas de medicamentos era ejecutado de manera manual, o en su caso, se utilizaba la máquina de escribir mecanizada.

Ahora se ha implementado el sistema informático, el cual consiste en reemplazar computadoras en lugar de las máquinas de escribir tradicionales. Pero no pensemos que es tan simple esta modificación. Veamos primeramente qué es el expediente electrónico y después analicemos sus repercusiones.

La implementación del expediente electrónico, obedece fundamentalmente, a la crítica que se hacía a la desintegración que existía entre el médico familiar y los servicios auxiliares con los que cuenta; con la instalación del sistema informático se busca que el médico, como figura central en las UMF, tenga la posibilidad de contar con toda la información para conocer las acciones médicas que le realizan en los otros servicios al paciente.

Para las autoridades, el expediente electrónico tiene ventajas sobre el expediente de papel, debido a que cada derechohabiente contará durante toda su vida con este instrumento y podrá ser utilizado en los tres niveles de atención, lo que facilitará la disponibilidad, integridad y confidencialidad del historial médico.

Las ventajas sobre el expediente tradicional, es que –según las autoridades- es más flexible y adaptable, tiene una mayor capacidad de almacenaje, mejor legibilidad, *mayor permanencia* y es más fácil de transferir. Este instrumento además podrá actualizarse constantemente.

El expediente electrónico opera a través de una red privada digital que tiene su cerebro en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. A su vez se procesa todos los datos de la institución, con el Centro de Información de la Ciudad de México, es decir, aquí se cuenta con el ‘espejo’ del cerebro.

La intención es que a través del expediente electrónico, el médico pueda interactuar con las áreas como lo son: trabajo social, salud en el trabajo, urgencias, nutrición, hemodiálisis, banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, farmacia, entre otros. Los beneficios permitirán que haya: una continuidad en la atención médica, *intercambio y disponibilidad de información en línea las 24 horas*, control del perfil de salud de la población atendida, legibilidad en las recetas, se evitará la pérdida de los expedientes de papel, el proceso de atención médica será más seguro y permitirá programar citas para las unidades de segundo y tercer nivel, además de evitar el ‘peloteo’ del paciente, por no encontrarse los medicamentos en la farmacia, todo esto según la propaganda de las autoridades.

Además, el expediente electrónico, es un depósito centralizado de información que almacena el historial clínico de cada derechohabiente. El historial clínico es la herramienta más segura que posee el médico para dejar constancia de su trabajo y de su correcto desempeño. Es un documento en el que se manifiesta todo el

proceso médico, que incluye los exámenes solicitados y realizados, así como los fármacos prescritos. Es por lo tanto, el escrito donde se refleja la asistencia médica al paciente.

La historia clínica, también les sirve a las autoridades institucionales para 'evaluar' la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Cuando existe controversia sobre la atención otorgada al paciente, el comportamiento médico se refleja a través de lo escrito en el historial clínico; si existen errores clínicos, las quejas pueden ser enfocadas desde diferentes ángulos: médicamente, laboral, técnica, legal y administrativamente.

¿Y, para el médico qué es el expediente electrónico? Hay diversas visiones, sin embargo, prevalece en las entrevistas realizadas a los médicos de base, las quejas sobre su uso y las fallas del sistema; cuando ellos lo valoran manifiestan que con su manejo:

'Hay mucho tiempo muerto', pues comentan que, 'con el expediente convencional al paciente lo pasábamos al área donde lo tenemos que revisar y pedirle que se descubra o damos ciertas indicaciones y nosotros podíamos hacer otras cosas, por ejemplo, en la receta poner fecha y firmar, entonces ahí estamos ahorrando un tiempo. Esos momentos los aprovechábamos, ahora tengo que pasar al expediente electrónico, interrogatorio, pase, y ese tiempo que el paciente tarda, queda muerto, ya no podemos hacer nada, porque ya no nos podemos brincar a la receta o a la solicitud de laboratorio, revisamos al paciente, regresamos y empezamos a hacer las anotaciones y dar indicaciones y ahí, ¿cuál es el problema de ese programa?, nosotros ya hicimos la nota ponemos aceptar y nos va a abrir otra ventana que después de ciertos segundos nos va a decir que ya fue registrado el diagnóstico o que no se pudo, si se pudo registrar 'puchamos' en aceptar y se acabó, para poder ingresar un diagnóstico en el sistema son dos o tres pasos y si no se logró hay que hacerlo de nuevo, entonces esos segundos se pierden, bueno ya hicimos el diagnóstico y vamos a la receta, son 9 los pasos para poder 'meter' un medicamento a una receta, entonces busca uno, el medicamento inicial, que con las tres primeras letras vas a buscar, porque si uno nada más le pone una letra le pone una relación tremenda, para tener un menor número de medicamentos que 'salen' en la pantalla, tienes que poner más letras o el nombre completo, ahí se pone en buscar, se tarda su tiempo, y ya que aparece en la

pantalla de todos los medicamentos que son similares, seleccionar el que tenemos que seleccionar, ya lo seleccionamos, después llenamos los espacios de intervalo, de presentación, de vía de administración, entonces ahí nos tardamos 9 pasos y cada paso lleva cierto tiempo, ciertos segundos, entonces si un paciente tiene 2 ó 3 medicamentos, no te alcanza ese espacio de tiempo que se pierde, ahora imagínate que son 9 medicamentos o 10 medicamentos, si contamos todos estos pasos nos lleva mucho tiempo; bueno, ya accedamos todos los medicamentos que le vamos a dar al paciente, y después, de ahí le damos aceptar, y nuevamente esperar un tiempo que aparezca la ventana, y si dice que está aceptado ya, nuevamente le puchamos en aceptar y ya está, pero ¿y si no?, entonces el programa es como nos ha dicho la gente de la universidad que nos ha dado cursos, que es muy sencillo, sí es sencillo realmente, pero es muy laborioso, a mí no me ayuda un programa que sea muy laborioso ¿por qué?, porque son muchos pasos, entonces, aparte de que por cada medicamento son 9 pasos, para ya imprimir la receta son 3 ó 4 pasos más para que se imprima y después firmarla. Y nos vamos a solicitud de laboratorio y es otra situación igual, ver en qué tipo de solicitud se le va a hacer, y por cada estudio tenemos que regresar a un bloque de exámenes, y después poner una fecha, para ver si el sistema nos permite hacer éste, darle cita con nosotros, son muchos pasos; para ser práctico no necesito muchos pasos, necesito algo que sea práctico, entonces no sé por qué le pusieron tantos pasos, ahí se pierde mucho tiempo, tal ves lo pensaron para que podamos platicar con los pacientes, pero llega un momento en que digo: me faltan 10, me faltan 15 pacientes y voy a la mitad de mi jornada, se presiona uno más. Entonces considero que el programa es muy laborioso, soy una persona que con los conocimientos médicos puede llenar la mayoría de los espacios y hay que llenar todo el programa, pero lo laborioso es que son muchos pasos, una secretaria me puede llenar la receta sin ningún problema'.

Por el contrario, para el jefe de servicio de los médicos la opinión es diferente:

'Yo le llamo a la computadora una herramienta, porque no sustituye al médico en la toma de decisiones, sino es una máquina de escribir muy sofisticada donde te facilita el trabajo, te facilita el registro de los datos del paciente. Bueno eso es la computadora, ahora el expediente electrónico viene a sustituir al expediente escrito, al expediente de papel, lo viene a sustituir, simplifica muchísimo el registro también, o sea de los datos, porque ya es un formato electrónico, donde tú vas llenando ciertos datos y todo eso la computadora lo integra, cuando tú pides ciertos datos la computadora ya lo proceso, te facilita mucho el trabajo, te facilita el trabajo de registro, te facilita el trabajo de impresión de recetarios, de incapacidades, te facilita mucho el análisis de los datos obtenidos de los pacientes, eso es lo que te ayuda el expediente electrónico. La computadora es la caja donde se mete el

expediente por así decirlo, la computadora es el archivero donde metes los expedientes para que nos entendamos.'

Como vemos, el contraste de las respuestas es evidente, sin embargo, no podemos afirmar que la mayoría de los trabajadores esté en desacuerdo con la utilización de dicho instrumento, aunque sí persiste un malestar generalizado debido a las fallas que presenta el sistema en su funcionamiento.

Así pues, en nuestro país, el expediente clínico, ahora electrónico, ha sido utilizado para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, ha representado, para muchos de los expertos, el instrumento fundamental (Díaz, 2002: 171).

En el se registra el progreso o deterioro del paciente a través del tiempo, así como el tratamiento suministrado por el médico. Desde el punto de vista institucional, el expediente clínico es un elemento de indiscutible valor. Cuando se presenta una queja o demanda ante las autoridades institucionales o judiciales, en el expediente clínico pueden encontrarse los elementos necesarios que permitan exculpar a un médico, o por el contrario, la ausencia de elementos puede implicar su responsabilidad en la atención médica.

Sobre todo ahora los médicos tratan de ser muy minuciosos en lo que dejan escrito en el expediente electrónico, pues, el número de instituciones que vigilan su ejercicio ha ido en aumento; existen organismos nacionales que protegen al paciente contra adversidades legales de índole médica, ya sea por negligencia o impericia. Las demandas contra los médicos pueden ser por vía penal, civil, laboral o administrativa; algunos organismos que han surgido en las últimas décadas son la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) y las Comisiones Estatales y Nacional de los Derechos Humanos.

La función básica de estas instituciones es evitar la práctica de la medicina defensiva, que se ha incrementado entre los galenos para evitar y prevenir

posibles quejas o demandas; fortalecer la relación médico-paciente, sirviendo como intermediarios para buscar la reconciliación y la solución de las controversias jurídicas entre prestadores y usuarios de servicios médicos; y, coadyuvar a que se mejore las prácticas médicas sobre todo en las instituciones públicas.

Según la Conamed, los motivos de inconformidad más frecuentes son la desinformación, el alta prematura del paciente, el 'peloteo de pacientes' de un hospital a otro o con diferentes médicos, la postergación injustificada de procedimientos, la retención de pacientes o cadáveres, la negativa de la visita y la pérdida del expediente clínico (Lavalle: 38). Además en su informe anual, regularmente son las grandes instituciones como el IMSS, las que tienen mayor número de quejas.

Ante el aumento de estas instancias que vigilan el quehacer de los médicos, uno de los entrevistados refiere:

'Estamos vigilados por la cámara de diputados, prensa, gente de derechos humanos, contraloría pública, la ley de transparencia; se vuelve más difícil, sí se siente un poco de tensión, pero tenemos que aprender a vivir con eso, qué más se puede hacer.'

En resumen, la incorporación de las tecnologías de información (expediente electrónico) en la prestación de servicios médicos, ha sido el medio por el cual el instituto busca modernizar los procesos de atención a la salud en las unidades médicas de primer nivel de atención. Sin embargo, los resultados no han sido positivos, en relación a la pretensión de mejorar la relación médico-paciente.

