



Universidad Nacional Autónoma de México

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud.**

Campo de conocimiento Ciencias Sociomédicas

Campo disciplinario Antropología en Salud

Facultad de Medicina

Estudio antropológico en contextos clínicos institucionales y
su relación con la comunicación médico-paciente

T E S I S

Para optar por el grado de

Doctora en Ciencias

Presenta

Jessica Margarita González Rojas

Tutores

Dra. Alicia Hamui Sutton, Facultad de Medicina, UNAM

Dr. Ilario Rossi, Universidad de Lausana, UNI

Miembros del Comité Tutor

Dr. Alfredo Paulo Maya
Facultad de Medicina, UNAM

Dr. Isaías Hernández Torres
Facultad de Medicina, UNAM

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, junio 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Con mis competencias e ineptitudes aún por fortalecer, hice el esfuerzo de concluir la tesis aquí presentada, sé que seguiré aprendiendo y que una tesis de doctorado no es el final, es parte del proceso. Lo cual me motiva a seguir.

Quiero mencionar a las instituciones y a un grupo de personas que colaboraron para que la tesis pudiera llegar a su final.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con el que tuve el privilegio de ser financiada como alumna de posgrado en México. Al Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de México (UNAM), en el que estuve inscrita. Agradezco a las dos instituciones, por hacer posible este tipo de investigaciones que refrendan la formación científica y profesional.

A las autoridades a nivel regional del Instituto Mexicano del Seguro Social, a la directora y jefa de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar, donde se llevó a cabo el estudio antropológico. A las médicas y a los médicos de esa Unidad que aceptaron fuera observadora de su práctica en el consultorio. A los pacientes a quienes seguí en un momento de su vida para ser testigo de la atención recibida, gracias por la confianza.

A mis dos tutores, a la Dra. Liz Hamui Sutton, por su acompañamiento a lo largo de todo el doctorado, siempre apoyándome, creyendo en mí y en la propuesta del trabajo. Al Dr. Ilario Rossi por su experiencia en la antropología clínica, su posicionamiento ético y su calidez humana.

A los integrantes de mi comité tutor, al Dr. Isaías Hernández Torres, por impulsar a la medicina familiar, así como a mejorar la comunicación entre médico y paciente. Al igual, le agradezco por la gestión con el IMSS, sin su apoyo hubiera sido complicada la entrada a esta magna institución. Al Dr. Alfredo Paulo Maya por su ímpetu como docente para fomentar nuevas ideas en las investigaciones de los

alumnos, sus recomendaciones han sido plasmadas en mis trabajos de maestría y doctorado.

A mis colegas del seminario de narrativas del padecer, a Tomás Loza Taylor, a Bianca Vargas Escamilla, a Diana Gómez López, a Avelina Landaverde Martínez, por ser los pioneros y entusiastas alumnos de posgrado con quiénes aprendí, a partir de las discusiones de teorías y autores.

A Adriana De Lassé Reed, por ser mi interlocutora de lectura y reflexión, por reconocerse en el trabajo de tesis como una paciente de los servicios públicos, sin tener una escucha activa de los médicos. A Gladys Mora por su apoyo técnico en la revisión del material que conllevó una cantidad desmesurada de información.

A los sinodales, por ser lectores, con sus observaciones, sin duda sumaron, complementaron y enriquecieron el documento final.

A la licenciada Alba Ochoa Cabrera por la orientación, las atenciones y recomendaciones que facilitaron los trámites administrativos, desde la inscripción al posgrado hasta el proceso de la titulación.

A mis compañeras y amigas del doctorado, a Vero Suárez Rienda por haber estado en un momento decisivo de mi vida al cursar el doctorado. A Yanira Aguilar Acevedo por su compromiso de realizar un doctorado siendo mamá y enseñarme con su ejemplo que, debía concluir mi trabajo. A Sergio Lemus Alcántara por alentarme e impulsar el término de la tesis.

A mis padres, a mi hermana Nancy y a mis hermosos sobrinos Violeta, Ale, Santi, Emi, Aranza y Leo, quienes son mi motivo para seguir aprendiendo y trabajando en la vida.

¡Gracias a todas y todos por estar!
*Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto
Violeta Parra Sandoval (compositora chilena).*

Contenido	4
Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1. Antecedentes del problema	13
Introducción	13
1.1 Transición demográfica y epidemiológica en la salud global	13
1.2 El reto de la salud frente a las enfermedades crónicas	15
1.3 Transición demográfica y epidemiológica en México	16
1.4 Antecedente de la medicina familiar	18
1.5 Profesionalización de la medicina familiar	19
1.6 La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social	20
1.7 La relación médico-paciente	22
1.8 La comunicación en la relación médico-paciente	32
1.9 La investigación sobre la relación y la comunicación médico-paciente	38
1.9.1 Información otorgada del médico hacia el paciente y el derecho a decidir	39
1.9.2 La comunicación médico-paciente y su impacto en los pacientes	41
1.9.3 Expectativas de los pacientes sobre la relación con sus médicos	43
1.9.4 Perspectiva de género en la relación médico-paciente	45
1.9.5 Dificultades y alcances en la comunicación médico-paciente	46
1.9.6 Síntesis de la revisión temática	50
Capítulo 2. Planteamiento de la investigación	55
Introducción	55
2.1 Planteamiento del problema	55
2.2 Objetivos	60
2.3 Hipótesis	60
2.4 Justificación de la investigación	61
2.5 Metodología	63
2.5.1 Población de estudio	63
2.5.2 Diseño de la investigación	68
2.5.3 Empleo de métodos y herramientas metodológicas	71
2.5.4 Procesamiento, sistematización y triangulación de la información	77
2.5.5 Consideraciones éticas	84
Capítulo 3. Marco teórico y conceptual	86
Introducción	86
3.1 Fundamentos teóricos y conceptuales para abordar el problema de estudio	86
3.1.1 Marcos de referencia teórico-conceptuales	88
3.2 El orden discursivo	94
3.3 El sujeto como producto de la objetivación y la subjetivación	97

3.4 Campo, habitus, capital	100
3.4.1 El interaccionismo simbólico como punto de partida	107
3.4.2 La clínica como ente ontológico para el estudio antropológico de la relación y la comunicación	111
3.4.3 La interacción narrativa en el acto clínico	113
Capítulo 4. Prácticas sociales del personal de salud y el orden normativo en los procesos de atención médica en una Unidad de Medicina Familiar	119
Introducción	119
4.1 Una mirada socioantropológica en el IMSS a partir de una Unidad de Medicina Familiar	119
4.2 Las posiciones y los controles normativos de pertenencia en el campo social, el habitus y los capitales	123
4.3 El IMSS como campo social	128
4.4 El habitus del personal de salud en el IMSS	132
4.5 Los capitales del personal de salud como trabajadores del IMSS	139
4.6 La desviación social: una relación dinámica en el ámbito de la salud	145
Capítulo 5. El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: UNIFILA	150
Introducción	150
5.1 El contexto clínico del IMSS	151
5.2 UNIFILA: Marcador del tiempo	152
5.3 Acercamiento etnográfico al dispositivo institucional	153
5.4 El tiempo de espera en la sala de la consulta externa	154
5.5 Perspectiva del paciente antes y después de la consulta médica	157
5.6 Agenda institucional	163
5.7 La relación médico-administración-paciente	172
Capítulo 6. Aporte de la investigación narrativa para el estudio de un caso de la relación y la comunicación entre una médica y un paciente en el ámbito de la medicina familiar	179
Introducción	179
6.1 La antropología en contextos clínicos institucionales	180
6.2 La experiencia de la enfermedad crónica en el ámbito de la medicina familiar	181
6.3 La relación y la comunicación durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica	186
6.4 La investigación narrativa como perspectiva teórico-metodológica	188
6.5 Un duelo inacabado en consulta de medicina familiar	196
6.6 Análisis interpretativo a partir de la investigación narrativa	212
Capítulo 7. Consideraciones finales	220

Introducción	220
7.1 El orden normativo de la institución de salud	221
7.2 Condiciones de la consulta médica institucionalizada	225
7.3 Límites de la práctica médica en la actualidad: implicaciones en la relación y la comunicación médico-paciente	228
7.4 Reflexiones aprendidas: etnografía sobre la clínica y la contribución de la antropología	235

Bibliografía	239
---------------------	-----

Anexos

Anexo 1. Aprobación del protocolo por Facultad de Medicina, UNAM	255
Anexo 2. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación	256
Anexo 3. Guion temático de la consulta médica (regularidades y singularidades)	259
Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada (personal de salud seleccionado)	262
Anexo 5. Ficha de identificación	266
Anexo 6. Guía de observación/entrevista informal en sala de espera	267
Anexo 7. Guion registro etnográfico situacional. Reconstrucción temporal del encuentro clínico (relación y comunicación M-P)	268

Índice de tablas

Tabla 1. Revisión temática de la relación y la comunicación médico-paciente	52
Tabla 2. Muestreo cualitativo por conveniencia (médicos)	66
Tabla 3. Características de tipología (pacientes)	67
Tabla 4. Etapa de la investigación y tipos de observación en la UMF	73
Tabla 5. Seguimiento de pacientes en consultas subsecuentes	74
Tabla 6. Matriz de categorías consulta externa en la UMF	78
Tabla 7. Matriz de categorías campo, habitus y capitales	79
Tabla 8. Seguimiento de consultas subsecuentes 4 médicos- 4pacientes	81
Tabla 9. Tipo de desviación normativa	140
Tabla 10. Empleo del tiempo en consulta	166

Índice de figuras

Figura 1. Modelos de relación médico-paciente de Laín, Hollender, Leary y Veatch	26
Figura 2. Tipos de relación médico-paciente	27
Figura 3. Modelos paternalista, mecanicista, dominante y de responsabilidad compartida	28
Figura 4. Relaciones teórico-conceptuales del problema de estudio	88
Figura 5. Las interacciones como objeto de análisis microsocioal	109

RESUMEN

Esta investigación antropológica intentó comprender, cómo está articulada una Unidad de Medicina Familiar (UMF), del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS). Se observó su organización predominante y las repercusiones de sus procesos de atención en el ámbito clínico. La medicina familiar, se enfoca en el contexto del paciente, así como en el aspecto biomédico. Incluye atender los factores socioeconómicos y culturales de las personas y las familias. Es el primer filtro a los servicios de salud y coordina los recursos necesarios con otras especialidades. Por lo tanto, la relación médico-paciente en esta especialidad es fundamental para atender y acompañar en la curación, la prevención y la promoción a la salud. Con base a los distintos referentes teóricos como la teoría de la estructuración, la corriente constructivista, el interaccionismo simbólico, así como el enfoque del campo, el habitus y los capitales fue que se aproximó a analizar la problemática de la relación y la comunicación médico-paciente. La investigación narrativa fue el hilo conductor del tema y el objeto de estudio. A través de la etnografía se dio pauta para observar y analizar el contexto clínico, las posiciones de los sujetos involucrados, las interacciones y la comunicación. Al igual que la experiencia de la enfermedad desde las dimensiones biológica, emocional y sociocultural. Se observaron distintas consultas subsecuentes para dar seguimiento a las intervenciones y a la manera en que una médica y un paciente con enfermedad crónica tuvieron experiencias desde la profundidad de la clínica. Se analizó con detenimiento su relación y comunicación. Un hallazgo del estudio fue el programa de UNIFILA, el cual es una estrategia que, a pesar de impulsar la mejora en los tiempos de espera y la calidad de los servicios otorgados, se encontró que genera distintos desencuentros en el personal de salud y los pacientes. En consecuencia, el tiempo afecta la calidad de la atención médica, las relaciones y la comunicación médico-paciente. Otro resultado fue la desviación normativa, es una práctica en la institución que el personal de salud ocupa para resolver las eventualidades o restricciones operativas que marca la norma.

INTRODUCCIÓN

La inquietud profesional de acercarme al tema comenzó, cuando me incorporé al proyecto de la “enseñanza de la comunicación médico¹-paciente”, del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME), de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ahí, surgieron las primeras ideas con relación a la cultura organizacional de las instituciones de salud en México y su posible relación con los encuentros generados entre médicos y pacientes. Al ingresar formalmente al Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud del posgrado de Ciencias Sociomédicas, emprendí el protocolo de investigación. En un inicio mi posición y subjetividad como investigadora estaba más inclinada a estudiar al gremio médico que a los pacientes. Este hecho fue reflexionado conforme se iba desarrollando el trabajo, al participar en foros académicos y a partir de mi primera publicación de revisión sobre la aproximación al ámbito clínico (González Rojas, 2016). La afinidad profesional se debió, en parte, a que los estudios en antropología médica han estado mayormente enfocados en visibilizar las representaciones de la enfermedad desde la perspectiva del paciente, en lugar de otorgar centralidad a las acciones del personal de salud.

El proceso formativo de doctorado también fue enriquecido cuando colaboré en otro proyecto de investigación, del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). En este se discutieron ampliamente las “estrategias teórico-metodológicas de las narrativas del padecer”. Durante el transcurso de esta colaboración, se fue enriqueciendo el protocolo de investigación y la etnografía. A partir de ambos proyectos, se orientó el estudio, con el de Comunicación surgió el planteamiento de la agenda institucional y las condiciones espacio temporales de la clínica. Con el proyecto de Narrativas se ocuparon las bases para poner a prueba la estrategia metodológica y la interpretación. El resultado de la participación fueron dos capítulos de libros, ambos publicados (Cruz *et al.*, 2018 y

¹ Este trabajo está posicionado en contemplar a las médicas y los médicos, según su sexo, sin embargo, durante el desarrollo del texto se ocupa la denominación “médico”, haciendo alusión al gremio. En el capítulo seis, sí se hace la distinción de una médica, debido a que ahí se singulariza la experiencia de una mujer en específico.

González Rojas, 2019). Del mismo modo, esta investigación fue insumo de ponencias en coloquios y congresos nacionales e internacionales, así como resultado de dos artículos, uno publicado y otro aceptado, mismos que son presentados en esta tesis.

Durante la formación del doctorado, la retroalimentación con mis dos tutores, profesores y colegas de los seminarios permanentes de investigación me permitió replantear ideas, relaborar y concluir esta tesis, la suma de las partes generaron el producto aquí presentado.

En el andar del doctorado, uno de los mayores retos durante la construcción del protocolo de investigación fue contar con dos tutores, una socióloga y un antropólogo. Si bien la sociología y la antropología son disciplinas afines de las ciencias sociales, el puente y cruce que tuve que negociar con la teoría y la metodología no fue tarea fácil para analizar el objeto de estudio planteado.

El diseño de la investigación empezó problematizando la manera en que los estudiantes son formados en el entrenamiento biomédico, pero sobre todo la ausencia de las dimensiones emocionales e identitarias para lograr una mejor práctica de los médicos con los pacientes. Lo cual es un desafío si se contempla que cada encuentro clínico es singular y está sumergido en el paradigma biomédico, mismo que resulta insuficiente ante las exigencias y complejidades de la medicina moderna (Hamui *et al.*, 2015).

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social en una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México, para responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cómo es la dinámica de una Unidad de Medicina Familiar; y de qué manera la actuación del personal de salud se articula con los procesos de atención médica?
2. ¿En qué condiciones institucionales se genera el encuentro clínico entre médico-paciente y en qué situaciones se facilita o dificulta?
3. ¿Cómo se reconstruye temporalmente la relación y la comunicación entre

médico y paciente para abordar clínicamente a la enfermedad crónica?

En este estudio, la etnografía fue el medio privilegiado en la investigación narrativa. Definir al objeto, ser explícito y aproximarse al campo fue una auténtica provocación al inmiscuirse en el encuentro intersubjetivo con el que se crearon relaciones dialógicas y en co-construcción. Como antropóloga asumí una multiplicidad de voces porque recuperé la de otros, pero también estuve en la escena, mi posicionamiento y reflexividad marcaron el proceder durante la investigación (González Rojas, 2019). De esta manera el trabajo etnográfico permitió registrar situaciones in situ para la producción de las narrativas. Al mismo tiempo, la espontaneidad institucional de la Unidad de Medicina Familiar fue captada para reconocer cómo se organizaba el servicio. Se integraron notas y diario de campo, observación, videograbaciones y entrevistas. Con este material se contemplaron aspectos interaccionales y narrativos sobre el acto clínico entre médicos y pacientes.

La tesis está conformada por los siguientes capítulos:

Capítulo 1, *antecedentes del problema*, este expone una revisión de la transición demográfica y epidemiológica de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y la comorbilidad como un reto en la atención médica. Se presentan también antecedentes de la medicina familiar en México y en el IMSS. Y la profesionalización de la especialidad para adoptar el enfoque biopsicosocial. En un tercer momento, se muestran los distintos enfoques y modelos de la relación y la comunicación médico-paciente, así como una revisión de diversas investigaciones sobre la temática.

Capítulo 2, *planteamiento de la investigación*, aquí se integra la problematización del tema, las preguntas, objetivos del estudio, hipótesis, así como la metodología y el diseño de la investigación: exploración diagnóstica, enfocada y cierre. En esa secuencia se detalla la toma de decisiones metodológicas según cada etapa y circunstancias dadas por el trabajo de campo. Se especifican los criterios de selección de los participantes, las herramientas para obtener información con el personal de

salud, al igual que para el seguimiento y reconstrucción temporal de la consulta subsecuente. Y también, se explicita la orientación de la investigación narrativa como eje analítico.

Capítulo 3, *marco teórico y conceptual*, en este se exponen los conceptos operativos para aproximarse al objeto de estudio, además de los referentes teóricos de las ciencias sociales que orientaron el análisis-interpretativo. Algunos conceptos son el discurso y el dispositivo que dictan el orden de las cosas, en este caso, el tiempo institucional como ejemplo. Se presenta la condición de existencia de la institución, la manera en que ha sido habituada y el procedimiento de instrucción legitimado. Otros fueron el campo, el habitus y los capitales sociales, culturales, económicos y simbólicos. Asimismo, el interaccionismo simbólico y la perspectiva de la investigación narrativa. Esto sirvió como guía para comprender el problema de estudio.

Capítulo 4, *prácticas sociales del personal de salud y el orden normativo en los procesos de atención médica en una Unidad de Medicina Familiar*, se da cuenta de la dinámica de la UMF, con el fin de comprender la interacción social y la manera en que la actuación del personal de salud influye en los procesos de atención médica. Se enfatiza la acción social de los trabajadores del IMSS para revelar el orden de la institución. Los resultados mostraron que el personal de salud ocupa diversas tácticas, para resolver las eventualidades o restricciones operativas que marca la norma, mismas que incluyen la desviación normativa.

Capítulo 5, *el dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: UNIFILA*, aquí se discute por qué el dispositivo institucional y el tiempo dedicado a cada consulta son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y comunicación médico-paciente. Se describe y analiza que el programa de UNIFILA a pesar de representar una estrategia política para la mejora de los tiempos de espera y la calidad de los servicios otorgados, tiene efectos de tensión y desencuentro entre médicos y

pacientes. Con la gestión administrativa, el tiempo actúa como regulador de la jornada del día.

Capítulo 6, *aporte de la investigación narrativa para el estudio de un caso de la relación y la comunicación entre una médica y un paciente en el ámbito de la medicina familiar*; en este se presenta a la investigación narrativa como una herramienta teórico-metodológica. Se profundiza a partir de un caso, la manera en que temporalmente se construye la relación y la comunicación de una médica y un paciente, en torno a la experiencia con la enfermedad crónica. Se describen tres consultas subsecuentes, el seguimiento de las intervenciones, y la manera en que ambos tienen una retrospectiva de las acciones llevadas a cabo según la posición desde la que se encuentran. De este modo se ve reflejada la relación construida y la comunicación efectuada durante el proceso de la atención.

Por último, el capítulo 7 *consideraciones finales*, sintetiza y expone los resultados de la investigación. Es un compendio de los resultados etnográficos previamente señalados en los capítulos. En términos generales se hace una recapitulación alrededor de los alcances de la investigación, una reflexión, y justificación del trabajo antropológico en el campo de la salud.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Introducción

En este capítulo se presenta un panorama general de la transición demográfica y epidemiológica a nivel global y en México, las cifras revelan a las enfermedades crónicas como un problema de salud complejo de atender según la capacidad de las instituciones en salud. En un segundo momento se exponen los inicios de la medicina familiar en su profesionalización, y los postulados que rigen la práctica médica en la atención de primer contacto con los pacientes. En los últimos apartados se revisa el fenómeno de la relación y la comunicación entre el médico y el paciente, desde la óptica del rol y la posición de cada uno. Según los modelos médicos, existe una postura jerárquica y relaciones de poder en el acto clínico, donde el sentir y el saber del paciente son irrelevantes y las indicaciones unilaterales del médico son lo único que importan.

1.1 Transición demográfica y epidemiológica en la salud global

A nivel global, la transición epidemiológica provee una situación fundamental en la salud global. La reducción de la mortalidad y la fertilidad ha resultado en un incremento en la población de mayor edad. Las principales causas de mortalidad ya no son las infecciones agudas en niños sino las enfermedades crónicas en adultos. Estas tendencias se desarrollaron a lo largo de varios siglos en Europa occidental, Estados Unidos y Canadá, entre otros. En países de ingresos medios y bajos, como México, estos cambios se dieron en sólo unas décadas (Population Reference Bureau Staff, 2004, citado en Dye, 2014).

Desde el año 2000, los Objetivos del Milenio dispusieron lineamientos para disminuir las enfermedades infecciosas. En 1990, se calcula que a nivel mundial fallecieron 16 millones de personas debido a infecciones. Para el año 2010, la cifra fue de 15 millones. A pesar de los avances, los países de menores ingresos aún sufren

considerablemente de diarrea, neumonía, VIH-SIDA, tuberculosis, malaria, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2050 descenderán los casos a 13 millones (World Health Organization, WHO, 2013 citado en Dye). Las campañas de vacunación también alcanzaron logros importantes alrededor del mundo, así como los tratamientos para el VIH-SIDA.

En contraste, la muerte por enfermedades no transmisibles y lesiones ha aumentado constantemente. En 1990, cobró la vida de 31 millones de personas; en el 2010 fueron 83 millones (WHO, 2013, citado en Dye). En países de ingreso medio y bajo, se padece tanto de altos niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas y no infecciosas, la tendencia permanecerá por décadas según las estimaciones. A nivel internacional, las enfermedades tanto infecciosas como no infecciosas continúan siendo un reto por enfrentar. La pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios de salud son materia pendiente en gran parte del mundo (Bobadilla *et al.*, 1993; WHO, 1999; Remais *et al.*, 2013).

La esperanza de vida está relacionado con el aumento en las enfermedades crónico-degenerativas y su comorbilidad. Con estos cambios, se comenzó a desarrollar el manejo terapéutico de riesgos, sobre el manejo de síntomas. Se consideran los factores culturales, sociales y económicos de las enfermedades de la población en cuanto a las manifestaciones y su atención. La educación del paciente cobra especial importancia, siendo el autocuidado uno de los recursos más destacados (Lifshitz, 2014). La epidemiología de las enfermedades crónicas ha generado una perspectiva particular, conocida como epidemiología del riesgo. Su objetivo es identificar los riesgos que pueden generar enfermedades a nivel poblacional. De esta forma, se diseñan intervenciones que modifican estilos de vida. Sin embargo, a pesar de que esta perspectiva es la que domina, desde los años 80 se le cuestiona. Se señala que tiene limitaciones para comprender y establecer intervenciones exitosas sobre problemas de salud, como son el caso de las enfermedades cardiovasculares, el alcoholismo o la violencia (Perner, 2013).

1.2 El reto de la salud frente a las enfermedades crónicas

Atender a los enfermos crónicos es un reto con diversas complejidades en todo el mundo. Los padecimientos crónicos obligan a evaluar los programas dirigidos a esta población. Las enfermedades crónicas presentan uno de los desafíos más importantes en los sistemas de salud por la creciente demanda de atención médica y sus costos asociados. La disponibilidad, la calidad y la efectividad son elementos importantes por considerar en la prestación de los servicios de salud. Sin embargo, un aspecto que ha recibido menos atención es la perspectiva de quienes tienen padecimientos crónicos en torno al acceso y la disponibilidad de la atención médica (Tejada-Tayabas & Mercado-Martínez 2010).

Existen evidencias que postulan que las condiciones adversas de vida y de trabajo contribuyen significativamente a desarrollar enfermedades crónicas, especialmente diabetes e hipertensión. Estos padecimientos tienen mayor morbilidad y mortalidad en poblaciones menos favorecidas. Asimismo, su prevalencia es mayor en países con mayor desigualdad socioeconómica. Otro reto importante por considerar es la universalidad médica occidental que predomina en los servicios de atención. En los cuales, generalmente, no se privilegia a la población desde su propio contexto, visión, valores y sistema de creencias. Aquí también cobra importancia visibilizar la perspectiva de género, debido a que el cuidado de la salud y la alimentación ha sido una responsabilidad cultural e históricamente asignada a las mujeres, especialmente a las esposas y madres, en la familia. En este mismo sentido, los hombres tienen la tendencia de no atender sus molestias y buscan atención médica más tarde, bajo el mandato cultural de ser autosuficientes y fuertes, al mismo tiempo que se deslindan de muchas de las actividades del hogar (Domínguez Mon, 2017) Además, se debe reconocer que, para una parte importante de la población, en especial la menos favorecida, tiene escasa posibilidad de elegir su estilo de vida (Perner, 2013). Sus condiciones laborales les generan bajos ingresos, con frecuencia en la informalidad; sus comunidades no brindan opciones de actividad física; su bajo

nivel de escolaridad les limita su ejercicio de libre determinación; así como tener que sortear obstáculos diversos para acceder a servicios de salud.

1.3 Transición demográfica y epidemiológica en México

La transición demográfica y epidemiológica en México interactúan recíprocamente. Los cambios demográficos en los primeros 70 años del siglo XX incluyen la disminución de la tasa de crecimiento. De esta forma, se redujeron la morbilidad y la mortalidad. La epidemiología se encarga de analizar los factores que afectan la salud tanto en el aspecto biológico como el social. Al mismo tiempo, considera la información demográfica, es decir, las características generales de la población. Con ello, aporta significativamente al diseño de programas específicos para atender a grupos focalizados y a su salud. En la década de los 70 se desarrolló el enfoque de la prevención y la salud comunitaria en la medicina familiar. Esto en concordancia con las declaraciones de Alma Ata de 1978 (Leal, *et al.*, 2013).

En 1974, bajo el marco del artículo 4º de la Constitución General de la República Mexicana, se reconoció el derecho de decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos, obligando al Estado a brindar los servicios correspondientes. Así comenzaron los programas organizados en materia de planificación familiar y salud reproductiva. En 1970 la población mexicana era de 48.2 millones; en 2010 ascendió a 112.3 millones según el censo de población y vivienda. El crecimiento poblacional se redujo de 34.6 a 13.1 por cada 1000 habitantes. La tasa de natalidad descendió de 46.1 en 1960 a 18 por cada 1000 habitantes en 2009. Asimismo, la tasa de mortalidad se redujo de 11.5 a 4.9 defunciones por cada 1000 habitantes. La mortalidad en menores de un año, bajó de 73.8 a 14.7. La tasa global de fecundidad disminuyó de 6.56 a 2.2 en el año 2005. En ese mismo año, los nacimientos descendieron de 200 a 87 por mujer (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2010, citado en Leal *et al.*, 2013).

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, se incrementó de 58.9 en 1960 a 75.3 años en 2009. En el caso de los hombres, ascendió de 57.6 a 72.9 años; en las mujeres fue de 60.3 a 77.6 años. En 1968, la tasa global de fecundidad fue de 7.09 hijos por mujer, siendo el máximo histórico. En 1976 sólo 3 de cada 10 mujeres en edad fértil utilizaron algún método anticonceptivo; en 2009, fueron más de 7 (INEGI, 2010, citado en Leal *et al.*, 2013).

Respecto a las causas de defunción, en 1970, las enfermedades infecciosas fueron responsables en un 23.1%; en 1997, sólo el 3.9%. Las muertes por enfermedades no infecciosas fueron el 42% en 1988, incrementándose al 77% en 2010. La muerte materna también tuvo cambios importantes, al disminuir 143 a 42.8 por cada 100,000 (INEGI, 2010, citado en Leal *et al.*, 2013).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), del año 2012, el 9.1% de la población mayor a 20 años tiene diagnóstico de diabetes. El 85.5% de este grupo recibe tratamiento. En cuanto a hipertensión, el 15.9% de los adultos la padece y de ellos, el 67.7% recibe tratamiento para su control (citado en Macías & Villareal, 2018).

La diabetes era una enfermedad mortal a principios del siglo XX. Posteriormente se convirtió en enfermedad crónica y con complicaciones de por vida como la amaurosis, las amputaciones y la uremia, entre otros. Este padecimiento requiere para la atención clínica una doble corresponsabilidad, de parte del médico de educación para la salud, mientras que del paciente y la familia se espera involucramiento en el cuidado con responsabilidad (Perner, 2013). Con los avances actuales, el paciente con diabetes logra vivir más años que antes. Sin embargo, tiene el riesgo de tener hijos con mayor probabilidad de desarrollar la misma enfermedad (Lifshitz, 2014).

1.4 Histórico de la medicina familiar

La medicina se practica desde los orígenes de la humanidad. A lo largo de la historia, las prácticas que buscan aliviar y prevenir los malestares que afectan a la salud se han considerado un arte sagrada, mágica e intuitiva en distintas culturas aún en la actualidad. Los médicos han tenido una presencia importante en el bienestar y la salud de la comunidad, participando en la toma de decisiones al respecto. Conforme se fue desarrollando el quehacer científico, la medicina también fue evolucionando (Aguilar *et al.*, 2013).

En el siglo XIX, la exigencia de mejorar la práctica médica dio lugar a las especialidades. En aquel entonces, las personas de bajos recursos económicos tenían poco acceso a la atención médica. Quienes gozaban de mayor nivel socioeconómico sí accedían a los servicios profesionales de médicos generales. Tanto en América como en Europa, se definió la medicina general mediante distintas técnicas científicas y estudios sistematizados. El médico atendía a todos los miembros de la familia desde la medicina interna, la ginecobstetricia y la cirugía (Domínguez del Olmo, 2003).

A principios del siglo XX, la medicina general, con su enfoque en los cuidados personales y la prevención, se desestimó por los avances científicos y tecnológicos enfocados a la segmentación del cuerpo. Es decir, las distintas especialidades médicas le restaron importancia al enfoque integral y general. (Aguilar *et al.*, 2013). Fueron tantas las especialidades desarrolladas que la medicina general como tal estuvo en riesgo de desaparecer. Sin embargo, esta tendencia se revirtió cuando se identificó que los servicios de salud se desintegraron y al mismo tiempo se incrementaron los costos de atención. A mediados del siglo XX se replanteó la práctica médica y se dio pie a una nueva especialidad: la medicina familiar (Aguilar *et al.*, 2013; Domínguez del Olmo, 2003).

Desde los años 50, en Inglaterra, Australia, Canadá y Estados Unidos, la medicina general se reconsideró por centrarse en la atención integral al paciente. Se

combinó la visión humanista de la medicina general con el desarrollo tecnológico. En 1969, la Organización Mundial de la Salud reconoció que la especialidad de la medicina familiar debía adoptar el enfoque biopsicosocial y superar el paradigma individualista. En la década de los 70 se consolidó esa práctica y alrededor del mundo se transformaron los sistemas de salud para incorporarla bajo la denominación de medicina general o familiar (Domínguez del Olmo, 2003).

1.5 Profesionalización de la medicina familiar

La medicina familiar es la entrada del paciente al sistema de atención a la salud. Debe coordinar los recursos a su alcance para la atención de la salud del individuo y de la familia independientemente de la edad, sexo, padecimiento u otras características (Narro *et al.*, 1981). La medicina familiar previene y atiende integralmente los problemas de salud, tomando en cuenta al individuo, a su familia y sus dinámicas en un entorno determinado.

La medicina familiar reconoce que la persona es un macrosistema y que la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales son parte de la complejidad de los padecimientos. El reto de la medicina familiar es la transdisciplina, la cual tiene la finalidad de superar la fragmentación de la atención especializada (Aguilar *et al.*, 2013). Además de atender la enfermedad, debe relacionarse íntimamente con la preservación y la promoción de la salud, así como ofrecer continuidad en la atención. Ésta incluye tomar en cuenta el aspecto comunitario y su relación con la salud y la enfermedad de la población, especialmente en los casos de los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes para rehabilitarlos.

Los padecimientos que no son detectados y atendidos a tiempo, con frecuencia, terminan requiriendo los servicios del segundo y tercer nivel de atención. La medicina familiar demanda el ejercicio del juicio clínico para solicitar interconsulta o referencia del paciente para las investigaciones adicionales, el tratamiento y la

evaluación de los resultados. En tal sentido, la medicina familiar se considera como una especialidad debido a que cuenta con un campo de acción que incluye la medicina interna, la pediatría, la ginecología, la obstetricia, la cirugía, la psicología médica y la medicina social (Narro, *et al.*, 1981).

1.6 La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En México, en 1917, se creó el Consejo de Salubridad General. Durante la presidencia de Lázaro Cárdenas se fundó la Secretaría de Salubridad y Asistencia la cual atendía a la población abierta. El IMSS se fundó en 1943, siendo la primera institución de seguridad social en el país. Desde sus inicios, brindó servicios de salud a quienes contaban con un empleo formal, es decir, asalariados y sindicalizados, denominados “derechohabientes”. En 1959, a nivel constitucional se reconocieron los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado, para lo cual se creó el Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado, (ISSSTE) (Pavón y Méndez, 2011).

Tanto el modelo de seguridad social como el sistema de salud se desarrollaron de acuerdo con el sistema económico que predominó durante la mayor parte del siglo XX. La industrialización y el crecimiento económico se fundamentaron en el trabajo del esquema capitalista (Pavón y Méndez, 2011).

El IMSS fue pionero en Latinoamérica en la organización de servicios médicos para toda la familia. En la atención hospitalaria, fundó los primeros centros médicos que incluyeron distintos hospitales de especialidades en un solo lugar, en 1952 fue el Centro Médico “La Raza” y en 1963 el Centro Médico Nacional. Ambas sedes también han llevado a cabo importantes labores de investigación y docencia (Fajardo-Dolci, 2015).

Desde sus inicios, el IMSS tomó en cuenta la satisfacción tanto de la población como del personal, proponiendo que cada paciente tuviera a un solo médico para su atención. En 1954, se instauró en el IMSS el “médico de familia”. Bajo instrucciones

precisas se delimitaron los tiempos de atención del médico, donde 4 horas de su jornada laboral las destinaba a la consulta externa y 2 horas a las consultas a domicilio. Este modelo asignó a un médico específico por paciente (Casas *et al.*, 2014). En 1959 en concordancia con la tendencia mundial se enfocó a brindar atención a la familia bajo el esquema biopsicosocial.

Con el incremento del número de especialistas en medicina familiar se buscó mejorar la calidad y la eficacia en el primer nivel de atención. México fue el primer país latinoamericano en adoptar la medicina familiar como especialidad en 1971, donde la Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM) comenzó a brindar dicha formación. En ese mismo año, se comenzó a impartir el Curso de Especialización de Medicina Familiar en unidades de primer nivel en el IMSS (Aguilar *et al.*, 2013).

En 1994, la UNAM implementó el curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales (CEMFMG). El programa académico tiene la misma estructura que señala el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) como son los requisitos de ingreso, la permanencia y el egreso, las sesiones teóricas con contenidos académicos, las guardias, las rotaciones hospitalarias y las evaluaciones. El objetivo del curso de Especialización en Medicina Familiar fue integrar a los médicos generales que ya se encontraban laborando en distintas instituciones, a través de un programa de capacitación. Con el fin de mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención, y generar una atención médica especializada de alto nivel a un costo de operación inferior al generado por otros especialistas de contacto primario. El programa actualmente se desarrolla y está vigente en el IMSS, Secretaría de Salud de los Estados de Querétaro y Guerrero, en el Hospital General de México y en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) (Fernández *et al.*, 2012).

En el 2001, el IMSS y la UNAM celebraron un convenio de colaboración para diseñar e impartir el curso semipresencial de especialidad en medicina familiar. Éste permitió a los médicos generales formarse y al mismo tiempo brindar atención en

primer nivel. De esta forma, se llevó a cabo su desarrollo académico y clínico con base en el desarrollo de habilidades para alcanzar el perfil de la especialidad. El curso estuvo dirigido a médicos de base con pacientes a su cargo en un consultorio (Chávez Aguilar, 2005).

Por otro lado, la UNAM, dentro de su Plan Único de Especializaciones Médicas cuenta con la residencia de medicina familiar. Su duración es de tres años tanto con actividades clínicas como de enseñanza en instalaciones del primer nivel de atención. El objetivo fue desarrollar en el alumno habilidades para la atención médica, investigación y educación (Chávez Aguilar, 2005; Varela *et al.*, 2016).