A través del sistema de información, se busca implementar un método que permita recolectar, almacenar y utilizar la información generada en las UMF, para posteriormente, integrarla al expediente electrónico del paciente. Según las autoridades, este instrumento es una herramienta eficaz que facilitará el trabajo del médico, sin embargo, y como hemos visto, para el médico esto no es así.

Un elemento más, que forma parte del expediente electrónico son las llamadas guías clínicas, las cuales hemos referido en apartados anteriores. Las autoridades⁴³ plantean que dichas guías, tienen el propósito de disminuir la heterogeneidad de las decisiones médicas. Pareciera que las autoridades quisieran olvidarse de la heterogeneidad de pacientes, a través de la homogeneización de las enfermedades.

Tratando de hacer una conclusión parcial sobre la implementación del expediente electrónico, como instrumento de trabajo del médico, y recordando la pregunta de nuestra investigación en cuanto a los alcances de dicho instrumento en la dimensión política y simbólica. Consideramos que lo que ha modificado dicha herramienta, exclusivamente, han sido las rutinas de trabajo, pero, sin duda, sí ha profundizado la despersonalización del médico con el paciente, según lo afirmado por la mayoría de los médicos consultados. Nos dice uno de los médicos durante la entrevista.

'Aunque a nosotros pues más o menos se nos dificulta, a los compañeros que tienen más de 20 (años) en el instituto, pues esto no existía y para ellos, pues también no es muy fácil y pues si atrasa, atrasa y te despersonaliza más la atención'.

Uno más responde sobre la relación con el paciente, a raíz de la instauración del sistema, si la interacción se afectó:

'Sí, mucho, al menos que si no soy bueno con la escritura de máquina y no veo lo que estoy escribiendo me pierdo, me equivoco, o estoy viendo la pantalla o le hago caso al paciente, y eso me dicen mucho, oiga doctor, pues hágame caso, sí, pero o le hago caso a usted o escribo lo que me está diciendo, y si dialogo con el paciente y no escribo, llega un momento en que le digo, ¿qué me dijo?, y ya cuando estoy haciendo la nota pues se olvidan unos datos, y el paciente dice: o le hace caso a la máquina o a mi; pues sí, pero necesito ver lo que estoy escribiendo. Tal vez con el tiempo se me quite ese problema, pero actualmente si se establece cierto distanciamiento en la relación médico-paciente'.

⁴³ Puede consultarse la página Web del portal del IMSS.

En resumen, volvemos a subrayar, al analizar el proceso de trabajo del médico, primero identificamos que éste tiene sentido, sólo cuando está ante otro sujeto (paciente) que busca del primero que lo alivie de sus males físicos, biológicos o psíquicos. Es decir, de primera instancia identificamos que hay una autoridad del primero sobre el segundo, pues tiene como atributos el conocimiento que éste posee sobre la medicina y, por lo tanto, la posibilidad de la 'curación'. El segundo asume una posición de dependencia.

Esta legitimidad sancionada, hemos mencionado, tiene su origen en el mito fundacional de las instituciones de seguridad social, pero también en las habilidades del profesional para detectar el padecimiento, elaborar un buen diagnóstico y otorgar el fármaco indicado para 'desaparecer' la enfermedad. La capacidad de 'curar' del médico moderno, nos recuerda al 'brujo' o 'sacerdote' de la comunidad que a través de ciertos rituales buscaba aliviar al 'enfermo'.

Es la sociedad, pues, la que les ha dotado de autoridad a los médicos que tienen el control sobre el campo de la medicina moderna (MMH). Así, el paciente acude a una institución (clínica del IMSS) que no es de su dominio, él tiene que asumir el rol del enfermo, del débil, del que no sabe y por eso solicita ayuda.

Los procesos de trabajo del médico resultan un tanto complejos de describir dado sus propias características. El proceso de trabajo, en términos de Marx, es la actividad racional encaminada a la producción de valores de uso, pero esta definición no es suficiente en nuestro caso. De ahí que hayamos propuesto una definición, aunque elemental, más *ad hoc* con nuestro sujeto de estudio.

Para el paciente llegar con el médico se convierte a veces en un *vía crucis*, sobre todo si es consulta 'de primera vez'. Las normas institucionales homogenizan no sólo los procedimientos a seguir a todos los usuarios, independientemente de su padecimiento por el que acuden a consulta externa, sino también, las actividades

de los médicos familiares (salvo el caso de urgencias, en donde se aplican otro tipo de normas y reglamentos).

Esta serie de pautas burocráticas o rituales, a seguir, refuerzan el poder simbólico que la sociedad ya le ha dado a este tipo de profesionistas. Sin embargo, una vez que el derechohabiente logra estar frente al médico, para éste, la persona con la que interactúa es un número más, una estadística, un padecimiento que hay que sumar a lo que llamamos en el capítulo pasado, grupo de relación diagnóstica (GRD), que para la institución se traducirá en pesos y centavos.

Hay la posibilidad de que la privacidad en el consultorio se haga pública, ya sea porque el usuario se queja con el jefe de médicos por una atención que no cree conveniente, o porque decida acudir a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o porque decida meter una demanda penal contra un servidor público ante el ministerio público. Todo eso provoca que el poder del médico, otrora respetable, se traduzca en una relación más igualitaria, en la que el paciente, como lo afirman los médicos, ahora exija más.

Por lo tanto, esto ha provocado que prevalezca la atención de carácter técnico, biologicista y administrativo (llenado del expediente electrónico) sobre la relación afectiva y de confianza mutua que se construye en la consulta. Ante la falta de una atención más personalizada (hemos señalado algunos elementos de la imposibilidad de otorgarla en las actuales condiciones del IMSS) y de calidad, los usuarios tienen ahora posibilidad de la queja. El médico protector ha 'desaparecido', el usuario demandante ha 'aparecido'.

Al interior del consultorio también han cambiado los rituales, el acto médico tenía que ver con la habilidad y pericia para investigar y detectar el padecimiento; el acto médico consistía en la exploración, la percusión, el interrogatorio, la auscultación de garganta y presión, etcétera, estos procedimientos tenían un

sentido y un significado para el paciente, ahora el acto médico es limitado, muchas veces el saludo al derechohabiente y la expedición de la receta son 'suficientes'.

Y, sí la expedición de la receta para tener derecho a los medicamentos se vuelve el interés primordial del paciente, la visita al médico es sólo instrumental para el usuario, pues necesita pasar con él para que éste le otorgue la receta. Ese es el poder que mantiene el médico, controla relativamente los recursos para que el otro se haga de ellos.

Esos recursos son limitados, hay que usarlos racionalmente y el expediente electrónico recomienda la dosis de medicamentos que debe darse por el padecimiento diagnosticado. Ciertamente que el médico tiene la decisión de la cantidad, pero ahora se encuentra con restricciones, aunque todavía encuentra maneras de burlar dichas medidas, el recetario de papel aún se utiliza, el espacio de maniobra cada vez se reduce más y la vigilancia sobre los últimos (medicamentos) es más estrecha.

Hay que recordar que en el capítulo anterior, también hicimos mención que en el expediente electrónico están los padecimientos más demandados en consulta externa, muchos de éstos son padecimientos crónico-degenerativos, lo cual implica en términos médicos que la enfermedad ya no es curable sino que sólo puede ser controlable.

Este aspecto trastoca la otrora capacidad del médico para 'curar', para desaparecer la enfermedad, claro que la responsabilidad no es del médico, pero éste se vuelve cada vez más, un surtidor de recetas o incapacidades, la labor administrativa está por encima de la labor médica, y el expediente electrónico ha contribuido para que esto sea así, aunque tampoco podemos afirmar que sea el instrumento determinante. El médico tiende a convertirse en administrador de los recursos para la salud, y el paciente al ingresar su historial a la computadora, en un número más en la institución.

Veamos ahora, el análisis que realizamos sobre los documentos que norman la relación del médico con la institución.

Recopilación y análisis de las fuentes secundarias

En el caso de la investigación se contó con los siguientes documentos oficiales: el CCT; la Guía de actividades en la UMF; la normativa para el otorgamiento de atención médica; el cuadernillo que informa sobre el PMMF.

En dos de ellos se plantean las actividades que debe realizar el médico familiar, uno es el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) 2005-2007 y otro es la Guía de Actividades para el Personal de Salud en las Unidades con Medicina Familiar de noviembre del 2000. También existe la Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar. Otro más es un cuadernillo del PMMF de abril del 2002 que elaboraron conjuntamente el SNTSS y el IMSS.

El CCT

El CCT es el documento que regula la relación laboral entre trabajadores y autoridades; cuenta con cinco apartados: 1. Cláusulas del CCT; 2. Tabulador de Sueldos de Base; 3. Profesiogramas; 4. Catálogos y; 5. Reglamentos. Las actividades que tiene que realizar el médico están señaladas en la sección del profesiograma y se describen de la siguiente manera:

Actividades: atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.)

En ese mismo convenio se señala quienes son sus jefes inmediatos y, por lo tanto, tienen relación de mando sobre de ellos: directas del jefe de la dependencia, directas del director o jefe de unidad, e indirectas del instituto, siempre a través del jefe de la dependencia o de la persona designada al efecto.

En el CCT nos encontramos con las siguientes categorías en el caso de la profesión del médico: médico familiar, médico no familiar y jefe de grupos de médicos familiares. En nuestro caso la categoría del trabajador que estamos analizando, es la primera de ellas.

Observamos que el uso del expediente electrónico en específico, no está señalado en el CCT, de ahí que en las entrevistas realizadas a los médicos, algunos de ellos afirmaran que su uso era voluntario y no obligatorio.

'Ahorita es voluntario, sí llegó un momento que nos pidieron que fuera obligatorio, pero es voluntario, si yo no quiero trabajar con el expediente electrónico no me pueden obligar, pero considero que va a llegar un momento que van a decir: tienes el equipo, tienes esta herramienta para la atención a los pacientes y la tienes que utilizar; al menos no le veo sentido que el instituto nos ponga todo este equipo y que nos diga: bueno si quieres úsalo; la cuestión es que va a llegar un momento en que nos van a decir: o lo utilizas o lo utilizas, entonces para que nos ponemos en esa situación, mejor lo vamos utilizando y vamos aprendiendo como utilizarlo'.

Por el contrario, en el caso del jefe de médicos, la visión es distinta, nos plantea, en la entrevista, los motivos de rechazo:

'El principal problema es la resistencia por parte del médico a usarla, por las siguientes razones: primero yo le llamo temor a usarla, segundo desconocimiento de los principios básicos de utilizarla, tercero, situaciones de inseguridad legal, que lo que queda escrito ahí es imborrable, a diferencia que en el otro expediente escrito, se puede borrar y hacer otra nota o sustituir otra nota, aquí no, entonces eso genera una inseguridad legal, y por último, entre otras muchas principales, la situación ergonómica es muy importante, porque dentro de la infraestructura nunca contemplaron mobiliario adecuado para estar perfectamente

sentado, tener a cierta distancia el monitor y todo ello, o sea no hay un ambiente ergonómico para desempeñar el trabajo’.

Más adelante asevera, ante la interrogante de la posibilidad de que los médicos pudieran negarse a usar la computadora:

‘Sí se presentan estos casos, y aquí es donde empieza la cuestión contractual, y yo como institución tengo la obligación de capacitarte en el uso de una herramienta, se te da la capacitación, ya no tienes pretexto para no usarlo, pero si tú no lo quieres usar a pesar de la capacitación, eso se llama desacato, y puede haber un problema laboral por no usar lo que el instituto te provee. Porque hubo una inversión financiera para la capacitación entonces si tú te niegas, se te manda a las instancias pertinentes dentro del instituto’.

Consideramos que este tipo de ausencias en las normas oficiales son el origen, muchas de las veces, de conflictos, entre trabajadores y autoridades, pero también, entre los primeros. Ya que como nos refería el representante sindical en una de las pláticas informales que sostuvimos con ellos:

‘Algunos médicos negociaron con las autoridades que se les diera tiempo a la hora de su salida, (esto significa que el trabajador se puede retirar antes de concluir su horario de trabajo y las autoridades autorizan que se les cheque su salida en su tarjeta de asistencia) y ellos utilizarían el expediente electrónico’.

Estas apreciaciones nos recuerdan las tesis de Burawoy, en el sentido de que la capacidad de decisión por parte de los trabajadores, al negociar con las autoridades, les permite tener la posibilidad de que participen en la generación del consenso, tanto con los jefes de servicio como en la ejecución directa sobre su trabajo.

El consenso en el proceso de trabajo se produce por medio de la interacción entre los trabajadores. La aceptación de reglas no escritas, que se construyen entre jefes y el personal médico no les restar autonomía, por el contrario, les permite circunscribir espacios de toma de decisión propios.

La carrera profesional del médico, se caracteriza por ser una de las principales profesiones liberales. De ahí que el proceso de trabajo del médico se identifica por ser individual; aunque, en algunas ocasiones, éstos se consultan para pedir la opinión sobre algún padecimiento dudoso, por lo regular, cada médico labora aislado de los otros en su consultorio. Esto coadyuva a que el posible conflicto de orden jerárquico, como lo planteaba Burawoy, sea reemplazado por el conflicto horizontal, que no es otra cosa que la causalidad del individualismo reinante en la profesión.

Uno de los médicos, en la entrevista, lo refiere así:

‘Aquí en el IMSS se maneja mucho el trabajo individual, aunque la medicina familiar su fundamento es eso, que sea multidisciplinario, se supone que nos tenemos que apoyar de varios servicios, en este caso debemos estar interrelacionados varios servicios, aparte de venir aquí a consulta, debemos estar en estrecha relación, por ejemplo, con laboratorio, con RX, con psicología, con nutrición, con trabajo social, con medicina preventiva, así, ese es el énfasis de la medicina familiar, hacer una atención holística se le llama, tenemos que fundamentar de varios factores para que se pueda realizar, pero luego a veces aquí, por la cantidad de gente que hay y los tiempos, pues no mucha gente la lleva a cabo’.

Otro dato, no menos importante, es que en el profesiograma de esta categoría, se deja abierta la posibilidad de que en las funciones administrativas, pueda interpretarse la ejecución de actividades como lo es el uso del sistema informático, generándose con esto, una problemática entre autoridades y médicos. Sin embargo, detectamos que la ‘unidad’ de los médicos para resolver algunos aspectos de su trabajo es relativa, pues en todo caso prevalece la simulación, los temas que se llegan a tratar, cuando tienen oportunidad, son de carácter social y familiar más que laboral.

‘La relación con los compañeros es buena, nada más que no tenemos mucho tiempo para socializar con todos, puesto que tenemos los tiempos muy ‘ahorcados’, entonces, a veces cuando llegamos checamos o cuando ya checamos para irnos, pues ya nomás nos

saludamos: adiós que te vaya bien; pero no hay tiempo así para platicar, y esta clínica tiene 40 consultorios, son 40 compañeros, pues no hay mucha posibilidad de platicar con ellos’.

Lo afirma así uno de los galenos, en relación a la posibilidad de construir la unidad entre los médicos.

Al mismo tiempo, esas ausencias, de especificidades en el CCT, genera la actitud burocrática de algunos médicos, pues se apegan a las normas cuando conviene a sus intereses, es decir, hay una resistencia cotidiana a la autoridad. Ejemplo de lo anterior, lo examinamos en algunas de las respuestas de los médicos entrevistados cuando les interrogábamos sobre su relación con los jefes de servicio.

‘Entramos en choque desde el punto de vista administrativo. Por ejemplo, en los envíos, hago un envío y lo revisa mi coordinador o el coordinador que vaya a autorizar, valora la nota de envío y me dice: sabes que no lo amerita, y me lo regresa, tú lo puedes manejar, entonces administrativamente me limita la norma, en el sentido de que ese paciente tú lo debes de manejar, y es ahí donde entran estos choques’.

Por su parte, el responsable de los médicos nos dice:

‘Si te basas en el contrato colectivo, no se trabaja bien, es difícil, porque habría una normatividad tan intensa que la clínica se caería, porque no hay flexibilidad y en una institución como el IMSS, no se puede trabajar con el puro contrato, porque para empezar te quitaría el límite de pacientes por médico, y ¿sabes qué? los que te lleguen, tú verás como los manejas, ésta es tú población, es tú responsabilidad laboral, o bien a las 2:15 debes de empezar a trabajar, como lo establece el contrato colectivo, no comienzas a las 2:15, no estás en tu servicio, te rescinden por abandono de empleo. Así de tajante es esa situación, y ellos también tienen elementos que podrían contraponer al jefe de departamento clínico. Entonces sería un ambiente muy pesado, demasiado pesado, en lo personal no se podría laborar al 100 por ciento de manera normativa’.

Guía de Actividades para el Personal de Salud en las Unidades con Medicina Familiar

En el caso del documento Guía de actividades para el personal de salud en las unidades con medicina familiar, se describen de manera más específica las tareas que debe realizar el médico. Por ejemplo, se señala que debe verificar que el área física, mobiliario y equipo de su consultorio se encuentre completo y en óptimas condiciones, contiene indicaciones para solicitar a su jefe la autorización para la receta individual, cuando se prescribe fórmula magistral. Hay cerca de 77 actividades relacionadas con la atención médica en el consultorio que realizan entre el médico, la asistente médica, el jefe de medicina familiar y la coordinadora de asistentes médicas. Sin embargo, el mayor número de ellas recaen en el médico familiar y tampoco, suponemos que por el año de su publicación, se plantea el uso del expediente electrónico.

Esta Guía tiene como objetivos, según lo afirmado por las autoridades: proporcionar al personal médico los elementos técnico-administrativos necesarios para el desarrollo de sus actividades y su interrelación con el personal de otros procesos que intervienen en la atención del paciente.⁴⁴ Pero más allá de su finalidad, la guía de actividades para el personal médico (77 pasos) es una muestra de que la organización del trabajo médico en particular, pero en general de los trabajadores de la salud, descansa en principios burocráticos.

La modernización institucional a través del sistema informático, refleja el reforzamiento de este tipo de conductas, ahora, la prioridad del médico, es llenar correctamente el expediente electrónico siguiendo una serie de procedimientos, lo que implica iniciar desde A, siguiendo la B, C, D.....etc., el llenado de la nota médica, desde el sistema informático, no permite flexibilizar el proceso, es decir,

⁴⁴ Guía de Actividades para el Personal de Salud en las Unidades con Medicina Familiar. (2000) IMSS. Pág. 10.

no podemos empezar en A y continuar con la C, sin haber llenado correctamente el inciso B.

El proceso de trabajo que definimos como: una serie de procedimientos técnicos-médicos-afectivos-administrativos, que con la ayuda de instrumentos de trabajo, tiene como objetivo restablecer la salud o prevención de algún tipo de enfermedad a un sujeto, se difumina con la instrumentación del expediente electrónico, pues con su uso se invierten los medios y fines. El fin pasa a ser el correcto llenado de los formatos y el restablecimiento de la salud pasa a un segundo plano.

Este instrumento produce, por lo tanto, consecuencias no previstas en su diseño; podemos afirmar que esto resulta así, debido a que no se toman en cuenta la variabilidad del comportamiento humano ante la introducción de tecnología elaborada a partir de elementos racionales. Tampoco se tomó en cuenta la opinión de los médicos en lo operativo, lo que dificulta su aceptación. Un médico resalta en la entrevista:

'No, nunca nos dicen nada (...) al final de cuentas los que estamos en la trinchera somos nosotros y no ellos. No nos preguntan, se toman decisiones directrices desde la cabeza, pero a nosotros jamás se nos toma nuestra opinión'.

También el análisis de estos documentos, relacionados con el trabajo de campo (entrevistas formales e informales y la observación no participante), nos permiten aseverar la causalidad del apego a las normas y reglamentos por parte de los trabajadores. Existe una interiorización fuerte de las normas, el jefe de los médicos nos dice:

'Hay un término que en un momento dado yo uso mucho y es la 'programitis', es decir, la 'programitis' consiste en que todo tiene que funcionar con base a programas y normas, entonces el médico se enjaula en ciertas cosas nada más, se encasilla y no va más allá'.

El apego a los reglamentos, es una pauta de conducta consistente en los médicos, no hubo un solo médico que no argumentara su labor con base en dichas reglas, es tan arraigado esta conducta que para ellos la supervisión de su trabajo a través del sistema informático no es un problema, por el contrario, es una muestra de su profesionalismo, pues éste está apegado a las normas. Lo manifiesta durante la entrevista, uno de los médicos:

'Bueno ya uno como médico ya sabe lo que tiene que hacer, pero claro, cada institución tiene su reglamento, entonces, uno se tiene que regir a un reglamento, en este caso la ley general del IMSS; se llevan normas que tú tienes que seguir para ciertos padecimientos, tienes que abocarte a esas normas y esas son normas oficiales mexicanas'.

El funcionamiento burocrático de los médicos, en su proceso de trabajo es reforzado a través del expediente electrónico, esto provoca el efecto contrario que la modernización del IMSS tiene como objetivo: hay una mayor despersonalización de las relaciones entre los propios trabajadores y hacia el paciente. Además, este problema es reconocido por los propios médicos.

El apego a normas, reglas: formales e informales, acuerdos, etcétera, se expresa a través de rituales. La organización del trabajo médico es así (77 pasos); el usuario debe seguir una serie de procedimientos para tener acceso a él. En el trabajo de campo se observó que el paciente también reproduce esas pautas de comportamiento, porque también él tiene instituido el rol que debe seguir en este tipo de instituciones públicas que, además, son dirigidas bajo un enfoque administrativo que poco tiene que ver con criterios de salud pública.