La especialidad de la medicina familiar adopta la perspectiva biopsicosocial en contraposición a la óptica fragmentada de las especialidades convencionales. Busca responder a las enfermedades, siendo las crónico-degenerativas y las comorbilidades un gran desafío de la transición epidemiológica. Estos padecimientos tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias. La medicina familiar, se enfoca en el contexto del paciente, así como atiende su aspecto biomédico. Incluye atender los factores socioeconómicos y culturales de los enfermos. Este tipo de atención es el primer filtro a los servicios institucionalizados. Por lo tanto, la relación médico-paciente en esta especialidad es fundamental para la comprensión de las acciones de intervención, prevención y promoción a la salud.

1.7 La relación médico-paciente

La relación médico-paciente es un tema ampliamente investigado principalmente desde la medicina, aunque también desde otras áreas afines como la psicología, antropología, sociología, historia o filosofía. La misma suele ser planteada frecuentemente desde la comunicación, si bien ambas son enteramente inherentes, no debe perderse de vista que cada una atiende a aspectos singulares. En este apartado, intentaré exponer brevemente un bosquejo de sus particularidades.

Desde los siglos XVI y XVII el doctor ilustrado y racional se enfrentaba al crecimiento de la tecnología médica, pues desde el lanzamiento del estetoscopio ya se advertían cambios importantes en la relación médico-paciente “tradicional”. Se destaca el aumento de confianza del médico sobre los datos recogidos directamente y la obtención de la información sin la participación del paciente. Tales cambios comenzaron a transformar la interacción entre el médico y el enfermo (Pérez, 2015). Al inicio del siglo XVIII, la medicina y la clínica tuvieron cambios sustanciales a lo largo de su desarrollo. La aparición de la clínica fue un hecho histórico, el cambio se identificó cuando la pregunta del médico se sustituyó. En lugar de ¿qué tiene usted por ¿a dónde le duele a usted? Desde esta perspectiva, no sólo se reorganizó el discurso médico sino también el lenguaje sobre la enfermedad (Foucault, 2001). La auscultación inmediata que exigía el contacto físico entre médico y paciente dejó de ser indispensable cuando Laennec (1781-1826) propuso la auscultación mediata (Lifshitz, 2013). Esto impactó en la medicina, de tal forma que se modificó por absoluto la manera en que médico y paciente se relacionaron en la clínica. Mientras inicialmente el médico le preguntaba a la persona enferma sobre sus dolencias, sentir o sensaciones, posteriormente, la aproximación clínica se centró en la enfermedad, órganos y sistemas. La medicina se vio fuertemente marcada, dándose un giro epistémico completamente distinto.

Ya en la segunda mitad del siglo XX ocurrieron otros acontecimientos que también modificaron la relación entre el médico y el paciente. Éstos dependieron de las nuevas concepciones sobre la salud y la enfermedad, particularmente en función de los derechos humanos. En 1973 la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta del Derecho del Paciente², que supone el reconocimiento oficial de su derecho a recibir una información completa sobre su situación clínica y a decidir sobre

² Posteriormente, en 1981 surgió la Declaración de Lisboa sobre los Derechos Humanos del paciente (Lifshitz, 2013)

su atención, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido entre las opciones posibles (Vidal, 2010). Con tal transición, el interés se centró en el paciente y la forma de proceder hacia él, fundamentalmente hacer valer su derecho a la autonomía, la libre elección y a estar informado en cuanto a su problema de salud (Menéndez, 2009).

Con esto surgió la posibilidad de otorgar al paciente un posicionamiento distinto frente al médico, no estar sometido exclusivamente a sus mandatos sino tener la oportunidad de recibir información sobre su estado de salud y con ello decidir sobre las intervenciones planeadas. No obstante, tal hecho no fue necesariamente un proceso automático, ha sido una variación relativamente somera en la relación médico-paciente, debido a que la autonomía forjada en la toma de decisiones de las personas, en parte depende de los modelos de atención y de la ciudadanía moldeada en los distintos sistemas de salud.

Otro suceso que determinó el cambio en la relación médico-paciente fue una de las mayores crisis de la biomedicina a mediados de los 60 y finales de los 70, las críticas destacaron su negación por la subjetividad del enfermo y el incremento de la ineficacia curativa. Inclusive previamente desde la década de los 50, en el plano de la reflexión teórica y académica, la psicología, la sociología y la antropología venían señalando estos cuestionamientos por la necesidad de mejorarla, de hacerla simétrica, de incluir las expectativas, percepciones y referencias socioculturales del paciente, dado que las mismas tienden a ser reducidas por la mayoría de los médicos (Menéndez, 2009).

En la época contemporánea, una de las argumentaciones contundentes de las ciencias sociales y de las humanidades hacia la biomedicina, es el hecho de proceder en nombre de la ciencia experimental sin ser reflexiva de sí misma. Por ejemplo, no refutar sobre el alcance y límite de los avances tecnológicos o la manera arbitraria en que se acerca hacia los enfermos y sus cuerpos, las intervenciones fallidas en los tratamientos, las posibles negligencias o errores médicos, su vinculación con las

farmacéuticas por fines económicos y la desatención de los padecimientos psicosociales o insignificantes porcentualmente en estadística poblacional.

En tales circunstancias, la relación médico-paciente es parte de ese conglomerado de la biomedicina, esta se desestima por ser un asunto que tiene que ver con lo interpersonal, el trato humano, digno y ético. Al igual que por el entendimiento entre personas, la diversidad cultural, las creencias e imaginarios sociales, la subjetividad, las emociones y los sentimientos involucrados durante la práctica clínica en el transcurrir del tiempo. El poder de la ciencia en la medicina es el parámetro para mostrar al mundo el avance y los alcances científicos que se prometen.

Con este razonamiento resulta relevante presentar la perspectiva de otras ciencias y disciplinas interesadas en el tema, pues según el lente desde donde se vea, existirá la posibilidad de una mayor comprensión del abordaje de la relación médico-paciente como objeto de investigación y de análisis. Desde la filosofía, se considera que la relación médico-paciente tiene la finalidad de prestar ayuda, debe ser humanística, afectiva, moral y ética, contemplando a la relación interhumana como fundamental (Infante, 2006). Desde la sociología, el encuentro entre médico y paciente se analiza como un espacio social normado por un conjunto de reglas y valores que acotan y potencian la práctica médica en un contexto clínico (Hamui, *et al.*, 2015). El humanismo médico constituye una corriente antropológica en la que el interés central es el paciente como ser somatopsíquico, sociocultural y ético, toma en consideración al médico como profesional y a la relación establecida de ambos (Vidal, 2010). Además, con la antropología, se observa la necesidad de que el médico deje que el paciente narre su enfermedad y aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas (Menéndez, 2009).

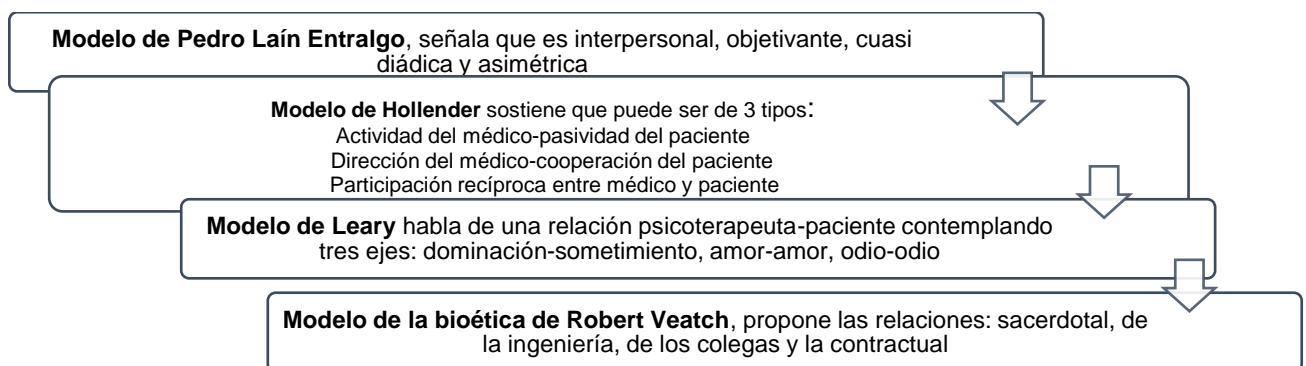
Por su parte, en medicina también existen algunas corrientes que han teorizado de forma humanística la relación médico-paciente. En México, uno de los representantes de este enfoque es Fernando Martínez Cortés (2010), quien postula

que, en ausencia de una genuina relación médico-paciente, es posible que el médico pueda diagnosticar la enfermedad, pero jamás conocerá la manera en cómo la persona vive su problema. Su punto de partida es la doctrina del personalismo, la cual “sostiene el valor superior de la persona frente al individuo, a la cosa, a lo impersonal” (p. 21). El personalismo médico propone conocer, entender y manejar en la práctica terapéutica al paciente, no como cuerpo u organismo biológico sino como persona.

Partiendo de este enfoque, la medicina narrativa ve al paciente como un narrador. La medicina basada en el diálogo se enfoca en una escucha empática, de confianza y respeto. La medicina y el marketing observa las relaciones de agencia y contrato para convencer al usuario. La medicina y la salud pública hablan de una relación de tipo profesional para la gestión de la salud. Y la medicina defensiva aborda la insatisfacción de los pacientes (Vidal, 2010). Toda esta gama de abordajes hace pensar que a partir de la medicina se pueden ver diversas aristas y complejidades que otorgan un contexto y relevancia a lo que representa el estudio de la relación médico-paciente.

A su vez y en virtud de que diversos autores han examinado las relaciones de poder y la subordinación en la relación médico-paciente, esta ha sido presentada con distintos modelos y de múltiples maneras, tal como generalmente suele encasillarse.

Figura 1. Modelos de relación médico-paciente de Laín, Hollender, Leary y Veatch

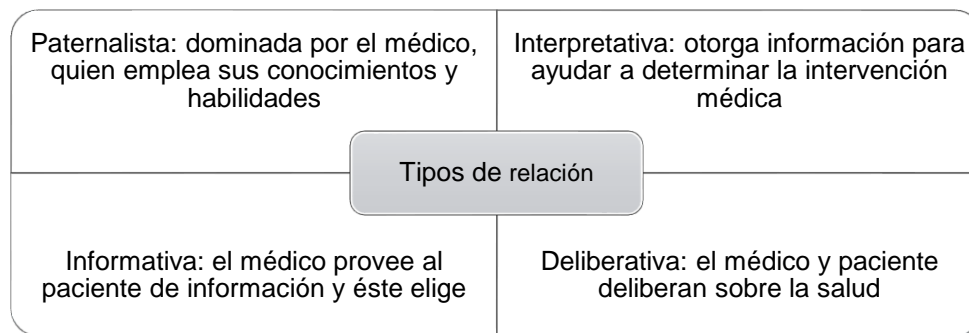


Fuente: adaptado de 1972, citado en Vidal, 2010.

De acuerdo con los modelos propuestos en la figura uno, se observa que cada uno es una interpretación de la relación médico-paciente. En conjunto son una tipología que apunta a lo asimétrico, es decir, una relación dependiente el uno del otro, despersonalizada, sin diálogo, centrada en lo objetivo, directiva de parte del médico y pasiva de parte del paciente, de dominación y sometimiento, incluso análoga a una relación religiosa y de contrato. Estos modelos resultan estáticos y unidireccionales.

Tal como se describe en la figura dos, los tipos de relación médico-paciente son opciones de lo que debería existir, siendo esto lo esperado. Según la propuesta, el rol fundamentalmente está centrado en el médico más que en el paciente. El profesional de la salud es el proveedor y el paciente únicamente el receptor, dependiente de la intervención médica.

Figura 2. Tipos de relación médico-paciente

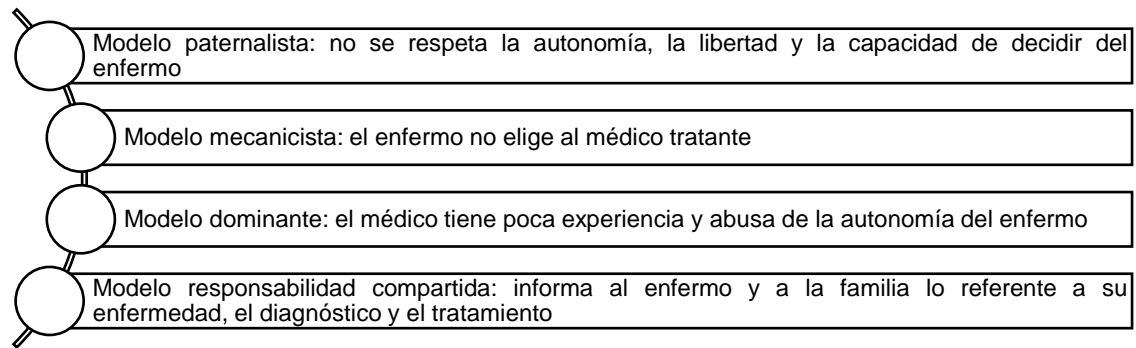


Fuente: adaptado de Ezekiel y Linda Emanuel 1992, citado en Hamui, 2013.

En la figura tres se aprecia que la mayoría de los modelos con excepción de uno, hacen referencia a la autoridad y disposición del médico por encima del paciente. En estos modelos no se respeta el libre albedrío para la toma de decisiones, no se da opción de elegir, se abusa y desestima la autonomía de la persona enferma. Únicamente un modelo asume la responsabilidad de compartir al paciente y a la familia la información sobre la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento. Con estos modelos se redunda el papel protagónico del gremio médico por encima del enfermo,

lo cual hace pensar, que los referentes de la medicina presentados hasta el momento no son dinámicos ni iterativos sino simétricos, es decir, predomina el poder médico.

Figura 3. Modelos paternalista, mecanicista, dominante y de responsabilidad compartida



Fuente: adaptado de Arrubarrena, 2011.

A diferencia de las tipificaciones previas, con el modelo presentado en seguida, se ve un antagonismo entre las dos partes, aunque en términos generales se reitera nuevamente la subordinación del paciente frente al médico (Lifshitz, 2013, p.6).

- Hipocrático (paternalismo benevolente-paternalismo autoritario)
- Contractual (usuario-prestador)
- Legalista (cliente-profesional)
- Económico (consumidor-proveedor)
- Ingenieril (lego-científico)
- Colegial o de asociación (colega-colega)
- Consensual (acuerdos convencionales)

De manera general, todos los modelos expuestos aquí aluden a una representación social de lo que debería ser la relación médico-paciente, pareciera que esta puede estandarizarse, ser lineal y sin posibilidad de ajustarse según la trayectoria formativa, profesional, laboral o la identidad personal del médico, así como la experiencia y dimensión sociocultural del paciente. En la medida en que se singularicen las relaciones estas serán más reales según las circunstancias dadas. Pues no en todas habrá paternalismo, contratos, defensa legal, ganancia económica, científicidad, asociación y consenso.

Como ya se ha visto, uno de los modelos más emblemáticos es el tradicional Hipocrático que incluye tanto al paternalismo benevolente como al autoritario (Lifshitz, 2013). Con relación a la teoría de la comunicación se señala que los integrantes de una relación pueden guardar posturas simétricas o complementarias. En ese tenor, en el tema que aquí nos convoca, esto se ha confirmado con los modelos expuestos, el médico generalmente asume una posición de autoridad y el paciente de subordinado, es decir, una relación complementaria (Velasco & Molina, 2013). En parte esto se debe a lo señalado previamente, como fue el nacimiento de la clínica, el cientificismo de la biomedicina y su práctica eficaz. De ahí que haya interés en lo mediato más que en la expresión subjetiva de la enfermedad, la cual requiere mayor tiempo para su comprensión. Un modelo determinante como el hipocrático hace que la mayor parte de la palabra la tenga el médico. Por otro lado, el peso del conocimiento en la medicina es sobrevalorado, por lo que el paciente se ve limitado a contradecirlo o cuestionarlo, más bien se acatan indicaciones.

Hasta aquí se han expuesto los modelos que en cierta medida clasifican las relaciones existentes entre médico y paciente. Después de esta revisión, se asume que los modelos convencionales de la medicina son limitados para los fines de la presente investigación, ya que más que explorar las relaciones subalternas de los pacientes frente a los médicos, se busca contextualizar las condiciones institucionales del encuentro clínico. Así como reconstruir temporalmente la relación y la comunicación generada entre médico y paciente, especialmente desde la cronicidad de la enfermedad. De este modo, se puso atención a otros modelos que situaran en escena no solo a los sujetos partícipes sino también al contexto en el que se ubican.

En este sentido, otro tipo de modelos apuntan hacia la interposición de terceros entre médico y paciente, y con ello, la generación de diferentes tipos de relaciones como (Lifshitz, 2013):

1. Relación médico-máquina-paciente
2. Relación médico-institución-paciente

3. Relación médico-administración-paciente
4. Relación médico-leyes/normas-paciente

En la relación médico-máquina-paciente, es recurrente encontrar que el propio médico, ante la pérdida de su rol en la relación con el paciente y, en ocasiones, su falta de autoridad, él pone su mirada en la tecnología como una forma de recuperar el crédito. Con el avance de la ciencia y la tecnología el acto médico empieza a depender, en gran parte, del uso de métodos más eficaces para el diagnóstico y tratamiento (Gómez, 1989; Arrubarrena, 2011; Velasco & Molina 2013 y Pérez, 2015). Aunque para los fines del estudio, este tipo de relación no fue central, es relevante destacar el impacto que la tecnología puede tener en la intervención clínica, según la enfermedad, la especialidad médica, el costo, el acceso, la eficacia y el nivel de atención.

La relación médico-institución-paciente, destaca que el médico es identificado como prestador de servicios y el paciente como usuario. Este enfoque considera que se responde a las necesidades de un mercado, donde el paciente ha adquirido conductas de consumidor, experto en sus enfermedades; en tanto que muchos médicos se han convertido en trabajadores de la salud y procesadores de instrucciones institucionales (Lifshitz, 2013). El estudio al realizarse en una institución de seguridad social prestó atención a este tipo de relación debido a que no es lo mismo ser un paciente del IMSS que del ISSSTE. Los derechos y obligaciones son distintos. Tan solo el nivel de escolaridad de los pacientes o las posibilidades de buscar consulta en los horarios establecidos son disímiles, por lo que el establecimiento de la relación con los médicos puede ser diferente. Además, de todo lo que implica la organización institucional y el papel de los profesionales según la institución en la que se labora. Esto fue un punto central en el trabajo.

En la relación médico-administración-paciente, el médico se coloca cada vez más detrás de sus papeles, recetas, pantallas, gráficos y aparatos, mientras que su relación con el paciente se hace poco a poco cada vez más extraña (Gómez, 1989).

Lo que impera es el control de una agenda administrativa por cumplir. Este tipo de relación fue nodal en la investigación para ser observada. La gestión y la administración marcó la orientación en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS; asimismo, la actuación del personal de salud en los procesos de atención médica. Se exploró lo concerniente al llenado del expediente clínico, a los formatos de las incapacidades laborales, la innovación del programa que agilizaba la demora en la espera a la consulta, entre otros aspectos.

En la relación médico-leyes/normas-paciente, estas rigen la relación y dependen del profesional de la salud y de la institución en la que desempeña su tarea (Vidal, 2010). Igualmente, la relación concerniente a las normas orientó este estudio, dado que desde un inicio se incumbió en la inclusión de reglas que dieran pauta al campo al cual se pertenecía. Lo cual depende de la posición otorgada como trabajadores y de los capitales adquiridos.

En suma, la producción de nuevas relaciones médico-paciente ponen atención al contexto en el que se colocan los partícipes. Dentro de la corriente que analiza las fuentes de conflicto de la relación médico-paciente, Bloor y Horobin han propuesto que las expectativas de pacientes y médicos en interrelación están determinadas por otros factores del ambiente. Tales como la ubicación y las características del lugar donde ocurren la consulta y la alta burocratización. Los espacios privados, entre otros, influyen en la naturaleza de la interacción social. La consideración de la relación médico-paciente según los ambientes y contextos, es hoy en día de suma importancia (citado en Infante, 2006). A diferencia de otras investigaciones que conciben someramente el entorno en el que se suscita la clínica, los encuentros, las relaciones, la comunicación o los conflictos. Aquí se tuvo inclinación a ese terreno que incluye el ambiente social y laboral y a las particularidades de la población atendida. Inclusive, la revisión bibliográfica llevó a identificar, y al mismo tiempo a comprender que, la relación médico-paciente no puede ser ajena al contexto en que se desarrolla. De ahí el interés de esta investigación por profundizar en una relación más compleja que,

tiene implicados a más sujetos y aspectos afines a la institución, a la diligencia y a la acción social de sus trabajadores.

1.8 La comunicación en la relación médico-paciente

El paciente idealiza al médico para comunicarse con él, debido a que como enfermo le querrá expresar sus molestias con la expectativa de que lo escuche y le resuelva su problema de salud o inquietudes. En la literatura se comenta lo que se espera de los médicos para desarrollar habilidades y llevar a cabo las mejores estrategias comunicativas hacia los pacientes. Sin embargo, los contenidos curriculares en la carrera de medicina regularmente no abordan estos temas. Así, los médicos por lo general egresan de las diversas escuelas con escasa preparación sobre las estrategias comunicacionales (Vidal, 2010; Lifshitz, 2013; Villa & Grijalba, 2013 y Avendaño, 2015). Durante la carrera, el estudiante aprende que el objeto de la medicina es únicamente el enfermo y su cuerpo, no la manera de comunicarse con él. La comunicación no es contemplada en la práctica profesional como una prioridad de la clínica.

Micu y Cortés (2015), señalan que desde la década de los 60, la enseñanza de las habilidades de comunicación en medicina ha tenido un desarrollo relativamente corto. En Inglaterra, Estados Unidos y Canadá inician este abordaje sólo en algunas de sus escuelas, cuando se incluye las denominadas competencias. Es entonces cuando se amplía la discusión a nivel internacional y se definen las bases conceptuales y metodológicas de la enseñanza y la evaluación de la comunicación en salud.

Con la Declaración de Consenso de Toronto, se incrementó el interés por enseñar y evaluar las habilidades de comunicación (Simpson *et al.*, 1991). En el Consenso Europeo de 2012, se plantearon diez recomendaciones para el currículo, bajo tres categorías principales: aspectos claves de comunicación enfocados a la construcción de la relación e intercambio de información con pacientes, habilidades

observables, técnicas de comunicación, y tareas especiales de comunicación enfocadas a situaciones. Así como la comunicación en equipo (citado en Hamui, *et al.*, 2015).

Para comprender qué es la comunicación y cómo debe ser entendida propiamente en el acto clínico, resulta útil la teoría de la comunicación humana de los autores Watzlawick, Beavin y Jackson. Ellos proponen, específicamente en la terapia familiar, que la comunicación tiene como principios básicos que “toda conducta es comunicación” y “que no es posible no comunicar”. Esta propuesta señala que existen dos tipos de comunicación, la verbal y no verbal. La primera es todo aquello que se dice o escribe y la segunda se refiere al “cómo se dice” (citado en Velasco & Molina, 2013, p. 29). Con esto, la comunicación se amplía según su forma de expresión. Por ser diferenciada, se intenta descifrar qué se comunica y cómo, inclusive al existir diversos códigos que pueden ser de orden cultural, complejizando aún más el acto comunicativo.

De acuerdo con Rodríguez Collar *et al.*, (2009), “la comunicación es un proceso complejo, de carácter material y espiritual, social e interpersonal que posibilita el intercambio de información, interacción y la influencia en el comportamiento humano, a partir de la capacidad simbólica del hombre” (p.80). Así, dentro de la comunicación existen diferentes elementos que la hacen particular, su complejidad y la propiedad explícita e implícita que contiene. Al llevarse a cabo entre dos o más personas se genera una interacción de tipo social, con ella se intercambia información y en su dimensión más amplia tiene un efecto sobre el comportamiento.

La información otorgada durante la relación médico-paciente se lleva a cabo en el marco de un vínculo constituido por una interacción dinámica entre personas, quienes se encuentran por un objetivo particular: la enfermedad y la salud (Vargas & Casillas, 2008 y Vidal, 2010). La consulta médica resulta ser el lugar donde dos extraños se encuentran en un entorno confidencial y privado, en el cual se crea un vínculo intenso y notable donde existe un propósito terapéutico (Rossi, 2014). Se

entiende entonces que la información particularmente durante la relación médico-paciente es intercambiada mediante ese proceso interactivo y, por lo tanto, esa información es al mismo tiempo la propia comunicación. De esta manera, informar y comunicar son dos elementos complementarios (Vidal, 2010).

De la interacción surge un tipo de comunicación específica, la interpersonal. Ésta es diferente del resto porque es efectuada entre actores individuales que intercambian contenidos subjetivos personales (Guillén, 2011). En el encuentro clínico resulta fundamental la comunicación interpersonal porque puede ser un puente entre médico y paciente que, de lograrse, permitiría disposición de ambas partes para compartir su sentir, frustración, límites y logros. Es decir, reconocerse según sus necesidades. Si el médico identifica que la comunicación interpersonal es un medio social, podría generar una interacción singular con el paciente y no sólo curar su enfermedad. Aunado a ello, la escucha atenta es relevante debido a que manifiesta un verdadero interés por la otra persona, por su punto de vista, sus expresiones, comportamiento y sentimientos (Pazuela, 2012, citado en De las Heras, 2017).

Según Guillén (2011), la comunicación médico-paciente es afín a la habilidad de expresión que incluye el lenguaje verbal y no verbal. La habilidad de observación contempla a la escucha atenta y a la percepción de ánimo, en cambio, la habilidad de empatía considera al otro para tener un acercamiento afectivo.

Emplear las habilidades comunicacionales conlleva el propósito de potenciarlas para que el médico las practique o domine y de esa manera conozca mejor al paciente. Sin embargo, aunque son viables como estrategias, las habilidades lejos de considerarse como una práctica habituada tendrían que contemplar que cada paciente y situación es distinta en la clínica.

Al igual que las habilidades, también se sugiere utilizar guías para realizar entrevistas clínicas y mejorar la comunicación. La guía de Calgary-Cambridge (Guía

CC)3 y la española CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar), se han implementado para sistematizar, ordenar y lograr una entrevista práctica. Su objetivo es centrarse en el paciente y en los diferentes momentos de la entrevista (citado en Micu & Cortés, 2015, p. 128). Si bien este tipo de guías son consideradas instrumentos flexibles, se preocupan demasiado de la estructura y sistematización de la información obtenida. De ser así, se pierde de vista el interés hacia el otro. En otras palabras, al paciente entrevistado, se le debe hacer sentir que lo que está contando y relatando es valioso e importante. Si esto se considera en la entrevista clínica, entonces se convierte en propositiva, pues además del contenido, el sujeto que proporciona la información es respetado.

Parece pues fundamental, a tenor de lo que antecede, que el médico particularmente reconsidere los elementos comunicacionales en la entrevista clínica, valorando la subjetividad del paciente y utilizando estrategias, sobre todo en lo que se refiere a las cualidades de la escucha activa (De las Heras, en 2017).

Hamui *et al.*, (2015), proponen sustentar la comunicación utilizando un modelo pedagógico tridimensional: biomédico, emocional y de identidad cultural. La dimensión biomédica resalta la influencia directa de la comunicación sobre el interrogatorio para integrar diagnósticos certeros y asesoramiento para la atención terapéutica y preventiva. La dimensión emocional enfatiza el involucramiento de los participantes durante la relación y la respuesta empática con inteligencia emocional. La dimensión identitaria cultural encausa la comprensión de la historia de vida del paciente, su recorrido y proyecto de vida antes y después de la enfermedad. Aquí se destaca que la comunicación como medio entre el médico y el paciente, pretende realizar un abordaje múltiple con la intención de acercarse y conocer al enfermo no sólo desde la

³ La Guía CC, otorga el desarrollo sistemático de las habilidades comunicacionales y sirve como base para ofrecer un “feedback” estructurado y específico en lugar de una retroalimentación al azar. Más que una norma rígida, constituye una guía con considerable flexibilidad (Moore, *et al.*, 2010).

parte biológica sino también desde la emocional y sociocultural. Se requiere de un interés mutuo, intercambio y reciprocidad dialógica.

Tanto las destrezas comunicacionales como la entrevista clínica son fundamentales para una comunicación efectiva que influye en la recuperación del paciente, el control del dolor, el funcionamiento psicosocial, la capacidad diagnóstica, la toma de decisiones y la adherencia al tratamiento (Moore, *et al.*, 2010; Vidal, 2010). Por comunicación efectiva se entiende aquello que genera algo positivo en el paciente, esto en función de que el profesional esté interesado en lo que le expresa, considerarlo y tomarlo en cuenta para generar un efecto sobre su ánimo y en la elección de seguir el tratamiento. Tener una comunicación inefectiva, implicaría falta de bienestar, recuperación y complacencia de parte del paciente.

Kurtz describe la comunicación efectiva en cinco principios básicos (2002, citado en Moore, *et al.*, 2010).

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa
2. Reduce la incertidumbre innecesaria
3. Requiere planificación en términos de logros requeridos
4. Demuestra dinamismo
5. Sigue el modelo helicoidal más que un modelo lineal

Por ello, la comunicación efectiva colabora para la interacción y dinamismo entre médico y paciente, esto significa que no es directiva y restrictiva, más bien, la consulta médica se planifica para generar mayor certidumbre.

Consecuentemente, la comunicación es el componente más importante en la calidad de la relación médico-paciente, que de no tenerse en cuenta constituye un factor determinante en las quejas médicas (Infante, 2006). Sobre este problema, distintos estudios han demostrado que los problemas de comunicación se relacionan con problemas y errores médicos. En países como Inglaterra se ha reportado que más del 80% de los errores médicos están relacionados con falta de comunicación o es inadecuada (Bachmann *et al.*, citado en Micu & Cortés, 2015). En México, la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) desde su creación en 1996, ha reportado que la mayor parte de los problemas y controversias atendidos pudieron prevenirse si hubiera existido una adecuada comunicación médico-paciente (Micu & Cortés, 2015).

Finalmente, para que un profesional de la salud sea competente en el tema de la comunicación médico-paciente, no es suficiente haber desarrollado las actitudes, habilidades y destrezas que se requieren, sino que es imprescindible que las mismas se fundamenten en una concepción o teoría. De esta manera, la comunicación en la relación médico-paciente se caracteriza por ser un proceso dinámico y cambiante en el que existe influencia recíproca entre los involucrados y cuyos componentes pueden ser agrupados en dimensiones, con el fin de poder analizar las acciones e interacciones que se ponen en marcha en este encuentro (Vidal, 2010).

La propuesta de Vidal sugiere plantear las cuatro dimensiones de la comunicación en la relación médico-paciente, las cuales se identifican a través de: ¿qué y cómo se comunica?, ¿con qué rol se juega?, ¿cuáles son los comportamientos afectivos? y ¿cuál es el contexto en el que se lleva a cabo?

1. Contenido: Se refiere al lenguaje, a la comunicación verbal y no verbal
2. Relaciones: se refiere a las actitudes y conductas que dependen del rol
3. Interacciones: se refiere a las actitudes y conductas afectivas
4. Contexto: Se refiere a las actitudes y conductas que dependen del ámbito

Sin ser menos importantes las tres primeras dimensiones, durante el encuentro clínico, la dimensión de contexto merece especial atención en el presente estudio, debido a que los escenarios en que se generan los actos comunicativos de médicos y pacientes son minimizados o se mencionan someramente.

Esta dimensión resalta que una relación contextual no deja de ser parte fundamental de la comunicación, donde el contexto está representado por las características físicas y las normativas del ambiente en que se tiene lugar la interacción entre el profesional de la salud y el enfermo. Aquí las características ambientales pueden favorecer o no un encuentro tranquilo, sereno y calmado (Vidal,

2010). Otros autores como Guillén (2011), refieren que los factores externos de la comunicación pueden influir en la interacción con el equipo de salud, siendo la gran mayoría manifestados por ruidos externos, interrupción en la consulta, falta de privacidad e incluso presencia de personal ajeno a la consulta médica.

Al contemplar la dimensión del contexto en el debate de la comunicación y al mismo tiempo en la relación médico-paciente, esta investigación antropológica contribuiría a un aspecto poco explorado, ya que, si bien ha sido estudiado, no ha sido profundizado en el campo de la medicina y las ciencias sociales.

1.9 La investigación sobre la relación y la comunicación médico-paciente

Este apartado, es el resultado de la revisión, el análisis y la síntesis de diversas investigaciones acerca de la relación médico-paciente, con especial énfasis en la comunicación. El tema se ha aproximado desde distintas disciplinas. Se consultaron documentos elaborados desde la medicina, la psicología, la sociología y la antropología. Emplearon metodología cualitativa, cuantitativa y mixta. Adicionalmente, se consultaron búsquedas sistemáticas sobre el tema. Los estudios se orientaron en las experiencias vividas, externadas por pacientes y médicos y, en algunos casos, se incluyó la opinión de familiares y cuidadores. Se observó el lenguaje verbal y no verbal dentro y fuera de las consultas. También se analizaron las limitaciones institucionales y culturales. Estas investigaciones se llevaron a cabo en países como Estados Unidos, Reino Unido, China, Malasia, Países Bajos, Polonia, Francia, Cuba, Perú, Rusia y México. La bibliografía consultada acerca de la comunicación médico-paciente abarcó distintos padecimientos. Se incluyeron cáncer, fibromialgia, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), síntomas físicos sin explicación médica, discapacidad intelectual, salud mental y vejiga hiperactiva. Algunas investigaciones abordaron el tema con enfoque de género para comprender y enfatizar las particularidades de la relación de médicas y médicos con mujeres que padecieron cáncer de mama o vejiga hiperactiva.

Los autores de los artículos coincidieron en que la comunicación médico-paciente es un elemento determinante que afecta significativamente la relación. La temática tiene distintos niveles de complejidad y comprende aspectos relacionados con el fenómeno salud-enfermedad. Los hallazgos de las investigaciones documentaron que los tratamientos médicos fueron más efectivos cuando se lograron mejores niveles de comunicación entre el médico y el paciente. Además, la confianza del paciente hacia su médico y su tratamiento aumentaba. Los pacientes también lograron disminuir la ansiedad asociada a su padecimiento.

La comunicación óptima contribuye a que los servicios incrementen su efectividad y su eficiencia al reducir malentendidos entre médicos y pacientes. Se brinda mejor atención, disminuyen las complicaciones y los pacientes adquieren la capacidad de comprender mejor sus padecimientos. En consecuencia, los pacientes toman decisiones más acertadas con respecto a su salud. De esta forma, se establecen relaciones recíprocas entre médicos y pacientes, la información se comparte y las soluciones se pueden adoptar en equipo.

1.9.1 Información otorgada del médico hacia el paciente y el derecho a decidir

Diversos estudios revelan que los pacientes tienen derecho a la verdad sobre su enfermedad por lo que se les debe brindar orientación médica suficiente y clara. Su libertad y autonomía están íntimamente relacionadas con el hecho de que conozcan acerca de los métodos de diagnóstico y tratamiento para tomar decisiones sobre su vida y salud. Negar estos derechos pueden implicar un abuso. Por estas razones, la información completa acerca de la salud del paciente es imprescindible en la relación con su médico (Hebanoski *et al.*, 1994; Bernatek-Zagula, 2008 y Nesterowicz, 2005 citados en Pacian *et al.*, 2014).

Lo anterior concuerda con un estudio acerca de los problemas psicológicos en pacientes tratados en hospitales. Este fue realizado en 1960 por la Asociación Escocesa de Salud Mental. Ahí se mostró que las causas más importantes de los

estados mentales precarios de los pacientes (incluyendo la depresión y el desánimo), se debían a su desconocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento, el diagnóstico y el tiempo requeridos para su recuperación plena (Swirydowicz, 2000, citado en Pacian *et al.*, 2014).

En un estudio realizado con 120 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en la ciudad de Lublin, Polonia, se encontró que el 93% refirió que se debe notificar a los pacientes sobre su condición y pronóstico de salud, así como tener la expectativa de que el médico les explique los aspectos básicos del tratamiento. El 85% señaló que esperaba recibir retroalimentación sobre el curso de su padecimiento. El 89% expresó su expectativa de conocer los probables efectos secundarios de su enfermedad. En contraste, el 62% de las pacientes reportaron estar satisfechas con la confiabilidad de la orientación recibida sobre los efectos secundarios de los medicamentos utilizados. Solo el 48% de las participantes consideraron que la información recibida acerca del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico por parte del equipo médico fue exhaustiva y clara (Pacian *et al.*, 2014).

En contraste, en un estudio realizado en México, se entrevistó a familiares y cuidadores de pacientes con cáncer terminal para conocer su experiencia en cuanto a la información proporcionada por el médico y la toma de decisiones para aliviar el sufrimiento. Se encontró que la orientación proporcionada acerca de la condición de salud y su pronóstico fue nula o incompleta. En ocasiones, se omitió hablar acerca del progreso de la enfermedad; otras veces, se exaltaron los síntomas y se evitó abordar el tema de la muerte de los pacientes. Asimismo, se brindó información alentadora para proteger al paciente y a sus familiares de las malas noticias. Se concluyó que existe la necesidad de capacitar a los médicos y al mismo tiempo contar con un profesional de salud mental para manejar las emociones y así responder a situaciones relacionadas con la muerte. Estas circunstancias resultaron delicadas, pues se impedía a los pacientes y a sus familias tomar decisiones acordes a su situación de salud real, lo cual incluye asuntos jurídicos, laborales, familiares y personales. Todo

lo anterior ilustra la importancia de la comunicación médico-paciente. Comunicar la verdad cuando se trata de malas noticias requiere de inteligencia emocional y sensibilidad para que el médico brinde acompañamiento (Universidad de Chile, s.f., citado por Ordóñez & Monroy, 2021).

De esta manera, la comunicación favorece la atención a la salud y se establecen las bases para que los pacientes ejerzan el derecho de recibir la información adecuada y con base a ello, tomar la mejor decisión. Otro estudio concluye que en la medida en que el paciente tenga mayor confianza hacia su médico y participe activamente en la consulta, será menor el nivel de enfermedad, mejorará la salud general y tendrá mayor satisfacción (Georgopoulou *et al.*, 2018). Al mismo tiempo, deben adoptarse medidas a nivel interpersonal e institucional para mejorar la comunicación médico-paciente. Se requiere desarrollar habilidades personales y profesionales de comunicación para promover el entendimiento mutuo (Tu *et al.*, 2019).

1.9.2 La comunicación médico-paciente y su impacto en los pacientes

Una revisión bibliográfica buscó identificar cuáles eran los elementos de la comunicación médico-paciente que afectaban la eficacia de los tratamientos. Se consideró a médicos especialistas no psiquiátricos y a sus pacientes con síntomas físicos sin explicación médica. Estos fueron dolor pélvico crónico, convulsiones no epilépticas y los síndromes de fatiga crónica, colon irritable, dolor crónico y fibromialgia. Se concluyó que es importante que los especialistas perciban correctamente las expectativas de los pacientes en cuanto a la atención médica. Lo anterior permite a los médicos explicar adecuadamente los síntomas, ayudando a comprender su situación, contribuyendo a reducir su ansiedad y mejorando su satisfacción en cuanto a su tratamiento (Dowrick *et al.*, 2004; Fassaert *et al.*, 2008; Kappen *et al.*, 2008; Salmon *et al.*, 1999; Thomas *et al.*, 1987 citados en Weiland *et al.* 2012). Por otro lado, se encontró que una herramienta efectiva en la comunicación

médico-paciente fue el uso de folletos con información pertinente del padecimiento para establecer el diálogo sobre los síntomas físicos (Hall-Patch *et al.*, 2010 citado en Weiland *et al.* 2012). Asimismo, la confianza de los pacientes hacia la atención se incrementa cuando se les orienta acerca de la pertinencia y el significado de los estudios antes de realizárselos (Petrie *et al.*, 2007 citado en Weiland *et al.* 2012). Retroalimentar al paciente contribuye a reducir el uso de los servicios médicos, así como las quejas a largo plazo (Collins *et al.*, 2009; Stones *et al.*, 2006; Owens *et al.*, 1995 citados en Weiland *et al.* 2012). Igualmente, también existe evidencia acerca del efecto placebo que puede generar en los pacientes la atención y los cuidados por parte de sus médicos (Menéndez 2020, citado en Ordóñez & Monroy, 2021).

En este tenor, los pacientes tienen la sensación de no ser tomados en cuenta cuando el personal médico no puede explicarles las causas de sus síntomas persistentes. Sin embargo, un estudio reveló que los médicos expresaron no tener posibilidades de llegar a un acuerdo con los pacientes sobre el problema a tratar (Salmon, 2007, citado en Weiland *et al.* 2012).

Otro estudio destacó que la calidad de la comunicación médico-paciente afecta la adherencia al tratamiento. A mayor confianza por parte del paciente hacia el médico, mayores niveles de adherencia a la prescripción (Thom, 2001; Zolnieriek, 2009; García-González, 2008; citados en Georgopoulou *et al.*, 2018). Cuando prevalece el *rapport* y la empatía también se favorece a los pacientes para que adopten hábitos saludables y así disminuyan riesgos en su salud (Jones, 2012, citado en Georgopoulou *et al.*, 2018). Otra investigación determinó que el inicio de la consulta médica es uno de los momentos críticos para establecer confianza y *rapport* que contribuye a lograr mejores experiencias en el cuidado de la salud. Esto se debe a que se alivia el estrés y se facilita el involucramiento de los pacientes en cuanto a las decisiones de su tratamiento (Dean *et al.*, 2014; Thorne *et al.*, 2005; Shepherd, *et al.*, 2008 citados en Dang *et al.*, 2017). También influye en el comportamiento del paciente

tomar medicamentos según la prescripción y regresar a otras consultas médicas (VA Center for Innovation, 2016; Dang, *et al.*, 2016 citados en Dang *et al.*, 2017).

Otro estudio llevado a cabo en Francia buscó comprender la experiencia de la medicación de los pacientes con fibromialgia. Se tomó en cuenta la negociación con los médicos acerca del tratamiento en ausencia de puntos explícitos para tratar el padecimiento. Se tuvo una búsqueda fallida de un tratamiento efectivo para el dolor y hubo una sensación de rechazo de los pacientes que querían validación y reconocimiento. Al desarrollar un modelo de colaboración con los médicos, se logró que los pacientes manejaran su propia enfermedad a través de los ajustes a los medicamentos. Así se identificaron los tratamientos efectivos para paliar el dolor (Durif-Bruckert *et al.*, 2015). Finalmente, un estudio mostró que la relación interpersonal y la comunicación son desagradables cuando el tratamiento no funciona (Torres *et al.*, 2004).

1.9.3 Expectativas de los pacientes sobre la relación con sus médicos

En una investigación se entrevistó a 21 pacientes con VIH en Estados Unidos, se identificaron elementos para lograr confianza y *rapport* desde el inicio de la relación con sus médicos. Se encontró que los pacientes propusieron cinco acciones que el personal médico podía adoptar:

- 1) Brindarles consuelo
- 2) Decirles que está bien preguntar
- 3) Mostrarles los resultados de los estudios y explicar su significado
- 4) Tener una conducta y utilizar lenguaje sin criticar
- 5) Preguntar acerca de sus preferencias y de los objetivos de los tratamientos

Todo esto tendría el potencial de atender la ansiedad de los pacientes en su vulnerabilidad y, por lo tanto, mejorar la experiencia general de los servicios de salud (Dang *et al.*, 2017).

Por otro lado, en los Países Bajos se realizó un estudio para determinar hasta qué punto los criterios para la comunicación de los médicos generales o familiares responden a las preferencias de los pacientes con discapacidad intelectual. Se utilizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas dirigidos a los pacientes y sus acompañantes. Ellos expresaron ocho preferencias en la comunicación con sus médicos:

1. El médico debe permitir que se le comunique acerca de los síntomas
2. El médico debe preguntar acerca de los síntomas
3. El médico debe escuchar cuidadosamente
4. El médico debe tomar en serio al paciente
5. El médico debe tomar el tiempo necesario para la consulta
6. El médico debe mostrar consideración por las preferencias
7. El médico debe explicar antes de comenzar una exploración física
8. El médico debe solicitar permiso antes de hablar con el acompañante

Atender estas propuestas puede propiciar el ejercicio de la autonomía de los pacientes, lo cual puede mejorar el cuidado de su salud, (Wullink *et al.*, 2009).

Otra investigación realizada en México comparó el punto de vista de médicos y pacientes para lograr una mejor comunicación entre ellos. Ambos grupos coincidieron en aspirar a una relación de confianza. Se encontró que el proceso de negociación se facilita utilizando lenguajes accesibles. Los médicos valoran positivamente a sus pacientes y se relacionan mejor con ellos cuando siguen las indicaciones, están bien informados y cuentan con apoyo de sus familias. A su vez, los pacientes valoran positivamente a sus médicos cuando entablan una cercanía personal, les hablan en lenguaje comprensible y proporcionan atención adicional. En oposición, los médicos valoran negativamente a sus pacientes cuando no están bien informados, tienen malos hábitos, carecen de constancia en la atención a su salud y no tienen apoyo

familiar. Por su parte, los pacientes evalúan negativamente a sus médicos cuando proporcionan atención mecánica y parcial (Torres *et al.*, 2004).

1.9.4 Perspectiva de género en la relación médico-paciente

El género también cobra particular importancia en el campo de la salud. Las experiencias particulares de las mujeres y de los hombres suelen ser temas en especial sensibles porque frecuentemente tocan la identidad de la persona. La perspectiva de género contribuye a revelar y comprender múltiples complejidades en las relaciones humanas.

En distintos estudios donde se abordan las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones en su salud, se reportó que las médicas tienen mayor tendencia a comunicarse explícitamente acerca de los diagnósticos y los tratamientos con sus pacientes y sus familiares (Shin *et al.*, 2015; Goos *et al.*, 2008; Lofer-Stastka *et al.*, 2016 citados en Lazcano-Ponce *et al.*, 2020).

En una investigación acerca de mujeres con vejiga hiperactiva en Hong Kong, se ejemplifica claramente la importancia de incorporar el enfoque de género en la relación médico-paciente. En este caso, las pacientes acuden a consulta con médicos urólogos hombres, pues en esta especialidad escasean las mujeres. El estudio realizó entrevistas semiestructuradas a las pacientes respecto a la comunicación con sus médicos. Ellas reportaron que las experiencias fueron desagradables, prevalecieron los sentimientos de vergüenza, la incomprensión y la sensación de no ser tomadas en serio. También consideraron que se les negó la autonomía para elegir su tratamiento y que los médicos carecían de empatía hacia su padecer. En este caso prevaleció la asimetría de poder, y los valores socioculturales exacerbaban la justificación de la dominación masculina sobre las mujeres (Siu, 2015). En otras investigaciones, se encontró que cuando médicos y pacientes son del mismo género, existe mejor comunicación y satisfacción en los tratamientos, especialmente cuando se trata de temas sensibles (Waller, 1988; Fennema *et al.*, 1990 citados en Siu, 2015).

1.9.5 Dificultades y alcances en la comunicación médico-paciente

Una investigación donde se observó a médicos, estudiantes y pacientes se documentó que en la consulta se excluía a los pacientes. Esto sucedió especialmente durante las exploraciones físicas. Los médicos y los estudiantes hablaban acerca del paciente, pero no se dirigían a él. Utilizaron lenguaje especializado, donde el paciente no era partícipe de la conversación. Estas prácticas refuerzan el paradigma centrado en el médico y se anula la oportunidad de enseñar a los estudiantes los elementos clave de una relación médico-paciente incluyente. En estos escenarios, los estudiantes de medicina comienzan a recibir el mensaje de que el paciente se convierte en un objeto de enseñanza (Elsey *et al.*, 2017). Otro estudio llevado a cabo en Perú hizo una encuesta a médicos para preguntar acerca de su formación. Ellos consideraron que como personal médico debían formarse humanísticamente. Señalaron que se les educa para tratar enfermedades, cuando debieran desarrollar habilidades para tratar pacientes (Sogi *et al.*, 2007).

En un hospital en China, se llevó a cabo una investigación para caracterizar la comunicación de pacientes con sus médicos en un hospital oncológico. Se observaron las consultas para determinar la estructura, el estilo y el enfoque de dicha comunicación. La conversación era estructurada, dominada por el médico y con enfoque hacia la tecnología. Esto sugiere una desigualdad de poder entre los médicos y los pacientes. En gran medida, esta situación la propicia el entorno institucional de los hospitales chinos (Tu *et al.*, 2019). Mientras tanto, en Cuba se realizó un estudio con encuestas dirigidas a los médicos para determinar las barreras que afectaban la comunicación médico-paciente. Los médicos identificaron que por la utilización de lenguaje técnico e imposición de criterios especializados enfrentaban obstáculos para entablar un diálogo mutuo y participativo. También señalaron que enfrentaban las constantes interrupciones provocadas por ruidos en el ambiente (Almarales, 2003).

En México se realizó un estudio etnográfico en instituciones públicas y privadas, se observó a médicos y a pacientes con fibromialgia y se les entrevistó

después de la consulta. Se encontró que en el hospital público prevaleció la práctica centrada en el médico, el reduccionismo y el paternalismo. En contraste, en la práctica privada, se detectó el modelo centrado en el paciente, que implicó la comunicación personal amistosa, trato igualitario, negociación y a pacientes mejor informados. En ambos sectores, coincidió el respeto y la obediencia del paciente hacia el médico (Colmenares-Roa *et al.*, 2016). Una investigación en Reino Unido analizó la información recolectada de entrevistas a médicos familiares. En este caso, el objetivo fue explorar la legitimidad, la autoridad de conocimiento y la práctica de dichos médicos con relación a tres enfermedades crónicas: menorragia, depresión y dolor de espalda baja. Aquí se identificó que existía un cambio de paradigma, pasaron del modelo centrado en el médico hacia al modelo centrado en el paciente. A partir de los años 30, los médicos generales enfocaron su atención a mejorar la relación con el paciente y hacerla más cercana. Esto para mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente y evitar que fuera un obstáculo en la mediación y la comunicación médico-paciente (Armstrong, 1982, citado en May *et al.*, 2004). Fue así como a mediados de los años 70, el modelo médico centrado en el paciente cobró mayor terreno. Se reconoció y buscó el empoderamiento del paciente y su satisfacción como indicadores de calidad en la atención (May & Mead, 1999 citado en May *et al.*, 2004).

Otro estudio realizado en Inglaterra en una clínica de especialidad con atención de cáncer de cuello y cabeza observó la consulta y posteriormente se entrevistaron a los pacientes. El objetivo fue explorar las diferencias y las causas en la comunicación con sus médicos a partir del estatus socioeconómico. Se determinó que los médicos observados utilizaban mayor sentido del humor y charla informal en sus consultas con los pacientes de mayor estatus socioeconómico. Estos pacientes eran más participativos durante la consulta y buscaban mayor orientación acerca de su padecimiento. Los pacientes de menor estatus eran más pasivos en definir su tratamiento y en buscar información. Ellos tuvieron distintas preferencias en materia de involucramiento con relación a los de mayor estatus y adoptaron un acercamiento

indiferente. En este contexto, se considera el estoicismo de los pacientes como la capacidad de soportar el dolor o la adversidad sin expresar sentimientos ni quejas (Wagstaff & Rowledge, citado Allen *et al.*, 2021). Los pacientes de menor estatus estaban satisfechos y refirieron una actitud positiva. Ellos preferían lidiar con sus problemas de forma privada. Su participación en la toma de decisiones con sus médicos fue menor. Sin embargo, pudo observarse que este alejamiento podía disminuir el diálogo con el médico, pues los pacientes se reservaban hablar acerca de sus síntomas. Se concluyó que los médicos podrían adaptar su estilo de comunicación respondiendo a las expectativas y preferencias de los pacientes de menor estatus con el fin de lograr un diálogo más efectivo y cercano. Una estrategia para alcanzar lo anterior, consistió en entregar a los pacientes una lista de preguntas relativas a los padecimientos. De esta forma, podían comunicar sus preocupaciones con mayor facilidad y oportunidad. (Allen *et al.*, 2021).

En otra investigación llevada a cabo en la clínica de una universidad pública de Malasia se identificó la estructura de la consulta, ahí el médico y el paciente no eran angloparlantes nativos, por lo que al ser interacciones clínicas en ambientes multilingües y multiculturales se enfrentaban retos importantes de comunicación. Tanto pacientes como médicos se comunicaban en inglés. La migración y el rápido incremento de los desarrollos tecnológicos, los conflictos políticos, el turismo y la educación, ocasionó que la consulta clínica se transformara en un escenario culturalmente diverso. En estas comunidades, las personas rara vez encontraron médicos con quien compartir su lengua materna y cultura. (Roberts *et al.*, 2005; Moss & Roberts, 2005; citados en Bagheri *et al.*, 2015). De ahí la importancia de investigar la manera en que médicos y pacientes de distintos contextos interculturales y lingüísticos manejaban sus interacciones clínicas. Se encontró que en la estructura de las consultas existían algunas irregularidades en el inicio y al final de estas. Se observó al inicio de la consulta un estilo directo sin saludos, lo cual redujo el tiempo del habla. Los médicos expresaron su preocupación en los aspectos curativos por

encima de las etapas del cuidado. Las consultas observadas se limitaron a que el médico se enfocó en hacer preguntas y el paciente a responderlas. El médico presentó el diagnóstico y el paciente lo aceptó en silencio. No hubo coparticipación del paciente con relación a su tratamiento porque desconocía en qué consistía. La decisión siempre fue del médico (Bagheri *et al.*, 2015).

Otro estudio efectuado en México, implicó una encuesta a 761 profesionales de salud mental que atendían a niños con problemas del desarrollo intelectual, espectro autista y déficit de atención con hiperactividad. Este exploró las características personales y profesionales de comunicación del personal médico con madres y padres de los pacientes. Participaron psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y residentes en psiquiatría, entre otro personal de salud que laboraba en distintos hospitales públicos de especialidad. El objetivo fue determinar el grado de paternalismo con que se conducían los profesionales. En el paternalismo se concibe al paciente como un ser pasivo y dependiente; por lo tanto, otros deciden por él; y, en consecuencia, se limita su autonomía. Los médicos actúan bajo la creencia de que se conducen de esta forma para beneficiar a los pacientes o a sí mismos. Los resultados de esta encuesta fueron que el grado de paternalismo entre estos profesionales fue considerable. El 68.7% mostraron un grado moderado o alto de paternalismo. El 66.5% reconocieron omitir información a sus pacientes. Y el valor que asignaron a la verdad fue del 50.3%, considerado como bajo (Lazcano-Ponce *et al.*, 2020).

En contraste, en una investigación llevada a cabo en Rusia el propósito era comprender si las narrativas de los pacientes tenían cabida en la consulta. Se realizaron encuestas y entrevistas a médicos y a pacientes, y se analizó el contenido de foros virtuales. Los resultados mostraron que los médicos consideraron poco relevante la experiencia subjetiva de las personas. Su enfoque fue biomédico. En cuanto a los pacientes, el 71% casi nunca refirió las historias de sus padecimientos,

debido a que percibieron a los médicos como tecnólogos, sin tener tiempo para escucharlos o necesitar esa información. Además, los pacientes consideraron importante no mostrar debilidad frente a sus médicos (Lekhtsier *et al.*, 2017). Y en otras investigaciones también se detectó que hay pacientes que prefieren asumir un rol pasivo en su relación con su médico (Wilkinson *et al.*, 2008; Elkin *et al.*, 2007; Levinson *et al.*, 2005 citados en Lazcano-Ponce *et al.*, 2020).

De acuerdo con los resultados de diversas investigaciones, queda claro que, en la profesión médica existe la necesidad de desarrollar competencias específicas para entablar una comunicación esencial con los pacientes. En este sentido, la enseñanza sobre el tema debe desarrollarse desde la universidad y continuar en la práctica profesional (Loayssa, 2007).

1.9.6 Síntesis de la revisión temática

El interés de una revisión exploratoria fue conocer diferentes investigaciones sobre la relación y la comunicación médico-paciente, con el propósito de contrastar si los hallazgos encontrados fueron similares o distantes a los contemplados en el presente estudio antropológico.

Se hizo una indagación general en cinco bases de datos y buscadores electrónicos (PubMed, Redalyc, Dialnet, Medline, Google académico). Los criterios de selección de los artículos fueron: (1) que el estudio fuera de pacientes adultos con enfermedad crónica o de amplia temporalidad; (2) diseño de métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos; (3) utilización de entrevistas, observación, encuestas; y (4) tener hallazgos de la relación y la comunicación médico-paciente.

Después de la recuperación del acceso al texto completo y la elegibilidad, se incluyeron veinte artículos. De los cuales, algunos fueron interdisciplinarios, seis fueron de medicina, cuatro de antropología, tres de psicología, tres de educación médica, dos de sociología, uno de salud pública y uno de perspectiva de género. Dentro de la búsqueda, se consultaron dos artículos de revisión sistemática de

bibliografía. La metodología en su mayoría ocupó entrevistas semiestructuradas. Se integró la perspectiva del médico, otros solo incluyeron la del paciente y otros la de ambos grupos. Algunas investigaciones observaron las consultas y posteriormente se hicieron las entrevistas. Otra estrategia metodológica utilizada fue la aplicación de encuestas.

Todos los estudios coincidieron en que la comunicación en la relación médico-paciente es fundamental para la calidad de la atención. Lo anterior se vincula con el derecho de los pacientes a conocer y comprender su estado de salud en los tratamientos a seguir, con la finalidad de ejercer su autonomía. Se reconoce que esto es indispensable para la toma de decisiones de parte del paciente, donde idealmente cuente con el apoyo del médico.

Las diversas investigaciones identificaron que, dentro de los obstáculos más importantes, destaca la brevedad de la consulta y el uso de la computadora que reduce el contacto visual entre médico y paciente. Además, del uso sistemático del lenguaje especializado por parte del médico y la falta de diálogo suficiente para entablar una relación recíproca y colaborativa.

Otros reportan que tanto médicos como pacientes tienen un distanciamiento entre sí durante la consulta. También se señala la importancia de que el paciente adopte un rol activo en su relación con su médico y cómo esto impacta en la eficacia del tratamiento. Por un lado, el médico puede ser paternalista y por otro, el paciente adopta una postura estoica y pasiva. Igualmente, se contrasta la manera en que la comunicación difiere según el paradigma, centrado en el médico o centrado en el paciente. Algunos concluyen la necesidad de formar a los estudiantes y a los médicos en las competencias necesarias para lograr una comunicación y relación óptima con sus pacientes. En consecuencia, los artículos revisados señalan que la comunicación y la relación médico-paciente requiere especial atención para mejorar su impacto en la salud de las personas.

A manera de síntesis, en la tabla 1, se concentra la información general de los artículos, señalando el área disciplinar desde la que fueron escritos, el año de publicación, los nombres de los autores, el tipo de investigación o metodología recuperada, el padecimiento de los pacientes y el objetivo orientativo que tuvo cada investigación.

Tabla 1. Revisión temática de la relación y la comunicación médico-paciente					
Disciplina o campo	año	Autor(es)	Tipo de investigación/metodología	Padecimientos	Objetivo
Medicina	2021	Allen, S., Rogers, S. N., Brown, S., & Harris, R. V.	Observación de consultas y entrevistas posteriores	Cáncer en cuello y cabeza	Explorar las diferencias de estatus socioeconómico de los pacientes y los patrones de la comunicación médico-paciente.
Medicina, psicología, filosofía	2021	Ordóñez Vázquez, N. A. & Monroy Nasr, Z.	Entrevista a familiares y cuidadores primarios	Cáncer en etapa terminal	Conocer, a partir de la experiencia de los familiares de los enfermos de cáncer en etapa terminal, la información oportuna que proporcionó el médico sobre el pronóstico y las condiciones del enfermo para tomar decisiones que alivien las molestias o el sufrimiento.
Salud pública	2020	Lazcano-Ponce, E., Angeles-Llerenas, A., Rodríguez-Valentín, R., Salvador-Carulla, L., Domínguez-Esponda, R., Astudillo-García, C. I., Madrigal-de León, E., & Katz, G.	Encuestas a personal de salud mental	Déficit de atención con hiperactividad, problemas de desarrollo intelectual, espectro autista	Identificar el paternalismo entre el personal de salud mental.
Antropología, humanidades, sociología	2019	Tu, J., Kang, G., Zhong, J., & Cheng, Y.	Consultas observadas y entrevistas realizadas en el departamento de cirugía torácica en un hospital oncológico.	Cáncer	Identificar los patrones de comunicación médico-paciente en un hospital oncológico en términos de su estructura, estilo y enfoque.
Medicina	2018	Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P	Revisión de bases electrónicas MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, CINAHL y Web of Science acerca de la comunicación médico-paciente.	Reumatología	Revisión sistemática de la evidencia empírica acerca de la comunicación médico-paciente.
Educación médica	2017	Elsley, C., Challinor, A. & Monrouxe, L. V.	Análisis de conversaciones	No aplica	Explorar el involucramiento de los pacientes durante una actividad donde los estudiantes de medicina aprenden habilidades clínicas y prácticas. Investigar interacciones verbales y no verbales para examinar la inclusión y la exclusión hacia los pacientes en la

					enseñanza en la práctica de medicina y cirugía general.
Sociología	2017	Lekhtsier, V. & Gotlib, A.	Métodos cualitativos y cuantitativos	Enfermedades crónicas. Gastroenterología, urología, oncología, neumología, dermatología, otorrinología, oftalmología, cardiología, endocrinología .	Describir cuantitativamente la producción de narrativas de los pacientes y sus motivos detrás de sus prácticas. Describir actitudes de los médicos, sobre el uso de las narrativas de los pacientes. Identificar el conocimiento, o la falta de este, de las ideas básicas de la medicina narrativa entre estudiantes de medicina.
Medicina	2017	Dang, B. N., Westbrook, R. A., Njue, S. M., & Giordano, T. P.	Entrevistas a pacientes	VIH	Identificar qué elementos críticos consideran los pacientes que debe haber para lograr confianza y <i>rapport</i> desde el inicio de la relación con su médico.
Medicina, salud pública	2017	Pacian, A., Kulik, T. B., Pacian, J., Goniewicz, M., & Kowalska, A. J.	Encuesta a mujeres	Cáncer de mama	Reconocer y evaluar la demanda de información médica en pacientes con cáncer de mama.
Antropología	2016	Colmenares-Roa, T., Huerta-Sil, G., Infante-Castañeda, C., Lino-Pérez, L., Alvarez-Hernández, E., & Peláez-Ballestas, I.	Etnografía y análisis del discurso. Observación de consultas y entrevistas a profundidad a pacientes y médicos	Fibromialgia	Describir y analizar la relación entre reumatólogos y pacientes con fibromialgia en servicios médicos públicos y privados.
Educación médica	2015	Bagheri, H., Ibrahim, N. A. & Habil, H.	Análisis del discurso y observación de consultas con personas no angloparlantes nativas en servicios de salud pública en Malasia	No aplica	Identificar la estructura clínica de la consulta en ambientes multilingües y multiculturales donde médicos y pacientes se comunican en inglés sin ser angloparlantes nativos.
Psicología social y antropología	2015	Durif-Bruckert, C., Roux, P., & Rousset, H.	Entrevistas semiestructuradas a pacientes.	Fibromialgia	Comprender la experiencia de la medicación de los pacientes con fibromialgia y su relación con los médicos con quienes negocian su tratamiento en ausencia de lineamientos explícitos.
Medicina, psicología	2012	Weiland, A., Van de Kraats, R. E., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Bramer, W. M., Van Dulmen, A. M., & Arends, L. R	Búsqueda bibliográfica	Síntomas físicos sin explicación médica	Determinar qué elementos de la comunicación repercuten en los casos de médicos especialistas no psiquiátricos y sus pacientes con síntomas físicos sin explicación médica.
Medicina	2009	Wullink, M., Veldhuijzen, W., Lantman-de Valk, H. M., Metsemakers, J. F., & Dinant, G. J.	Grupos focales y entrevistas semiestructuradas a pacientes	Discapacidad intelectual	Explorar hasta qué punto los criterios para la comunicación profesional de los médicos generales responden a las necesidades de los pacientes con discapacidad intelectual.

Psicología, medicina familiar	2007	Loayssa Lara, González García & Ruiz Moral	Análisis del discurso. Entrevistas a médicos de familia seleccionados por muestreo intencional.	No aplica	Identificar y analizar cuál es el discurso que los médicos familiares expresan sobre las características esenciales de la relación médico-paciente efectiva y funcional.
Educación médica	2007	Sogi, Cecilia, Zavala, Salomón, Oliveros, Miguel Ángel, & Salcedo, Carlos.	Encuesta a médicos graduados de medicina.	No aplica	Indagar sobre la formación en habilidades clínicas básicas reportadas por médicos. Identificar factores relacionados con habilidades para la entrevista médico-paciente.
Antropología	2004	Torres López, T. M., Acosta García, D. A. & Agular Aldrete M. E.	Etnografía y entrevistas a médicos y pacientes	Diabetes	Comparar puntos de vista de médicos y pacientes para lograr una mejor comunicación médico-paciente.
Sociología	2004	May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A., & Roland, M.	Entrevistas semiestructuradas	Menorragia; depresión, dolor de espalda baja. Síntomas sin explicación	Presentar los resultados de un nuevo análisis de la información cualitativa recolectada entre 1995 y 2001 de médicos familiares británicos. Explorar las maneras en que la legitimidad y la autoridad del conocimiento y la práctica médico se organizan con relación a las tres enfermedades crónicas

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción

El presente capítulo conforma los ejes orientativos durante la investigación. Inicialmente, el tema se plantea como un problema a partir de la revisión de la literatura que precede a este capítulo, de lo que se justifica que estudiar a la relación médico-paciente no basta solo desde los modelos de las relaciones desiguales y de poder. Por lo que el planteamiento del problema sostiene una relación médico-institución-paciente que incluye al aspecto administrativo como mediador de la regularidad. Además, de la implicación que tienen las relaciones y la comunicación en los contextos clínicos, dependiendo tanto de la especialidad médica, como de la Institución, el nivel de atención, y de las enfermedades tratadas. Tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, mismas que son una demanda real de la atención médica. Los siguientes apartados de este capítulo son los objetivos, hipótesis y justificación de la investigación. En la metodología se hace una descripción detallada de cada etapa del estudio, el uso de cada herramienta según la estrategia y los objetivos establecidos. Se justifican las decisiones tomadas según el diseño, las necesidades del trabajo de campo y la orientación del análisis e interpretación.

2.1 Planteamiento del problema

En México, durante la primera mitad del siglo XX, predominaban las enfermedades transmisibles y estaban asociadas a la mayoría de las defunciones. Dichas enfermedades eran la neumonía, la influenza, la enteritis y la diarrea. Para los años 50, se logró abatirlas mediante las vacunas, los antibióticos y medidas para el control de vectores. Tanto la industrialización como la urbanización contribuyeron a modificaciones significativas en los estilos de vida, mismas que aumentaron la

propensión a padecer enfermedades en países de mayor desarrollo. En 2008, las principales causas de muerte en México fueron las del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y las cerebrovasculares (Pavón y Méndez, 2011).

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha respondido a la transición epidemiológica, desplegando un modelo de atención de primer nivel. A lo largo de su operación, el IMSS ha logrado establecer centenares de unidades o clínicas de medicina familiar. Cada médico atiende entre 2000 y 3000 pacientes. Se cuenta con expediente electrónico y con interrelación entre el segundo y tercer nivel de atención para referencia de pacientes, muestras y exámenes. El IMSS cumple con el estándar recomendado de contar con la proporción uno a uno: un médico familiar por cada especialista. En el IMSS, el 90% de los pacientes están adscritos a consultorios de medicina familiar, y dos terceras partes de dicha población cuentan con atención de especialistas en medicina familiar. Sin embargo, aún existen grandes retos que enfrentar, como la calidad de la atención, la eficiencia, la equidad y el incremento en la cobertura (Aguilar *et al*, 2013).

En cuanto a los servicios que presta el IMSS, se puede observar un crecimiento importante. En el año 2002, se otorgaron casi 67,414,000 consultas en las unidades de medicina familiar, en contraste a más de 50 millones en 1991. El grupo de 1 a 24 años era el que más consultas recibía en 1991. En el año 2000 fue el de 45 años y más. Los adultos y adultos mayores que acudieron a consulta según enfermedad, fue de, 56% con hipertensión y 51%, con diabetes mellitus (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003). En el año 2009, el gasto destinado a los pacientes con problemas de hipertensión arterial y con padecimientos de diabetes mellitus, concentraron el 15 por ciento de los gastos destinados al seguro de enfermedades y maternidad (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, 2010, citado en Pavón y Méndez, 2011).

De este panorama complejo, la organización de la práctica médica y la

enfermedad crónica son parte de la regla, los pacientes requieren del cuidado de uno o varios médicos especialistas. Asimismo, los pacientes han aprendido o saben más de sus enfermedades y aflicciones. Con todo esto, podríamos preguntarnos, ¿en el mundo contemporáneo la relación médico-paciente sigue teniendo sentido o utilidad? (Cassell, 2013).

Parte de lo escrito sobre la relación médico-paciente se ha hecho a raíz de las enfermedades agudas, más que de las enfermedades crónicas, o en su caso, las diversas especialidades médicas o la intervención sobre las enfermedades. A pesar de que el gremio médico pugna porque la relación médico-paciente es indispensable para su práctica, esta se ha convertido icónica y mítica para la sociedad contemporánea, así que discutir sobre esta es difícil. La relación también ha sido minimizada, e interpretada simplemente como una relación de poder desigual (Cassell, 2013).

De esta manera, surgen distintos planteamientos iniciales sobre el estudio. ¿De qué manera, está cambiando la relación médico-paciente?, ¿qué tipo de encuentros se están construyendo en el contexto específico del IMSS y de la medicina familiar?, ¿cuáles son los aspectos estructurales, institucionales y de la experiencia humana que explican las relaciones y las formas de comunicación entre médico y paciente? Además, se plantea que el problema de investigación está relacionado a aspectos organizativos y administrativos de la institución en salud, lo que origina la masificación de los servicios, y la demanda de atención, esto puede influir en la práctica profesional, en el encuentro clínico y por ende la comunicación médico-paciente.

Como resultado de ello, la relación médico-paciente se observa con frecuencia, en un escenario con actitudes poco afectivas que generan rapidez en las consultas, desinterés del médico por la subjetividad y las condiciones de vida de los pacientes. Los indicadores de productividad sacrifican el ámbito personal, especialmente el emocional, se enfocan más al carácter biologicista, tecnificado y burocrático. En tales circunstancias, el personal médico descalifica al paciente al restringir sus expresiones

y sus necesidades, a pesar de que son importantes de considerar para cuidar su salud (Villanueva, 2010).

Del mismo modo, la comunicación es inherente a la atención clínica entre médicos y pacientes, su relevancia ha sido marginada a los procesos de atención. Desde el plano de los servicios públicos no se le ha considerado como tema central, pese a que los problemas de comunicación en el ámbito médico constituyen aproximadamente la mitad de las causas de quejas contra la atención (Fajardo, 2009). Un estudio que involucró 10,485 quejas atendidas en la CONAMED entre los años 2002 y 2008 sostuvo que estas se incrementaron en un 53%. En sus conclusiones se destacó la necesidad de explorar los factores socioculturales en el conflicto médico-paciente con el fin de mejorar la práctica médica, así como las condiciones laborales de las instituciones de salud. (Hernández-Torres et al, 2009).

Cabe señalar, que el ambiente laboral de los trabajadores de la salud, de igual forma, está impregnado no solo por la defensa de demandas medicolegales y el miedo de recibir violencia de parte de pacientes y familiares insatisfechos, sino también por factores de estrés y descontento en la práctica profesional. (Chavarría et al., 2009; Moragrega, 2015). La sobrecarga de trabajo y la rotación de varios médicos para atender a un mismo paciente agravan, también el ambiente de trabajo de la atención. Los médicos suelen sentirse agobiados ante las exigencias de la institución, pero también de sus pacientes, tienen que atenderlos en poco tiempo, de ahí la manera en que se relacionan, interactúan y se comunican, haciendo interrogatorios breves para obtener confesiones rápidas sobre la enfermedad y extender recetas médicas (Gómez, 1989).

Las instituciones de salud no contemplan las formas en que pacientes, médicos y trabajadores coexisten con los procesos de enfermedad, así como las relaciones sociales que surgen entre diversos sujetos dentro del ámbito clínico; esto tiene un impacto en la manera en que se construyen culturalmente los sentidos y las prácticas en la atención médica.

Es frecuente oír sobre la llamada “deshumanización de la medicina”, acompañada de la pérdida de aspectos auténticos de la vieja relación médico-paciente, que no es vigente ni puede concretarse en el terreno de la masificación de los servicios y la burocracia correspondiente (Pérez, 2015, p.75). En la consulta médica es común que los médicos interrumpen constantemente a los pacientes cuando comienzan a hablar de algo que no consideran clave para la historia clínica (Hamui, et al., 2014).

La relación entre médico y paciente no obedece únicamente a dos individuos en acción, adquiere cada vez más el grado de “relaciones institucionales”, se problematiza, como una relación médico-institución-enfermo (Clavreul, 1983). Para el desarrollo de las actividades médicas se exige la consigna de optimizar y aprovechar las tareas en la organización del espacio y la distribución del tiempo. La política de gestión se ostenta en la reducción de costos y optimización del rendimiento (Crivos, 1988).

La burocratización de la medicina institucional genera una brecha para el ejercicio médico con el enfermo; cuando se trabaja con mayor presión asistencial en la atención, se desencadena un menor interés por los problemas psicosociales de los pacientes (Goncalves, et al., 2002), quienes regularmente llegan al espacio clínico con un cúmulo de ideas y significados personales sobre sus síntomas, malestares, emociones y sentimientos (Jinich, 2006). El supuesto aquí descrito plantea que, la institución de salud es un escenario óptimo para el estudio antropológico, donde las condiciones de existencia, el ambiente laboral y las particularidades del servicio de la consulta médica, en la que médicos y pacientes están insertos son demarcadas por contextos administrativos.