Las cuestiones administrativas se reflejan en la relación del médico con el paciente, molesto uno de los entrevistados menciona acerca de la administración:

'El problema es que 'siento' que no manejan, no programan. Las enfermedades tienen una tendencia, nosotros sabemos que en cierta época va a ver muchos problemas de tipo viral, respiratorios, diarreicas y también sabemos que todo el año tenemos una consulta muy constante en cuanto a padecimientos crónicos. Entonces las autoridades deberían tomar

ese punto como sus parámetros para que programen, en cuanto a medicamentos. Si yo se que en época de invierno aumentan los problemas respiratorios, se aumentan las cantidades que piden de medicamentos, Ahora ¿cuál es el problema?, el problema que veo también, es que el cierre fiscal en el instituto es en noviembre, si el cierre fiscal es en noviembre, para esa fecha se acaba el dinero. En eso, no hubo una buena programación, *si no cuidaron el dinero en todo el año, se acaba el dinero, en noviembre ya no hay dinero, diciembre es mes muerto normalmente por ser mes festivo, navidad y todo eso, y empiezan a manejar dinero o hacer pedido hasta enero porque las empresas también salen de vacaciones. Entonces, hasta que regresan en enero vuelven a empezar a surtir y a hacer entrega. Entonces esa mala programación hace que haya mucha falta de medicamentos desde octubre, noviembre, principalmente diciembre y enero. Entonces eso nos genera mucho conflicto con el paciente, porque el paciente quiere el medicamento con justa razón, yo les doy la receta, lo que a mí me corresponde, pero si no hay el medicamento en la farmacia, ¿qué hago?, al rato vienen enojados a gritarte: usted no me da medicamento; vienen molestos, es que mire: tengo dos días y usted no me da medicamento; con justa razón perdemos gente. Nosotros no tenemos 'vela' en esas situaciones, es una cuestión administrativa, de la dirección, de la administración, pero ahí ya es problema de cómo administran los dineros y cómo programan pedidos. Pero todo eso genera conflicto entre el paciente con nosotros: el desabasto sobretodo'.*

El Proceso de Mejora de Medicina Familiar

En el caso del cuadernillo del PMMF se dice que éste impactará en la reorganización del sistema médico familiar de la institución. En forma general, esta reorganización consiste en abordar aspectos relacionados con la capacitación y cobertura del personal, el abasto suficiente, la adecuación de los procesos de atención a la salud-preventivos, curativos, de rehabilitación y de urgencias-, así como la medición de los resultados del sistema (calidad, eficiencia, efectividad y oportunidad) y del impacto en la salud de la población derechohabiente⁴⁵.

En relación al expediente electrónico, este documento sí señala y considera que el PMMF tendrá que ir acompañado de la modernización del sistema de información y del desarrollo en el corto plazo del expediente electrónico, como una

⁴⁵ Proceso de Mejora de Medicina Familiar. (2002) IMSS-SNTSS. Pp. 5-6.

herramienta imprescindible para la toma de decisiones, tanto para el médico y el equipo de salud de la Unidad de Medicina Familiar como para los directivos⁴⁶.

Aquí, no sólo se hace mención de este instrumento de trabajo, sino que además, se afirma que será ineludible en la toma de decisiones en el quehacer médico. Esto nos lleva a tratar de indagar hasta qué grado le es, al médico, necesario acudir a esta herramienta para atender a los pacientes y cuáles sus beneficios.

Como se ha dejado entrever en la investigación, el expediente electrónico 'sujeta' al médico a un llenado más rígido de la nota médica, debido a que el sistema no permite saltarse de un paso a otro, si no se ha llenado correctamente el primer aspecto. Por otro lado, el reclamo más recurrente de los pacientes, dicho por los propios médicos, es que la atención está más en la computadora que en los pacientes; esto es así, porque los médicos no pueden cometer errores en el llenado, pues lo anotado ahí (expediente electrónico), no se puede corregir, ni perder, y las autoridades tienen acceso a lo anotado por el médico, éste es un elemento más que puede ser utilizado como prueba jurídica, en caso de un conflicto de carácter clínico.

(El objetivo de la implementación del expediente electrónico) 'Bueno aparte de la modernidad, es para evitar lo que sucedía antes, de que no encontraban los expedientes, que se perdían, o que luego a veces no había nota médica, cosas así'.

Responde así uno de los médicos, en la entrevista.

Por eso consideramos que el expediente electrónico, lejos de ser de utilidad para el otorgamiento de un mejor servicio, despersonaliza aún más la relación médico-usuario. Recordemos que la pregunta que guió nuestro trabajo es, *¿Cuáles son los alcances de los cambios realizados en el Proceso de Trabajo, a partir de la introducción de la Tecnología Informática, relacionados con la dimensión política y simbólica?*

⁴⁶ Idem. Pág. 6.

En estricto sentido, repetimos, el sistema informático sólo cambió las rutinas de trabajo del médico familiar. Si anteriormente a la introducción de dicho sistema, es decir, el trabajo con el expediente clínico (de papel), el usuario reclamaba mayor atención personalizada, con dicho sistema el problema se agudizó, pues ahora las quejas más recurrentes que aceptaron los médicos en las entrevistas realizadas, son las que tienen que ver con la insatisfacción del usuario porque el médico coloca la atención más en la computadora que en la dolencia, que en el cuerpo del 'enfermo'.

Por lo tanto, y tratando de resumir algunos de los elementos que, desde la perspectiva de los médicos, restringen el ejercicio de su profesión y que no permiten mejorar la relación médico-derechohabiente son:

- 1) Alta demanda de consulta. Aunque debemos reconocer que en esta clínica los entrevistados precisaron que existe un convenio interno en el que se acordó un tope de consulta: 25 pacientes atiende cada médico en las horas de trabajo efectivas, es decir, de seis horas. Recordemos que todos los médicos del IMSS tienen una jornada laboral de 8 horas, sin embargo, en el convenio realizado en el año de 1991 en la reestructuración de la rama médica, se convino que el resto de su tiempo laboral lo podrían dedicar o bien a visita domiciliaria o a actividades de fomento a la salud.

Lo que es cierto, es que las actividades de fomento a la salud nunca se realizan, ni siquiera la programación de sesiones médicas, que según están programadas y deben realizarse porque están establecidas en la norma. Un médico nos manifiesto:

'Aunque supuestamente se tienen que hacer juntas semanales o clases, no se llevan a cabo por la cantidad de gente que hay, no nos sobra tiempo para poder decir: tal día vamos a ocupar nada más una hora para una sesión clínica o para

una junta, solamente cuando son cosas muy importantes sí nos llaman a juntas, pero son muy raras, luego ni al mes hemos tenido alguna junta’.

En el caso de aquellos médicos que aceptaron la opción de visitas domiciliarias, no podemos evaluar si se realizan, pero sabemos que el servicio a domicilio rara vez se otorga.

- 2) El expediente electrónico. El llenado de la nota médica debe realizarse siguiendo una serie de pasos, que ya hemos mencionado, de manera correcta. El médico argumenta que ante el incremento de quejas de usuarios contra los médicos por la insatisfacción del servicio, el ‘arma’ que tiene para su defensa es el expediente, sin embargo, al mismo tiempo, ese instrumento puede volverse contra él, pues una vez que termina su jornada laboral, al cerrar su sesión, lo anotado en él no se puede corregir.

Por lo tanto, es preferible poner la atención necesaria en su llenado. Cabe mencionar que para algunos médicos, el uso del expediente no les quitaba tiempo en interactuar con el paciente, por lo tanto, depende de la habilidad de cada uno de ellos. Contradictoriamente, si admitían que la queja del usuario, una vez que se instrumentó esa herramienta de trabajo, es la despersonalización con el usuario, un médico lo refiere así:

‘Es bueno el expediente electrónico, pero desafortunadamente por la cantidad de trabajo que tenemos, pues también luego nomás estamos viendo a la computadora, y ya menos vemos al paciente, luego ya también los pacientes le dicen a uno: ‘va estar viendo a su televisión o me va estar atendiendo a mí’. Y pues sí, si se pierde, se sigue perdiendo un poco de relación médico-paciente, porque hay que estar muy al pendiente cómo hay que estar llenando cuadritos y paginitas pequeñas, y eso hay que estar muy al pendiente que no haya tecleado uno algo mal o alguna cosa, sobre todo incapacidades, porque en lugar de estar viendo al paciente, y en lugar de ponerle un número le ponemos otro, pues si nos metemos en problemas’.

Recordemos que este tipo de comportamientos son los que promueven que los médicos practiquen la medicina defensiva, dado que se 'sienten' amenazados de una demanda ante cualquier error que pudieran cometer, ya sea administrativa, clínica o de tipo técnico.

- 3) El tiempo. Como consecuencia de los dos elementos anteriores, el médico y el paciente lidian con el tiempo; uno y otro buscan ganarle tiempo al tiempo. El médico busca ganar cualquier instante para adelantar, en lo posible, la consulta. Así, por ejemplo, a través del listado de pacientes el médico sabe a qué usuario le corresponde atender, de tal manera que si ya es un paciente recurrente, pues aquel, y antes de que haya entrado el paciente al consultorio, va adelantando el llenado de su nota clínica, pues sabe que dicho paciente acude a consulta fundamentalmente por su medicamento mensual.

La eliminación de los tiempos muertos no viene planeado desde la oficina de diseño, al estilo de Taylor, ni tampoco es la máquina quien impone los ritmos; el aceleramiento de la cadencia del proceso de trabajo del médico, viene del propio trabajador quien busca eliminar la porosidad de su jornada de trabajo, no para atender más pacientes de los convenidos, sino para terminar su consulta y poder descansar mayor tiempo.

En relación a la demanda de consulta y del tiempo que laboran los médicos, en las entrevistas realizadas son categóricos:

'Es un promedio de 20 pacientes por día más o menos. Pero hay días que llegamos al tope o sea, hay mucha demanda y ahí viene el problema del tiempo en la demanda. Estamos por arriba de los parámetros establecidos por la OMS, la cual nos indica que debemos tener 10 consultas por consultorio, y estamos por arriba, la última ocasión estábamos 4 mil y tantas personas adscritas a un consultorio, nosotros estamos por arriba del parámetro. La otra es que se establece que las consultas subsecuentes son de 15 minutos y, de primera vez, mínimo 20 minutos, y cuando llegan los pacientes por primera vez, si le hacemos

todo lo que tenemos que hacer, no nos daría tiempo. Por primera vez tenemos que hacer una historia clínica, que es donde los pacientes me dan sus datos patológicos, o sea que me llevo fácil una hora, muchas veces omitimos todo eso y nos vamos directos. Una hora porque hay que interrogar sus antecedentes personales, patológicos, tenemos que investigar como fue su vivienda, la calidad de la vivienda, con qué servicios cuenta, o sea, todo eso tendríamos que verlo, familiares enfermos, al paciente habría que revisarlo de cabeza a pies, aunque nada más vengan por una lesión en una mano tendríamos que revisarlo todo, y el tiempo no nos lo permite, y el tiempo aquí nos presiona mucho, porque aquí nos llevamos fácil una hora por todos los datos que tenemos que interrogar, eso es una buena revisión, si nos lleva un buen tiempo, entonces son datos que pueden ser a lo largo, importantes’.

Otro más nos manifiesta:

‘No se les puede dar calidad de atención con tan poco tiempo, luego a veces uno dice, a qué viene, y rápido se le da la receta y el que sigue, o si luego vienen con varios padecimientos se les decía: no pues nada más por lo que viene, a lo mejor trae una gripa, pero a lo mejor también trae un problema en los pies y se le dice: nada más un padecimiento, y para lo otro, tiene que venir otro día (...) pero también si se le revisa todo, a cada uno de los pacientes, pues requerimos unos 30 minutos’.