Desde esta perspectiva, la investigación intenta dar respuesta al problema, a través de las siguientes **preguntas de investigación**:

1. ¿Cómo es la dinámica de una Unidad de Medicina Familiar; y de qué manera la actuación del personal de salud se articula con los procesos de atención médica?
2. ¿En qué condiciones institucionales se genera el encuentro clínico entre médico-paciente y en qué situaciones se facilita o dificulta?
3. ¿Cómo se reconstruye temporalmente la relación y la comunicación entre médico y paciente para abordar clínicamente a la enfermedad crónica?

2.2 Objetivos

Objetivo General

Describir y analizar la dinámica de una Unidad de Medicina Familiar y el actuar del personal de salud en los procesos de atención médica, las condiciones institucionales en que se genera el encuentro clínico, así como reconstruir temporalmente la relación y la comunicación médico-paciente durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica.

Objetivos Particulares

Describir y analizar:

1. La dinámica de una Unidad de Medicina Familiar; y la actuación del personal de salud en los procesos de atención médica.
2. Las condiciones institucionales del encuentro clínico entre médico-paciente
3. La relación construida temporalmente y la comunicación generada entre médico y paciente durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica.

2.3 Hipótesis

Con base en las preguntas, objetivos generales y particulares aquí expuestos, más que realizar hipótesis sometidas a comprobación, se presentan ejes de orientación que guían el estudio, estos son supuestos argumentativos que intentan dar explicación del fenómeno.

1) Responde a la primera pregunta de investigación

→ En tanto, la institución de salud sea un espacio social normado por un conjunto de reglas y valores, se delimitará la atención médica en el servicio de medicina familiar.

2) Responde a la segunda pregunta de investigación

→ En tanto, la institución sea particular a sus condiciones sociohistóricas de existencia; las situaciones en que generará el encuentro clínico entre médico y paciente serán diferenciadas. No dependerá únicamente de los sujetos, sino también de circunstancias ajenas, como tensiones, condiciones laborales, tiempo restringido para otorgar la consulta, trámites burocráticos, falta de recursos humanos y materiales.

3) Responden a la tercera pregunta de investigación

→ En tanto, la relación y la comunicación médico-paciente no se problematice y cuestione desde el saber y la práctica médica, seguirá permeando su invisibilidad para mejorar el ejercicio profesional. Así, mientras, el médico no valore la importancia de la comunicación dialógica el acto clínico, el paciente no logrará tener un diálogo con él. Se le restringirá la posibilidad de un intercambio comunicacional, por lo que la alianza entre pares no se generará. Ambos no estarán dispuestos a interactuar y con ello, habrá una relación de distanciamientos, donde las posiciones intersubjetivas de uno y otro no serán identificadas y reconocidas en la clínica (preocupaciones, angustias, motivaciones, deseos). En este sentido, mientras los impedimentos sean mayores a las posibilidades, las relaciones y la comunicación médico-paciente, serán frenadas para generar diálogos, intercambios y negociaciones en función de un diagnóstico y tratamiento terapéutico acorde a la enfermedad crónica.

2.4 Justificación de la investigación

La investigación antropológica es justificada en el campo de la salud porque es imprescindible para conocer los aspectos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención. Los estudios antropológicos convencionales se han centrado

en el enfermo y en la red social que está a su alrededor, a través de ellos se conocen sus representaciones sobre la enfermedad y sus actos para afrontarla. Sin embargo, el paciente y la familia no tienen que ser los únicos en escena para investigar los fenómenos en torno a la enfermedad. Vale la pena explorar los problemas de salud desde las condiciones sociohistóricas, económicas y políticas que pueden dar una comprensión más amplia de los problemas de estudio.

Hoy en día los fenómenos de salud deben ser observados y analizados desde distintas áreas del conocimiento científico, pues de esa manera se estará aproximando a su complejidad. La antropología en salud con marcos teórico-metodológicos y líneas de investigación específicas, apuesta, a la comprensión del contexto clínico desde la posición de los sujetos sociales que experimentan el padecer, pero también desde quienes otorgan la atención médica.

Desde la antropología en salud se esperan nuevos planteamientos que estén encaminados a rescatar la perspectiva de los profesionales de la salud con relación a los pacientes. Acercarme a investigar la cultura organizacional en los servicios de salud en México fue la razón que me llevó a estudiar el contexto clínico institucional del IMSS y recuperar la perspectiva de los protagonistas involucrados. Esto representó un desafío por la complejidad etnográfica para registrar en los contextos clínicos las interacciones entre médicos y pacientes, así como la producción de la comunicación.

Los profesionales de la salud y los pacientes son sujetos de estudio para el interés antropológico, pues son producto de lógicas socioculturales disímiles según el orden de pertenencia. Las instituciones del sector salud se vuelven escenarios representativos para analizar dónde confluye la atención médica; cómo son los aspectos intrínsecos mediante los cuáles funcionan los servicios, de qué manera trabaja el personal de salud y si la forma de proceder satisface las necesidades de atención de quien padece la enfermedad.

Aunque el tema de la relación y la comunicación médico-paciente ha sido

divulgada como un problema a atender por la CONAMED respecto a la “mala práctica médica”. Se necesitan diferentes investigaciones con otras miradas disciplinarias ajenas al campo de la medicina para observar y denunciar académicamente batallas no visibilizadas entre médicos, pacientes e instituciones. Los contextos clínicos institucionales, son entonces terreno para la antropología. Este tipo de estudio con perspectiva etnográfica y narrativa resulta relevante para la investigación en salud, además de que el quehacer antropológico realizado sobre la clínica enriquece las competencias y retos de los investigadores sociales.

En cierta medida el presente trabajo aspira a contribuir con aspectos metodológicos, epistemológicos y reflexivos del trabajo antropológico. Fortalecer la capacidad de la investigación cualitativa en las instituciones de salud es un desafío para el futuro de la antropología.

Por esta razón, el doctorado en Ciencias Sociomédicas, me permitió llevar a cabo el trabajo académico para obtener el grado en Ciencias con especialidad en antropología en salud. Situación que me motiva para crecer profesionalmente y aportar al campo de la salud.

2.5 Metodología

2.5.1 Población de estudio

La población de estudio formó parte de una Unidad de Medicina Familiar⁴, la cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social. La selección de la sede fue por conveniencia a la investigación, dependió sustancialmente de las facilidades y aceptación de parte del coordinador de investigación a nivel delegacional, del director, así como de la jefa de enseñanza de la Unidad.

La investigación abarcó dos etapas, la exploración diagnóstica y la exploración enfocada. En cada una se tomaron decisiones para la elección de los sujetos de

⁴ La identificación de la UMF elegida no será revelada para guardar la confidencialidad.

estudio de acuerdo con la constitución y características de la UMF, pero también con los objetivos del estudio.

En la etapa de exploración diagnóstica, se identificaron dos turnos de atención, matutino y vespertino. Aunque las autoridades y jefes de servicio cubren ambos turnos, el matutino fue factible para el estudio porque en éste se tiene mayor demanda de atención. Partiendo de que el estudio buscaba observar las dinámicas, la construcción de relaciones y las interacciones entre el equipo de salud, fue así como se consideró central la observación solo en el turno de la mañana. Por otra parte, el número de consultorios tiene amplia cobertura (20 cada turno), así que para tener un registro etnográfico más detallado y al mismo tiempo acotado (actores y rutinas diarias) se tomó esta decisión.

En la etapa de exploración diagnóstica, se distinguieron los diferentes servicios que conformaban a la UMF y el personal de salud con mayor vinculación a la consulta médica. De ahí que médicos, asistentes médicas, trabajadoras sociales, enfermeras y jefes de servicio clínico, de prestaciones, de trabajo social y coordinadora de asistentes médicas fueron considerados en el estudio.

En la etapa de exploración enfocada, se llevó a cabo propiamente la observación en la consulta médica. Una actividad de campo emprendida con los médicos consistió en observar la regularidad y singularidad de la consulta. Esto obligó a tener una presentación personalizada con cada médico para explicar el motivo de la actividad. Teniendo en cuenta que alguno podría negarse, fue dejado a decisión personal participar o no. Afortunadamente, los veinte médicos del turno matutino aceptaron, lo cual llevó a elaborar una ficha de identificación que contempló tres aspectos: a) identidad personal, b) formación académica y c) trayectoria laboral. Así, se conformó una caracterización general de médicos que sirvió para después elegirlos según objetivos particulares planeados.

La identidad personal integró edad, sexo, estado civil, número de hijos, lugar de nacimiento y residencia actual. La formación académica consideró la universidad de

la que egresaron, grados académicos, ser médico general o especialista en medicina familiar. La trayectoria laboral incluyó número de años trabajando en el IMSS, en la UMF, turnos laborales, y actividades en otra institución de salud y docencia⁵.

Una vez recopilada y sistematizada la información de las veinte fichas de identificación, se consideraron para elección: sexo, edad, universidad de egreso, modalidad de la especialidad en medicina familiar (presencial y semipresencial), otro grado de estudios, haber laborado en dos turnos y trabajar en otra institución de salud.

El único criterio de exclusión a considerar fue la antigüedad en la institución, debido a que cinco médicos (cuatro hombres y una mujer) estaban por jubilarse (meses, dos años). Si la fecha de jubilación era próxima a la planeación de los meses del trabajo de campo, esa persona se excluía.

Cabe aclarar que dos médicos cumplieron con el perfil para ser seleccionados, no obstante, uno fue descartado de la investigación precisamente porque su notificación de jubilación le llegaría en los meses inmediatos. Aunque se le informó haber sido elegido, él no aceptó por las condiciones de tiempo, por lo que se anuló como parte del criterio de exclusión. Por su parte, otra médica también cumplió con las características para ser seleccionada, pero tampoco aceptó ser partícipe del estudio por la implicación de tiempo para la realización de las entrevistas.

El perfil cualitativo estuvo guiado por la variabilidad máxima⁶ de acuerdo con las características antes descritas. Se seleccionaron cuatro médicos por conveniencia al estudio:

⁵ Ver anexo 5.

⁶ Maximizar la diversidad del fenómeno estudiado.

Tabla 2. Muestreo cualitativo por conveniencia (médicos)						
Sexo	Edad	Universidad de egreso	Modalidad de especialidad	Otro grado de estudios	Dos turnos	Trabaja en otra institución
F	37	UNAM	Presencial	No	Mat/Vest	No
F	45	UNAM	Semipresencial	Maestría en administración de hospitales y salud pública	Mat	ISSEMyM ⁷ (urgencias)
M	35	IPN ⁸	Presencial	No	Mat/Ves	No
F	42	Universidad Veracruzana	Presencial	Maestría en terapia familiar	Mat	No

Fuente: elaboración propia.

A los cuatro médicos se les hizo saber la razón por la que fueron elegidos, se les explicó en que consistirían las actividades planeadas en trabajo de campo, así que, en función de ello, aceptaron colaborar. Posteriormente firmaron el consentimiento informado.

Respecto a la elección de los cuatro pacientes, está se llevó a cabo después de haber elegido a los cuatro médicos. Para esto, estuve presente dos días en la jornada de trabajo de los médicos seleccionados. El objetivo fue identificar a pacientes que fueran diagnosticados con los dos primeros motivos de la consulta subsecuente, según el Diagnóstico de Salud 2017 de la UMF. Los cuales fueron, hipertensión arterial, en primer lugar, y en segundo diabetes mellitus (IMSS, 2017). Con esto se descartó a aquellos pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión para el seguimiento diacrónico de la consulta médica.

Esta estrategia permitió hacer una selección de acuerdo con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Sexo (mujer/hombre)

⁷ Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

⁸ Instituto Politécnico Nacional (IPN).

- Grupo de edad (20-59 años/60 y más)
- Diagnóstico (diabetes/hipertensión)

Criterios de exclusión:

- Grupo de edad que no esté en el rango de edad (20-59 años/60 y más)
- Tener las dos enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión)
- Ser paciente subsecuente, con cita de tres meses

Los pacientes fueron elegidos de acuerdo con los tipos ideales, los cuales “se obtienen mediante el realce unilateral de uno o de varios puntos de vista y la reunión de una multitud de fenómenos singulares, difusos y discretos” (Weber, 1982, pp. 79-80, citado en Sánchez de Puerta Trujillo, 2006). Los tipos ideales no se formulan con variables cuantitativas sino a partir de fenómenos empíricos, en este sentido, el interés estuvo centrado en diversificar las formas de pensamiento, es decir, se seleccionan sujetos vinculados a procesos culturales distintos, para observar al fenómeno desde la realidad social y no poniendo a prueba la representatividad de los hechos.

Las características de la tipología en pacientes, quedó ligada a los criterios de inclusión como fueron sexo, grupo de edad y diagnóstico. El sexo hizo alusión a la forma diferenciada de ser hombre o mujer con una enfermedad crónica; el grupo de edad tuvo que ver con el ciclo de vida por el que el paciente estaba cursando la enfermedad (con o sin empleo, ocupación, redes de apoyo familiar, pasatiempos y cambios de vida), y el diagnóstico distinguiría las características de cada enfermedad crónica, las formas de asimilación subjetiva y la atención diferenciada según los recursos disponibles (tiempo, dinero, alimento, recreación, entre otros.) En suma, la combinación de características conformó la siguiente tipología:

Tabla 3. Características de tipología (pacientes)	
Tipo 1	Hipertensión, mujer, 20-59 años (8)
Tipo 2	Hipertensión, mujer, 60 y más
Tipo 3	Diabetes, mujer, 20-59 años
Tipo 4	Diabetes, mujer, 60 y más (20)
Tipo 5	Hipertensión, hombre, 20-59 años
Tipo 6	Hipertensión, hombre, 60 y más (6)

Tipo 7	Diabetes, hombre, 20-59 años (18)
Tipo 8	Diabetes, hombre, 60 y más

Fuente: elaboración propia.

Los criterios de exclusión fueron pertenecer al grupo de edad que no estuviera en el rango de 20-59 años/60 y más, tener las dos enfermedades crónicas (diabetes y mellitus) y ser paciente subsecuente con cita cada tres meses. Los sujetos por considerar fueron caracterizados en tipos ideales⁹, partiendo del fenómeno empírico de la experiencia con la enfermedad crónica y del interés en diversificar las formas de pensamiento y los procesos sociales. De ahí que, se seleccionaron cuatro participantes para observar su realidad sociocultural. A razón de esto, no se puso a prueba la representatividad de los pacientes de la UMF. De ocho tipos de pacientes, cuatro fueron elegidos. Con relación al diseño de investigación, de reconstruir la temporalidad de la consulta médica para observar la relación y la comunicación médico-paciente, cada paciente se asignó al médico previamente seleccionado.

El primer acercamiento con los pacientes fue contactándolos vía telefónica (con excepción de una mujer a quien se buscó en su domicilio particular), después se les citó en la UMF para explicarles verbalmente el objetivo de la investigación, y al aceptar firmaron el consentimiento informado.

2.5.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación cualitativa se basó en varias etapas y periodos de tiempo. Las etapas permitieron una ordenación sobre el trabajo de campo, el cual incluyó el acercamiento con los sujetos de estudio para crear alianzas, consolidarlas, recabar información, ordenarla y sistematizarla.

Cada etapa otorgó también un sentido de organización para las estancias de campo, unas estuvieron planeadas para el trabajo exploratorio y otras para una labor más intensa y profunda, aunque todas sin duda, requirieron la inversión de tiempo, esfuerzo y dedicación.

⁹ Recuperado de la sociología, los tipos ideales componen una tipología para caracterizar un fenómeno.

El diseño de la investigación contempló doce meses de trabajo de campo, los periodos de tiempo quedaron estimados en cada una de las siguientes etapas:

1. Exploración diagnóstica
2. Exploración enfocada
3. Validación y cierre

Inicialmente, a cada etapa se le había asignado un periodo de tiempo (meses específicos), no obstante, el diseño estuvo modificándose por circunstancias ajenas a la planeación ideal, esto respondió a aspectos inesperados como la misma dinámica de la UMF. Pero también por el proceso reflexivo que conllevó a replantear algunos aspectos teórico-metodológicos. Por lo tanto, no fue posible seguir los periodos de tiempo establecidos a cada etapa y fueron adecuándose según las condiciones. Respondiendo a los objetivos particulares, el trabajo de campo fue efectuándose en las tres etapas del diseño.

En la etapa de exploración diagnóstica, las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Presentación del proyecto ante las autoridades (coordinador, director y jefe de enseñanza)
- Estrategias de entrada al campo (alianzas y construcción de vínculos)
- Consentimiento informado verbal
- Recopilación de documentos oficiales de la UMF¹⁰
- Entrevistas informales con jefes de servicio y personal de salud
- Observación descriptiva¹¹ de la organización de la UMF¹²
- Identificación de sujetos (equipo de salud)

¹⁰ Marco normativo, reglamentos, manuales de operación, diagnósticos de salud, diagnósticos situacionales, planes estratégicos.

¹¹ Término acuñado por Spradley (1980, citado en Flick, 2014).

¹² La observación descriptiva permitió registrar situaciones inesperadas más que planeadas, la espontaneidad de la dinámica institucional fue captada etnográficamente para explorar cómo se organizaban y funcionaban los servicios en una UMF, cómo se conectaban entre sí, cómo eran las relaciones personales y profesionales, a qué grupo pertenecían, funciones del personal de salud, qué relación tenían con el paciente, cuál era su trato y forma de abordarlo.

Esta fase permitió un primer acercamiento con la población y una orientación que ayudó a seguir reformulando el protocolo de investigación con el propósito de planear la siguiente etapa.

La etapa de exploración enfocada tuvo varios momentos para la toma de decisiones, modificar y hacer diversas tareas:

- Observación focalizada¹³ en la consulta médica de veinte consultorios
- Observación focalizada en la sala de espera (veinte consultorios)¹⁴
- Entrevistas semiestructuradas al personal de salud seleccionado¹⁵
- Elección de cuatro médicos (formalización del consentimiento informado)
- Observación en la consulta médica de los cuatro médicos seleccionados
- Elección de cuatro pacientes (formalización del consentimiento informado)
- Reconstrucción temporal de la consulta médica (cuatro médicos y cuatro pacientes)

Esta etapa condensó el trabajo detallado y profundo de la información, así que la implementación de las herramientas metodológicas (guiones de observación y entrevistas) dependió de las idas y vueltas en trabajo de campo.

La etapa de validación y cierre fue pensada para la presentación de resultados, la cual implicaría no sólo el intercambio y entrega de informes sino también una pausa epistemológica y reflexiva tanto de los sujetos de estudio como de la investigadora.

La confrontación debe ser entendida como una manera de legitimar el registro etnográfico al momento de observar y entrevistar. Es una forma de interlocución entre los involucrados que participaron en el estudio, sirve para validar la información encontrada, pero también para reflexionar sobre los resultados, generando un intercambio de conocimiento entre pares, con el único propósito de pensar conjuntamente algunas alternativas que podrían mejorar el problema analizado.

Vale la pena reiterar que, en cada etapa de la investigación, la reformulación

¹³ Término acuñado por Spradley, (1980, citado en Flick, 2014).

¹⁴ Ver anexo 6.

¹⁵ Ver anexo 4.

del trabajo de campo fue necesaria para pensar y modificar estrategias.

2.5.3 Empleo de métodos y herramientas metodológicas

Rose Laub Coser (1962) fue una de las primeras sociólogas que realizó estudios etnográficos en un hospital americano. Ella declara que dicho espacio es un sitio exótico comparado a una isla, en la cual hay habitantes y donde la vida normal toma lugar. Algunos sociólogos como Parsons y Freidson en la década de los 50 y 70´ focalizaron los estudios en la estructura y los aspectos organizativos de los hospitales como un sistema institucional (Long *et al.*, 2008). Sin embargo, los hospitales están fuertemente estructurados, protegidos y tienen espacios institucionales exclusivos, que resulta complicado acceder a tales terrenos (Foucault, 2003), a través de la etnografía y forjar relaciones recíprocas.

En México, el método etnográfico es poco empleado en contextos clínicos, por lo que ante el desafío metodológico que ello pudo representar, me posicioné en que la etnografía como método es imprescindible para realizar estudios en las instituciones de salud. Hacer etnografía en los espacios clínicos es una vertiente innovadora enfocada en el “espacio vital” donde el enfermo es asistido por los profesionales de la salud. Por lo tanto, el trabajo de campo fue fundamental para registrar las limitaciones y alcances obtenidos durante la investigación.

La antropología a través del método etnográfico registra patrones de comportamiento de grupos sociales, lo cual puede lograrse al observar de manera regular y repetida a las personas en situaciones específicas. Esto a menudo se hace con la intención de responder a alguna pregunta empírica o teórica que tenga relación con el comportamiento u organización social (Angrosino, 2012). La perspectiva etnográfica es transversal a lo largo de la investigación, entre sus principales premisas destaca la estancia prolongada de campo para profundizar en los sentidos culturales de la gente. Su quehacer está enfocado en comprender la complejidad de un sistema de relaciones interconectadas.

En este estudio, las herramientas complementarias de la etnografía, la observación y la entrevista, permitieron acceder a las formas de pensamiento y a las pautas de comportamiento, ambas justificadas en su utilización con base en los objetivos particulares del estudio.

La observación participante es una combinación del rol del investigador (alguna forma de participación) y la técnica misma de recogida de datos (observación). Los observadores desarrollan la investigación a medida que avanzan, esto resulta de la relación que logran tener con las personas que estudian. En un sentido muy importante, ese proceso es un diálogo entre el investigador y el grupo (Angrosino, 2012). El empleo de la observación participante en espacios clínicos es cuestionable, ya que, para algunos investigadores, solo se hace observación como espectador, pero no se participa, pues de hacerlo el etnógrafo tendría que responder ¿cómo participó? Y ¿cuál fue la estrategia en un terreno cerrado y limitado a la acción del antropólogo?

Considerando lo que Jacorzynski (2004, citado en Muñoz, 2013) señala respecto a que el etnógrafo es más participante que observante (por encontrarse en una posición compartida); coincido con la idea de que la observación participante conlleva en sí misma algún grado de participación, ya que en los espacios confluyen diferentes interacciones y eso no evita formar parte de o tener implicación. Se asume, entonces, el uso de la observación participante para registrar múltiples interacciones en el espacio institucional y clínico.

Spradley (1980, citado en Flick, 2014) distingue tres tipos de observación: descriptiva, focalizada y selectiva. La primera tiene por objetivo orientar el trabajo de campo y hacer descripciones inespecíficas, la segunda observa procesos y problemas de la temática a estudiar y la última se detiene en observar aspectos de lo encontrado previamente.

De acuerdo con el diseño de investigación aquí presentado, los tipos de observación fueron adecuándose a cada etapa correspondiente. La observación cruzó por todo el transcurso del estudio. En la etapa de exploración diagnóstica, la

observación descriptiva fue fundamental para rediseñar el rumbo de la exploración enfocada. En términos generales, la observación participante otorgó la oportunidad de acercarme a la cotidianidad de la esfera institucional: sujetos, espacios, tiempos, itinerarios, actividades, entre otros. Asimismo, los objetivos particulares de la investigación confirmaron que era fundamental observar las pautas habituales durante los diversos encuentros clínicos.

Tabla 4. Etapa de la investigación y tipos de observación en la UMF		
Etapa de la investigación	Tipo de observación	Actividad
Exploración diagnóstica	Descriptiva	En los servicios de la UMF: 1) Jefatura del departamento clínico 2) Módulo DIABETIMSS 3) Módulo PREVENIMSS 4) Módulo UNIFILA 5) Módulo de planificación familiar 6) EMI (Enfermería Materno Infantil) 7) Salud en el trabajo 8) Epidemiología 9) ARIMAC (Área de Informática Médica y Archivo Clínico) 10) TAOD (Técnica de Atención y Orientación al Derechohabiente) 11) Filiación 12) Control de prestaciones 13) Curaciones 14) Trabajo social
Etapa exploración enfocada	Observación focalizada	1). Regularidad/Singularidad de la consulta médica en los veinte consultorios 2). En la sala de espera de los veinte consultorios 3). En la consulta médica para la reconstrucción temporal de los cuatro médicos y cuatro pacientes

Fuente: elaboración propia.

En la etapa de la exploración enfocada, se realizó la observación focalizada en la consulta médica para la reconstrucción temporal de la relación y la comunicación entre los cuatro médicos y los cuatro pacientes. Se llevó a cabo un registro etnográfico situacional basado en la observación y la entrevista de manera conjunta, para ello, se realizó un guion semiestructurado que incluyó aspectos interaccionales a partir del encuentro clínico, es decir, preguntas específicas de lo que se observó durante el día de la consulta programada. La justificación de esta estrategia metodológica está

fundamentada en “situar contextualmente” al encuentro clínico, es decir, caracterizar a las acciones e interacciones en función de lo visto y hablado en el consultorio.

Las herramientas ocupadas en el registro fueron la observación participante (notas de campo, videograbación) y entrevistas semiestructuradas. Estas se efectuaron con base en el guion etnográfico situacional (Ver anexo 7), con ello se posibilitó alcanzar de forma más detallada las interacciones entre los sujetos involucrados, incluida la investigadora, por ser testigo del encuentro clínico entre médicos y pacientes.

Realizar la observación en las consultas dependió de las citas agendadas de los pacientes, no obstante, no todas fueron programadas cada mes, esto se debió a que en el inter de consultas hubo un periodo vacacional, un curso de capacitación programado para un médico, inasistencia del paciente y prorrogación de cita por error de la asistente médica al agendar después del periodo. El registro etnográfico obedeció a esa lógica móvil e imprevista de la dinámica institucional; así que, aunque originalmente se había planeado estar en cuatro consultas, el plan cambió a tres.

Tabla 5. Seguimiento de pacientes en consultas subsecuentes				
Paciente seleccionado	1ª consulta	2da consulta	3ra consulta	Total
Paciente 1 (EM)	1	1	1	3
Paciente 2 (AR)	1	1	1	3
Paciente 3 (AF)	1	1	1	3
Paciente 4 (FR)	1	1	1	3
Total consultas				12

Fuente: elaboración propia.

En la investigación cualitativa existen dos modalidades de entrevistas, las abiertas o también llamadas informales y las semiestructuradas. Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por tener guiones temáticos o preguntas particulares, la mayor parte del tiempo son dirigidas por el investigador de acuerdo con los objetivos del estudio. Las entrevistas abiertas, no tienen guion establecido, se caracterizan por ser espontáneas, su empleo depende de las circunstancias y

momentos incidentales, no son orientadas por el investigador, suelen ser flexibles y el entrevistado es quien tiene la pauta de direccionarlas.

Las entrevistas informales fueron utilizadas de manera indistinta para cualquier sujeto implicado en el tema de estudio, casi todas realizadas durante la etapa de exploración diagnóstica. La oportunidad de conversar se suscitó en los pasillos, en el área de enseñanza, en los consultorios y en la sala de espera. Se llevó a cabo con médicos no seleccionados, pacientes, personal administrativo, asistentes médicas, jefes, entre otros. La idea fue aprovechar los encuentros improvisados que iban enriqueciendo la exploración etnográfica.

Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo con el equipo de salud que formó parte de algunos servicios donde se hizo observación descriptiva anticipada. En total, se hicieron 19: jefe de personal (1), jefe clínico (1), jefe de prestaciones (1), jefe de trabajo social (1), jefe de ARIMAC (1), coordinadora de asistentes médicas (1), médicos familiares (2), médico general (2), asistentes médicas (4), trabajadoras sociales (2), enfermeras y auxiliares (3) (Ver anexo 4). El propósito de ocupar las entrevistas semiestructuradas consistió en explorar la organización institucional alrededor de las relaciones del equipo de salud para la atención médica, con ello, se pusieron a prueba las categorías teórico-analíticas del campo, habitus y capital de Bourdieu¹⁶.

La entrevista narrativa es una modalidad distinta a las convencionales, la cual otorga nuevas posibilidades para hacer preguntas, procesar y analizar la información, se enmarca en la estrategia teórico-metodológica de la investigación narrativa. Posicionándome como investigadora desde la perspectiva de la investigación narrativa, me llevó a reconocer mi rol como audiencia, el modo en que me involucré en el proceso reflexivo, teniendo en cuenta las relaciones interpersonales y mi posición con los sujetos investigados; en este caso posibles diferencias de poder y las propias experiencias y actitudes (Casey *et al.*, 2016).

¹⁶ Ver capítulo 3, apartado 3.4.

Acercarme dialógicamente a este tipo de relaciones requirió hacerme preguntas como etnógrafa ¿qué tipo de sujeto quiero ser?, ¿qué tipo de relaciones quiero tener con los otros?, ¿cuáles son las relaciones de ética y política con las que me constituyo? (Rabinow, 1985, citado en Riessman & Quinney, 2005). En esa medida, mientras avanzaba la investigación fue importante poner a prueba la estrategia metodológica de la producción narrativa ¿cómo voy a entrar?, ¿cómo presentarme?, ¿cómo elegir a los interlocutores y aliados?, ¿cómo explicitar el consentimiento informado y en qué momento?, ¿cómo me posiciono como investigadora?, ¿cómo logro la interlocución? ¿cómo actúo?, ¿cómo recupero relatos?, ¿cómo logro que el interlocutor relate?, ¿cómo ocupo a la etnografía, la entrevista y a la observación para producir narrativas?

Esta investigación tuvo el cometido de generar una relación diferenciada con el “objeto” de estudio, la intención se centró en cambiar el postulado epistemológico que busca la relación entre pares, es decir, de sujeto a sujeto (investigadora-participantes) en lugar, de sujeto a objeto. La premisa parte de reconocer que los sujetos que colaboran en el estudio son portadores de un saber y una experiencia. Para eso, es necesario que ellos se identifiquen como personas conocedoras del tema a tratar, con la única intención de que reflexionen y asuman una posición constitutiva de su vida personal e institucional.

La entrevista narrativa está orientada con ejes temáticos para recuperar relatos de acontecimientos según la temporalidad de episodios, lugar y quiénes está implicado. Concretamente para los fines del estudio, los puntos nodales en torno al padecer de la enfermedad y el trayecto en la institución de salud, la significación sobre el acto relacional y comunicacional entre médico y paciente.

Bajo este marco teórico, metodológico, epistemológico y reflexivo es que se utilizó la entrevista narrativa, con la que se reconoce que los sujetos son capaces de pensar, reflexionar y reelaborar su relato de manera libre. En virtud de esto, se recuperó el sentido asignado a la experiencia y la significación de médicos y pacientes

para la reconstrucción de los encuentros clínicos en torno a la relación y la comunicación forjada en el tiempo.

2.5.4. Procesamiento, sistematización y triangulación de la información

La teoría fundamentada genera modelos explicativos del comportamiento humano, con esta el investigador trata de identificar patrones y relaciones (Glaser, 1978, 1992, citado en Sandoval, 2002). Según Jones *et al.* (2004) la utilidad de usar la teoría fundamentada para hacer análisis cualitativo consiste, en desarrollar nuevos conceptos a partir del material recopilado, haciendo énfasis en la rigurosidad del análisis.

El proceso de la recolección y el análisis de la información es la categorización de los datos obtenidos conforme a patrones que se plasman tras la lectura repetida de los mismos, por ello, para identificar esos criterios de ordenamiento, se emplea el mecanismo que Glaser denominó “codificación” (1978, citado en Sandoval, 2002).

Partiendo de tal premisa, el procedimiento de codificación, propio de la teoría fundamentada, guía la categorización de los datos de campo. Éste permite clasificar un amplio espectro de datos en categorías y subcategorías. Así, el encuadre hace factible la manipulación de la información en temáticas o grupos de familias. La cualidad de la codificación es la flexibilidad para comparar los diversos datos, lo cual genera un cotejo constante, hasta llegar a la saturación teórica.

Respecto al estudio, el procesamiento de datos comenzó a partir de la transcripción literal de los audios (entrevistas semiestructuradas, entrevistas narrativas, notas de campo). Para sistematizar la información se ocupó el software Atlas-ti (versión 6.2), mismo que ayudó a codificar de acuerdo con los objetivos particulares y los conceptos teóricos explorados.

El diario de campo sirvió para registrar la observación de los servicios de atención, pero fundamentalmente de la consulta médica. Por la diversidad de material producido en los veinte consultorios, se optó por transcribir las notas de campo en

forma digital, sumando más de 400 hojas, el software Atlas-ti sirvió para organizar esa variedad de datos.

La sistematización de la información derivó también de los objetivos y las categorías conceptuales iniciales, sin embargo, fueron integrándose las categorías emergentes que obedecieron a la realidad empírica presentada.

Tabla 6. Matriz de categorías consulta externa en la UMF		
Categorías	Subcategorías	Emergentes
Contexto institucional	Interacción en la sala de espera Antes y después de la consulta médica	Satisfacción del paciente con la atención médica
	Facilidades organizacionales Obstáculos organizacionales	UNIFILA Asistente médica Relación con otros servicios Incapacidad laboral (trámites) Normativo/No normativo
Espacio	Ubicación y uso del espacio Infraestructura consultorio	
Tiempo	Empleo del tiempo	Tiempo subjetivo Dispositivo
Momentos de la consulta médica	Bienvenida Interrogatorio Exploración Diagnóstico Tratamiento Cierre	Enseñanza estudiante de medicina
Expediente Clínico Electrónico (ECE)	Contacto visual Escucha Silencios Anulación Revisión previa	Habilidades personales del manejo de la computadora Medicina defensiva
Relación	Trato Diminutivos Intercambios Autoridad Subordinación Diferencias por paciente	Interacción esporádica (UNIFILA) Pertenencia: "mi paciente" (UNIFILA) Llenado de la historia clínica (UNIFILA) Favores Trato diferencial por tipo de paciente Prejuicios valorativos Estereotipos
Comunicación	Cómo se pregunta Cómo se escucha Cómo se informa Intercambio de palabra Negociación Interrupciones Anulación	Mentira Ocultar la información Interrupciones administrativas

	Indiferencia	
Abordaje dialógico de la comunicación	Biológico Emocional Social	Relaciones y problemas familiares Adicción Duelo Condiciones laborales Pérdida de peso

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas semiestructuradas realizadas con el personal de salud tuvieron una duración mínima de una hora y máxima de cuatro, la mayoría se llevaron a cabo en lugares públicos fuera de la UMF.

Se presenta la matriz de códigos como ejercicio para el análisis de la información. Se ponderó el contenido de códigos previos con los emergentes, y como propuesta particular con los códigos “transversales”, con estos se buscó triangular la información desde la misma codificación para vincular o desarticular entre códigos o crear familias de códigos por agrupación. El propósito de la estrategia consistió en poner a prueba la relación de códigos empíricos con las categorías teórico-analíticas de campo, habitus, capital.

Es importante destacar que al concluir las transcripciones y realizar la matriz de códigos, los hallazgos empíricos respondían a los planteamientos teóricos iniciales de Bourdieu. Empero, al codificar y analizar detalladamente la información, el marco referencial teórico se retroalimentó y viceversa.

Tabla 7. Matriz de categorías campo, habitus y capitales		
Categoría analítica	Categorías	Subcategorías
Campo Capitales	Planificación operativa e implementación de estrategias	Cambios/implementación Procesos de atención médica Antecedente de la consulta médica Objetivo UNIFILA Cambios UNIFILA Mejora en el tipo de consulta
	Roles y funciones del personal	Función cargo Vigilancia paciente específico Posibilidades cargo Limitaciones cargo Otro personal/relaciona/cargo Trabajo conjunto Otro personal/problema/cargo

		Cambios/área de trabajo
	Subcampos (medios, mecanismos, estrategias)	Espacio laboral/problemas/comunes Resolución problemas Personal de salud conflictivo Personal de área/quejas Área/manifestación dificultades Función delegados sindicales
	Jerarquía, estatus, juego de poder	Otro personal/fácil Otro personal/difícil Trabajo en equipo Jefe de servicio/problemas/personal Resolución problemas/personal Trabajador años antigüedad
Habitus	Inculcación e incorporación de normas	Ser trabajador IMSS Historia/trabajador IMSS Cambios categoría
	Tensiones en el empleo de normas	UMF función adecuada UMF función no adecuada Área de trabajo/manual procedimientos Ejemplo/no cumplimiento/manual procedimientos No manual/repercusiones Desviación normativa Ejemplo/incumplimiento norma Memorándum Acta administrativa
	Acciones, actitudes, convicciones y sentidos	Agrado trabajo Desagrado trabajo Área de trabajo/compañerismo Ambiente laboral Profesionalismo
	Capital social Capital cultural	Trato diferenciado/cargo Cargo importancia

Fuente: elaboración propia.

Debido a que el equipo de salud tenía diferentes funciones según el perfil laboral y el área de trabajo a la que pertenecía. En un primer momento se hizo codificación por tipo de sujetos, se agruparon de la siguiente manera: jefes, médicos, asistentes médicas, trabajadoras sociales, y enfermeras. La información se analizó en grupos para conformar familias, el propósito fue identificar similitudes y diferencias a partir de la triangulación, posteriormente se trianguló la información entre grupos para conformar el análisis final.

Durante el registro etnográfico situacional con el que se siguió a cuatro médicos y cuatro pacientes, se hicieron veinticuatro entrevistas narrativas, dos entrevistas por cada consulta, una para médico y otra para paciente. Los encuentros se realizaron en el domicilio particular de los pacientes y con los médicos en el consultorio, la casa, negocio familiar o restaurante. La intención de realizar las entrevistas fuera de la UMF fue con la intención de acrecentar los vínculos y la relación. Con los médicos existió cierta restricción en los espacios personales. La duración de cada entrevista fue de veinte minutos hasta dos horas y media.

Tabla 8. Seguimiento de consultas subsecuentes 4 médicos- 4pacientes	
Consultorio A	Entrevistas narrativas
Consulta 1	2
Consulta 2	2
Consulta 3	2
Consultorio B	
Consulta 1	2
Consulta 2	2
Consulta 3	2
Consultorio C	
Consulta 1	2
Consulta 2	2
Consulta 3	2
Consultorio D	
Consulta 1	2
Consulta 2	2
Consulta 3	2
Total	24

Fuente: elaboración propia.

La organización del registro etnográfico situacional se hizo con los recursos metodológicos propuestos, es decir, la observación y la entrevista narrativa se relacionaron entre sí. Las notas de campo derivadas de la observación participante incluyeron mi intersubjetividad como investigadora durante el encuentro clínico, la videograbación contempló la interacción de todos los sujetos *in situ*. La entrevista confrontó las perspectivas del médico y del paciente sobre la manera en que se interactuó y se comunicó en el consultorio, pero también en lo que se pensó y reelaboró fuera de la UMF.

Esta información no fue sistematizada ni analizada con teoría fundamentada, sino a partir del registro etnográfico situacional que reconstruyó de manera temporal, la consulta subsecuente. No se utilizó la triangulación para contrastar y comparar la información de los cuatro médicos y los cuatro pacientes. Ante la cantidad de información recopilada, se captó con un estudio de caso la generalidad más que la especificidad, sobre la manera en que se daba la atención médica. El interés particular estuvo centrado en exponer el seguimiento del paciente y la atención de su enfermedad crónica, en un periodo de tiempo determinado, contextualizando la consulta programada y la jornada de trabajo del contexto institucional.

El estudio de caso posibilitó presentar la descripción de los encuentros clínicos entre una médica y un paciente, a fin de analizar e interpretar la manera en que se dibujaba la relación singular y las formas de establecer la comunicación en torno a la experiencia de la enfermedad en una Unidad de Medicina Familiar.

Definiendo al estudio de caso, este es “específico”, “singular” o “individual”, es “uno entre otros”, nosotros nos concentraremos en ese “uno”. La decisión de utilizar en la presentación de resultados, un caso, derivó de que dentro de él pueden reconocerse ciertas características del sistema, sus límites, y otras características que están afuera, algunas externas y significativas al contexto (Stake, 2013).

La viabilidad de someter un caso, en lugar de los cuatro seleccionados, fue del propósito de extender a detalle la trama narrativa de la experiencia de la enfermedad en el contexto clínico. Esto es posible en la medida en que, en un primer momento, el etnógrafo consigue relacionarse con sus interlocutores para que ellos compartan parte de su experiencia de vida. En un segundo momento, depende del reto de organizar, ordenar, acomodar cronológicamente los episodios narrativos, analizarlos y exponerlos ante la audiencia lectora, quién validará si se cumplió el objetivo esperado. En ese sentido, el caso sirvió como un medio para cumplir el objetivo de interpretar y presentar las interacciones entre una médica y un paciente al momento de acudir a la consulta subsecuente de medicina familiar.

En cierta medida esto se logró porque el enfoque de los estudios de caso es más humano y no se debe solamente a los métodos. Para llegar a entender un caso, por lo general, se requiere un análisis extensivo de la manera en que se hacen las cosas. Un estudio de caso es tanto, un proceso de investigación acerca del caso y el producto de esa investigación (Stake, 2013).

En el presente estudio, el caso representó parte del proceso, debido a que la elección fue a conveniencia de la investigación para ilustrar los resultados del trabajo de campo y las preocupaciones manifiestas de forma singular. En gran medida, para facilitar el nivel de análisis-interpretativo nos apegamos a la línea de la investigación narrativa.

El plan de análisis se basó en cuatro capas de narración (Cabruja, *et al.*, 2000), centradas en la entrevista como espacio y tiempo de encuentro.

a) La primera capa aludió a la acción que ocurrió en las entrevistas con los participantes y, por ende, los diálogos transcritos de estos encuentros. A partir de las transcripciones se reconstruyeron las entrevistas, rehaciendo los diálogos como escenas de conversación que ocurrieron en un eje temporal y espacial.

b) La segunda capa fueron las diversas reflexiones que hice como investigador para ir dando sentido personal, social y analítico a lo que resonaba en las entrevistas.

c) La tercera capa fue la teoría, la cual emergió a partir de la estrategia de digresión. Surgió de la necesidad de invitar a otros autores, no para afirmar o fundamentar los relatos, más bien como recursos que ayudaron a repensar y dialogar con las palabras y experiencias de los participantes. Son teorías que ayudaron a ir poniendo nombres a lo que pensaba sobre los relatos, se iba pensando con la teoría puesto que me permitió reflexionar las realidades sobre los sujetos y sus saberes, el lugar del conflicto y de los agenciamientos.

d) La cuarta capa fueron otros relatos para abrir nuevas escenas. Algunas fueron narraciones memorísticas, escritas en el diario de campo cuando acompañé, también los intercambios o recuerdos de otras entrevistas, entre otros.

Las entrevistas narrativas recuperaron la experiencia del médico y el paciente en los encuentros clínicos, la información obtenida llevó a que el análisis estuviera orientado por preguntas analíticas que respondieran ¿cómo se construye la relación y la comunicación médico-paciente?, ¿cómo se reelabora el encuentro clínico y desde qué posición?, ¿cómo permea la experiencia del médico y del paciente sobre el encuentro?

2.5.5 Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se registró ante la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM¹⁷. Al obtener una respuesta favorable, se contactó a las autoridades correspondientes de la UMF donde se pretendía realizar el estudio, ahí se presentó de manera oficial y se dejó un ejemplar del protocolo.

En lo concerniente a la investigación social en el ámbito de la salud, el antropólogo debe ser cuidadoso al momento de diseñar el estudio y llevarlo a cabo, debido a que en las instituciones, el derecho y la ética nos obligan a contemplar a los sujetos de investigación bajo parámetros formales, por ejemplo, mediante el uso del consentimiento informado.

El consentimiento informado¹⁸ fue utilizado al inicio y durante el desarrollo del trabajo, señalando la pertinencia de este en cada circunstancia. Se ocupó bajo dos modalidades, verbal y escrito. El consentimiento verbal se empleó en cualquier momento espontáneo e incidental donde fue necesario explicar los fines del estudio. El consentimiento escrito es un documento que responde a por qué y para qué se llevó a cabo la investigación, quedando asentada la participación voluntaria con una firma autógrafa; además de otras consideraciones como la libertad de seguir participando o abandonar el estudio en el instante que así se decida.

¹⁷ Ver anexo 1.

¹⁸ Ver anexo 2.

De esta manera, el consentimiento informado como proceso, implica que una persona acepte ser partícipe de la investigación, una vez que haya sido informado de los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que puedan presentarse durante el desarrollo de esta (Mondragón, 2009).

Los principios éticos generales que guiaron el proceder de la investigación fueron: no causar ningún daño a las personas, contemplar la integridad y autonomía personal, respeto, honradez, confidencialidad, imparcialidad y objetividad. En este sentido, al ocupar las herramientas metodológicas de la antropología como la observación en la consulta médica, no se violó ningún principio ético.

Se espera que los participantes sean informados de los resultados de la investigación, así como de su difusión en foros académicos y publicaciones, la finalidad será compartir el conocimiento antropológico para la reflexión del campo de la salud. No se puso en riesgo la imagen de la institución debido a que se guardó el anonimato de la UMF donde se realizó el trabajo. Los nombres del equipo de salud y pacientes fueron resguardados también en anonimato. Los nombres personales expuestos en el desarrollo del texto no son reales sino ficticios, con excepción del nombre de la investigadora.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Introducción

En este capítulo se presenta una breve exposición de los enfoques teóricos que guiaron el desarrollo de la investigación. Las perspectivas, conceptos y autores aquí referidos forjaron la partida o el desenlace para la toma de decisiones metodológicas, así como el análisis, la interpretación y reflexión de los resultados. Se mencionan las contribuciones de la teoría de la estructuración, de Anthony Giddens, con los conceptos de estructura y principios estructurales. La corriente constructivista de Peter L. Berger y Thomas Luckman con la conformación de la institucionalización. Se recupera el concepto de institución de Cornelio Castoriadis. De Michel Foucault su análisis del discurso, el dispositivo, el dominio y las estructuras de racionalidad de la objetivación del sujeto y los modos de subjetivación. La aportación de Bourdieu con el planteamiento teórico de campo, habitus y capital. El marco del interaccionismo simbólico de Herbert Blumer y de Erving Goffman desde la filosofía fenomenológica. Y finalmente, la conceptualización de la clínica como ente ontológico de la antropología. En esa línea, se ocupa el enfoque teórico-metodológico de la investigación narrativa para el contexto de las interacciones clínicas. A través de esto fue viable el estudio de la relación y la comunicación médico-paciente.

3.1 Fundamentos teóricos y conceptuales para abordar el problema de estudio

Para comprender el problema de estudio se realizará un análisis-interpretativo relacional de los niveles macro, meso y micro social; cada uno en su complejidad, aludirá a la realidad social. Lo macrosocial está constituido por las transformaciones políticas, económicas y sociales alrededor de la salud. La atención médica resulta de mayor complejidad cuando es vinculada a la innovación tecnológica y a la producción

del conocimiento biomédico, así como a la especialización médica y a las intervenciones exitosas para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades epidemiológicas del nuevo siglo. Esto obliga a pensar que puede afectar a los diferentes contextos clínicos institucionales y a las interacciones sociales entre personal de salud, pacientes y familiares.

El nivel meso social obedece a las decisiones políticas, así, la gestión sobre la atención médica fomenta programas y propuestas para mejorar la calidad en salud, poniendo a prueba nuevas formas de intervención. No obstante, el éxito, logros y satisfacción, no siempre resulta lo esperado para los profesionales de la salud y los pacientes. Al contrario, los cambios pueden representar tensiones y fricciones según el posicionamiento en la institución de salud. En este nivel de análisis importan las relaciones laborales, la demanda de atención de los pacientes por aspectos administrativos, tiempos de espera y tiempo invertido en la consulta médica. La consideración del contexto institucional en la relación médico-paciente y en la comunicación es de fundamental relevancia. Incluso, la atención médica institucionalizada con la cual la duración de la consulta es reducida puede explicar la insatisfacción de los pacientes (Infante, 2006).

En un mundo contemporáneo, el tema de la relación médico-paciente pone de manifiesto que ha habido cambios en la medicina y estos se ven reflejados en lo micro social. La influencia de la inmediatez ha transformado el quehacer del médico respecto a las relaciones y la comunicación. El devenir del ejercicio médico puede responder según la demanda de las necesidades de los pacientes y las enfermedades crónico-degenerativas.

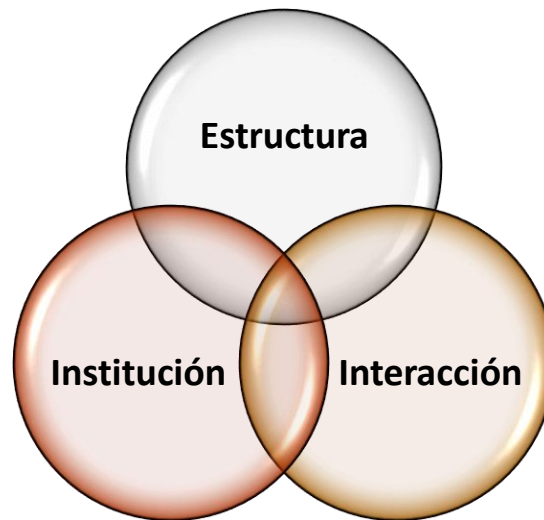
Se han elegido conceptos analíticos y operativos que están inscritos en marcos teóricos de las ciencias sociales, los cuales servirán como guía teórica para aproximarse al objeto de investigación. Inscribiendo en ello, a la institución en salud, y a la actuación del personal en el proceso de la atención médica. Así como la

construcción temporal de la relación y la comunicación en el abordaje clínico de la enfermedad.

3.1.1 Marcos de referencia teórico-conceptuales

El vínculo entre el marco de referencia de la teoría de la estructuración, la sociología constructivista y el interaccionismo simbólico resultan de interés para el estudio porque permitirán advertir la articulación entre sí. El siguiente diagrama expone las relaciones teórico-conceptuales según cada teoría y sus respectivos conceptos.

Figura 4. Relaciones teórico-conceptuales del problema de estudio



Fuente: Elaboración propia, 2017

Desde el paradigma sociológico del constructivismo estructuralista o también llamada corriente constructivista, se inscriben varios autores. Se retomará la teoría de la estructuración de Anthony Giddens. Su concepto analítico de “estructura” se entiende como “un conjunto de reglas y recursos organizados de manera recursiva, que está fuera del tiempo y del espacio y se caracteriza por una ausencia del sujeto” (Giddens, 2011). En una estructura no pueden observarse a nivel micro las acciones ni los pensamientos de los sujetos sociales sino las creaciones ya hechas, realizadas

y preexistentes. La estructura son aquellos factores externos donde hay reglas implícitas en la producción y reproducción de sistemas sociales. El interés de la presente investigación está puesto en los mecanismos de reproducción de prácticas institucionalizadas. Siguiendo a Rossi (2002), ya no son los individuos los que realizan acciones competentes, sino el mundo de la competencia establecida la que genera las acciones de los individuos. Paradójicamente, esto crea la necesidad de especializaciones cada vez más relevantes. Al mismo tiempo, esta articulación de habilidades define el significado de las prácticas: tratar patologías, definidas por un diagnóstico. Es decir, significa reformular a priori -en nombre de la eficiencia- los elementos del plan terapéutico, las intervenciones y sus articulaciones, los fármacos a prescribir y la duración del tratamiento. En este sentido, la gestión de la salud corre el riesgo de transformar la técnica de la práctica médica en la causa de su esclavitud.

Dentro de ese conjunto de reglas entra lo normativo y los códigos de significación. Cuando se habla de recursos, se refiere a los de la autoridad que provienen de la actividad de agentes humanos. Los recursos de asignación surgen del control sobre productos del mundo material (Giddens, 2011). Con esta idea lo que se observa son las relaciones de transformación y mediación de acuerdo a la estructura. Cualquier práctica médica es inseparable de las respuestas que debe brindar. En ese rumbo, la búsqueda de la eficiencia terapéutica va acompañada de un nuevo requisito, el de la eficiencia en la práctica médica, donde también se asigna un valor a cada estrategia de intervención. Es a partir de esta lógica que se determinan las relaciones actualizadas entre el mundo de la salud y el mundo económico (Rossi, 2002).

Giddens (2011) utiliza un conjunto de conceptos centrales alrededor de la estructura, estos son los “principios estructurales”, los cuales son definidos por aspectos de sociedades globales o totalidades societarias. Los principios son aquellos que especifican cuáles son los diferentes tipos de sociedades globales y los elementos que afectan la práctica de los sujetos que permiten la existencia del sistema

social. Un sistema social es todo aquello que incluye actividades situadas de agentes humanos, las cuales son reproducidas en un tiempo y un espacio determinados. Cabe aclarar que entre estructura y sistemas sociales existe una diferencia: ambos están correlacionados, pero conceptualmente una estructura responde a lo externo y a lo ya constituido, mientras que el sistema social responde a las acciones de la vida cotidiana.

Empero, los constructivistas convergen en que las realidades sociales son a la vez objetivadas e interiorizadas. Es decir, por una parte, remiten “a mundos objetivados (reglas, instituciones) exteriores a los individuos o grupos, que funcionan a la vez como condiciones limitantes y como puntos de apoyo para la acción; y por otra se inscriben en mundos subjetivos e interiorizados, constituidos principalmente por formas de sensibilidad, de percepción, de representación y de conocimiento” (Giménez, 1997, p.2).

De aquí se impulsa la idea de que la emergencia de los diversos procesos de globalización, la movilidad de las personas, la circulación de objetos, técnicas y saberes, la extensión de los mercados económicos y las innovaciones tecnológicas se acompañan de un cambio considerable a nivel global y local. Lo cual se ve reflejado tanto en el ámbito de la salud (Rossi, 2013), como en la atención médica y en la relación médico-paciente. Por ejemplo, el argumento humanitario ha dejado de tener vigencia y al gremio médico no le preocupa la legitimidad, sino la remuneración económica que obtendrá según la especialidad o subespecialidad demandada por las necesidades de los usuarios. En un mundo globalizado, donde los indicadores cuantitativos cobran cada vez mayor importancia. Los aspectos cualitativos del quehacer humano, en muchos casos, van perdiendo terreno. Tal es el caso de las instituciones de salud, en donde la demanda de servicios médicos es creciente, en especial la relacionada con padecimientos crónicos.

Dentro de la estructura macrosocial impera la salud global, la cual evalúa las políticas económicas que generan nuevas estrategias médicas que ocasionan

cambios y traen consecuencias para la atención a la salud (Rossi, 2000). Además, del impacto de los modelos de atención en salud, los postulados que los sustentan, los recursos materiales con los que se cuenta, la influencia de la innovación médica, la medicina especializada, la comercialización médica y la masificación de los servicios de salud (Fassin, 2010, citado en Rossi, 2014). Como resultado de ello, la búsqueda de eficacia terapéutica se acompaña de una nueva exigencia: la eficiencia de la práctica médica. En donde a cada estrategia de intervención clínica se le asigna también un valor financiero (Rossi, 2013).

La teoría de la estructuración resulta de interés para la investigación porque concederá ver la conexión entre lo macro, meso y micro social y la manera en qué pueden estar influenciados el uno por el otro. Basta decir que servirá de base para analizar aspectos estructurales que pueden repercutir en lo local.

El concepto analítico de institución será retomado desde la sociología constructivista de Peter L. Berger y Thomas Luckman. Para el propósito del objeto de estudio, se requiere de un concepto que concentre la idea de organización, de grupo y de perseguir un fin común o al menos acercarse a él. La institución es un agrupamiento de individuos sujetos a una norma que les obliga a ciertos comportamientos. Aunque apremia que se reconozca la subjetividad, los deseos y necesidades de los trabajadores involucrados que van más allá de los objetivos institucionales (Mario Testa, 2005).

De acuerdo con Berger y Luckman (2001), las instituciones siempre son producto de una historia; al mismo tiempo, su historia antecede al nacimiento del individuo y no es accesible a su memoria biográfica, es decir, existía antes de que él naciera y después de su muerte. Las instituciones aparecen entonces como dadas, inalterables y evidentes por sí mismas. Esto significa que las instituciones ya han sido entregadas a la sociedad de manera irrefutable. Son creadas con un objetivo determinado y es la historia la que da cuenta de ellas, las arroja, las construye y les da forma. La conformación de la institución atraviesa por un proceso al que se le

denomina, institucionalización. Éste aparece cada vez que se da una tipificación de acciones o pautas habitualizadas por parte de los actores. Se puede decir que la actividad humana se ha institucionalizado cuando ha sido sometida al control social.

Conforme a Cornelius Castoriadis (2007), la institución es una red simbólica. En función de significaciones, combina un componente funcional y uno imaginario. En ella, hay distancia entre lo instituido y lo instituyente. Lo social se manifiesta en lo que está ya instituido, es decir, ya está ahí en la institución. En cambio, lo instituyente supone siempre irrupción, apunta a un resultado, depende de las expresiones de la creatividad, lo cual impide determinar de forma concluyente las relaciones sociales y la actividad humana.

Lo instituido son las normas y las reglas fijadas y establecidas, mientras que lo instituyente es por ende lo cambiante, dando paso a la institucionalización. Esta respecto de los individuos se define como una acción integradora de la sociedad, las instituciones y la ideología dominante (González Valenzuela, 2001). La institución es conformada en el momento en que se convierte en regla y norma, sin lo cual no habría nada en la sociedad ni para la sociedad (Castoriadis, 2007).

Desde ahí, toda institución no sólo tiene un propósito específico, sino que además es una organización activa, estructuralmente contenida de dominación, alienación, control y está acabada en una producción instituida, es decir, ha llegado a establecerse con lógicas particulares. Al respecto, Foucault (2003), enfatiza la idea de instituciones disciplinarias, las cuales son una maquinaria de control social que funcionan para vigilar la conducta.

El aparato disciplinario tiene una sola mirada, es permanente, compara, diferencia, jerarquiza, homogeneiza, y excluye; es decir, normaliza (Berger & Luckman, 2001). Relacionado con el tema de la investigación, los entornos institucionales complican el encuentro entre el médico y el paciente al someterlo con requerimientos burocráticos-administrativos como fijar la historia clínica en el expediente. Al igual que limitar el otorgamiento de medicamentos, restringir el envío de estudios médicos, y

hacer eficiente el tiempo de la consulta médica. El médico actúa como intermediario de la institución y eso impide establecer una estrecha relación con el paciente. Una relación centrada en las necesidades de la institución y no en los pacientes, desestima el sufrimiento para acompañar en el manejo de la aflicción (Hamui, 2013).

Es útil partir de la idea de que la institución generalmente tiene una historia de la cual es producto. Este referente será utilizable en el estudio para el análisis meso social ya que permitirá analizar una institución del sector salud, su lógica de existir, principios y pautas de comportamiento o reglas particulares. Con este propósito, concierne a las ciencias sociales destacar la reproducción de las prácticas sociales aprendidas e institucionalizadas. Debido a que el entorno laboral, al producir repertorios específicos de identidades posibilita que desde la aproximación socioantropológica, se estudie el modo en que una colectividad reproduce discursivamente la vida laboral institucional (Linde, 1993). La sociología privilegia la reflexión de la agencia y la estructura, esto es, la relación entre la acción social y la determinación estructural de las relaciones de poder.

El concepto analítico de interacción pertenece al marco teórico del interaccionismo simbólico, uno de sus representantes iniciales es Herbert Blumer. Para entender qué es la interacción se parte de siete rasgos característicos: 1) incluye dos o más individuos que intercambian puntos de vista, 2) la interacción se da en escenarios sociales, 3) existen objetos sociales en escenarios sociales 4) al intercambiar perspectivas se utilizan reglas que guían y dan forma a sus interacciones 5) toda interacción incluye personas relacionadas entre sí 6) a cada intercambio se le llama encuentro 7) el proceso de interacción se filtra a través de identidades sociales de género (citado en Denzin, 2002).

De acuerdo con Blumer, uno de los postulados centrales del interaccionismo simbólico es que la interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados (citado en Castro Pérez, 2011). Esto quiere decir que las personas viven en un mundo de significados aprendidos que se codifican como

símbolos y se comparten mediante interacciones en un grupo social dado. Al mismo tiempo, los símbolos son motivadores en el sentido de que impulsan a las personas a llevar a cabo sus actividades (Angrosino, 2012). La consulta médica es un espacio-tiempo, que circunscribe el escenario de una interacción, donde se reúnen dos o más sujetos. Alrededor de la comunicación están los códigos simbólicos del habla, los tonos de voz, las miradas, los silencios, la indiferencia, todo ello tiene una repercusión significativa que se desencadena en el sentir de pacientes y médicos involucrados. Esto proporciona indicios por un lado de los significados simbólicos que se pueden interpretar durante la interacción y por otro los códigos ocultos que pueden existir durante el acto clínico. En ese sentido, en la relación y la comunicación, entran muchos factores en juego: las representaciones, las lealtades, las alianzas y las emociones (Rossi, 2012).

Según William Thomas, el material simbólico consiste en el punto de vista, interpretación o eventualmente en un patrón de conducta que las personas formulan y adoptan en cada situación que viven (citado en Castro Pérez, 2011). Los individuos y los grupos piensan y actúan de determinada manera a partir de las interacciones que han tenido a lo largo de su vida. La interacción genera diferentes tipos de encuentros sociales, así que el material simbólico intercambiado dependerá de la situación en la que se encuentre cada uno.

A nivel micro social la interacción da cuenta de la forma en que los sujetos intercambian diversas expresiones, las cuales son de tipo subjetivo. La interacción social acompañada de su bagaje simbólico ayudará a analizar cómo se generan los encuentros entre médicos y pacientes, qué significados se comparten, a partir de qué saberes, qué motivos determinan sus acciones y qué interpretaciones otorgan a cada situación dada.

3.2 El orden discursivo

En este nivel de análisis se pretende observar cómo el problema de estudio

está inserto en una estructura que está llena de influencia y dominio. Estos aspectos son externos al fenómeno de estudio, pero le son intrínsecamente próximos. Con este eje conceptual se pretende conocer de qué manera está ordenado el discurso alrededor de la salud y cómo opera la práctica médica. Con esta argumentación se revelará cómo funciona el discurso institucionalizado, cómo permea, de qué manera está internalizado el “deber ser” y con qué métodos, técnicas e instrumentos es proyectado.

Resulta pertinente para esta investigación recuperar lo que Michel Foucault propone en cuanto a su análisis del dominio. Éste es producto de la reestructuración de su propia existencia y no de la humanización, del mundo, de la internación, del desarrollo, de la racionalidad o de la objetividad de la ciencia (Castro, 2004). El dominio es un conjunto acotado de conjeturas. Es construido con finalidades aparentemente reales, definitivas o absolutas. No obstante, no es producto de la casualidad. Se convierte en dominio cuando impera por su existencia misma.

De la diversidad de dominios, será oportuno ahondar en el dominio de la biomedicina, su impulso, los mecanismos con los que dispone para regular los servicios de atención y la posición que tiene frente a otros dominios distintos. El episteme médico es parte de tal dominio, con este se crean los objetos y se determinan. Por ejemplo, la enfermedad es un objeto de la medicina y la clínica, esta sólo puede entenderse cuando existe una “mirada médica” que abarca los signos y los síntomas (Dreyfus & Rabinow, 2001). La clínica es el vehículo que sirve a la medicina para enseñar sobre la enfermedad. Así, de acuerdo con Foucault, la medicina como ciencia clínica aparece con condiciones y estructuras de su racionalidad, bajo el lenguaje de una ciencia positiva.

En estos términos, Foucault recupera la “objetivación del sujeto”. Le llama “prácticas de escisión”. Esto significa que el sujeto está escindido en sí mismo o separado de los otros. Se menciona que la intención de la objetivación está simultáneamente relacionada a la intención ya objetivada. Refiere la objetivación en

el uso de los cuerpos y la objetivación en las instituciones, es decir su manera de proceder. Como muestra, está la manera en que el médico maneja y manipula el cuerpo del enfermo, la forma de observarlo, analizarlo, diagnosticarlo y tratarlo (Dreyfus y Rabinow, 2001).

Gran parte del poder otorgado a la medicina ha surgido del prestigio social que ha tenido la ciencia como un saber verdadero (Clavreul, 1983). En ese margen, el discurso médico está ligado al gran aparato del saber científico, conoce de la vida y su totalidad, desde el nacimiento hasta la muerte, de esa manera es capaz de manipular los ciclos de la existencia, y en esa lógica el saber otorga control.

La teoría de Foucault inevitablemente nos lleva al discurso, el cual está constantemente dentro y fuera de cualquier situación enunciada. El autor lo define como el “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación... para los cuales se puede definir un conglomerado de condiciones de existencia” (Castro, 2004, p. 138). En dichos términos, el discurso es una construcción estipulada y delimitada; a la par, es operable según las circunstancias en que es creado, diseñado e implementado.

Al entender que el mundo institucional es experimentado como realidad objetiva, en el proyecto de estudio, esa realidad servirá de guía para mirar cómo está instaurado y la manera en que el personal médico ha objetivado su conocimiento. Por ejemplo, el profesional ha objetivado la innovación tecnológica y la especialización, pero ha dejado a un lado la importancia del quehacer clínico (Galende, 2008). En el ámbito de la sociedad moderna, se legitima que el médico es el experto porque domina el conocimiento científico y que las instituciones de atención médica forman parte de un sistema. A partir de ello, los enfermos se acercan a los profesionales con su padecer y a las instituciones porque confían en que representan la técnica de la medicina (Infante, 2006).

Esto también ha sido instituido por la objetivación científica, con ello no existe posibilidad de conceder espacio al sujeto. De manera contundente, el discurso

médico muestra cómo éste despoja al profesional de la salud para callar sus sentimientos; se borra en cuanto persona ante las exigencias de su saber. La medicina todo el tiempo está objetivando el proceder del médico. El discurso médico es normativo por lo que el deseo del profesional se inscribe en esta normatividad que impone ese discurso y no puede salir de él, a menos que deje de ser médico (Clavreul, 1983).

De esta forma, la medicina es instaurada desde el orden del discurso, el cual tiene sus propias leyes, es sistemático, estructurante, normativo e impone cierta mirada desde donde es constituido. Al ser riguroso, el discurso médico se desarrolla prolongándose cada vez más de manera coercitiva (Clavreul, 1983). Cualquier discurso es instituido cuando va conformándose como parte de algo establecido, integra elementos y una lógica para permanecer.

3.3 El sujeto como producto de la objetivación y la subjetivación

En el mismo orden de ideas, para que existan instituciones, forzosamente tienen que haber sujetos que las integren y hagan funcionar. El concepto de sujeto se explorará porque es una construcción útil para ser planteada desde la abstracción teórica, pero también desde el plano metodológico. En la teoría social, se ha debatido cómo concebir al sujeto y cuál es su papel en la construcción social de la realidad. Con la idea de que “el sujeto tiene un ser en sí” (Hessen, 2014), es que “el sujeto es convocado por la transformación de una conciencia de sí, que se vuelve más fuerte que la conciencia de las reglas y de las normas, así como de las exigencias de los sistemas dentro de los que se vive y se actúa” (Touraine, 2007, p. 16, citado en Jodelet, 2008, p. 45). El argumento sustenta que el sujeto se debe al conocimiento de sí mismo, creencias, emociones y deseos, en lugar de lo ya preestablecido o conformado. Esto quiere decir que tiene mayor peso el subjetivismo.

Sin embargo, bajo la explicación sociológica del objetivismo de Durkheim, este sujeto no es posible con la idea del “ser en sí”, debido a que, a partir de la existencia

de estructuras objetivas, el mundo social va más allá de la voluntad de esos individuos o grupos. Dichas estructuras organizan las prácticas y representaciones sociales, independientemente de la conciencia de ese sujeto. En cambio, desde otra corriente sociológica y casi contemporánea a la de Durkheim, sobresalen Max Weber y Alfred Shutz, quienes exponen que el subjetivismo pone atención en el mundo de las representaciones, es decir, de las subjetividades. Esto significa que los sistemas de percepción, pensamiento y acción tienen una génesis social de la subjetividad (Flachsland, 2003).

Como puede verse, las corrientes contraponen la mirada sobre la noción de sujeto. Desde la primera perspectiva, el sujeto no se hace sino lo hacen los factores externos de la estructura social, mientras que la segunda postura considera que el sujeto obedece a su propia construcción subjetiva. Para el tema que nos ocupa en este estudio, observar y analizar a los trabajadores de la salud como sujetos, nos lleva a pensarlos como constituidos dentro de la estructura social de la que son parte. No obstante, esto dependerá también de los intereses personales o expectativas puestos en la institución.

De Jodelet (2008) se recupera la teorización del sujeto desde la teoría de las representaciones y la interacción social. Sostiene que éste no es un individuo aislado en su mundo de vida, sino auténticamente social y activo; pero sobre todo hace énfasis en que es un sujeto que interioriza y se apropia de las representaciones, interviniendo al mismo tiempo en su construcción. “Hablar de sujeto en el campo de estudio de las representaciones sociales es hablar del pensamiento, es decir, referirse a procesos que implican dimensiones psíquicas y cognitivas; *-pero también-* a la reflexividad mediante el posicionamiento frente a la experiencia; a los conocimientos, al saber; y a la apertura hacia el mundo y los otros” (Jodelet, 2008, p. 60). En particular, esta postura teórica es oportuna para la presente investigación, debido a que no se asume que el sujeto es producto determinante de algo externo, sino que también necesariamente es un proceso de sí mismo con relación a otros sujetos.

Sobre la emergencia del sujeto, Rossi (2012), lo contempla a través del tejido de las relaciones sociales y humanas que lo definen. Añade otras ideas para conceptualizarlo. Indica que el sujeto es el único responsable de asumir su existencia, junto a la libertad y autonomía que tiene como persona. En un mundo contemporáneo donde se discute el declive de las instituciones de la modernidad y el surgimiento de fuertes procesos de individualización. El papel de lo subjetivo y de la capacidad de toma de decisiones sobre la propia existencia abren posibilidades para la agencia humana, la creatividad e iniciativa personal en la construcción de la propia identidad (Beck *et al.*, 1997, citado en Jacinto, 2010).

Esta breve exposición da apertura para recuperar el concepto de sujeto, con el que se resalta la importancia de su conciencia, entendida como un proceso cognoscente que además de conocer y aprender de lo otro, también reflexiona, siente y cuestiona lo establecido. En el estudio se pretende explorar cómo los sujetos se inventan “a sí mismos”, cómo se ven, qué aspectos reflexivos están anulando y qué posición asumen de acuerdo con su experiencia y situaciones dadas. Al teorizar en la conceptualización del sujeto, se trae a este apartado la dualidad categórica “objetivación-subjetivación”, esto en función de comprender de qué manera los sujetos aprenden a conocer sobre algo particular y cómo se desarrolla ese proceso. A modo de ejemplo, en la medida en que se pregunten ¿cómo se ven y se sienten como médicos familiares en el primer nivel de atención? O ¿qué los identifica de los demás especialistas?; es entonces que, la noción de médico sobre sí mismo al interior de la institución, se internalizará y serán producto de la intersubjetividad como agentes del sistema.

Apropiarse de cualquier conocimiento significa que existe una relación entre un sujeto y un objeto que entran en contacto mutuo, donde el sujeto aprehende al objeto (Hessen, 2014) y por tanto obtiene conocimiento. En este razonamiento, la realidad social es también conocimiento y el sujeto la aprehende.

La tesis fundamental de Berger y Luckman (2001), sobre la construcción social

de la realidad, se basa en, 1) esas variaciones empíricas del "conocimiento" y 2) en los procesos por los que cualquier cuerpo de "conocimiento" llega a quedar establecido socialmente como "realidad". Para los fines de la investigación, el segundo proceso resulta de interés, ya que "la realidad de la vida cotidiana se presenta ya objetivada, o sea, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que "yo" apareciese en escena". Lo cual significa que, antes de que el sujeto intente aprender algo de la realidad, si ya está objetivada o mejor dicho establecida, al sujeto no le quedará más que reproducirla. Sin dejar de considerar que la realidad de la vida cotidiana se presenta en un mundo intersubjetivo, compartido con otros; tal como lo propone Jodelet (2008) con la teoría de las representaciones sociales y sus dimensiones de la intersubjetividad, la subjetividad y lo trans-subjetivo (espacio social y público).

Aunque resulta abstracto entender la dualidad objetivación-subjetivación, no puede perderse de vista que son interdependientes. Con la objetivación, el conocimiento médico puede objetivarse en el sujeto, se objetiva con un fin implícito (estructura establecida) y con la subjetivación el sujeto objetiviza siendo consciente (construcción subjetiva). O como menciona Testa (2005), el surgimiento de un sujeto constituido requiere la aparición de un sujeto individual, grupal o institucional.

Para cerrar este apartado, se despliega que los modos de subjetivación así denominados por Foucault son prácticas de constitución del sujeto; el cual aparece como objeto de una determinada relación de conocimiento y de poder. Se establece a qué debe someterse el sujeto, a qué estatuto, qué posición debe ocupar, en qué condiciones y cómo es problematizado. Por lo tanto, las prácticas de subjetivación son también formas de objetivación, es decir, de los modos en que el sujeto ha sido objeto de saber y de poder, para sí mismo y para los otros (Castro, 2004).

3.4 Campo, habitus, capital

Para examinar el ámbito meso social, será necesario comprender cómo

funciona la institución de salud, la manera en que está organizada y habituada. Por esta razón se ocuparán algunos conceptos que puedan guiar en lo teórico-metodológico y acercarse al problema de estudio. Siguiendo a Bourdieu con el planteamiento teórico de campo, habitus y capital, esto ayudará a complejizar el análisis de las instituciones. Mediante tales conceptos podrá verse cómo se concretiza la realidad social desde sitios específicos en los que se otorga la atención médica.

Los espacios institucionales, las relaciones de trabajo y las relaciones de producción generan subjetividad todo el tiempo (Onocko, 2000, citado en Onocko, 2008). En dicho terreno, existe una lucha de subjetividades diferentes, es decir, maneras de comprender, de construir la verdad, principios éticos y valores sociales, o, mejor dicho, criterios que orientan las acciones prácticas (Galende, 2008). Al comprender que en las instituciones de salud existen dinámicas distintas, portadoras a su vez de subjetividad, es fundamental identificar de dónde sale el orden legítimo y dónde está ubicado.

Para Bourdieu (2002), los campos se presentan como espacios estructurados de puestos, cuyas propiedades dependen de su posición en esos ámbitos, los cuales pueden analizarse independientemente de las características de sus integrantes, en parte determinadas por ellas. El campo es como una configuración de relaciones entre posiciones. Las cuales se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, cuya posesión implica el acceso a las ganancias que están en juego por sus relaciones con las demás posiciones de dominación, subordinación u homología. (Bourdieu & Wactquant, 1995). De acuerdo con esta idea, se entiende que el campo está determinado por las relaciones en el espacio, es decir por la posición y estrategias utilizadas entre los miembros. Con ello, el concepto de campo es funcional para la investigación porque busca observar la estructura del espacio institucional, cómo se constituyen los sujetos y qué tipo de relaciones son instaladas.