Por último, un médico más considera que:

‘Por la carga de trabajo son muchos pacientes, normalmente el promedio son 10 minutos por paciente; cuando los convenios que se hicieron, hace años con la OMS, se había quedado que mínimo tenía que ser consulta de 20 minutos para poder dar una buena atención, entonces estamos hablando que un médico al trabajar 6 horas debería ver 18 pacientes y aquí llegamos a ver hasta 30’.

Lo que pasa es que aquí, en el Instituto, desde que se hizo, se acostumbraba que todo lo que llegara se tenía que atender, claro cuando se hizo el Instituto no había tanta gente, ahora la población es muy grande, y en esta clínica pues como es la más grande de Latinoamérica, pues tiene mucha demanda, de hecho normalmente cada consultorio rechaza de 10 a 15 pacientes por la misma cantidad de gente que

hay aquí; lo que se requiere es otra clínica para la zona, porque ya no nos damos abasto, pero bueno, lo indican los jefes: que hay que hacerlo, como les importa más lo de cantidad que calidad; hay que justificar números y que no se enojen las autoridades, porque se quejen los pacientes porque no se les atendió, entonces prefieren que se les vea rápido, cualquier cosa a darles calidad y atención; por eso es que muchas veces como no se les da la atención debida, los pacientes dan muchas vueltas’.

Podríamos seguir señalando otros tantos argumentos por los cuales los médicos no pueden dar una atención adecuada, pero para ellos el tiempo de consulta es insuficiente por la sobredemanda de usuarios.

En el caso del usuario, éste no utiliza, por lo general, la cita previa como un elemento que le permita esperar menos minutos u horas en pasar a consulta. Llegar primero es el objetivo para tener ‘certidumbre’ de que uno saldrá más rápido de la consulta. Sin embargo, a pesar del largo tiempo de espera para pasar con el médico, al ingresar al consultorio, se busca reducir al mínimo el tiempo del paciente dentro de él, pues, afuera, hay otros pacientes —en el sentido literal de la palabra- que esperan su turno. Los minutos o casi las horas en la sala de espera, bien valen la pena por los 9 o 12 minutos que en promedio, uno esta dentro del consultorio, siempre y cuando el usuario haya logrado obtener su objetivo, que puede ser desde una receta, incapacidad, o principalmente, alguien que le escuche y le atienda sus dolencias. Si no es así, el enfermo saldrá insatisfecho, pues no se cumplieron sus expectativas.

Debemos advertir que en el transcurso de la investigación, fuimos percatándonos que los alcances de los cambios en la dimensión política del proceso de trabajo, son propiciados más por elementos de otro orden, que directamente por la introducción de la tecnología informática. Ciertamente hay algunos componentes que se derivan del expediente electrónico y que hemos estado tratando de explicar, sin embargo, el control y el poder se reconstituyen y cambian por condiciones multifactoriales, en ese sentido, otros elementos no apreciados en su

momento (actitud, presentación, cordialidad), cobran relevancia a la luz del trabajo de campo.

Finalmente, consideramos que tanto el personal de salud como el usuario, necesitan conocer sus derechos y obligaciones, sin embargo, la mala relación que existe en la interacción, no permite que puedan abrirse espacios de diálogo constructivo entre ambos.

Quizá la organización sindical de los trabajadores del IMSS, debería asumir como su tarea, el buscar nuevos mecanismos de comunicación con los usuarios y no privilegiar sólo la relación con sus dirigentes sindicales, es decir, los usuarios del IMSS son trabajadores de otras empresas que están afiliados a otras organizaciones sindicales, como el Congreso del Trabajo o la Confederación de Trabajadores de México, y esto no necesariamente puede ser positivo. Pues dichas centrales han manifestado, al igual que los empresarios, insatisfacción con los 'privilegios' que tienen los trabajadores del IMSS, en contraste con la mala atención que les dan a sus trabajadores y sus familias.

En la relación del médico con el paciente, es importante la práctica clínica del médico y su conocimiento adquirido durante su formación profesional, pero también lo son la actitud humana, sus palabras, su tiempo con el enfermo y su familia, pues esas características, eran las virtudes que antes veían los 'aquejados' en el médico.

Si se logran crear estas condiciones, trato humano al paciente y buena comunicación en ambos sentidos, podrá reaparecer la pérdida de confianza del paciente con el médico y mejorar su relación. Se logrará detener el avance de la medicina privada sobre los servicios públicos, ya que, independientemente del negocio que significan los servicios de salud, ellos brindan al paciente un trato más cálido y personalizado, pues el enfermo y su familia buscan afectividad y alivio a sus padecimientos. La curación, el médico del IMSS la puede otorgar

gracias al apoyo de la ciencia médica y sus avances, pero la afectividad y el respaldo moral, depende de la voluntad del médico.

Repasemos sintéticamente, cuáles son algunos de los derechos del paciente.

1. El paciente tiene derecho a escoger libremente su médico.
2. El paciente recibe un trato respetuoso y amable por parte de todo el personal de la institución.
3. El paciente no es discriminado en razón de su raza, convicciones políticas o religiosas o estatus económico, salvo la normal estratificación de servicios por costos y tarifas (cuando es servicio privado).
4. El paciente dispone de condiciones favorables para el respeto de su privacidad.
5. Toda la información relacionada con la situación de salud del paciente se maneja de manera confidencial.
6. El sueño y el reposo del paciente no son interrumpidos sino en caso de absoluta necesidad y en su propio beneficio.
7. El paciente o su familia son informados de manera regular y permanente de su estado, evolución y pronóstico, por parte del médico tratante.
8. La estancia del paciente en el hospital se limita al tiempo estrictamente necesario, evitando toda demora injustificada en los procesos de diagnóstico y tratamiento.
9. El paciente y su familia deben estar permanentemente informados sobre los costos (cuando es el caso) que el tratamiento genera.
10. La voluntad del paciente y su familia es estrictamente respetada en aquellos casos donde ellos piden no tomar decisiones terapéuticas extremas por el carácter de irreversibilidad de la enfermedad (enfermos terminales).
11. El paciente, independientemente de su pronóstico, recibe esmerada atención para el alivio de sus molestias.

12. El paciente es previamente informado sobre los riesgos inherentes a los procedimientos médicos y quirúrgicos a que debe ser sometido, y da o niega su autorización para su práctica.
13. El paciente tiene derecho a recibir apoyo espiritual conforme a su credo religioso, o a rechazarlo.
14. El paciente decide libremente y voluntariamente sobre su participación en actividades docentes, y sobre su eventual donación de sus órganos para trasplantes (Malagón, 2006: 173).

También es importante que se conozcan los derechos del médico, pues desafortunadamente, existe la idea falsa, promovida por los medios de comunicación y por intereses políticos para desacreditarlos ante la sociedad, que los trabajadores de la salud son los únicos responsables de las malas condiciones en que se encuentran los centros de salud.

Algunos de ellos son (Lavallo, 2005: 39):

1. El médico tiene derecho a percibir un pago justo por sus servicios. Hay instituciones que pagan a sus médicos sueldos simbólicos.
2. El médico tiene derecho a mantenerse actualizado permanentemente ya sea consultando bibliografía o acudiendo a cursos, simposios o conferencias.
3. El médico no está comprometido a garantizar los resultados de un tratamiento o de la atención que brinda. Como organismos individuales, reaccionamos de diferente forma ante los estímulos y los fármacos, y aunque se puede tener cierto grado de certeza sobre la actuación de un medicamento o procedimiento, recordemos que no somos máquinas sino complicados organismos vivos, con características particulares, por lo cual no se puede garantizar con precisión absoluta el efecto de un tratamiento.
4. El médico tiene derecho a actividades de investigación y docencia.

Podríamos ahondar sobre muchos de los aspectos mencionados, pues muchos de los 'derechos', están muy lejos de cumplirse a cabalidad. Sin embargo, preferimos dejarlos para la última parte, en nuestras conclusiones.

Por otro lado, no se trata de colocar al médico como víctima de las malas condiciones en que otorgan sus servicios, también ellos tienen una gran responsabilidad sobre el modelo que hasta ahora prevalece en la institución, sin embargo, el médico mantiene una actitud de indiferencia ante su situación laboral, ante sus magros ingresos y, por lo que logramos apreciar, prefiere obtener otro empleo que le permita mejorar sus ingresos para mantener su estatus, que mejorar tanto en sus condiciones de trabajo como en las económicas.

Para el usuario, el médico sigue manteniendo una autoridad, pero si antes ésta se basaba en el atributo de la curación y por su humanidad, apoyo y bondad ante el dolor ajeno; ahora el recurso que le permite mantener cierta autoridad, está establecida por los recursos que administra: los medicamentos y las incapacidades, que son finalmente los bienes que le interesan al paciente.

Como hemos mencionado anteriormente, el control y el poder en que descansa la relación del médico y el paciente, debe ser respetando el acto ritual preestablecido, sin embargo, frente a los cambios que observamos en nuestro trabajo de campo, la autoridad del médico familiar en consulta externa, tiende a desvanecerse o, como hipotéticamente lo señalamos, los roles instituidos se han flexibilizado; o como lo dice Vania Salles (2006), hay un proceso de desinstitucionalización en los roles tradicionales y, eso trastoca el control y el poder que se establecía en la relación del médico con el paciente.

Podemos concluir afirmando, que el proceso de trabajo del médico familiar, se trastocó con la introducción del expediente electrónico, ciertamente modifica las rutinas de trabajo, sin embargo, los alcances que éste tiene sobre la dimensión política, se manifiestan al afectar la relación del médico con el paciente. El escaso

tiempo que le dedica el médico al paciente no es nuevo, ya se manifestaba con el anterior sistema de trabajo, pero lo novedoso es que con la introducción del expediente electrónico se ha perdido el contacto visual en la relación médico-paciente.

El control y el poder del médico es menoscabado por la aplicación de políticas de austeridad, por parte de las autoridades institucionales; frente a este fenómeno, los médicos son incapaces de responder. La simulación del 'estatus', el cual se logró conformó establecer por la génesis de su profesión, resulta ser hoy, el elemento principal, que impide que los médicos se identifiquen como profesionistas en crisis.

Hay que decirlo, aunque no se acepte tan fácilmente, las condiciones laborales y de vida del médico están deterioradas y, para revertirlo, se requiere empezar por exigir, mejores condiciones para el ejercicio de su profesión. Más práctica clínica y menos tareas administrativas; más posibilidad de comunicación y menos estadísticas, son la clave.

Conclusiones

Como hemos podido analizar, el trabajo de los médicos familiares presenta dificultades debido a los cambios que se han instrumentado en su ejercicio profesional. Los aspectos que se modifican tienen que ver con elementos tecnológicos, administrativos, técnicos y poco relacionados con la medicina familiar y la práctica clínica. Esos cambios han agudizado la mala reputación que tienen los médicos que laboran en las instituciones públicas, en particular los del IMSS en el primer nivel de atención.