Una característica importante del campo estriba en que no está integrado por

partes o componentes. Cada subcampo posee su propia lógica, reglas y regularidades específicas, y cada etapa de la división de un campo conlleva un auténtico salto cualitativo (Bourdieu & Wactquant, 1995). Este fundamento es de utilidad porque al pretender estudiar la dinámica de una institución, es probable encontrar variados y distintos subcampos, que a la vez tengan su propia peculiaridad.

Investigaciones empíricas han documentado que el contexto de la propia organización institucional de salud otorga respuestas para la comprensión y mejora de la prestación de los servicios de salud (Anderson, Issel & McDaniel, 2003; Crabtree, Miller & Strange, 2001; Crabtree, Miller, Aita, Flocke & Strange, 1998; Institute of Medicine, 2001; 2004; Miller, Crabtree, McDaniel & Strange, 1998, citados en Anderson *et al.*, 2005). Por lo tanto, una clave para entender el sistema como un todo radica en comprender los patrones de relaciones entre sus agentes (Cilliers, 1998; Gell-Mann, 1994; Stancey, 1996; Wheatley, 1992, citados en Anderson *et al.*, 2005). Con base en ello, el problema de investigación aquí planteado, exalta la idea inicial con la que empecé el estudio, la cultura organizacional de las instituciones de salud. De ahí que ocupar el marco teórico de campo de Bourdieu afianza la manera de explorar el tema.

Con el trabajo empírico, es necesario determinar cómo está constituido el campo, en dónde termina, quiénes forman parte y quiénes son excluidos, cuáles son sus límites, qué tipos de capitales operan y si realmente constituye un campo. Consecuentemente, el campo es un escenario de relaciones y de luchas, por lo tanto, es un sitio de cambios permanentes. La fuerza de las relaciones entre los ocupantes es lo que define la estructura del campo, el cual puede compararse a un juego, donde existen apuestas que son el resultado de la competición entre los jugadores. Lo real es relacional, esto significa que lo que existe en el mundo social son relaciones; no interacciones o vínculos intersubjetivos entre agentes, sino relaciones objetivas que existen independientemente de la conciencia y la voluntad individual (Bourdieu & Wactquant, 1995).

El presente estudio explorará al espacio institucional y a los distintos sujetos que conforman al campo. Por ende, ellos tendrán luchas según el subcampo al que pertenezcan de acuerdo con la forma de pensar y actuar. Lo que se intenta revelar será, cómo están posicionados institucionalmente, desde dónde lo hacen, qué medios, mecanismos y estrategias utilizan, pero, sobre todo, qué es lo que determina que estén en una posición y no en otra. Algunas preguntas orientativas que pueden servir de guía son ¿cuáles son los subcampos en el espacio institucional? ¿en qué posición se encuentra un sujeto con relación al resto y cuál es su influencia? ¿las relaciones establecidas entre ellos toman en cuenta las jerarquías, estatus y ejercicio de poder? Así, con esta identificación se tiene la posibilidad de contextualizar el tema a tratar para profundizar las múltiples relaciones de las cuales depende el campo.

En lo social se pueden reconocer diferentes campos y con ciertos márgenes de autonomía. Su independencia tiene que ver con que cada uno tiene sus propias reglas, de acuerdo con el tipo de capitales y criterios de validación. En esa orientación, Pierre Bourdieu contribuye teóricamente para contemplar a las estructuras sociales como externas y dadas en el espacio social. Su propuesta de la praxis social vincula a los tres conceptos entre sí, el campo social, el habitus y el capital.

Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar; que esté dotada de un habitus, lo cual implica el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego. El habitus es definido como un “sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores. Inventa estrategias que pueden estar objetivamente conformes con los intereses objetivos de sus autores sin haber sido concebidas expresamente con este fin” (Bourdieu, 2002, p. 125). El habitus está contenido de algo –disposiciones- que es aprendido; sin llegar a la formalidad cognitiva de ideas, es en sí mismo implantado y reproducido entre los miembros del campo.

“Los sistemas de disposiciones son duraderas y transferibles, estructuras

estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios generadores y organizadores de prácticas y re- presentaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente «reguladas» y «regulares»” (Bourdieu,1993, p. 92).

El habitus no es pensado ni reflexionado, una vez adquirido es perdurable y con posibilidad de trasladarse; al adoptarse, es generador y regulador. Concretamente, hace posible la producción libre de los pensamientos, las percepciones y las acciones inscritas dentro de los límites que marcan las condiciones particulares de su producción (Bourdieu,1993). Y es que sólo en situaciones peculiares es que el habitus puede ser generador de contenido, el cual es infinito en su creación, pero finito en su demarcación.

El habitus conceptualizado como “esquema” involucra la interiorización de modo implícito, pre-reflexivo y pre-teórico. El sistema de esquemas clasificatorios se opone a todo sistema de clasificación fundado en principios explícitamente concertados (Bourdieu, 1988). Así que todo lo aprendido es interiorizado implícitamente, sin hacer consciente ese proceso dado.

La génesis del habitus es el proceso de inculcación de un arbitrario cultural y como incorporación de determinadas condiciones de existencia; surgen así dos modos distintos de generación de habitus (que a la vez son recíprocos): a) la inculcación y b) la incorporación (Bourdieu, 1988). Para que el habitus sea posible en su creación, es incorporado por el simple hecho de existir y es inculcado cuando coexiste un objetivo preciso que reproducir. Algunas veces su enseñanza es arbitraria.

De los dos modos de reproducción, se tiene interés particular por el de la inculcación, ya que toda institución ejerce su poder a través de la mediación de condiciones de existencia específicas. La inculcación, supone una acción formativa efectuada dentro de un espacio institucional por agentes especializados, dotados de autoridad, que imponen normas arbitrarias, valiéndose de técnicas disciplinarias

(Giménez, 1997). En este sentido, vale la pena recordar a Berger y Luckman (2001) cuando dicen que los procesos de habituación anteceden a toda institucionalización y que la parte más importante de la habituación de la actividad humana se desarrolla en la misma medida que su institucionalización.

El habitus como entendimiento práctico ejecuta la reactivación del sentido objetivado en las instituciones, producto del trabajo de inculcación y apropiación necesario para que esos productos (estructuras objetivas), consigan reproducirse bajo la forma de disposiciones duraderas y ajustadas. Esta manera es lo que permite habitar las instituciones, apropiárselas prácticamente y, de este modo, mantenerlas activas, vivas, hacer revivir el sentido que se encuentra depositado en ellas, pero imponiéndoles las revisiones y transformaciones que son la contrapartida y condición de la reactivación (Bourdieu, 1993).

Dentro de la inculcación, la reactivación adquiere un papel importante ya que es la que da pauta para observar lo incorporado en la institución o en su caso prestar atención a los cambios y modificaciones que han dado un nuevo sentido a la institucionalización. El habitus tiene un carácter multidimensional. Cuenta con un sistema de esquemas que engloba de modo indiferenciado el plano cognoscitivo, el axiológico y el práctico (Giménez, 1997).

En este sentido, no puede entenderse el espacio institucional sin comprender el habitus emanado de una cultura organizacional. Sus miembros son representantes de la institución. Proporcionan un tipo de servicio específico según el habitus con el que cuentan, es decir, con las disposiciones adquiridas que generan prácticas, las cuales están objetivamente adaptadas a un interés y a su vez objetivamente reguladas. En la medida en que el campo es interdependiente al habitus, de igual manera, el capital lo es al campo, tiene un sentido de pertenencia, por consiguiente, están estrechamente ligados.

Bourdieu y Wactquant (1995) refieren que un capital es el factor eficiente en un campo dado como arma y apuesta; permite a su beneficiario ejercer un poder y una

influencia. Definido así, el capital es un recurso, una herramienta que permite controlar y manejar ciertas situaciones. El capital vale según su relación con un campo determinado, es decir, dentro de los límites de éste, y sólo puede convertirse en otro tipo de capital dentro de ciertas condiciones (Bourdieu, 2002). En la investigación, se espera identificar los capitales específicos que son eficientes para el campo, lo cual significa distinguir los tipos de capital y por qué son funcionales según el alcance de apropiación en los subcampos.

La característica del capital es que puede ser acumulado. Por ejemplo, las luchas anteriores crean antigüedad (Bourdieu, 2002). Entre más capital se tenga mayores posibilidades en el juego social. Teniendo en cuenta que el capital es el recurso puesto en juego en los diferentes campos, estos se clasifican en capital económico, social, cultural, y simbólico. La especificidad de cada campo viene dada por el tipo de recursos, o la combinación de estos, que se movilizan y tienen curso en su ámbito (Bourdieu, 1988).

El capital económico hace alusión al dinero, obedece a lo material y utilitario. El capital social consiste en los vínculos creados y las redes de relaciones sociales más o menos extensas. El capital cultural tiene que ver con el valor de un costo que se mide por el tiempo y el esfuerzo empeñado en la ampliación de dicha propiedad. Algunas de sus propiedades son autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, entre otros. Lejos de ser inherentes a la persona, sólo pueden existir en la medida en que son reconocidas por los demás (Bourdieu, 1988). Quienes cuentan con capital simbólico tienen el poder de “hacer cosas con palabras”, esto es, construir la “verdad” e imponer una determinada visión del mundo social, establecer criterios de diferenciación social, clasificar y construir a los grupos sociales (Flachsland, 2003). El capital simbólico implanta un punto de vista, una mirada o una perspectiva.

El capital es poder, y por consecuencia este determina la esfera de lo posible. Contar con capital dota de oportunidades, y autoridad, no necesariamente tiene una

connotación negativa sino favorable, por ejemplo, el capital social (Giménez, 1997).

Con tal compendio, basta decir que, en el estudio el concepto de capital será usado para analizar en qué medida alguno de los capitales (económico, social, cultural y simbólico) favorecen o no en la dinámica del ámbito institucional, así como la manera en que son ocupados entre los diferentes sujetos.

3.4.1 El interaccionismo simbólico como punto de partida

La teoría de la interacción simbólica es fundamental para entender cómo se puede ingresar al mundo social del sujeto y relacionar los significados que él tiene con ese mundo. Los estudios del interaccionismo se basan en el significado que tienen las cosas para los individuos y la forma en que esos significados afectan sus conductas y la interacción de unos con otros (Castro Pérez, 2011). Dado que este enfoque se centra en lo subjetivo, esto le servirá a la investigación para comprender e interpretar el pensamiento, los motivos y sentidos que dan los sujetos a su actuación. La perspectiva interaccionista será útil para describir los significados que se transfieren en los encuentros cara a cara. Observar esa rutinización de acontecimientos situados tendrá importancia para analizar cómo se genera esa reproducción social al interior de un espacio institucional.

Partiendo de eso, el interaccionismo simbólico que propone Erving Goffman es fundamentado en la filosofía fenomenológica. En su teoría, sitúa en primer lugar el estudio de la interacción social, explica los encuentros cara a cara y el comportamiento humano desde la perspectiva del microanálisis (Mercado & Zaragoza, 2011). Respecto a su postura del problema de la conexión entre lo micro y macro, sostuvo que el estudio de la observación y el método del microanálisis son tratados como una teoría particular y no como una vía a la comprensión general del orden social, por lo que, postuló un acoplamiento entre las prácticas interaccionales y las estructuras sociales (López Lara & Reyes, 2010).

El autor coloca en primer término el análisis de las interacciones como un objeto de análisis específico y, en segundo plano, el análisis de las interacciones desde una

posición distante, es decir, cuando el investigador se aleja de su objeto de estudio y hay distancia. Se da la pauta para estudiar las interacciones en función de dar una explicación al funcionamiento de la organización social. La intención es comprender las interacciones a partir de los intereses de los sujetos y en función de las representaciones que cada uno tiene de los otros durante la misma interacción (Mercado & Zaragoza, 2011).

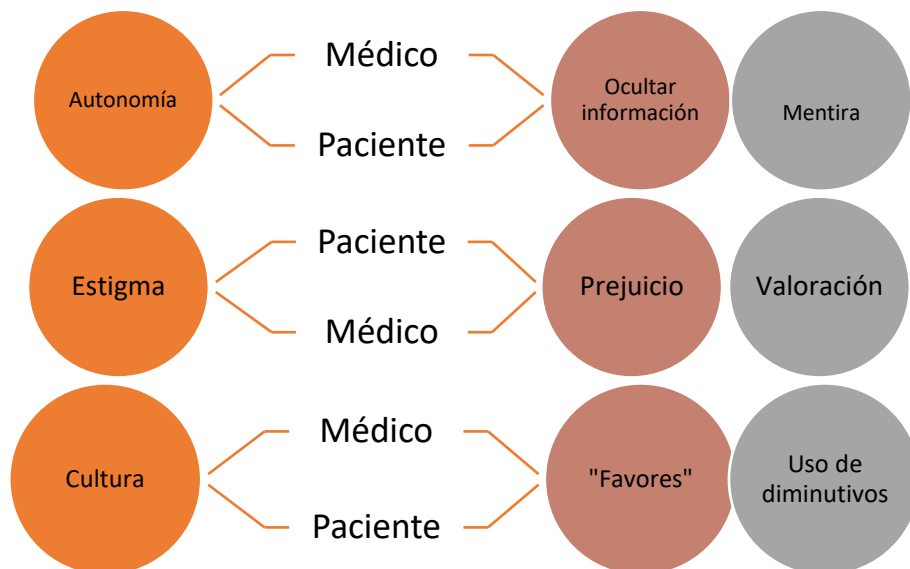
Las interacciones ocurren cuando dos personas están presentes y tratan de obtener información nueva o de manejar la que ya poseen. Para esto, ejercerán cierto grado de control sobre la conducta expresiva, y así, cada individuo proyectará una definición de la situación ante los demás y mantendrá un consenso o conveniencia con la finalidad de evitar un conflicto (López Lara & Reyes, 2010).

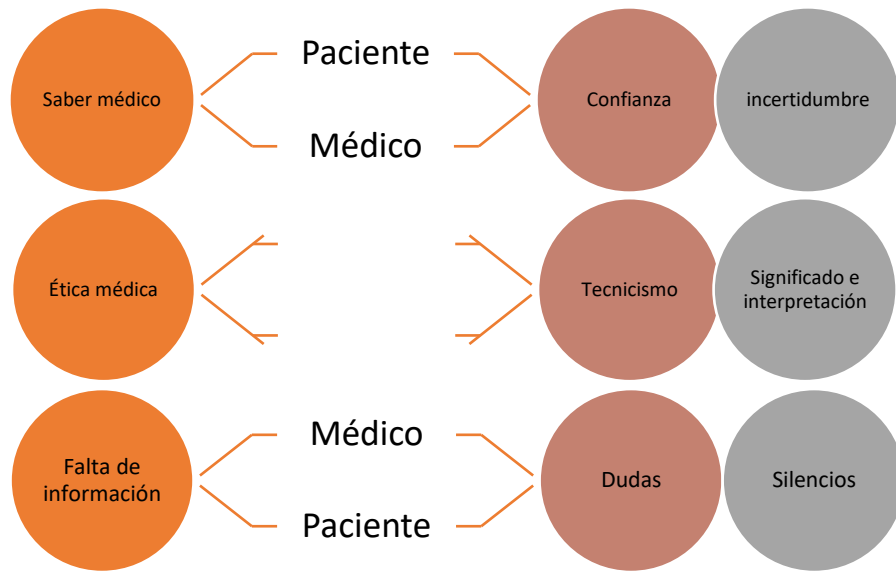
Dado que en la interacción cara a cara hay una influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran en presencia física inmediata, es importante apuntar que dicha influencia se da por medio de una actuación (performance). Vale la pena señalar que esta depende de las diferentes audiencias, en primer lugar, de la situación social del momento, y, en segundo lugar, de los individuos con los que se está interactuando y lo que se está poniendo en juego. Referente a la relación y a la comunicación entre médico y paciente, según el interaccionismo simbólico el planteamiento sería ¿qué se comunica cara a cara? ¿cómo se actúa cuando no se está frente al otro? Durante el encuentro clínico ¿cuáles son los mensajes ocultos que están detrás de las personas y su identidad? ¿qué tipo de valores profesionales son parte del dominio de la medicina y cómo esto repercute en su interacción con los pacientes? Por ejemplo, los médicos dicen que los pacientes mienten, desde el ethos médico se dice que los conocen y saben cómo actúan. De ser así, ¿qué hizo que piensen de esa manera, en qué momento de la interacción se identificó ese patrón? Claro está que los encuentros cara a cara les permitió identificar esquemas repetidos. Sin embargo, estuvo de por medio su posicionamiento ético y moral, sus valores sociales y personales; implícitos y explícitos. Por otro lado, también

imperera el hecho de que a los médicos no les gusta que les pregunten de su vida personal, esto en parte es una limitante para que se relacionen o comuniquen con las personas.

En toda acción social el individuo funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación frente a aquellos que observan dicha actuación. Emplea la fachada intencional o inconsciente durante su actuación. Dicha fachada está formada por el medio, que se relaciona con el lugar, mobiliario, equipo, decorado, que proporcionan el escenario y la utilería para el flujo de actuación humana. La apariencia es otro elemento que está en juego (López Lara & Reyes, 2010). Como se muestra en la figura cinco, los elementos observados estarán presentes según la situación específica en la clínica, dependerán del tipo de relación médico-paciente, y del contexto de la institución, pero alguno o varios forman parte del contenido simbólico de la interacción social.

Figura No. 5 Las interacciones como objeto de análisis microsocia





Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de campo, 2022¹⁹.

Al observar a las interacciones sociales como representaciones teatrales, Goffman enfatizó en tres puntos determinantes: el medio, la máscara y el rol. El medio es el espacio donde se mueven los actores; la máscara es el elemento que portan los actores sociales y de la cual están conscientes de portarla; y el rol que desempeñan cada uno de los actores es el papel que representa la conciencia. De hecho, la conciencia de los actores los lleva a intentar controlar las impresiones que generan ante el público espectador. Esto supone la preexistencia de normas y pautas de acción a las que los individuos deben adecuarse en su actuación (Mercado & Zaragoza, 2011).

Con lo expuesto hasta el momento, la presente investigación advierte que con la teoría del interaccionismo simbólico se opta por una etnografía fundamentada. Esta elección sirve al interés por captar las interacciones de los sujetos en sus marcos o escenarios de desarrollo (Rizo, 2004).

¹⁹ Los resultados etnográficos se verán reflejados en los capítulos capítulo 4, 5 y 6.

3.4.2 La clínica como ente ontológico para el estudio antropológico de la relación y la comunicación

La antropología busca acercarse a la clínica para observarla y analizarla como ente ontológico para la producción del conocimiento. Muestra de ello es distinguir, por un lado, la enfermedad incluyendo la experiencia y la creencia del paciente en términos personales y culturales, y por otro, la enfermedad vista desde la biomedicina como el fenómeno que ocurre en el cuerpo ajeno a la conciencia de quien la padece. La antropología médica ha logrado la traducción e integración entre ambas perspectivas (Pool & Geissler, 2005).

La tesis socioantropológica fundamental es que el padecimiento es una construcción social compleja y es imposible de comprender sólo desde el punto de vista médico que se centra en el análisis biológico del cuerpo. La enfermedad está inmensa en un universo simbólico que la define (Payá & Jiménez, 2010). Si bien la tradición de los estudios sociológicos y antropológicos se han centrado más en el abordaje de la construcción sociocultural de los padecimientos desde la experiencia de los pacientes, es trascendental tener ese mismo acercamiento con etnografías más exhaustivas que incluyan diversos contextos clínicos, tipos de servicios (primer, segundo y tercer nivel de atención), campos de conocimiento especializados, diferentes espacios físicos e interacciones interprofesionales, y disímiles prácticas médicas, entre otros.

Esto con la intención de poner en el tintero, el hecho de que los problemas en salud pueden ser estudiados y comprendidos socioantropológicamente dependiendo del marco de referencia desde el cual se observe a la clínica, cómo se produce y reproduce, según los sujetos involucrados, las interacciones y el tipo de enfermedades, patologías, trastornos, síndromes o padecimientos por los que las personas buscan atención y respuesta a sus malestares.

Nos interesa analizar la conceptualización de la clínica como ente ontológico de conocimiento antropológico, debido a que “la clínica es un espacio social definido

por un conjunto de normas y valores, de modelos sociales y profesionales, de implicaciones económicas y políticas” (Fortin & Laprise, 2007; citados en Rossi, 2014). Desde las ciencias sociales, la clínica se convierte en una esfera espacio-temporal donde pueden coexistir saberes populares y profesionales, relaciones sociales, encuentros-desencuentros, tensiones, interacciones, diferencias, contrastes, ambigüedades, formas de comunicarse (interrupciones, anulaciones, flujo de información, gestos, posturales corporales, silencios) y aspectos estructurales permeables incorporados consciente o inconscientemente con algún grado de influencia.

Desde esta mirada y bajo la lectura del interaccionismo simbólico, los sujetos que están insertos en la clínica tienen una forma de proceder desde la posición social en la que se encuentran, significan con relación a la salud y la enfermedad, aprenden esos significados a partir de la interacción con otros, desechan o incorporan con base en intereses individuales o sociales y otorgan una interpretación de sus actos y representaciones.

La clínica hace posible la coincidencia entre médicos y enfermos, quienes se reúnen por un objetivo específico, aunque éste no necesariamente sea compartido, depende de los sentidos otorgados de cada uno. Así, la manera de ver a la salud y a la enfermedad resulta del constructo social del cual forman parte, del modo en que aprenden, asumen y experimentan. Los tipos de relaciones y las formas de comunicación en la clínica se vuelven significativas para el médico y el enfermo, en la medida en que ambos le otorgan significación, ya sea por un proceso cognoscitivo o vivencial.

Entonces, en el ámbito clínico, el fenómeno de la relación y la comunicación es inherente y constitutivo de los encuentros entre profesionales y enfermos. Esto lleva a replantear que, en la clínica pueden observarse las circunstancias en las que se producen las interacciones, las diversas formas de comunicación, y cómo intervienen,

alteran o modifican las condiciones de existencia dependiendo de cada contexto específico.

Consiguientemente, la relación y la comunicación se vuelven dos elementos intrínsecos durante el momento clínico, no obstante, pensar en que la comunicación es dada por sí misma, sería un error, pues si bien la comunicación es un medio para poder interactuar con el otro, ésta requiere de mediaciones, las cuales son aprendidas, socializadas o rechazadas.

La relación clínica conlleva un lazo social, la cual es alcanzable profesionalmente cuando se establece un vínculo particular (Rossi, 2013). Sobre este punto, vale la pena señalar que la relación entre médico y paciente es construida de forma temporal, el espacio clínico es efímero durante la interacción momentánea, pero durante un periodo relativamente prolongado va generándose simultáneamente con mediadores personales, morales o motivacionales.

Antes de que los sujetos tengan un intercambio social, ya se han constituido a “sí mismos”, así que la identidad sociocultural de su persona (historia, familia, trabajo, escuela, instituciones sociales) influye en la manera de vincularse socialmente con otros. La clínica se vuelve un eje micro social relevante para estudiar las significaciones otorgadas a la relación y la comunicación entre médicos y pacientes, esto con el objetivo de reconstruir su experiencia vivida mediante episodios, situaciones, nociones, representaciones e interacciones.

3.4.3 La interacción narrativa en el acto clínico

La conceptualización de la narrativa ahonda en formas distintas según su uso disciplinario, teórico, metodológico o de sentido común. La ciencia del derecho la ocupa como recurso para relatar hechos pasados y con ello mostrar pruebas contundentes que acrediten, justifiquen, protejan o encubran un posible delito. En el cine es una herramienta literaria para ordenar escenas, contar una historia y representarla. En la psicología, la narrativa es utilizada como estrategia terapéutica

para recordar experiencias vividas individualmente y construidas socialmente con el propósito de encontrar contención emocional y rehabilitación en la salud.

Desde las ciencias sociales, la narrativa se ocupa de supuestos teóricos y metodológicos particulares. En la presente investigación ésta servirá para identificar cambios y transformaciones alrededor de la experiencia vivida, se centrará en la historia personal de los sujetos a partir de acontecimientos (episodios, eventos, sucesos) temporales. Distinguiendo que los relatos son la base de una narrativa y que éstas contienen retórica, metáforas o explicaciones, todo ello aludirá a circunstancias y situaciones con otras personas (Gibss, 2012).

La narrativa permite reconstruir cómo se va articulando la experiencia a lo largo de varios cursos o ciclos de la vida, en un continuo accionar, la narrativa posibilita observar y analizar las intenciones, justificaciones y cargas morales de las personas; identifica también sus modos de pensamiento y constructos sociales con relación a otros sujetos. La interacción social es una mediación para distinguir con quién se relaciona el sujeto y de qué manera.

El estudio realizado pretende ocupar e innovar las herramientas conceptuales y metodológicas de la narrativa para rescatar las dimensiones del tiempo, espacio y situación (momentos de crisis o drama), con ello analizar cómo los sujetos interpretan y otorgan significado a la acción social. Las experiencias personales de los sujetos contienen sentidos y significaciones singulares que merecen ser interpretadas.

De acuerdo con Pollock (citado en Garro & Mattingly, 2001) la narrativa tiene forma cuando los episodios son seleccionados de la experiencia y presentados según el ordenamiento intencional a su significado. La secuencia en la construcción de una narrativa conlleva el proceso de ordenamiento que opera vinculando sucesos a lo largo de una dimensión temporal e identificando el efecto que un evento tiene sobre otro.

Los acontecimientos generan rupturas que modifican la experiencia personal, al haber irrupciones en la vida, los pensamientos y las acciones cambian, se mueven

y modifican. La narrativa como estrategia teórica y metodológica permite la comprensión de los sentidos asignados a esos acontecimientos, los cuales no necesariamente son negativos, pueden ser circunstanciales y, aun así, son susceptibles de interpretación individual.

Las narraciones pueden ajustarse a las normas y expectativas de la sociedad o pueden cuestionar lo que se considera normativo y conducir a un cambio en la forma en que se enmarca la narrativa personal. La manera en que el individuo relata el mundo está directamente relacionada con sus percepciones y conductas y, con frecuencia, está interceptado por las “narrativas maestras” (también llamadas “grandes narrativas”), (Bamberg 2010). Las narraciones personales al crearse en el ámbito social de lo intersubjetivo pueden pasar a un nivel mayor de complejidad, ya que pueden dar cuenta de marcos macrosociales, de ahí que el análisis narrativo puede potencializarse desde niveles micro y relacionarse con lo meso o macro.

Farzana (2014), propone tres líneas en la investigación narrativa:

- a) Las narrativas son producidas como datos, el interés es la estructura y el contenido interno de la narración sobre la experiencia personal.
- b) Las narrativas pueden reconstruirse como un medio para dar sentido a diferentes datos, se pone énfasis en la construcción que el investigador hace de la narrativa a partir de datos, utilizando diversos recursos metodológicos como observaciones diario, informes, entrevistas, notas de campo.
- c) Las narrativas en el contexto situado de la interacción, resalta la actuación narrativa, o sea, el papel del cuerpo como narrador, pone atención en cómo la narración es una acción performativa, analiza a la narrativa como una interacción. También involucra el análisis diferenciado de cómo un mismo narrador puede narrar los mismos hechos en contextos alterados por los factores del tiempo, lugar e interacción con diferentes interlocutores.

La propuesta de Farzana orienta a la presente investigación para aclarar que la segunda y tercera línea presentadas serán retomadas metodológicamente para el

registro de las narraciones. En primer lugar, interesan como fuente de significados culturales de la experiencia singular de los sujetos de estudio. En segundo plano, cómo es que el investigador es parte de esa co-construcción narrativa para dar sentido a los datos generados. En tercer lugar, para hacer un registro de la narrativa, ocupando distintas herramientas metodológicas sobre la acción misma según lo actuado y reconfigurado a partir del propio acto del habla en interacción.

Con tal propósito, la investigación narrativa utilizó la propuesta de la interacción narrativa cuyo enfoque teórico y metodológico propone considerar prácticas discursivas habituales en el contexto de las suposiciones culturales compartidas. Dentro de ese marco, se aplica el concepto de “modo discursivo”, es decir, narrativo, argumentativo o descriptivo. Los participantes, en su desempeño natural de sus roles sociales, actúan al servicio de los propios objetivos y no de quienes les investigan. Con esa base, se puede comprender cómo las narrativas se producen y se reciben naturalmente en el marco de las convenciones sociales y discursivas (Carranza, 2019).

Siguiendo a Erving Goffman, la narrativa puede comprenderse como marco del habla. Con tal disposición, la conversación cara a cara es un ejemplo de la interacción narrativa. Ésta toma en cuenta la manera cómo los participantes, al contar sus historias, manejan sus relaciones. Estas incluyen a las personas tanto dentro como fuera del relato; a quienes narran, a quienes escuchan y su invocación a otras relaciones y contextos fuera de la historia (citado en Shuman, 2012).

Trabajar con la propuesta de la interacción narrativa nos abre una nueva perspectiva hacia las subjetividades. Nos brindan herramientas para interpretar, desde el lugar de la aflicción, cómo se entiende el mundo. Se descubren saberes existentes y activos.

El acercamiento a la clínica desde la interacción narrativa representa un reto para mostrar la convergencia sobre el sufrimiento social. En atención a la posición entre lo político, lo moral y lo médico. Se incluyen las adversidades humanas

escindidas por las categorías burocráticas del conocimiento, como, por ejemplo, la enfermedad, la discapacidad, la pobreza, la violencia y otros efectos de las instituciones sociales (Martínez-Hernández & Correa, 2017).

La estrategia de análisis es compatible con el diseño metodológico propuesto por Farzana, ambos se complementan tanto en la recogida de datos como en el análisis teórico-metodológico de capas²⁰. En suma, para la interpretación de datos se pueden ir entrelazando los diferentes niveles analíticos partiendo de las capas, se incluye la transcripción como parte del proceso de la investigación; así como la participación del investigador en la co-producción de narrativas. La utilización del marco teórico referencial complementa la interpretación y la posibilidad de seguir construyendo nuevas narrativas a partir de fuentes complementarias, pero al mismo tiempo circunstanciales al proceso de la investigación.

La propuesta analítica interpretativa cambia de lugar cada vez que alguien cuenta una historia ajena. Podemos examinar la interacción narrativa tanto para aprender de las experiencias, como para comprender cómo la narrativa se usa en interacción al extraer las historias de las personas. Con la antropología interpretativa recurrimos a este tipo de análisis para mostrar la forma en que el argumento discursivo no solo proporciona eventos narrados, sino que también otorga autoridad a quien es entrevistado. Así se confiere profundidad y significado a la narrativa (Shuman, 2012).

El ejercicio interpretativo permite identificar tres aspectos del narrador mediante preguntas intertextuales vinculadas a los sucesos narrados:

- ¿De qué manera el narrador se posiciona con relación a lo relatado?
- ¿Cómo se posiciona el narrador frente a su audiencia?
- ¿Cómo se posiciona el narrador frente a sí mismo?

De algún modo, las preguntas refieren a la autoreflexión, la autocrítica y la agencia orientadas a la autorevisión de quien narra (Shuman, 2012).

²⁰ Para mayor detalle ver la propuesta de Cabruja *et al.* (2000) en el apartado metodológico 2.5.4. del capítulo 2.

Este tipo de narrativa es otra posibilidad para establecer el posicionamiento y alineación del sujeto a través de su argumento. Para los fines del caso instrumental presentado en esta investigación fue el ethos médico, el cual muestra el vínculo entre su persona y sus experiencias, acciones, interacciones con otros sujetos, pensamientos y representaciones sociales. El ethos permite reconstruir las formas de conformación de la disciplina médica, de entender cómo se ha inscrito el saber médico en los sujetos portadores de ese saber, dando origen a un modo de ser. El ethos construye un sentido, una red de significaciones que sostienen al hacer-ser del médico, sus formas de mirar, nombrar y acercarse al enfermo, así como los vínculos institucionales creados con los servicios médicos (Gil, 2004).

Con esta estrategia interpretativa pudo recurrirse al cruce de información según las herramientas metodológicas utilizadas. El caso expuesto en el capítulo seis, muestra el modo en que la etnografía permitió con la observación y las entrevistas narrativas, el registro de las interacciones in si tu entre el médico y el paciente durante el encuentro clínico, y el modo discursivo narrativo, argumentativo y descriptivo del ethos médico sobre la práctica durante la atención otorgada al paciente.

CAPÍTULO 4

PRÁCTICAS SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD Y EL ORDEN NORMATIVO EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

*Hay quien que no tiene vocación para estar aquí,
lo observo con tres cosas muy sencillas:
el trabajador cuando quiere irse de pase,
el que llega tarde,
el que dice a mí no me toca²¹*

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de la Unidad de Medicina familiar, del IMSS como institución y de la actuación de los trabajadores alrededor de sus roles y posicionamientos. Se entrevistó a personal médico y de enfermería, enfermeras, trabajadoras sociales, asistentes médicas, administrativos y jefes. Se les pidió contar su experiencia con el IMSS. Desde otra perspectiva, se observaron las condiciones laborales institucionales. Los resultados mostraron que el personal de salud ocupa diversas tácticas para resolver las eventualidades o restricciones operativas que marca la norma. La desviación normativa se utiliza como una estrategia práctica en el campo del IMSS. En ocasiones, al realizar el trabajo en la clínica estas se tradujeron en complicaciones que impactan en la atención médica y en el desempeño laboral. Con frecuencia, al desviar ciertas normas, el personal de salud desarrolla estrategias para lograr mejores resultados con los pacientes, otras veces desvía la norma a conveniencia e interés personal.

4.1 Una mirada socioantropológica en el IMSS a partir de una Unidad de Medicina Familiar

En México, cada institución que forma parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) administra sus propios establecimientos y emplea sus reglas de operación para

²¹ Comunicación social con médica familiar.

proporcionar servicios de atención médica. En virtud de esto, las diversas instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SEMAR), los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) funcionan indistintamente.

El IMSS está constituido por un estatuto de medidas y reglas que dan un sentido organizativo único que lo distingue del resto de las instituciones. Al respecto, el interés particular de la investigación emprendida resultó de la inquietud por comprender sus condiciones de existencia, los principios que lo guían, y los términos en que su personal de salud hace uso de las reglas implantadas.

Concretamente, el desarrollo de la medicina familiar en el IMSS determinó una organización característica en el primer nivel de atención, este sistema surgió en 1954. Para el personal médico significó un sentido de responsabilidad profesional al proponerse una comunicación conjunta con la familia. En este modelo se incorporó una gran expectativa, la mayor dificultad a la que se enfrentó el Instituto fue cambiar la atención individualizada por una socializada, es decir, resolver los problemas de salud en consideración del entorno familiar, redes sociales y culturales. Por ende, el concepto de equipos médicos tuvo bajo su responsabilidad a un núcleo de población derechohabiente. El objetivo de este modelo fue restablecer una relación de apoyo entre el Instituto, el grupo de profesionales y los derechohabientes. Así, entre 1959 y 1964 se aceleró la construcción de Unidades Médicas para la consulta externa, con ello los recursos se triplicaron con la ampliación de cobertura. Para expandir actividades eficientes se establecieron normas para la prestación de los servicios, con las que se reglamentaron los procedimientos rutinarios de la atención (IMSS, 1983; De la Cruz *et al.*, 2016). A partir de ese momento, la medicina de la familia quedó en manos de las llamadas Unidades de Medicina Familiar (UMF), en donde las distintas tareas que conformaron la prestación de la atención no estuvieron centradas

exclusivamente en un profesional, sino que dependían del trabajo conjunto del personal de la salud.

Hoy en día el IMSS está integrado por trabajadores que operativizan normas establecidas, han sido formados y habituados para llevarlas a cabo según indican los dispositivos de su orden social. En ese sentido es relevante identificar las relaciones sociales y las posiciones jerárquicas existentes entre compañeros y autoridades, las cuales, sin ser motivo explícito de un problema, pueden ser coyunturales en el interior de la institución, y afectar de forma implícita el ambiente laboral y por ende la atención médica proporcionada. Acercarse a conocer parte de esa estructura, resulta ineludible para contextualizar la participación de los agentes sociales que representan a dicho Instituto.

Con este propósito concierne a las ciencias sociales destacar la reproducción de las prácticas sociales aprendidas e institucionalizadas. Debido a que el entorno laboral al producir repertorios específicos de identidades, posibilita que desde la aproximación socioantropológica se estudie el modo en que una colectividad reproduce discursivamente la vida laboral institucional (Linde, 1993). La sociología privilegia la reflexión de la agencia y la estructura, es decir, la relación entre la acción social y la determinación estructural de las relaciones de poder, por su parte, la antropología indaga sobre las interacciones sociales entre los diferentes sujetos de un grupo, así como la reproducción de códigos culturales que adquieren sentido al interior de este.