Como ha quedado de manifiesto a lo largo de este trabajo, fue bajo el régimen de acumulación basado en la sustitución de importaciones, puesto en marcha en los años cuarenta y cincuenta, que tenía como base económica el sistema taylorista-fordista de producción y la estimulación del consumo de los asalariados a partir de un equilibrio entre precios de productos y los ingresos de los trabajadores, que se logró completar las particularidades del llamado Estado de Bienestar, caracterizado por momentos de gran crecimiento económico, fortalecimiento del mercado interno, inversión del gasto público en servicios y políticas sociales, entre otros.

Sin embargo, a partir de la década de los setenta y principalmente en los años ochenta, se inicia un proceso de desmantelamiento del Estado benefactor. Bajo las nuevas políticas neoliberales y la aplicación de las leyes del mercado; aumenta el desempleo, disminuyen los salarios en términos reales, hay mayor competitividad internacional, lo que provoca que haya una política que promueva la reestructuración de la planta productiva en el país para aumentar la productividad. En consecuencia, las políticas sociales y la calidad de vida resultan duramente afectadas. Asimismo, en el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) se inicia el desarrollo de estrategias económicas de privatización de empresas y servicios estatales y recortes de todo tipo de programas.

Las instituciones de salud pública se ven seriamente afectadas en su presupuesto. Los ingresos que le corresponden por la vía de los salarios de los trabajadores y las del empleo formal, se estancan en el mejor de los casos, mientras que los costos de los recursos médicos aumentan, tal es el ejemplo de la compra de medicamentos y de repuestos tecnológicos así como el mantenimiento de alta tecnología de punta, utilizada para contrarrestar las enfermedades.

La disminución del gasto en salud ha provocado que haya un paulatino deterioro de las unidades y de los servicios que se ofrecen en los sistemas de salud públicos, esto ha favorecido el crecimiento del sistema de salud privado. Estas políticas, recomendadas por los organismos internacionales, se han aplicado por los gobiernos desde 1982.

Mientras en las instituciones de salud pública se busca ahorrar recursos, en los servicios privados se hace lo contrario: se trata de gastarlos más, pues esto es lo que les genera ganancias. En este sentido, se puede dar la paradójica circunstancia de que, mientras en el sistema público se tienden a evitar pruebas complementarias costosas o tratamientos, en el ámbito privado se busca realizar todo tipo de pruebas, de exploraciones u operaciones, incluso cuando no hay necesidad de ello.

La alta tecnología utilizada tanto en el sector público como en el privado suele ser sinónimo de mayor calidad en la medicina; la implementación de tecnología para restablecer la salud de los pacientes a costa de la disminución del peso específico del acto médico, es una de las características más importantes de la medicina en nuestros tiempos. El IMSS no está exento, por ello, al iniciar todo el proceso de modernización, decidió implementar, en principio, el sistema informático en las unidades de primer nivel de atención, teniendo como objetivo, mejorar la calidad de los servicios y la relación médico-paciente.

Este ha sido el contexto en el que se ha desempeñado el médico familiar, no sobra decir, que en el IMSS la especialidad de medicina familiar no se puede aplicar, pues bajo las actuales circunstancias de infraestructura y la influencia del MMH resulta imposible hacerlo. De ahí que no resulte extraño que médicos expresen sentirse frustrados por no ejercer a cabalidad su profesión.

A lo anterior hay que agregar los magros ingresos que actualmente perciben los médicos; recordemos que por ser una de las profesiones liberales, no resultó difícil encontrar a médicos que están dispuestos a aceptar modificar su organización de trabajo, bajo la idea de trabajar en condiciones más flexibles, donde se contemplen retribuciones en función de su 'productividad', o sea en el número de pacientes atendidos.

Esta propuesta ya la ha realizado la institución, sin embargo, no ha podido instrumentarla debido a que la organización sindical así como un sector importante de médicos no están de acuerdo en que se aplique, pues, desde su perspectiva se fomentaría la competencia desleal entre los propios médicos. No obstante, la posibilidad de que los pacientes elijan 'libremente' a su médico ya esta establecida en la reglamentación de la actual Ley del Seguro Social.

En esta investigación se encontraron elementos controvertibles en los argumentos de los médicos que aprueban la 'libre elección' por parte de los usuarios, pues para ellos una de las principales circunstancias que incide en que no haya una realización del trabajo con calidad y eficiencia, radica en el CCT, ya que estimula percepciones uniformes para el personal de la misma categoría, independientemente de la cantidad de pacientes que atienda y del empeño que uno u otro tengan en la realización de su trabajo; ya no se diga si algún médico tiene la iniciativa de participar en actividades académicas o de investigación; esto provoca que el personal de salud, desarrolle únicamente el trabajo mínimo indispensable.

Así, el papel del sindicato puede ser un obstáculo para cubrir las necesidades individuales en aras de los intereses colectivos. El médico recurre con poca frecuencia a la organización sindical para solucionar problemas laborales, sin embargo, ésta ha logrado 'mejorar' sus ingresos a través de prestaciones, siendo, junto a enfermería, las categorías más 'beneficiadas'.

En lo relacionado al expediente electrónico, podemos concluir señalando que la modernización del IMSS en las unidades del primer nivel de atención, a través de la implementación de dicho instrumento, ha modificado las rutinas de trabajo del médico familiar. La calidad del servicio no recae exclusivamente en el doctor, pues en el proceso de recuperación de la salud del paciente, interactúa todo el equipo de salud, y muchas veces el usuario califica tan sólo un eslabón de todo el proceso de trabajo.

Por otro lado, más allá del uso del expediente electrónico, los cambios que se advierten en la relación médico-paciente, tienen que ver con otras dimensiones que no consideramos pertinentes al iniciar esta investigación y que resultaron ser significativas, tal es el caso de la presencia del médico (actitud, arreglo personal, etc.) y otras que pueden no ser tan superficiales como el tener que asumir tareas que no son las prioritarias en el ejercicio del médico. Al médico, estrictamente hablando, no le compete realizar como prioridad las actividades administrativas cuando otorga la consulta. Le corresponde realizar el acto médico y desempeñar su profesión de la mejor manera, aún con las limitaciones de la unidad. Por lo tanto, no es posible que se juzgue la conducta de un médico en un ambiente con carencias de todo tipo, del mismo modo que el de otro profesional que trabaje en un centro privado. Los medios de comunicación han sido utilizados para denostar el trabajo de los galenos del sector público no del privado.

Al afirmar que el médico no debe darle prioridad a las actividades administrativas, no estamos diciendo que deje de anotar y llevar todos los registros en forma metódica, ordenada y legible, ya que de no hacerlo podrá tener responsabilidad

ante un caso denunciado en concreto. Pero, también es cierto, que el médico debe asumir e imponer las condiciones necesarias para poder atender adecuadamente al paciente; por lo tanto, requiere de mayor tiempo y de condiciones dignas de trabajo.

No obstante, si prefiere, como ha sido hasta ahora, mejorar sus ingresos a través de un segundo o tercer empleo y no se interesa en mejorar las condiciones laborales y económicas que tiene en el IMSS, si no ve en el paciente a un ser biológico, subjetivo y social y sólo lo atiende desde la perspectiva biológica, entonces estará obligado a seguir laborando tanto en las peores condiciones de trabajo, como en correr el riesgo de pasar a ser la pieza más frágil y dejar de ser la figura preeminente en el IMSS.

Analicemos por último la dimensión política, dando énfasis en la manera en que se ha flexibilizado el ritual del médico en la consulta externa. Recordemos que en el control del ambiente, son varias las esferas que domina el médico y que le permiten mantener, aún ante los cambios, el poder que se constituye en la interacción con el paciente, sin embargo, esta relación se va transformando paulatinamente.

El conocimiento que tiene el médico y que es aprendido tanto en la escuela como en el servicio social, se efectúa de manera distinta al llegar a una UMF, algunos médicos se sienten frustrados pues la especialidad de la medicina familiar no puede aplicarse como les fue enseñada. Los motivos que refieren son la alta densidad de población y la falta de infraestructura institucional.

La habilidad y pericia se fortalecen en el aspecto administrativo al introducir el expediente electrónico; el manejo de la computadora, el correcto llenado de la nota médica, la impresión de recetas e incapacidades, el poder recurrir al Internet para consultar algún padecimiento, conocer al instante los estudios que le han realizado al paciente, sea en laboratorio o radiodiagnóstico, o saber a través del

sistema si existen o no los medicamentos en la farmacia, etc. Todo esto hace que el médico mejore las habilidades administrativas, pero no las médicas. Más aún, el propio médico, sin generalizar, ha reducido el acto médico clínico a un intercambio breve de palabras y a la expedición de la receta o la incapacidad. Asimismo la habilidad afectiva para tratar al 'enfermo' también se ha ido perdiendo, pues éste recibe un trato cada vez más despersonalizado.

El tiempo que estructura la relación médico-paciente, se convierte en el gran dictador. El médico desde que se presenta por primera vez a su consultorio, tiene la consigna de 'sacar la consulta', por indicación de sus jefes inmediatos. El papel del médico '08' es primordial pues debido a la alta demanda de pacientes que solicitan la consulta, la sobre-demanda se canaliza hacia los médicos desahogados o eventuales, los cuales por su condición laboral no pueden negarse al otorgamiento de consulta, so pena de correr el riesgo de perder el contrato. Así, nos encontramos con médicos de base o planta a los que se les aplica el convenio interno de atender un tope de 25 pacientes en su jornada de trabajo, mientras al médico eventual se le exige otorgar la atención a todo aquel usuario que la requiera, sin importar lo convenido. Esto es una muestra de la frágil 'unidad' de los médicos.

La organización del trabajo es determinada por la institución, ésta restringe la labor del médico a través del horario; los medicamentos que existen en el cuadro básico; el equipo con el que trabaja, aunque sea éste el más simple; el turno de trabajo. Además, con la introducción del expediente electrónico se extienden las restricciones normativas de la institución. El médico queda al margen de lo referente a la organización de su trabajo. El médico trabaja para satisfacer las necesidades de la institución, no las del paciente.

El lenguaje (oral-escrito) también se ha transformado, las formas de hablar, de escribir, incluso de vestir, que daban una distinción a los médicos se van perdiendo, la receta a través del expediente electrónico hace legible lo que antes

era ilegible y que sólo los trabajadores de farmacia, algunas veces, podían descifrar. El lenguaje es técnico y no es accesible a todos, esto se mantiene de manera relativa, pues el médico está obligado a decirle al paciente de manera sencilla el padecimiento. En la investigación detectamos que la conducta y el discurso de algunos médicos están influenciados por la cultura externa al ámbito de trabajo. Lo que provoca que la modelación del rol del médico se altere. Por ejemplo, observamos que el médico jefe de servicio, saluda a los trabajadores de manera coloquial, saludo que es una 'moda' entre los jóvenes. Este simple acto disminuye la autoridad que tiene el jefe ante sus subordinados.