De ahí la utilidad del enfoque socioantropológico con el que este estudio pretendió dar cuenta de una UMF, con el único fin de analizar de qué manera la actuación del personal de salud influye en los procesos de atención médica. Se enfatiza la acción social de los trabajadores del IMSS para revelar su orden normativo.

La existencia del Instituto, sus particularidades y la manera en que opera institucionalmente son fundamentales para preguntarse ¿De qué manera las reglas formales e informales que el personal de salud lleva a cabo en una Unidad de

Medicina Familiar se articulan con los procesos de atención médica? El objetivo consiste en describir y analizar la forma en que las normas son instituidas e instituyentes por el personal de salud en una UMF.

Durante la etapa de exploración diagnóstica se seleccionó el turno matutino, se identificó como factible por ser el que tenía mayor interacción entre jefes de servicio y su personal, entonces, partiendo de que se buscaba observar la dinámica de la UMF en cuanto a las relaciones, actores y rutinas diarias, ese turno se consideró central para tener un registro etnográfico acotado.

La etnografía como método antropológico, permitió distinguir situaciones in situ en que la espontaneidad de la lógica institucional fue captada para reconocer cómo se organizaban los servicios, cómo estaban coordinados, qué tipo de interacciones profesionales se generaban, a qué grupos pertenecían, cuáles eran las tareas desempeñadas y qué relación tenían con el funcionamiento de los procesos de atención médica hacia los pacientes.

Los instrumentos metodológicos de corte cualitativo ocupados para la recopilación de la información fueron la observación descriptiva (Flick, 2014), los encuentros informales y las entrevistas semiestructuradas.

La observación se efectuó en los siguientes servicios: Departamento Clínico, Coordinación de Enseñanza e Investigación, Epidemiología, Enfermería, Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC), Salud en el Trabajo, Trabajo Social, DIABETIMSS, Curaciones, Medicina Preventiva, Control de Prestaciones, Vigilancia, Filiación, consultorio de Planificación Familiar, en el área de trabajo de las asistentes médicas y de la Técnica de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD).

Se hicieron dieciocho entrevistas semiestructuradas, la duración mínima fue de una hora y máxima tres horas y media. Participaron cuatro médicos familiares (3 mujeres y 1 hombre), cuatro asistentes médicas, tres enfermeras, dos trabajadoras sociales y cinco jefes o coordinaras de servicio. Se utilizó un guión temático de preguntas con el que se solicitó eventos, acontecimientos y ejemplos de situaciones

del área de trabajo para ligar los resultados por perfil profesional y grupal (Chase, 2015).

Para el proceso de sistematización de la observación y entrevistas se empleó el mecanismo de codificación. La teoría fundamentada permitió clasificar un amplio material etnográfico, el cual se concentró por categorías (grupos) y subcategorías (subgrupos), lo que hizo factible la constantemente comparación de los patrones habitados por parte del equipo de salud, hasta llegar a la saturación teórica (Sandoval, 2002). El procesamiento sistemático comenzó con la transcripción literal de las entrevistas, seguido del empleo del software cualitativo Atlas-ti (versión 6.2) para definir el criterio de ordenamiento. El análisis se hizo a partir de la relación entre los códigos empíricos y las categorías analíticas de la teoría social de Pierre Bourdieu: campo, habitus y capitales (sociales, culturales, simbólicos y económicos) (Bonilla & López, 2016).

4.2 Las posiciones y los controles normativos de pertenencia en el campo social, el habitus y los capitales

De acuerdo con C. Castoriadis, la institución es una red simbólica, en función de significaciones, combina un componente funcional y uno imaginario. En ella, hay distancia entre lo instituido y lo instituyente. Lo social se manifiesta en lo que está ya instituido, es decir, ya está ahí en la institución. En cambio, lo instituyente supone siempre irrupción, apunta a un resultado, depende de las expresiones de la creatividad, lo cual impide determinar de forma concluyente las relaciones sociales y la actividad humana (Castoriadis, 2007).

Dicho en otras palabras, lo instituido son las normas y las reglas fijadas y establecidas, mientras que lo instituyente es por ende lo cambiante, dando paso a la institucionalización, la cual se define como una acción integradora de la sociedad, las instituciones y la ideología dominante, respecto de los individuos (González Valenzuela, 2001). La institución es instituida en el momento en el que se convierte

en regla y norma, sin lo cual no habría nada en la sociedad ni para la sociedad (Castoriadis, 2007).

Acudimos al concepto de institución, para exponer que el IMSS es constituido por un conjunto de normas, reglas, leyes, procedimientos o mecanismos. Está tan estructurado, que potencialmente puede ser analizado a partir de su política pública, el discurso de sus dirigentes, la actuación de los trabajadores con los derechohabientes o las interacciones sociales, entre otros aspectos.

En lo social se pueden reconocer diferentes campos y con ciertos márgenes de autonomía, su independencia tiene que ver con que cada uno tiene sus propias reglas, de acuerdo con el tipo de capitales y criterios de validación. En esa orientación, el sociólogo Pierre Bourdieu contribuye teóricamente para contemplar a las estructuras sociales como externas y dadas en el espacio social. Su propuesta de la praxis social vincula tres conceptos entre sí, el campo social, el habitus y el capital (Bourdieu & Wactquant, 1995).

Al campo lo define como una red de relaciones objetivas que tiene posiciones; éste es dinámico, contingente y está en constante cambio, por lo que es necesario pensarlo de forma relacional o dialéctica. Su dinamismo no se da de forma aleatoria, sino que sigue una lógica propia, que determinará su funcionamiento particular (Bourdieu & Wactquant, 1995). Apuntamos para los intereses de este estudio, que en el campo se muestra el actuar del personal de salud y la manera en que representa el servicio otorgado, es decir, la forma en que lo hace, su comportamiento como profesional institucional; todo ello vinculado a lo que está puesto en juego, la atención médica. Las posiciones que asumen las personas dentro de los espacios sociales de trabajo contribuyen a la reflexión acerca de las subjetividades que movilizan la acción social. El personal que labora en un entorno institucional tiende a asumir posiciones sociales que construye a partir de aspectos individuales como la edad, el sexo, la profesión, la antigüedad, el puesto, el tipo de contrato, entre otras, además de los aspectos contextuales (Nishijima & Blima, 2016).

En el marco de esta investigación entendemos que algunos rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico (MMH), como la eficacia pragmática, la salud como mercancía, la racionalidad científica, la tendencia al control social e ideológico y el dominio de la cuantificación tienen un vínculo con la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica. Si bien en este capítulo no nos ocupamos de ello, es preciso destacar que la expansión del MMH se caracteriza por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud que origina la tendencia a construir subprofesionales controlados y dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas (Menéndez, 1992).

El habitus es conceptualizado como un cuerpo socializado que ha incorporado las estructuras inmanentes de un mundo o un sector particular (Bourdieu, 1997). El habitus por medio de la institución encuentra su plena realización, incorpora en el cuerpo lo performativo de lo social como son, las inflexiones de la voz, el tipo de ropa, la manera de vestir y caminar. El campo y el habitus se alimentan mutuamente, el cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo (Bourdieu, 1991). Así, en un espacio de trabajo, las demandas diarias en los individuos sometidos a un proceso de socialización grupal, contribuye a definir la acción, decisión y significación de sus decisiones y acciones (Consejo & Viesca, 2017).

El desarrollo paralelo entre la conceptualización del habitus y las representaciones sociales, está en que las últimas permiten acceder a los significados que los individuos o grupos atribuyen a un objeto localizado en su entorno social y material. De esa manera se puede examinar, cómo están articulados los significados a intereses, deseos y emociones de los sujetos. Presentar al individuo como agente implica el reconocimiento potencial de la selección de sus acciones, lo que le permite tomar decisiones pese a las rutinas de vida y a las restricciones, de tal modo que es autónomo en el sistema de las relaciones sociales, en tanto es detentor de su acción. Desde dicha perspectiva, esto nos lleva a integrar conjuntamente a las

representaciones sociales con las posiciones ligadas al lugar ocupado, y en consecuencia caracterizar un tipo de pertenencia (Jodelet, 2008).

La finalidad de la investigación emprendida consiste en explorar la representación social de las subjetividades dadas o naturalizadas, su relevancia radica en la reflexión crítica sobre el proceder del personal de salud en la institución, por ello, evidenciar los encuentros y desencuentros entre los agentes operativos es fundamental para ver de qué manera su proceder tiene repercusiones en el campo de la salud. El sentido práctico tiene que ver con lo que hace la gente a partir del habitus.

Siguiendo la metáfora del juego, Bourdieu explica cómo se estructura un campo y la importancia de averiguar el tipo de capital en disputa, mismo que da origen al campo. Los jugadores al estar atrapados por el juego disponen de triunfos, esto es, de cartas maestras cuya fuerza varía según el juego, además, la jerarquía de los diferentes capitales, económicos, culturales, sociales y simbólicos, cambia de acuerdo con el juego (Bourdieu & Wactquant, 1995).

Las estrategias del jugador y todo lo que define su juego dependen, no sólo de su capital en el momento considerado, sino también de su trayectoria social y del habitus constituido en una relación de posibilidades. Las tácticas de los sujetos dependen de su posición en el campo, es decir, de la distribución del capital específico, así como de la apreciación que tienen sobre el campo (Bourdieu & Wactquant, 1995).

El capital social es la suma de los recursos actuales o potenciales, correspondientes a un individuo o grupo, en virtud de que éstos poseen una red duradera de relaciones, de conocimientos y de reconocimientos más o menos institucionalizados (Bourdieu & Wactquant, 1995). El capital cultural tiene que ver con uno de los primeros mecanismos de formación, el sistema escolar (Bourdieu, 1987), pero también incluye saberes, oficios o el aspecto intelectual que hace que uno esté posicionado diferente en el espacio social; una funcionalidad clave es que lo cultural aumenta la fuerza colectiva de sus poseedores. Al capital simbólico se le agrega que

los agentes tienen un poder proporcional al reconocimiento que reciben de un grupo (Bourdieu, 2010), es decir, cuentan con una red de aliados y de relaciones que se tiene a través del conjunto de compromisos y deudas de honor, derechos y deberes acumulados a lo largo de las generaciones sucesivas y que puede ser movilizado en circunstancias extraordinarias (Bourdieu, 1991).

Para adentrarnos al campo social presentamos el relato de Rocío, a través del cual podemos ver cómo funciona el IMSS, la manera en que se ejerce el control de los mecanismos y se fijan las posiciones entre los agentes, en este caso, entre asistente médica, jefe médico y paciente, todo en función de un conflicto que ocasiona tensión:

...Yo tuve un problema con un paciente, en febrero me fui de vacaciones. Cuando regresé, le empezaron a dar citas en horarios que las asistentes no podemos tocar porque son del Centro de Atención Telefónica (CAT), las jefas nos dijeron que mientras nosotras como asistentes no guardáramos esos horarios, tendríamos supervisiones por no cumplir con las reglas establecidas. Entonces un día, ese paciente salió de la consulta y me preguntó ¿Oiga, me puede dar mi cita?! ¿Qué cree, no se la puedo dar! ¿Cómo que no me la puede dar, si me la han estado dando! ¿No, los horarios que usted solicita son exclusivos para el CAT, así que puede llamar al 01800...! Al escuchar la negativa se retiró enojado y acudió con el jefe médico, él sí le concedió la cita. A la semana siguiente, al salir del consultorio, otra vez el mismo paciente me solicitó su cita, en esa ocasión, le dije que la agenda estaba saturada para los 16 pacientes reglamentados en un día, por lo que no había espacio, pero le recordé llamar al 01800... esa vez se fue muy indignado. Para eso, era un hombre joven, que estuvo lesionado de su pie, solía solicitar cita cada semana por incapacidad laboral. En la tercera ocasión que regresó conmigo, me preguntó ¿Me da mi cita?! ¿No se la puedo dar porque mi agenda está llena, pero hable por teléfono y ahí se la dan según el horario que esté disponible! Se fue y esa vez sí habló al número telefónico. En una cuarta visita, tampoco hubo espacio en la agenda para el horario requerido, por lo que nuevamente él se negó a pedir cita vía telefónica, se enojó mucho y me gritó ¿La voy a demandar! Después de ese incidente me puso una queja que trascendió a nivel central y no de manera interna en la Unidad Médica como debiera de proceder. Entonces unos días después, llegó el jefe médico y me dijo ¿Firme esta queja por favor, tengo que contestar el oficio! ¿Una queja?! ¿Sí, de una cita que usted no quiso dar!

¡No, no se lo voy a firmar porque en este momento no está ninguna de mis jefas, no voy a firmar nada hasta no hablar con ellas o con los delegados sindicales! Los representantes del sindicato no pudieron hacer mucho porque la queja no era interna, sin embargo, hablaron con el jefe médico para detener el trámite y de esa manera tuve la oportunidad de avisarles a mis jefas inmediatas lo ocurrido. Un médico familiar que trabaja en la Unidad me preguntó quién había puesto la queja, al decirle el nombre, expresó ¡Ahh, es sobrino del jefe, viene por incapacidad a causa de su pie diabético, ya debería estar bien, pero no se cuida! Cuando me enteré de esto me dio mucho coraje. En primer lugar, el jefe médico no debió autorizar citas en horarios no permitidos porque estaba incumpliendo con el reglamento de la agenda de citas, en segundo lugar, se brincó funciones porque al paciente debió haberle orientado para poner la queja con mi jefa directa o con la Técnica de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD), y no sugerirle acudir a nivel central. El jefe me quería tronar [perjudicar] por negarle las citas a su sobrino en horarios no permitidos, pero no lo logró, ya que una de mis jefas le indicó que él no podía contestar ese escrito debido a que por norma no le correspondía a él dar seguimiento a esa queja (Asistente médica).

Esta situación tan somera pero vinculante entre campo social, habitus y capitales nos hace anticipar que en el IMSS, el dominio sobre la normativa, es el recurso primario entre los empleados para ocasionar o resolver problemas. Durante el desarrollo del capítulo se presenta el dato etnográfico y analiza la manera en que opera la norma, en qué situaciones, desde qué posiciones y cómo esto refleja lo instituido y lo instituyente de la institución.

4.3 El IMSS como campo social

Los trabajadores del IMSS constituyen una identidad de grupo, como jugadores de este campo simbolizan una *fama institucional*²² frente a los derechohabientes. Al ser empleados rebasan el ámbito individual y se instauran como parte de lo social. De acuerdo con el imaginario colectivo del personal de salud, el Instituto les parece *noble* por las condiciones laborales que les proporciona, la oportunidad de cambiar de

²² Las letras en cursivas son términos coloquiales de las personas participantes en el estudio.

categoría,²³ participar en convocatorias para mejorar de puesto e ir escalonando en forma ascendente. Asimismo, reciben cursos de actualización, se les reconoce la antigüedad por los años trabajados; les conceden pases de salida,²⁴ ausencias, guardias en los turnos de la jornada laboral y tienen una serie de prestaciones económicas que figuran como estímulos (créditos para vivienda, automóviles, servicio de guardería, vales para juguetes, despensas, entre otros). Manifiestan agradecimiento y orgullo por ser parte de él, algunos atribuyen haber obtenido bienes de propiedad privada e inclusive formado una familia:

Ha sido un logro, varios de mis hermanos trabajan para el Instituto, he aprendido que es siempre muy fiel con nosotros como trabajadores, nos ofrece mucho, solo es cuestión de saberlo reconocer” (jefa de trabajo social).

...Me ha dado casa, carro, esposo e hijos, “¡que no me ha dado! (coordinadora de asistentes médicas).

Estos beneficios generan actuaciones sociales respecto a los intereses particulares de los trabajadores, sin embargo, algunas veces eso es contraproducente sobre la atención asistencial del servicio.

Yo creo que dejas de ser profesional cuando antepones tus intereses... debilidades, necesidades, cuando tienes un compromiso y dejas el deber, la obligación y la responsabilidad por irte... (médica familiar).

Aquí el Instituto permite ausentarse, por una enfermedad se hace un pase de salida o se mete una guardia para que alguien trabaje por ti... pero hay personal que abusa hasta para ir a traer las tortillas o a la escuela de los hijos... se ausentan por cualquier cosa (auxiliar de enfermería).

²³ Categoría es la denominación de puestos de base listados en el tabulador de sueldos. Véase Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, *Contrato Colectivo de Trabajo 2017-2019*.

²⁴ Capítulo III.- Lugar y hora en que se iniciarán y terminarán las Jornadas de Trabajo. Artículo 30. Cuando un trabajador necesite ausentarse de su lugar de adscripción para atender asuntos de interés particular dentro del mismo edificio o unidad de servicios, avisará a su jefe inmediato superior. Cuando necesite salir del edificio o unidad de servicios, requerirá invariablemente un pase de salida debidamente autorizado por el Jefe de la Dependencia o de quien haga sus veces y el visto bueno del Jefe inmediato superior, con la indicación expresa del tiempo que deberá permanecer ausente. El tiempo de que disponga se descontará del sueldo. El registro de entrada y salida se hará conforme a lo dispuesto. Véase Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2019.

Ser miembro del IMSS tiene sus connotaciones particulares, los empleados asumen ser legitimados por el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), por lo que con el Contrato Colectivo de Trabajo exigen sus prestaciones establecidas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato establecen en el Contrato las normas que regulan las relaciones de trabajo. Estas en su conjunto se hacen presentes en el trato cotidiano. El personal institucional conforma los puestos de acuerdo con una estructura jerárquica, el lugar como trabajadores, depende si tienen puestos definitivos de base, los cuales son agrupados y ordenados por categorías en forma ascendente en escalafón, puestos de confianza y sustitutos (eventuales) (SNTSS, 2019).

Basándose en esto, los jefes inmediatos, de no dar el visto bueno para permisos de salidas, entran en disyuntiva con el personal a su cargo. En este sentido, dentro de la cultura institucional, los derechos del trabajador están en permanente negociación con los dirigentes. Los jefes que encabezan los diferentes servicios generalmente ocupan puestos de base²⁵, esto significa que están en la misma jerarquía de derechos laborales que los trabajadores a su cargo, así que en cuestión de permisos, no pueden negarles dicha solicitud. Los jefes de confianza²⁶ también son responsables de autorizarlos, pero ellos sí pueden negarlos, aunque suelen mantenerse al margen de posibles conflictos, actúan restrictivamente solo cuando es función de su competencia.

En el campo del IMSS, es usual solicitar este tipo de permisos, por lo que, en tales circunstancias de trabajo, el ausentismo implica quedarse sin personal a pesar de la demanda de trabajo en las diferentes áreas de servicio. La saturación del trabajo

²⁵ Los trabajadores de base ocupan de forma definitiva un puesto tabulado conforme a las normas del contrato colectivo.

²⁶ Son todos aquellos que realizan funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabulado, así como las relacionadas con trabajos personales del patrón dentro del Instituto. Véase SNTSS, 2019.

con relación a la atención médica es lo que lleva a jefes a lidiar con esta situación, así que ocupan estrategias de negociación, que se tratan como *favores personales*, esto con la intención de lograr sacar el trabajo.

¡Lo tiene que manejar uno de cierta forma, entonces cuando alguien llega a necesitar un pase de salida yo les digo, sí, no hay problema, el resto del personal absorbemos tú trabajo, pero eso ocasiona que cuando yo te pida un favor no me digas, no puedo! ¡El asunto es que se vean comprometidos y digan, sí jefe, vamos a hacerlo!

Dichas tácticas son comunes, los jefes proceden a resolver con lo que tienen, utilizan el intercambio del *favor* con su personal y compensan esas anuencias por trabajo conjunto, aunque no siempre lo logran. Una situación de lucha se presenta cuando el trabajador de cualquier área se denomina *normativo*, esto es, sigue las reglas estrictamente y no cede a este tipo de acuerdos informales, por lo que entra en pugna con el jefe al apegarse a lo establecido, defendiendo que no le condicionen su forma de trabajo.

Esto muestra relaciones sociales forjadas en el espacio laboral, pero al mismo tiempo repercusiones suscitadas sobre los procesos de atención médica. En este contexto, cuando no hay suficiente personal que cubra las ausencias por los permisos, se deteriora directamente la atención. Por ejemplo, es frecuente que las asistentes médicas sean las que pidan más pases de salida, en tal coyuntura, la coordinadora suele arreglarlo solicitando apoyo a otra asistente. Habitualmente la más cercana al consultorio contiguo, es quien realiza esas actividades correspondientes, empero, cuando eso ocurre, ella descuida las suyas por realizar la misma función dos veces (agenda de citas, pesar, medir, dar información, asistir al médico, entre otros). Otra es cuando el médico se ausenta, en esta situación, el jefe reprograma a los pacientes con un médico distinto, el cual regularmente tiene categoría 08²⁷ (temporal). En la

²⁷ 08 es el término coloquial, el oficial es “trabajador sustituto”, son todos aquellos que, sin ser de base, ocupan temporalmente el puesto de pie de rama o categoría autónoma de un trabajador de base durante la ausencia de éste por vacaciones, incapacidades, licencias o permisos y en los casos sujetos a juicio. El trabajador sustituto será nombrado en los casos en que la vacante de que se trate no sea posible ocuparla con un trabajador interino. SNTSS, 2019.

práctica de lo informal, él no puede negarse a dar consultas más allá de las dispuestas en la jornada del día, de hacerlo, corre el riesgo de no firmar un nuevo contrato. Otra, es el envío de pacientes con el jefe del departamento clínico, el asunto es que la atención médica se da en un espacio público, no hay privacidad, cualquier gente entra y sale para solicitar firmas o solventar dudas. Por las tareas simultáneas de ese instante, el tiempo estipulado para el paciente es menor a los quince minutos y la consulta resulta incompleta. También suelen enviarse pacientes a médicos con los que se tiene mejor relación personal, de tal manera que con ese *favor* se cubre el servicio.

Por lo anterior, comprendemos que el campo es objetivo, se puede estudiar, es una estructura social donde se dan las relaciones interpersonales, es un espacio social invisible pero ordenado. Consecuentemente, el IMSS como institución tiene múltiples dimensiones, se compone de sus derechohabientes y de la división jerárquica de trabajo de los diferentes tipos de personal, asistentes médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, médicos, auxiliares administrativos, entre otros; quienes se definen vinculándose a los jefes de base y de confianza. Todo es relacional, no se puede entender el campo sin hablar de lo que ya hemos empezado a exponer, las relaciones de autoridad, el prestigio y el poder. Existen divergencias entre los sujetos, lo que hace que uno frente al otro sea distinto. Observamos una primera incompatibilidad entre grupos, unos trabajadores se identifican como *normativos* y otros como *no normativos*. Aquí ya podemos ver una tensión en la estructura social entre los agentes, por ello vale la pena preguntarse ¿cuánto de ese orden ya está estructurado?, y ¿qué capacidad de autonomía tienen los agentes?

4.4 El habitus del personal de salud en el IMSS

Los grupos profesionales, mediante diversos mecanismos institucionales, consiguen que sus interpretaciones del mundo sean consideradas como verdades y se transformen en referencias sociales y subjetivas que ayudan a comprender la

realidad (Nishijima & Blima, 2016). En la medida en que los agentes están habituados en sus formas particulares de proceder no les será ajeno su actuar, el cual ha sido naturalizado en el contexto laboral. En este sentido, el habitus incorporado en los trabajadores del IMSS, es un eje analítico que muestra su actuar en el campo institucional al que pertenecen.

El equipo de salud produce subjetividades que son construidas por el habitus, este es un conjunto de predisposiciones que resultan de las estructuras objetivas provenientes del mismo campo social que se incorporan al cuerpo físico. Al mismo tiempo, dichos esquemas adquiridos se recrean cotidianamente a través de la práctica del sentido común que da lugar a ese sentido práctico anclado al campo (Bourdieu, 1991).

La observación realizada en los distintos espacios de atención de la UMF permitió recopilar material de primera mano sobre la actuación social del equipo de salud. El habitus del personal pudo verse reflejado en la forma de hablar sobre el Instituto, el conocimiento de su funcionamiento, el uso de las reglas formales e informales, los recursos de su marco normativo y la interacción con otro personal de salud. La defensa de sus ideales grupales denota que los agentes han participado de una socialización, aprendieron de la institución de la que anhelaron ser parte, la encarnaron en el cuerpo y, por tanto, la representan.

El habitus se observó directamente en las acciones sociales. Un punto de partida es el trabajo conjunto visto en los diferentes servicios de la UMF, cada uno es encabezado por jefes de médicas, trabajadoras sociales, enfermeras, administrativos, entre otros. Al ser autoridades, parte de su tarea consiste en convocar a su personal para informarle de las nuevas indicaciones, cambios, supervisiones y alcances de productividad. Se les inculca que trabajar en conjunto facilita las actividades, sobre todo cuando se apoyan en función de un fin común. Saben que en el momento en que algún servicio no esté cumpliendo, eso afectará a otros y esto a su vez a las metas de productividad y a los procesos de atención con los que se encuentran vinculados por

pertenecer a un sistema de red. La relación entre los diferentes servicios de atención, los jefes y su personal, fomenta la socialización de las normas, los procedimientos y las reglas formales, esto es garantizado con reuniones periódicas y memorándums escritos, de esa forma no existe excusa de desconocimiento.

Este tiempo en la jefatura, he aprendido que hay que leer y saber en dónde nos involucramos, los directores en su momento lo hacen; nosotros debemos conocer de otros procesos y de otras áreas para que sepamos con quién o por dónde darle una salida a un proceso, a un problema. Nosotros como jefes no podemos decir ¡no sé, no es mi instancia! (jefa de trabajo social).

De los distintos servicios, el único que no tiene reuniones regulares es el departamento clínico, las indicaciones para médicos solamente son difundidas a través de memorándums, una vez recibidos y firmados se da por hecho que la información ha sido otorgada por el jefe. Otra forma de comunicación es mediante la aplicación de WhatsApp, el chat del grupo sirve como canal informal e inmediato para dar avisos generales sobre reuniones, falta de insumos o envíos a segundo nivel de atención; no obstante, no se tratan temas de mayor alcance que ayuden a resolver problemas a corto o mediano plazo.

El memorándum tiene la función de informar, comunicar y notificar de manera oficial, es un procedimiento institucional que regula el trabajo en equipo y el ambiente laboral. El comportamiento del personal hasta cierto punto es restringido con el uso de memorándum porque aprenden que es un aviso del *hacer y no hacer*, es una alerta preventiva para lidiar con futuros problemas.

El incumplimiento de las funciones puede afectar el trabajo en conjunto e influye sobre la relación laboral entre cargos y jerarquías. Dentro del IMSS, los conflictos están normados para resolverse de acuerdo con el tipo de categoría, de base o confianza, según sea el caso. Esto significa que, el personal de base con la misma categoría no puede *acusar* al otro, los problemas deben ser resueltos por los jefes del área. De generarse algún conflicto con otra categoría, la primera instancia a la que debe recurrirse es al jefe inmediato, para que él a su vez se lo haga saber al jefe de la otra categoría.

Todo va normado, nosotros como personal no podemos acusar a otro compañero, aunque veamos que atendió u ofendió mal a un paciente, ande platicando en otros servicios, se haya ausentado en el trabajo o no se presentó a su consultorio, a pesar de todo eso, no podemos acusarlo. Nuestro contrato colectivo de trabajo no lo permite porque es recesión contractual. Como trabajadores no podemos tener rivalidades, está sancionado, nos mandan llamar a un departamento especializado, al jurídico (médica familiar).

La posible sanción es conocida porque se ha socializado y reproducido a partir del contrato colectivo, esto ocasiona que el habitus institucional sea incorporado en el cuerpo. De manera intrínseca, *perro, no come perro*, hace alusión a que un colega no puede perjudicar a otro, esto tiene un amplio sentido simbólico en el IMSS, debido a que es una metáfora del por qué entre compañeros no pueden delatar la forma de trabajo e incumplimiento de funciones.²⁸

Incluso, lo que se pone en juego en el campo social del Instituto no necesariamente es la atención médica, sino lo que gira alrededor del quebrantamiento de las reglas. Para ilustrar esto con una situación, vale la pena señalar que la UMF cuenta con una nutrióloga que es parte del equipo del módulo de DIABETIMSS,²⁹ sin embargo, ella no trabaja juntamente con el equipo multidisciplinario porque existen problemas sindicales en la asignación de turno. Por lo tanto, no participa en la coordinación y planeación de las actividades educativas o seguimiento de los pacientes. Este escenario muestra que los estatutos y sanciones del contrato colectivo están por encima de los procesos de atención y la posible afectación a los pacientes.

²⁸ Capítulo IX, cláusula 62Bis: Cuando algún trabajador de confianza asesore a algún asegurado, derechohabiente o solidariohabiente para la presentación de una acusación en contra de un trabajador de base, del Sindicato o del Instituto, éste último se obliga a investigar el hecho en conjunto con el Sindicato, y en caso de resultar culpable rescindir el Contrato al trabajador de confianza, notificándole y retirándolo inmediatamente". Véase Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2019.

²⁹ El Programa Institucional para la Prevención y Atención de la Diabetes tiene entre sus estrategias la creación de módulos de DIABETIMSS, los cuales buscan mejorar las acciones de prevención y atención integral de la diabetes. El módulo organiza y vincula a los pacientes y el equipo de salud, combina acciones de la consulta personalizada con sesiones educativas de grupo en un modelo de atención que se llama "clínica del paciente crónico". El equipo está integrado por médico, enfermera, trabajadora social, nutricionista dietista, estomatólogo y psicólogo clínico. Véase Instituto Mexicano del Seguro Social, *Guía Técnica para otorgar Atención Médica en el Módulo DiabetIMSS a derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en Unidades de Medicina Familiar*, México, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Áreas Médicas, División de Medicina Familiar, 2009.

En cuanto a las reglas informales, estas tienen una forma particular de instituirse con relación al trabajo en conjunto antes señalado, cuando el personal de cualquier servicio requiere que un procedimiento se agilice, suele recurrir al *habitus del favor*. Cuando alguna intervención se trunca, acuden personalmente con su compañero para verbalizar el problema y solucionarlo en beneficio del paciente. En estas circunstancias apelan al *favor*, considerándolo un asunto personal entre pares que ayudará a un proceso de atención.

Nosotros trabajamos en equipo cuando le conseguimos una cita al paciente en cinco días, para ver resultados de estudios, para que pase con el médico, para hablarle por teléfono y localizarlo, se facilitan los procesos (enfermera).

Entre *habitus* y campo, es necesario que haya algo por qué jugar y gente dispuesta a hacerlo, es requisito estar dotado de conocimiento y reconocer las leyes inmanentes al juego, para saber desde qué lugar jugar (Bourdieu, 1990). Las predisposiciones del *habitus* se forman, funcionan y valen en un campo determinado desde una posición, en la medida en que hay una lucha por el control de la legitimidad de ese campo (Velasco, 1998). El personal de salud del IMSS le apuesta a la atención médica, pero la legitimidad del campo depende de la manera en que los trabajadores representan a la institución según el tipo de cargo correspondiente, así como el conocimiento o desconocimiento de su marco normativo (reglas, procedimientos, mecanismos, entre otros).

Respecto al aspecto normativo del IMSS, cuando este obstaculiza y no facilita los procesos de atención, el *habitus* adquiere otras connotaciones de acuerdo con lo que es funcional y práctico. Así, no trabajar en equipo es estar en desacuerdo con los demás. En el Instituto es común que algunos piensen que otros trabajadores no hacen más de lo que les corresponde para resolver problemas, es decir, no dan un extra en el trabajo o no son flexibles con algunos procedimientos. El personal que no hace más de lo que le concierne, se posiciona en dos ideas, *no lo dice su contrato laboral y se apega a las normativas*.

Hay mucho personal que se cuadra y se mimetiza en que, eso no me toca, yo no lo voy a hacer,

no es de mi consultorio, no es mi área... y el paciente entre que, déjeme ver si me toca o no me toca, pues anda perdido, esperando ser atendido (auxiliar de enfermería en salud pública).

En oposición, se encuentra el trabajador que, aunque en su contrato no se especifiquen ciertas actividades, las hace; empero, incumple con las normas que le parecen restrictivas para proporcionar la atención hacia los pacientes.

La normativa institucional contiene diferentes reglamentos, de prestaciones médicas, de la función de los servidores públicos, códigos de conducta, el contrato colectivo de trabajo o los manuales de procedimientos, los cuales aplican para todo el personal y se dan a conocer por servicio, desde directivos, jefes administrativos y jefes de cada categoría. El conocimiento que se tiene sobre los reglamentos dependerá de la socialización entre superiores y trabajadores a su cargo, pero también por iniciativa personal, así que quien esté mejor actualizado tendrá un capital cultural acumulado y podrá hacer valer de mejor manera sus derechos laborales conforme a lo que le corresponde hacer en sus funciones. Entre tanto, de no saber las normas, puede incurrir en no cumplirlas por falta de conocimiento, aunado a que no sabría si están escritas y caería en la ambigüedad normativa.

Ahora nos exigen el papel, que se tenga la evidencia de esto y de lo otro, antes no se pedía, ahora hay documentos normados más establecidos que tenemos que manejar, entonces quieran o no, se los tengo que dar a conocer, lo tenemos que enviar, luego existe disgusto porque es presión, pero pues ni modo, yo creo que todos estamos en lo mismo (jefa de trabajo social).

La normativa es algo instituido a seguir, de no ser así, el personal conoce la existencia de sanciones.

Todas las normas son inflexibles, pero las normas son normas y se acabó, ahí no hay flexibilidad, por eso hay tantas demandas; por eso aquí los compañeros y los jefes dicen, váyanse de acuerdo con la norma, porque es lo único que nos puede ayudar. Si tú te saliste de la norma, no va a importar que lo hiciste por el bien del paciente, que humanamente era mejor, no, la norma dice esto y punto, es tajante es cerrada (médico general).

Los jefes denominados *lineales, cerrados, cuadrados o tajantes* no se prestan

al diálogo, son considerados *normativos* porque acatan las indicaciones legitimadas normativamente, por lo que ante alguna problemática con los pacientes no ceden ni resuelven, y esto puede generar una relación tensa y diferenciada entre el personal. En cambio, a los *no normativos*, se les ve como *buenos, capaces o resolutivos*, tratan a los demás como *personas*, tanto a colegas como a pacientes, los ayudan a resolver o por lo menos les dan sugerencias ante un problema de atención. Solo que en ciertos escenarios corren el riesgo de que alguien les acuse de obligarlos a hacer algo ilegal, sobre todo si se ven amenazados o afectados a nivel personal.

Ser *normativos o no normativos* es parte de la cultura organizacional de los trabajadores del IMSS, aplica para jefes y todo el personal, ser uno u otro tiene que ver con las diversas condiciones a las que pueden enfrentarse según el área de trabajo y las funciones por realizar. Para dar cuenta de esto, una médica mencionó que la razón por la que no siempre cumple con la norma tiene que ver con el criterio de ser *administradora de la salud y de los recursos*, por ejemplo, recetar medicamentos, depende de si la norma insta a prescribir un medicamento y no otro. Y según la situación, busca alternativas para evitar que el medicamento produzca efectos colaterales al paciente. En su experiencia laboral, no estar *alineada* a la institución requiere inflexibilidad hacia las normas, de ahí que las *trampas o mañas* son encarnadas, pues ante la rigidez de lo establecido se opta por quebrantar en beneficio de los pacientes.

Otro motivo del incumplimiento de la norma también tiene que ver con las tareas a realizar en cada servicio. A modo de ejemplo, trabajo social coordina las actividades educativas para los grupos de edad según el tipo de enfermedad crónica, pero la realidad rebasa lo instituido, ya que el tiempo y la participación depende de los pacientes, por lo que las trabajadoras sociales adecuan las dinámicas en función de las necesidades y no de lo que implantan los manuales de procedimientos.

La urgencia es un suceso enfrentado por médicos, esto ocurre ante ciertos pacientes que ameritan una resolución inmediata, en esta circunstancia también

recurren al habitus *del favor*, negocian con los jefes clínicos o con otro personal de salud para conseguir firmas y autorizaciones, lo que equivale a no seguir el camino que requerirá más tiempo y trámites administrativos, por lo que se incurre en incumplimiento de la norma.

Antagónicamente, el personal que sí sigue las reglas está consciente de la lealtad institucional, aunque no esté de acuerdo con la normativa, generalmente trata de evitar dificultades por algún agravio en su contra.

Aunque tengamos conocimiento y disponibilidad para mejorar un proceso operativo, lamentablemente se tienen que respetar tal cual, finalmente estamos trabajando para un Instituto que marca que así se tienen que hacer las cosas. Y a la vez, no se da cabida para tener esa iniciativa de cambiar o modificar algo para mejorar la atención o los tiempos, no, ya vienen así (auxiliar de enfermería en salud pública).

El habitus encarnado en el personal de salud, al estar incorporado en el cuerpo, está condicionado a la estructura que contempla el acatamiento hacia las normas, pero a la vez cuestiona lo instituido por la posibilidad de no acatarlas. De esa manera, el habitus al ser inherente a la estructura social del IMSS, tiene su génesis en las condiciones sociohistóricas de su existencia. El sentido práctico tiene que ver con lo que los trabajadores hacen, esto a partir de los esquemas adquiridos como son los valores y las creencias, lo que posibilita la acción social, ellos son producto y productores simultáneamente (Velasco, 1998).