Estas son algunas de las esferas que controlaba parcial o totalmente el médico familiar. Actualmente la modernización institucional, a través de la introducción informática, debilita algunos aspectos que en los orígenes de la profesión médica llegaron a simbolizar el control que tenía el médico; ahora el médico está 'sujeto' a una institución que prioriza el uso racional de los recursos.

Es cierto que las instituciones públicas de salud cuentan con recursos limitados y necesidades ilimitadas; por lo que el uso racional de éstos es un elemento fundamental de una buena y coherente práctica clínica, sin embargo, el uso racional, no debe ser sinónimo de racionalización del gasto, sobre todo cuando se trabaja con la salud.

Veamos ahora los componentes que imbuían al médico de poder frente al otro, el paciente, que también ha transformado su rol paulatinamente.

El estatus y el prestigio profesional del médico de consulta externa se ha diluido, el médico y la sociedad han contribuido a ello. Las instituciones de seguridad social y en particular el IMSS ha sido blanco de ataques mediáticos, que han erosionado la profesión, el respeto que se tenía hacia el médico se pierde y esto es así por muchos motivos que en esta investigación se analizaron. Pero también es el propio médico quien ha contribuido a ello, pues lejos de buscar mejorar

colectivamente su profesión, prefiere simular ante los otros que las cosas 'van bien', no es conveniente hablar de deudas, de los ingresos que no alcanzan para los gastos. Es preferible hablar de la escuela particular, del próximo lugar que se irá a visitar en vacaciones, del cambio de automóvil, etc. El médico se aferra o aparenta mantener un estatus. De ahí la necesidad de tener un segundo empleo con el objetivo de complementar los gastos.

La jerarquía. En la institución el médico sigue siendo la principal categoría. Aunque en la dirección general del IMSS, se designe a maestros, o economistas y no a médicos de carrera (cabe mencionar que el médico no ha ocupado la dirección general de esta institución, sí por el contrario casi siempre lo ha hecho en la dirección del sindicato). Por otro lado, es entre los propios médicos en donde se da una diferenciación simbólica de la jerarquía que se tiene en el IMSS. Por lo general son los médicos que laboran en un hospital de tercer nivel los que más alto rango tienen. Incluso algunos rasgos prevalecen, por ejemplo es común ver al médico, de piel blanca y bien vestido en los grandes hospitales, en cambio, rasgos contrarios son propios de las clínicas de primer nivel de atención. A pesar de laborar en uno u otro nivel de atención, todos los médicos del IMSS tienen el mismo ingreso, esto genera inconformidad por algunos de ellos, pues atender a los pacientes con más calidad, no provoca un estímulo económico, ni reconocimiento adicional. El sindicato no está de acuerdo en hacer diferencia en este aspecto, sin embargo, algunos médicos si desearían que la hubiera.

Como ya hemos referido, *los rituales* se han transformado, se realizan pautas de conducta correspondientes a su rol, pero su significado no refuerza la autoridad del médico ante el paciente, debido entre otras cosas a que hay una mayor despersonalización en la relación. La institución de roles no se transforma rápidamente, aún se reconoce la autoridad del médico y el papel que ocupa el 'enfermo' en la interacción. No obstante, las funciones del médico se han ido transformando, dando cada vez mayor énfasis a la labor administrativa (llenado del expediente, elaboración de nota médica, de la incapacidad, de la receta), la

atención al paciente va precedida de estos aspectos. En ese sentido, la responsabilidad del médico está enfocada a cumplir, primero, las necesidades de la institución.

Ahora bien, *la legitimidad* social de las instituciones de salud pública, desde los años cuarenta hasta principios de los ochenta se difumina, pues las nuevas generaciones de usuarios no conocieron las 'bondades' de éstas, ni como trabajadores, ni como beneficiarios. El giro del Estado benefactor al neoliberal, cambia prioridades. La justicia social atendida por el Estado, ahora se traslada a la responsabilidad del individuo. Este debilitamiento de las instituciones de salud pública tiene repercusiones en la legitimidad del médico, en tanto es él la principal figura de aquéllas.

Por otro lado, *la capacidad de 'curar'* del médico empieza a ser cuestionada o es relativa, el cambio epidemiológico y poblacional tiene como consecuencia que aumenten las enfermedades crónico-degenerativas. Esto no es cosa menor, pues como insistimos en este trabajo, *son padecimientos no curables sino únicamente controlables*. Los porcentajes del tipo de enfermedades se invierten, si antes prevalecían las agudas sobre las crónico-degenerativas ahora casi son un 38% en promedio -dependiendo de la época del año-, las agudas y el resto, es decir, poco más de un sesenta por ciento son las que se agrupan como crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión, cánceres, artritis, obesidad, etc.) enfermedades que normalmente aparecen por el estilo de vida que tienen que llevar los individuos en las sociedades modernas.

En suma, la imposibilidad de 'curar' trastoca la capacidad casi divina que se les atribuía a los médicos; si a esto le sumamos el trato despersonalizado que se brinda al paciente, y las largas horas de espera para que éste pueda acceder con el médico, el resultado si bien aún es incierto, por lo menos podemos señalar que la profesión del médico familiar en consulta externa tenderá a cambiar: del médico protector con capacidad de aliviar las dolencias hasta desaparecerlas, por el

médico que basa sus recursos de poder en el control del otorgamiento de la receta, la incapacidad, y ser, todavía, la principal jerarquía en las unidades del IMSS, aunque en su conducción prevalezcan criterios administrativos sobre los médicos.

La tecnología y la informática presentan avances sustanciales en todos los aspectos de las sociedades. Si los *mass media* cambiaron la vida del planeta en el siglo pasado, con la aparición de las llamadas 'carreteras de información' la comunicación humana se modificó radicalmente, el uso de la computadora para comunicarse con otros a grandes distancias, no es ninguna novedad en nuestros tiempos. Estos cambios empiezan a manifestarse en algunos sectores sociales de países desarrollados. En el caso de países como el nuestro, los monopolios públicos de salud han tenido la posibilidad de contar con tecnología avanzada, sobre todo en el tercer nivel de atención; pero no así en el primero.

Paradójicamente, en el quehacer del médico, la comunicación con el paciente, presenta serios problemas, a pesar de los avances en la informática y los nuevos instrumentos de trabajo con los que cuenta la profesión.

Son diversos los elementos que directa o indirectamente han configurado la relación médico-paciente y son la causa de que los rituales pre-establecidos se modifiquen en detrimento de la despersonalización en la interacción con el paciente, en la cual los significados que se atribuían mutuamente médicos y pacientes se han flexibilizado. En esta investigación identificamos: la excesiva demanda de consulta, el llenado escrupuloso del expediente electrónico, la práctica médica de carácter biologicista, el incremento de enfermedades crónico-degenerativas, la frustración por no ejercer la especialidad en medicina familiar, la desmotivación profesional por no encontrar estímulos de desarrollo, el incremento de quejas y demandas contra los médicos, la aparición de organismos externos al IMSS vigilantes de su trabajo (Conamed y Derechos Humanos, son algunos ejemplos), los bajos ingresos salariales, el estricto apego a la normatividad que da

paso a mayores pautas burocráticas, el deterioro de las unidades de medicina familiar, la falta de recursos humanos y materiales, la prevalencia del trabajo individual sobre el trabajo en equipo, la desacreditación de los trabajadores del IMSS por los medios de comunicación, la falacia que se les ha atribuido en el sentido de que gozan de privilegios, la crisis financiera de la institución, la actitud y el descuido personal de algunos médicos, la exigencia de las autoridades por la cantidad y no la calidad, el monólogo sobre el diálogo, la preferencia a la simulación del estatus, etcétera.

En lo referente al control en el proceso de trabajo, los individuos que se hacen presentes en la institución están 'sujetos' a los requerimientos y los recursos de esta última. El control no se establece directamente a través de los jefes ni por medios coercitivos, en todo caso, se basa tanto en la responsabilidad y la ética de nuestro sujeto de investigación, como en la interiorización de las normas que regulan sus acciones.

La tecnología informática no sólo es utilizada para establecer políticas de salud y ordenar el gasto, sino también para supervisar el proceso de trabajo de nuestro sujeto. Para éste, eso no representa ninguna violación a la autonomía de su trabajo, por el contrario, es una muestra de la profesionalización de su quehacer laboral. El estatus, la autoridad y responsabilidad de este grupo de trabajadores sobre otros de cuello azul es lo que propicia que aquellos prefieran mantener las cosas inalterables. Pues a pesar de lo magro de sus ingresos y las condiciones inconvenientes en que desempeña sus funciones, para ellos es preferible mantener el estatus.

Con el uso de la nueva tecnología se posibilita que los procesos de trabajo de los distintos servicios de salud, que anteriormente estaban diseminados, estén centralizados virtualmente, lo que genera que el trabajador tenga mayor información sobre las distintas acciones que se le aplican al usuario. El diseño de la tecnología permite un mejor ordenamiento de la masa de información que

cotidianamente se procesa en los servicios de salud, sin embargo, ante la falta de flexibilidad se imponen en su operatividad las restricciones bajo las cuales fue bosquejada.

El sistema informático permitirá que, con menor burocracia, el trabajador cuente con la información sistematizada de la persona que acude a recibir un servicio de salud. Sin embargo, esas nuevas tecnologías son origen de una mayor rigidez en el encuentro cara a cara.

Por otro lado, en esta investigación se vislumbra, a partir del análisis del trabajo de campo y a manera de hipótesis, que hay una resistencia de este sector de trabajadores 'privilegiados' ante el deterioro de sus condiciones laborales, que se expresa aumentando la velocidad de la consulta para terminar lo más pronto posible el servicio antes de concluir su horario de trabajo. El tiempo 'ganado' durante la jornada, es utilizado de acuerdo a las prioridades de cada sujeto (leer, navegar en el Internet, descansar, etc.); sólo se espera la hora de la salida. Es decir, la habilidad, la pericia, así como las prácticas, son puestas en acción. El no hacerlo expone la falta de dominio de los atributos que debe tener el trabajador profesional. El 'juego' es hacerlo rápido y bien, técnica y administrativamente, para no ser amonestado. Dado que la afectividad no se concretiza en el sistema informático y es una cuestión subjetiva, el trabajador no la prioriza, no la 'introduce en el juego'.

Ante la imposibilidad de controlar el proceso de trabajo del profesionalista, el patrón utiliza el control técnico, es decir, a través del diseño de la máquina planifica el flujo del trabajo –recordemos que con el expediente electrónico el médico debe seguir una serie de pasos para dar el servicio- teniendo como objetivo maximizar la eficiencia con el menor número de recursos.

A pesar de la des-institucionalización o flexibilización de los roles pre-establecidos, la eficacia simbólica permite la actividad laboral del médico, dado que la cultura

extra laboral mantiene como base el modelo médico biologicista. Mucho de ello se debe a los continuos avances de la ciencia.

Así como autores teóricos han planteado la necesidad de construir nuevos conceptos, como el de trabajo ampliado, para dar cuenta de la amplitud y el enriquecimiento de las actividades que hoy se realizan, en esta investigación la modernización del proceso de trabajo del médico familiar, vía la tecnología informática, no enriquece el trabajo del médico ni mejora la calidad del servicio, mucho menos prospera la relación médico-paciente, por el contrario, se avanza hacia un mayor empobrecimiento del quehacer médico, corriendo el riesgo de que su labor más importante no sea 'curar' ni prevenir enfermedades, sino tan sólo administrar los recursos que demanda el paciente. Pasando así, del dios de bata blanca al semi-dios de bata desvanecida.

Bibliografía

- Adams Newbold, Richard (1983) *Energía y estructura*. FCE, México.
- Aguirre Gas Héctor G. (2002) *Calidad de la atención médica*. Noriega, México.
- Bensusán, Graciela y Carlos García (1990) *Documentos de Trabajo: Cambio en las relaciones laborales: Cuatro experiencias en transición*. Fundación Friedrich Ebert, México.
- Braverman Harry (1975) *Trabajo y Capital Monopilista*. Nuestro Tiempo, México.
- Burawoy Michael (1979) *El consentimiento en la producción*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. España.
- Campos Roberto (compilador) (1992) *La antropología médica en México*. Instituto Mora/ UAM, México.
- Castillo Santiago (coordinador) (1996) *El trabajo a través de la historia*. Centro de Estudios Históricos, Madrid.
- Cleaves Peter (1985) *Las profesiones y el estado: el caso de México*. Colmex, México.
- Clegg R. Stewart (1997) "Narrativa, poder y teoría social" en Dennis Mumby *Narrativa y control social*. Amorrortu, Argentina.
- Cockerham, (2002) *Sociología de la Medicina*. Prentice Hall, España.
- Díaz López, Agustín (2002) "Evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico" en Aguirre Gas Gerardo, *Calidad de la atención médica* Noriega, México.
- De la Garza, Enrique (2001) "Democracia, representatividad y legitimidad sindical" en *Democracia y cambio sindical en México*. Plaza y Valdes, UAM, Fundación Friedrich Ebert, UNAM, México.
- De la Garza, Enrique (2003) *Serie reestructuración empresarial, democracia, representatividad y legitimidad sindical en México*. Plaza y Valdes, Instituto de Estudios del Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), México.
- De la Garza, Enrique (2001) *La Formación Socioeconómica Neoliberal*. Plaza y Valdes, UAM. México.
- De la Garza, Enrique (coordinador) (2000) *Tratado latinoamericano de sociología*. Colmex, FCE, Flacso, México.

De la Garza, Enrique (1988) *La Herencia de Raniero Panzieri en un paradigma para el análisis de la clase obrera*. UAM-I, México.

De la Garza, Enrique (2002) | *La democracia de los telefonista*, en Serie, Reestructuración empresarial, democracia, representatividad y legitimidad sindical en México. Plaza y Valdes/ UAM, México.

De la O, María Eugenia, De la Garza Enrique (coordinadores) (1997) *Los estudios sobre la cultura obrera en México*. UAM-Iztapalapa, Culturas Populares, México.

Demos Mumby (compilador) (1997) *Narrativa y control social perspectivas críticas*. Amorrortu, Argentina.

Donabedian Avedis (1988) *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. FCE, México.

Elster Jon (2000) *El Cambio Tecnológico, Investigaciones sobre la racionalidad y la transformación social*. Gedisa, Argentina.

Fazio, Ariel (2006) *El trabajo inmaterial como problema de la filosofía política*. Buenos Aires.

Finkel Lucila (1994) *La organización social del trabajo*. Pirámide, Madrid.

Foucault, Michel (1992) *Microfísica del poder*. La Piqueta, España.

Foucault, Michel (2004) *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México. [1966]

Friedman Georges, Naville Pierre (1997) *Tratado de Sociología del Trabajo*. FCE, México.

Galende Emiliano (2004) "Debate cultural y subjetividad en salud" en Spinilli Hugo (compilador) *Salud Colectiva*. Lugar, Buenos Aires, Argentina.

García Procel Emilio (2006) "La ética en la relación médico-paciente" en Rivero Serrano Octavio (coordinador) *Ética en el ejercicio de la medicina*. Panamericana, México.

Giddens, Anthony (2001) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Amorrortu, Argentina.

Gil Montes, Verónica (2004) *Éthos médico*. UAM-X, México.

Godelier Maurice (1989) *Lo ideal y lo material*. Taurus, Madrid.

Gómez, (2004; 42 (1): 1-3) "Médicos y pacientes: ¿fe o suspicacia?" *Revista Médica del IMSS*, IMSS, México.

Gundermann, Kroll Hans (2001) "El método de los estudios de caso" en María Luisa Tarrés (coordinadora) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, Colmex/FLACSO, México.

Gutiérrez, Angelina (2002) *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y seguridad social en América Latina*. Siglo XXI, México.

Guzmán, María Angélica, Luis F. Ramos Córdova (2005) "Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar" en *Revista Médica IMSS*; 44 (1): 39-45.

Laurell, Asa Cristina (1994) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. UAM/ Fundación Friedrich Ebert, México.

Lavalle Alicia (2005) *La consulta médica*. Paidós, México.

Leite Marcia de, Paula (2000) "Tecnología y cambio tecnológico en la sociología latinoamericana del trabajo" en De la Garza, Enrique (coordinador) *Tratado latinoamericano de sociología*. Colmex, FCE, Flacso, México.

Lemus Calderón Daniel (2006) "Responsabilidad jurídica de los médicos y de las instituciones de salud" en *Auditoría médica y profesional integral*. Corpus, Argentina.

Marx Carlos (1995) *El Capital crítica de la economía política*. FCE, México.

Meads Geoffrey (2006) "Medicina familiar: problemas y perspectivas del futuro" en *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. IMSS, México.

Mechanic David (1963) "Los médicos" en *Manual de sociología médica*, Howard E. Freeman, Sol Levine, Leo G. Reeder (compiladores) FCE, Secretaría de la Salud. México.

Menéndez Eduardo (2004) "Modelo de atención de los padecimientos" en Salud Colectiva Spinelli Hugo (compilador) *Salud Colectiva*. Lugar, Buenos Aires, Argentina.

Menéndez Spina, Luis (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS, México.

Naville Pierre, George Friedman (1997) *Tratado de Sociología del Trabajo*. FCE, México.

Neffa César Julio (1982) *Proceso de Trabajo, división del trabajo y nuevas formas de organización del trabajo*. STPS/INET, México.

Neffa César Julio (1989) *El proceso de trabajo y la economía de tiempo*. HVMANITAS, Argentina.

Novelo, Victoria (compiladora) (1999) *Historia y cultura obrera*. Instituto Moral Ciesas, México.

Pacheco, Arturo (2004) *El IMSS y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores*. IET/ Fundación Friedrich Ebert, México.

Pagannini O, Mario (1992) "Las políticas de previsión y el Estado benefactor" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. FCE/IMSS/ISSSTE, México.

Palenzuela Pablo (1995) "Las culturas del trabajo: Una aproximación antropológica" en Revista Sociología del Trabajo 24, *Cultura del Trabajo y fuentes orales*. Siglo XXI, España.

Panzieri Raniero (1974) "Sobre el uso capitalista de las máquinas" en De Palma Armando *La división capitalista del trabajo*. Siglo XXI, Argentina.

Ramírez, Berenice (coordinadora) (1999) *La Seguridad Social reformas y retos*. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México.

Reygadas Luis (2002) *Ensamblando culturas, diversidad y conflicto en la globalización de la industria*. Gedisa, España.

Ritzer George (1993) *Teoría Sociológica Contemporánea*. McGraw-Hill Inc. México.

Ruiz Olabuenagua, José Ignacio (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto, Bilbao, Colmex. España.

Smith Chris (1989) "Especialización flexible, automatización y producción en serie" en Revista Sociología del Trabajo 7, *Especialización flexible*. Siglo XXI, España.

Schwartz, Howard y Jerry Jacobs (1984) *Métodos cualitativos y métodos cuantitativos, dos enfoques a la sociología* en Sociología cualitativa. Trillas, México.

Soberanes Fernández José L. (1992) "Regímenes de seguridad social en el derecho mexicano" en *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. FCE/IMSS/ISSSTE, México.

Solís Soberón, Fernando, Villagómez Alejandro (compiladores) (1999) *La seguridad social en México*. CIDE/FCE, México.

Sotomayor Gallardo A. (2000) *Calidad elemento esencial de la seguridad social*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México.

Tamez González Silvia, Moreno Salazar Pedro (2000) "Seguridad Social en México" en De la Garza, Enrique (coordinador) *Tratado latinoamericano de sociología*. Colmex, FCE, Flacso, México.

Taylor Winslow, Frederick (1973) *Principios de La Administración Científica*. Ateneo, Buenos Aires.

Thompson Paul (1989) "Jugando a ser trabajadores cualificados" en Revista Sociología del Trabajo 7, *Especialización flexible*. Siglo XXI, España.

Totalboin, Carolina (2003) *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973-1990. UAM-X, México.

Touraine Alain, Mottez Bernard (1997) "Clase obrera y sociedad global" en *Tratado de Sociología del Trabajo*. FCE, México.

Trouvé Philippe (1989) "¿Management de las flexibilidades o flexibilidades del management? Reflexiones sobre algunos usos franceses de las flexibilidades" en Revista Sociología del Trabajo 7, *Especialización flexible*. Siglo XXI, España.

Uribe Uribe Javier (2006) "La calidad de vida y la relación médico-paciente" en Malagón-Londoño Gustavo *Garantía de calidad en salud*. Panamericana, Colombia.

Ussel Iglesias de, Julio, Herrera Gómez Manuel (coordinadores) (2005) *Teorías Sociológicas de la acción*. Tecnos, España.

Vania Salles, Olivo M. (2006) "Roles sociales y acción: los riesgos de inestabilidad laboral y los avatares de de la figura del proveedor" en De la Garza, Enrique (coordinador) *Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques* Anthropos/UAM, España.

Vela, Peón Fortino. (2001) "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa" en María Luisa Tarrés (ccord) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Colmex/FLACSO, México.

Witten Marsha (1997) "Narrativa y cultura de la obediencia en el lugar de trabajo" en Demos Mumby (compilador) *Narrativa y control social perspectivas críticas*. Amorrortu, Argentina.

Zapata Francisco (2005) *Cuestiones de teoría sociológica*. Colmex, México.

Documentos utilizados en la investigación:

Contrato Colectivo de Trabajo 2005-2007 IMSS-SNTSS

Contrato Colectivo de Trabajo 1987-1989 IMSS-SNTSS

Proceso de mejora de medicina familiar (2002) IMSS-SNTSS en mimeo

Convenio celebrado entre el IMSS y el SNTSS, depositado ante la STPS el 28 de enero de 1991, en la que se establece la reestructuración de la rama médica.

Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las UMF. IMSS. Unidad de calidad y normatividad de fecha 4 de diciembre del 2003.

Guía de actividades para el personal de salud en las unidades con medicina familiar. IMSS, de fecha noviembre 2000.

Diagnóstico del IMSS, denominado "Debilidades y fortalezas" de fecha 15 de marzo de 1995.