Yo trato de seguir las indicaciones normadas. En cuanto a los gastos de administración, considero innecesario enviar estudios de laboratorio a los pacientes solo porque ellos me lo solicitan, únicamente lo hago si lo amerita el paciente, pienso que en algún momento el IMSS ya no tendrá ni para pagar eso, por eso prefiero limitarlos ahora, ahorrar ese gasto y no ceder ante la petición del paciente. Quizá otros médicos sí lo hacen, para que los pacientes piensen que son buenas gentes, en mi caso no (médica familiar).

4.5 Los capitales del personal de salud como trabajadores del IMSS

Las estructuras normativas formales se definen como el conjunto de

reglamentos, principios, protocolos y discursos representativos de la identidad oficial que una organización presenta como referente para el comportamiento y las acciones de sus integrantes. En cambio, las estructuras normativas informales son el conjunto de reglas no escritas que determinan la forma de comportamiento de los grupos y personas que componen una organización (Consejo & Viesca, 2017).

En el IMSS figuran los dos tipos de estructuras normativas, las formales e informales, sin embargo, el mundo social y las prácticas de los trabajadores fomentan lo informal, de ahí que la apuesta entre los jugadores es lo que cotidianamente denominan *desviación normativa*. Esta forma parte de su habitus, se ha fijado intersubjetivamente, está incorporada en el pensamiento colectivo y el lenguaje público.

De acuerdo con las situaciones relatadas por los médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, asistentes médicas y jefas de servicio, la *desviación normativa* reside en omitir tareas, cometer errores, realizar actividades distintas a las funciones correspondientes y malgastar recursos financieros del Instituto, entre otros. Desconocer las normas implica mayor posibilidad de incumplirlas, lo cual se debe a la mala interpretación o desconocimiento de lo estipulado oficialmente. Ser tácticos en resolver eventualidades operativas y beneficiarse de intereses personales por encima del rendimiento en el trabajo, reveló que no seguían los procedimientos para cada servicio.

Tabla 9. Tipo de desviación normativa		
Situaciones que afectan los procesos operativos para la atención	Tipo de desviación normativa	Personal de salud que cae en desviación normativa
<ul style="list-style-type: none"> * No checar hora de salida y regresar a la jornada laboral * Salir del área de trabajo sin avisar al jefe inmediato * Salir en los horarios de comida en pareja o grupo y no de forma individual * Suplantación de funciones en las áreas de trabajo 	Incumplimiento de horarios de trabajo y sustitución de funciones	Médicos Asistentes médicas Otro personal: enfermería, administrativos
* Solicitar estudios médicos a pesar de que las autoridades los hayan restringido sin justificación clínica	Mal uso administrativo de recursos	Médicos Jefe clínico

<ul style="list-style-type: none"> * Uso de insumos médicos para pacientes no asegurados * Recetar medicamento a familiares sin que el paciente esté presente * Conceder incapacidad rebasando los tiempos estipulados 	financieros e insumos médicos	
<ul style="list-style-type: none"> * Manipular la agenda electrónica en el número de pacientes y en el tiempo invertido en cada consulta * Registrar pacientes en la agenda electrónica sin cumplir requisitos de cita * Simular información en algún proceso de atención 	Manipulación de la información	Médicos Asistentes médicas Jefes de servicios Otro personal: enfermería, administrativos
<ul style="list-style-type: none"> * Incumplimiento de los indicadores de productividad * Inadecuado uso de los uniformes en cada área de trabajo * Realizar visitas domiciliarias sin memorándum oficial *Descuidar la seguridad del paciente 	Omisión de funciones según categoría profesional	Médicos Enfermeras Trabajadoras sociales Jefas de servicios Otro personal: enfermería, administrativos
<ul style="list-style-type: none"> *No referir pacientes a los servicios de la UMF *No referir pacientes a segundo nivel de atención *No enviar a estudios de laboratorio cuando se amerite *Otorgar incapacidad por riesgo de trabajo sin requerirse *Negligencia y mala praxis clínica 	Inadvertencia de actividades técnico-médicas	Médicos Enfermeras Jefe clínico Jefa de enfermeras

Fuente: elaboración propia.

Con la *desviación normativa* se apuestan los principios profesionales, morales y éticos, esto se estima en función de una ganancia personal o de facilitar un proceso de atención. Entrar en el juego de la irregularidad depende de las ventajas o los riesgos a nivel individual o hacia terceras personas. No cumplir con la norma deriva de la agencia de cada uno, decidir qué hacer y qué no, a pesar de saber las restricciones y los castigos laborales. La normativa institucional del IMSS se ve como un impedimento en el trabajo, se considera rígida, inflexible e inadecuada a las necesidades de cada área particular, por lo que, el personal de salud con tal de resolver aspectos operativos en la atención médica o hacer más fácil las tareas, incurre en la desviación. Participar en el desvío de la norma depende del lugar que se ocupa en el campo social, así como de los capitales sociales, culturales, simbólicos y económicos con los que se cuenta.

El capital social de los trabajadores se funda en la relación que forjan con los

jefes, sin embargo, estos disponen de un rango jerárquico diferente según estén contratados, de base o de confianza. Asumir un puesto de confianza no necesariamente se da por el grado académico si no por las relaciones interpersonales con los mandos superiores.

El estatus y jerarquía que tiene el jefe de confianza frente al personal es mayor, ya que no está sindicalizado y, por ende, puede ejercer poder en caso de que no se cumplan las funciones del área de trabajo. El jefe de base al ser sindicalizado no puede tener contiendas de lucha con el personal a su cargo, quien también está contratado bajo el régimen de base, por lo tanto, el capital social obedece no solo a las buenas relaciones con jefes inmediatos sino también a la relación contractual.

En cuanto al capital cultural de las capacitaciones, cursos, congresos y actualizaciones continuas, esto refuerza el valor del conocimiento para los procesos operacionales de atención médica. Adicionalmente, dentro de la institución lo que prima es la evidencia de la documentación oficial, así que cualquier indicación a cumplir debe ser conocida y ratificada en papel por el personal de salud para no caer en *desviación normativa*.

Ya me lo firmaste, ya estás enterado, te avisé. Yo deslindo responsabilidad, aquí está la información que te di en forma y tiempo. Si cometiste una desviación, me deslindo de responsabilidades y se te adjudica como persona responsable (coordinadora de asistentes médicas).

Carecer de capital cultural implica incurrir en desviaciones y, por consiguiente, las relaciones con los jefes se tensan.

Con eso estoy peleada, digo si me están diciendo que existe una alternativa y se la estoy dando a conocer al paciente para que reduzca su medicamento, entonces por qué después dicen ¡No debes hacer eso, entraste en una desviación! (médica familiar).

Los vínculos creados entre los diferentes trabajadores fomentan el capital social, a modo de ejemplo, el médico que mantenga una mejor relación con cualquier asistente médica podrá convenir con ella la manipulación del control de consultas para la distribución de la jornada de trabajo. Es decir, mover en la agenda electrónica

lugares de pacientes *fantasmas* que no llegaron ese día, con la intención de no recibir del módulo de UNIFILA³⁰ o hacer uso del tiempo sin completar el máximo de 24 al día. Otra muestra de las relaciones sociales fortalecidas se genera cuando los jefes otorgan pases de salida a su personal sin hacerlo de manera oficial, lo que equivale a no tener descuentos económicos en su pago quincenal, basta un compromiso verbal que será devuelto en otra ocasión, cuando requieran apoyo extra en el trabajo. En dicha situación, el capital social ligado al habitus *del favor* tiene una connotación muy particular, desorganiza los procesos formales establecidos, favorece el rompimiento de las normas y promueve la desviación.

Dentro del capital cultural, el perfil profesional y la experiencia acumulada de cada trabajador resulta relevante para los procesos de atención, son recursos que proporcionan facilidades u obstáculos según las circunstancias médicas. Las habilidades de expertise dependen de cada área, pero al mismo tiempo marcan la pauta para ejecutar los procedimientos técnicos. Esto tiene que ver con el reconocimiento asignado al grado académico o trayectoria laboral.

Los médicos tienen mayor jerarquía dentro de la UMF en comparación al resto del personal, su competencia biomédica, les diferencia de otros profesionales, son los únicos que realizan recetas de medicamentos, autorizan estudios de laboratorio y refieren a segundo nivel de atención. En el servicio de curaciones, un enfermero no puede hacer algún procedimiento, aunque tenga conocimiento y habilidades para hacerlo, necesariamente debe recibir autorización de un médico. En el gremio de las enfermeras el nivel educativo no es el mismo, algunas tienen carrera técnica y por lo mismo son consideradas auxiliares, en cambio, otras tienen licenciatura y posgrado. Las asistentes médicas carecen de menor estatus por el bajo nivel escolar (primaria, secundaria, preparatoria o carrera técnica), no son valoradas socialmente, se les considera infractoras del rompimiento de reglas, el argumento está en que no llevan

³⁰ Los médicos no quieren recibir pacientes del módulo de UNIFILA porque les representa más tiempo invertido, son itinerantes en ese día de trabajo, así que tampoco les darán seguimiento subsecuente en la consulta. Esto está desarrollado en el siguiente capítulo.

a cabo las tareas asignadas, abusan de los permisos y salidas durante la jornada de trabajo.

A mayor grado de especialidad, aumenta el capital cultural, lo que equivale a mejorar la condición laboral y por consecuencia los ingresos económicos. Aunque depende de cada perfil, las trabajadoras sociales, a pesar de haberse profesionalizado y haber transitado de carrera técnica a licenciatura, no pueden aspirar a un escalafón de contratación ascendente debido a que en el organigrama laboral no existe figura de mando superior, excepto, la jefa de trabajo social.

En el Instituto, los cursos o capacitaciones que no están avalados de un certificado oficial no son legitimados en el área de juego, el saber empírico-práctico no es un recurso institucionalizado, por lo tanto, hacer uso de él genera desviaciones. Un médico familiar, a pesar de saber ocupar un ultrasonógrafo, no deberá hacerlo, caerá en desviación normativa mientras la institución no reconozca el valor curricular o técnico de ese capital cultural.

La relación que el personal de base tiene con los representantes sindicales, tanto en la UMF como a nivel regional, estatal y nacional, se traduce en capital social y simbólico, debido a que esos líderes pueden intervenir para mediar diferencias o conflictos entre pares o jefes, sobre todo para defender sus derechos como miembros del Sindicato. Los trabajadores de confianza, entre los que destacan directivos, jefes de servicios y administrativos, no cuentan con este capital mientras ocupan temporalmente tales cargos, en cambio, los de base están respaldados completamente por los representantes sindicales, son sus aliados. Es difícil entender y comprender la complejidad del IMSS sin la función del Sindicato, el nexo que los une es el ejercicio sobre las facultades laborales de los trabajadores.

El capital económico del Instituto confluye con el capital social, cultural y simbólico, en primera instancia por el uso de recursos de la institución destinados al control de los insumos para la atención médica; y en segundo lugar por los beneficios y afectaciones en el pago de prestaciones a los trabajadores como son estímulos de

puntualidad, descuentos por inasistencias, retardos, horas extras, aguinaldo, prima de antigüedad, y vacaciones, entre otros. Alrededor del capital económico está la lucha entre personal operativo, jefes, y derechohabientes con la intención de obtener una ganancia. Se cae en desviación cuando se infringe sobre los gastos innecesarios para la institución, en qué se gasta y para qué, por ejemplo, las acciones en la atención médica deben estar justificadas clínicamente en los expedientes clínicos electrónicos, los informes e indicadores de productividad.

Como puede verse, entre más tiempo ha pasado un trabajador en la institución, se vuelve más congruente con las prácticas cotidianas e incluso las reproduce, da vida a los modelos instituidos (Gil, 2004). Las relaciones objetivas que se descubren en el campo tienen su raíz en la estructura y la acumulación de capital específico, de aquí surge la lucha por el control del capital legítimo, lucha que depende del interés de sus participantes (Bourdieu, 1990).

4.6 La desviación social: una relación dinámica en el ámbito de la salud

El uso de la categoría “desviación” y sus implicancias individuales y sociales, se convirtió en un objeto de estudio de gran relevancia para las Ciencias Sociales (López Fernández, 2016). En el tema que nos ocupa, haremos una breve presentación de su utilidad teórica para entender la lógica con la que opera en la institución de salud.

Siguiendo a Becker, la desviación social es la desobediencia a las normas, lo cual significa que es el propio grupo el que define, inventa y crea reglas, por lo que la infracción constituye esa desviación (citado en Rodríguez Díaz, 2012). Desde este enfoque, interesa rescatar un elemento central analítico, ¿quiénes elaboran las reglas que llevan a que una acción sea identificada como desviada y puesta en práctica? Generalmente, estas son instituidas por individuos o grupos que cuentan con el poder político o económico, legal y extralegal, para imponerlas de manera legítima, y garantizar la protección de sus intereses (López Fernández, 2016).

En la investigación presentada, la Unidad de Medicina Familiar que presta servicios de atención médica tiene que seguir procedimientos normativos para operar, de no hacerlo, incurre en lo ilegítimo y se aparta del orden social del IMSS.

El Personal de salud que participa en la atención en UMF cumplirá lo establecido en el Código de conducta del servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012).

Como ya hemos visto, la desviación ocurre por estar en contra de las reglas impuestas, aunque no siempre es de manera intencional, algunas veces sucede cuando existe desconocimiento de estas, la transgresión obedece a un motivo y a la posición ocupada en el campo.

Con relación a esta idea, para Pierre Bourdieu, la desviación es contingente y depende del grupo que la determina, esto en virtud de la realidad social construida, la cual está formada por un conjunto de relaciones invisibles que determinan las posiciones que los individuos ocupan en escenarios específicos. En ese contexto, los individuos pueden contar o no con un conjunto de capitales y habitus que garantizarán el comportamiento de acuerdo con la posición que ejerzan, y ello los distinguirá dentro del grupo (López Fernández, 2016).

Desde la perspectiva de Bourdieu, en la UMF no es lo mismo ser médico que enfermera, trabajador social o asistente médica, aunado a ser jefe o subordinado, sindicalizado o no, trabajador de base, de confianza o contratado como 08. De acuerdo con la jerarquización y el poder simbólico entre profesionales de la salud, cometer una desviación, generará disyuntivas e inconvenientes dentro del campo; así, de la posición que se tenga y de los vínculos o afinidades forjadas, implicará salir mejor librado de un conflicto.

No obstante, Becker al igual que Durkheim coinciden en que no todos los hechos desviados son malos para el grupo; influyen al desempeñar la función de mantener la regulación social, debido a que no necesariamente son un indicio de falla en la organización de la sociedad, sino un producto normal de las instituciones estables (Rodríguez Díaz, 2012).

Con relación al estudio emprendido en el IMSS, este reveló que la desviación social se vuelve necesaria al ámbito de la institución, de no existir, no podrían agilizarse y resolverse problemas concernientes a los procesos de atención, debido a que la desviación funciona para gestionar las acciones del personal de salud. El orden social es inmutable, cierto e incuestionable; en cambio, la desviación obedece a lo dinámico y creativo.

La desviación no es entonces un acto individualizado que realiza una persona, sino la desobediencia a las normas de parte de un grupo, con ello, la infracción constituye la típica desviación y quienes la quebrantan son etiquetados socialmente de forma interna (Rodríguez Díaz, 2012). De ahí que, en el campo social del Instituto, el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales o administrativos, entre otros), sea señalado diferencialmente como “normativo” y “no normativo”, pues para el trabajo conjunto, cada profesional se identifica de acuerdo con las convicciones del grupo. La pertenencia en uno u otro genera posicionarse y actuar en beneficio de la atención en salud, a pesar de que ello implique el rompimiento de la norma.

Si bien las sociedades subsisten en determinadas áreas por el estímulo de la desviación, es indiscutible que siempre existe una norma que limita el proceder de los grupos. En otras palabras, el dispositivo ideológico se hace evidente y encubre lo que subyace al control y a la construcción social (Soltonovich, 2012). Bajo dicho postulado, los elementos teóricos recuperados aquí, sirvieron como herramienta para el estudio de la acción social, señalando ejes de análisis clave: ¿De qué manera el personal de salud interviene en la acción? ¿Qué tácticas se ponen en juego? ¿Qué efectos tienen estas estrategias en la dinámica institucional? (De Grande, 2014).

Retomando el relato de Rocío citado inicialmente, recuperamos el análisis de lo que está en juego en la UMF, en este acontecimiento los jugadores son el paciente, la asistente médica, el jefe médico, las jefas de asistentes y los representantes sindicales. Para visibilizar la manera en que opera la desviación normativa en el

campo social, diremos que el jefe médico incumple con la norma al agendar citas en horarios no permitidos asignados a una central de llamadas telefónicas que tiene su logística propia en la distribución de pacientes. En consecuencia, esto genera conflicto entre el paciente y la asistente médica porque ella sí cumple con las reglas formales y no otorga citas a petición de horarios específicos según intereses personales. Esta tensión genera que el paciente ponga una queja en su contra ante la negativa de recibir atención médica, el jefe médico lo asesora para inconformarse a nivel central en lugar de sugerirle como corresponde tramitar una queja a nivel local con la Técnica de Atención y Orientación al Derechohabiente o con la jefa de asistentes, con esto, incumple también con la norma. Los representantes sindicales funcionan como intermediarios y logran detener el trámite de acusación. La jefa de asistentes respalda a Rocío al no permitir que el jefe médico dé seguimiento al oficio de la queja, ya que por procedimiento a él no le incumbe, pues no es personal directo a su cargo. En esta situación, el cumplimiento de las reglas formales de parte de la jefa de asistentes es válido y la solución es favorable para la asistente. De haber sucedido de otra manera, la desviación normativa iniciada por el jefe médico hubiera ocasionado desorden en la agenda de citas, repercutiría en otros pacientes al quedarse sin consulta y, por ende, no tendrían su seguimiento médico en el surtimiento de medicamento, referencia a estudios de laboratorio o al segundo nivel de atención. Por tanto, podemos decir que, la desviación normativa influye de manera relacional en los procesos de atención y a su vez genera pugna entre el personal de salud, jefes o trabajadores y pacientes.

Por medio de un problema identificado, el ejemplo de Rocío ilustra, aspectos articulados en las diferentes áreas de trabajo con el personal y las autoridades, con ello, cada agente participa en el juego dependiendo del estatus, la jerarquía y las alianzas adquiridas de acuerdo con el lugar que ocupa en el campo, los capitales se incrementan o disminuyen en función de sus intereses. Las mediaciones legitimadas para negociar con jefes inmediatos y representantes del Sindicato Nacional de

Trabajadores dependen de los capitales sociales, culturales y simbólicos, cada agente realiza su juego para adquirir e incrementar sus capitales.

El rompimiento de las reglas formales establecidas en la norma institucional lleva al equipo de salud, a ocupar diversas estrategias para resolver las eventualidades o las restricciones de los procesos operacionales, pero ello genera tensión que puede llegar a afectar en la atención médica de los derechohabientes.

Con todo esto concluimos que, la dinámica laboral es entendida como producto de las relaciones sociales entre los trabajadores y como tal debe ser analizada (Martín & Spinelli, 2011) para conocer las repercusiones de los posibles conflictos y tensiones durante la atención en los servicios de salud. Por lo tanto, este tipo de investigaciones son necesarias debido a que cuestionan los estatutos legítimos instaurados en la organización de trabajo de las instituciones de salud, convirtiéndose en objetos de estudio relacionales. En materia de prestación de servicios, la salud, no obedece únicamente a los procesos de enfermedad de los pacientes, sino también al lugar que ocupa el personal de salud como agente de prácticas formales e informales en la atención médica proporcionada.

CAPÍTULO 5

EL DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y EL TIEMPO EN LA INTERACCIÓN Y LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNIFILA

Introducción

Este capítulo da cuenta de más de cuatrocientas consultas observadas, con el objetivo de identificar los patrones de comportamiento en la consulta externa de medicina familiar. La diversidad de situaciones en los consultorios puso a prueba la saturación temática para comparar, constatar e interpretar. De esto se analiza que, la institución intenta mejorar la atención con UNIFILA para acotar el tiempo de espera de la consulta, sin embargo, resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde a las diversas experiencias de las personas con sus enfermedades. Los casos más complejos son las comorbilidades. Esto es constatado mediante la satisfacción de algunos pacientes, al expresar no sentirse tomados en cuenta a cabalidad en materia de su salud, los médicos tampoco se sienten escuchados por ellos. Mientras esto acontece, se observó que en el ambiente laboral se exige y presiona con la mejora numérica de distintos lineamientos. La interacción construida es solo contractual, no se mantienen vínculos afectivos trascendentes entre médicos y pacientes, por lo tanto, no se establece un dialogo genuino de comunicación, no hay un motivo común para hablar. A pesar del tiempo asistiendo a la UMF, los pacientes desconocen el nombre de los médicos asignados al consultorio. Lo cual denota una relación distante, prestador-usuario. Esta serie de eventos alienan al médico del paciente, al paciente del médico, y ambos se despersonalizan ante la institución. De ahí que se den casos de pacientes que llevan años acudiendo regularmente a consulta médica, sin tener una mejora sustantiva a su condición. La consulta externa de medicina familiar se aprecia como una rutina, tal como lo mencionaron los pacientes. En este contexto institucional no hay expectativa de algo cambiante. Al haber

preguntado a las mujeres en la sala de espera sobre la familia, aparecieron indicios de las necesidades socioafectivas y la inclusión de aspectos socioculturales, sin contemplarse en la profundidad de la clínica.

5.1 El contexto clínico del IMSS

La institución opera y está presente en la consulta entre médicos y pacientes; las normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. Esto se expresa, por ejemplo, en el tiempo regulado en la consulta, en la obligación que tiene el médico de complementar la información del expediente para prescribir ciertos medicamentos o en los procedimientos burocráticos para solicitar estudios. En el caso del paciente, se relaciona con los horarios de atención, las citas programadas y el tiempo de espera. Así, la lógica de la institución puede potenciar o limitar el servicio de atención, afectar el encuentro clínico y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica (Hamui, 2018).

Éste tipo de comunicación es una aspiración en el nivel pedagógico-formativo y en la práctica profesional de la medicina contemporánea, la cual resulta necesaria para cuestionar y reflexionar de qué manera el modo de hacer “clínica” está transformándose, cuáles son los alcances y limitaciones en la consulta médica que restringen la falta de diálogo, intercambio, negociación, escucha e interés por el sentir humano en busca de explicaciones a su enfermedad, rehabilitación, curación o simplemente consuelo. En este sentido, en el marco de posibles restricciones institucionales de orden normativo, la apuesta a una comunicación dialógica se convierte en un ideal ético y profesional, por lo que su implementación es imprescindible para la comprensión del encuentro clínico.

El planteamiento que guía este capítulo consiste en discutir por qué el dispositivo institucional y el tiempo son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y la comunicación médico-paciente. De acuerdo con M. Foucault, los dispositivos son redes de relaciones que responden

a situaciones y se definen por su génesis. Un dispositivo es el encargado de agrupar, unificar, conducir o reglamentar (Foucault, 2001). Es el conjunto de lo lingüístico y lo no-lingüístico, y se expresa en discursos, instituciones, edificios, leyes, documentos jurídicos, técnicos, entre otros. El dispositivo en sí mismo es la red que se establece entre estos elementos, generalmente se rige por una estrategia concreta, y se inscribe en mecanismos y juegos de poder (Agamben, 2011). El concepto foucaultiano del dispositivo ayuda a pensar la manera en que las instituciones en salud están normalizadas, disciplinadas y demarcadas, de ahí que interesa reflexionar sobre la estrategia institucional del IMSS que se entretexe directamente con la subjetividad de los sujetos, al generar diversas respuestas de interacción social en la consulta médica.

En los tres niveles de atención, cada dinámica institucional conlleva una connotación particular del cómo se organiza la consulta y los tipos de encuentros. Las condiciones en que se genera el acto clínico no dependen únicamente de los sujetos implicados en la atención, sino también de circunstancias ajenas a ellos, como son los procedimientos de operación institucionales. El caso por exponer aquí sucede en la Unidad de Medicina Familiar seleccionada, con la cual se pretende mostrar el modo en que la institución ejecuta de forma singular su política oficial. Como eje rector se aborda una de sus iniciativas, UNIFILA³¹. Se analizará su implementación respecto al manejo del tiempo estipulado por la agenda institucional, con la finalidad de visibilizar la manera en que las interacciones y la comunicación entre médico y paciente pueden ser afectadas. Esta perspectiva es relevante para la reflexión de la práctica médica porque da cuenta de los aspectos contextuales que generan una multiplicidad de encuentros clínicos en diversas situaciones.

5.2 UNIFILA: Marcador del tiempo

UNIFILA es una estrategia política del Instituto que se llevó a cabo desde el 2015 para optimizar la gestión y eficiencia de los procesos médicos en el acceso a la

³¹ Oficialmente se le nombra indistintamente programa, iniciativa, estrategia.

consulta externa, la cual consistió en reorganizar la agenda de los médicos en el primer nivel de atención, incluyó más espacios para los pacientes sin cita y la implementación de un módulo para la transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio. El programa tuvo como objetivo disminuir los tiempos de espera, distribuir homogéneamente la carga laboral entre los consultorios y optimizar los espacios disponibles en la agenda de citas. En enero de 2017 se completó la implementación en el 100% de las UMF en todo el país, cubrió el 69.6% de la población total adscrita a unidades de primer nivel de atención (IMSS, 2017). Dentro de este marco ha de considerarse que, aunque el discurso político del IMSS avala que esta estrategia es exitosa porque busca mejorar el servicio, principalmente reducir el tiempo de espera de los derechohabientes, el presente capítulo dará cuenta de la ejecución de esta iniciativa, a partir de la instauración del tiempo en la consulta.

Para este propósito, tenemos como punto de partida el tiempo, del cual vale la pena hacer una pequeña digresión teórica, cuando el tiempo se vincula con la acción social, existe interacción, provocación o bifurcación, así es experimentado en la cotidianidad. El tiempo inscribe su variedad circular o lineal, sucesiva o simultánea, subjetiva u objetiva, rápida o lenta, cuantitativa o cualitativa; todos estos componentes pueden ser posibles o viables en determinadas circunstancias. En la modernidad de occidente, cuando los ritmos de vida son asimilados al tiempo del reloj, este se asume de modo matemático, es decir, absoluto, uniforme, monótono y vacío; el tiempo se dispone como una mercancía a la que se le coloca precio ajustado por la ley de la oferta y la demanda (Serna, 2009). De este hecho nace la consulta promedio de 15 minutos en los servicios de salud, donde el tiempo es una coyuntura institucional que tiene repercusión en los procesos de atención.

5.3 Acercamiento etnográfico al dispositivo institucional

Para dar cuenta de los resultados de este capítulo, señalamos que el trabajo de campo se efectuó en un periodo de cuatro meses durante el 2016. Se realizó la

observación participante para registrar múltiples interacciones del ámbito clínico. Esta tuvo lugar en 20 consultorios del turno matutino, con 16 médicas mujeres y 4 hombres. En total se observaron 428 consultas durante las jornadas laborales de 8:00 a 14:00 horas. La co-presencia en el consultorio conllevó algún grado de participación sin generarlo, teniendo de forma simultánea conversaciones espontáneas con algunos médicos que manifestaron su sentir o menciones de queja.

Todos los médicos aceptaron colaborar mediante el consentimiento informado verbal, se les explicó el propósito de observar y analizar las interacciones durante la consulta. En el caso de los pacientes, debido a que se evitó interrumpir la dinámica de la institución para no obstaculizar el proceso mismo de la atención, se omitió consentir la autorización de cada uno. El objetivo consistió en ser espectadores, sin incurrir en las actividades clínicas, cuidando los aspectos éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, respeto y justicia de los sujetos implicados.

Las notas de campo sirvieron como instrumento etnográfico para registrar la observación efectuada. Por la diversidad de material producido, se optó por transcribir las notas en formato digital y codificarlas, el software cualitativo Atlas-ti (6.2), sirvió para organizar y sistematizar más de 400 hojas y organizar la información por categorías.

5.4 El tiempo de espera en la sala de la consulta externa

Como se mencionó en el capítulo dos, según la etapa en la que se realizó el acercamiento etnográfico fue lo que determinó la toma de decisiones para replantear el trabajo de campo³². Por ejemplo, realizar la observación en la sala de espera fue posterior a observar en los consultorios, esto se consideró importante para tener primero la perspectiva al interior del consultorio entre médicos y pacientes, y después

³² La observación etnográfica se realizó en marzo y abril del 2017, la estancia en la sala de espera fue durante la jornada laboral del turno matutino. El tiempo para observar las interacciones y sostener una plática dependió de las circunstancias en que llegaban los pacientes, les tocaba entrar a consultorio y les atendían. Así como de aceptar participar en el estudio y conversar conmigo en su estancia en la UMF.

contrastar con lo que se veía afuera. Intencionalmente esta estrategia se utilizó en la sala de espera para escuchar y captar la subjetividad sentida de los pacientes. Así como también el modo de ver a su médico en la consulta mensual de acuerdo con su problema de salud. Adicionalmente, se trianguló información que ya se tenía sobre cada médico, al cotejar, cómo los pacientes los veían y se expresaban desde afuera del consultorio.

Mi rol como investigadora fue ser escucha del sentir de los pacientes, siendo espectadora desde el exterior y sin tener oportunidad de estar adentro del consultorio. A diferencia del personal de salud, la interacción con los pacientes en la sala de espera fue factible. Sin requerir demasiado tiempo, bastó presentarme y explicarles el motivo de la investigación para que en un tiempo relativamente corto contaran aspectos relevantes y profundos de su vida personal, familiar, laboral o del padecer de la enfermedad.

En la sala de espera de la UMF, se observó el espacio físico de los consultorios, la interacción entre los pacientes mientras esperaba su turno, así como la función de la asistente médica con relación a médicos y a pacientes.

En cuanto a la organización de la Unidad, los inconvenientes más comunes escuchados en la sala de espera fueron las fallas técnicas en el sistema, específicamente para el uso del expediente clínico electrónico. La puerta de los consultorios permaneció abierta o cerrada indistintamente según la preferencia de cada médico. En la sala de espera el espacio y los asientos no son suficientes para todos los pacientes que acuden a la Unidad, esto se acentúa con el cambio de turno matutino al vespertino. Los pacientes que acuden a la consulta de la tarde, pero que no agendaron una cita, llegan desde las diez de la mañana para esperar, así que esto ocasiona que el espacio se sature de gente.

En la sala de espera se observó un comportamiento generacional entre pacientes jóvenes y adultos. Mientras los adultos se distraen leyendo, platicando o

durmiendo, los jóvenes hacen uso de su celular para entretenerse, ellos no buscan entablar comunicación con sus pares.

Entre paciente y acompañante la conversación es más frecuente, no así entre desconocidos. De suscitarse, esta suele darse cuando hablan sobre los asientos o los lugares para las fichas del turno vespertino. Entre las mujeres adultas fueron comunes los temas en torno a los tipos de relaciones, la experiencia del embarazo, los hijos y el trabajo. Las personas de mayor edad o con algún problema para caminar se mostraron más impacientes - *¿cómo se tardan verdad?, pero dicen los médicos que debemos ser pacientes, pero es que las piernas no aguantan.*

En cuanto a las asistentes médicas, se observó falta de empatía con personas adultas, embarazadas, con alguna condición física (bastón, silla de ruedas, muletas, férula). No tienen un trato diferencial con los mayores de edad o con alguna discapacidad. Pese a su situación, no realizan acompañamiento al interior de la Unidad para orientación o facilitar el uso del servicio. De acuerdo con su función deben permanecer en el lugar de trabajo, sin embargo, ocupan tiempo para salir a desayunar y se mueven del consultorio asignado, algunas incluso, rebasan el tiempo establecido por la Coordinadora de asistentes.

Por su parte, ellas evitan confrontarse con los pacientes, en general se observó un trato cordial, con excepciones. Por ejemplo, cuando los pacientes no acatan lo solicitado, las asistentes médicas suelen condicionar la atención *-si para la próxima no trae el nuevo carnet no se le va a poder dar consulta-*, A través del miedo o la coerción el paciente obedece. Si el paciente es pasivo y no comenta nada no hay conflicto, pero cuando el paciente argumenta *¡Ósea que me está diciendo que no me van a dar atención!* a partir de ese momento, la actitud de la asistente es moderada y trata de no lidiar *¡Yo no le estoy diciendo que se le va a negar la consulta, lo que estoy diciendo es que debe traer su carnet actualizado porque a nosotros nos los piden!* En general, otorgan información concreta sobre la agenda de citas. Se dedican a medir el peso, la talla y referir según indicaciones de los médicos. Su papel preponderante con los pacientes es darles instrucciones

precisas de la organización de la Unidad, es decir, “educarlos” para el cumplimiento de las reglas al interior del servicio.

En la sala de espera los médicos no hacen acto de presencia, es prácticamente un espacio de pacientes y asistentes médicas. Ocasionalmente las promotoras de salud y el grupo de alcohólicos anónimos figuran en la sala (realizan difusión para integración de familiares con adicción). La mayor parte del tiempo los médicos permanecen en sus consultorios, la alianza más notoria desde el exterior entre la asistente y el médico es cuando cierran la puerta, es un tiempo dedicado para algún asunto personal, pero este acto es poco frecuente.

5.5 Perspectiva del paciente antes y después de la consulta médica³³

En la sala de espera se abordó durante varios días a las personas que acudían a los veinte consultorios, se hizo de manera aleatoria con la intención de conocer su expectativa antes de entrar y salir de la consulta médica. La presentación explícita como investigadora del estudio ayudó para conversar sobre su apreciación del servicio otorgado en la UMF.

Los datos sociodemográficos y preguntas realizadas fueron: lugar de origen y residencia, edad, años acudiendo a la Unidad de Medicina Familiar, así como ¿qué piensa en general del servicio de la Unidad? ¿cuál es el motivo de la consulta? ¿qué espera de la consulta? ¿emocionalmente cómo acude a consulta? ¿cómo le trató el médico? ¿le dieron un diagnóstico o le explicaron lo que tiene? ¿comprendió las indicaciones sobre el tratamiento otorgado? ¿hubo algo que no le gustó?³⁴

Un interés particular para la etnografía fue registrar los tiempos de espera en la sala de la consulta externa. Así que una vez que las personas aceptaban responder

³³ A los pacientes se les hicieron preguntas y después de salir del consultorio. Posteriormente hice un acompañamiento si la situación lo ameritaba y las personas aceptaban, esto fue para constatar cómo se movían en los servicios de la unidad a partir de las indicaciones de los médicos, pero también para identificar las problemáticas según la información proporcionada y la atención en los servicios.

³⁴ Ver Anexo 6.

a las preguntas, se les anotaba el tiempo desde su llegada, la hora de la cita programada y la hora de salida del consultorio. En el margen de 8 a 12 del día, la mayoría de las personas esperaron antes de entrar al consultorio mínimo 15 minutos, máximo 4 horas. El promedio de espera fue de 45 minutos a hora y media. Las dos principales causas de la espera se debieron a que no agendaron cita y tuvieron que presentarse antes de las ocho de la mañana para alcanzar un lugar de los seis otorgados durante el día. La segunda razón de la espera se debió a que las personas acudieron a realizarse estudios programados el día de la consulta. El tiempo utilizado por los médicos en la consulta fue de 10, 15 a 20 minutos, el mínimo 5 y el máximo 50 minutos. Los casos extremos de espera fueron aquellas personas que tardaron de tres a cuatro horas para ingresar al consultorio y tener únicamente cinco minutos de atención médica.

Respecto al lugar de origen y residencia, la mayoría de las personas eran originarias de Nezahualcóyotl, Estado de México (EDO), de la Delegación Iztapalapa en la Ciudad de México (CDMX), y también de Chimalhuacán, EDO. Otras personas eran migrantes de Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Michoacán y Guanajuato.

La edad promedio de los participantes fue de 53 años, el máximo de 82 y el mínimo de 13 años. Las mujeres ocuparon el primer lugar y los hombres el segundo, esto porque ellas eran la mayoría de asistentes en la Unidad.

El promedio de años acudiendo a la misma UMF fue de 21 años, mínimo 7 y máximo 44 años. El tiempo que los pacientes tienen asistiendo a la Unidad es prolongado, los cambios por cobertura de atención a otra Unidad son escasos.

Con relación a la percepción que tuvieron los pacientes sobre el servicio de la Unidad, los aspectos en contra fueron que los médicos sostienen relaciones “frías” con una actitud al servicio del Sistema. La atención se percibe diferenciada según el médico, piensan que depende de la “suerte” de los pacientes para que les vaya bien. Otro aspecto negativo fue el cambio constante de médicos en la Unidad. Desde su perspectiva, cada médico les comenta cuestiones distintas en la atención. La ausencia

laboral de algún médico se ve como un problema al momento de distribuir a los pacientes en otros consultorios. De todo el personal de salud, hay mayor queja hacia las asistentes médicas por su actitud hacia los pacientes. Un punto adicional fue la escasez de medicamentos y el tratamiento incompleto con la insulina rápida, el metoprolol, vitaminas y el surtimiento de antibióticos. Otro elemento en contra, fue el tiempo de espera para entrar a consulta, les hacen esperar a pesar de haber agendado cita. Las respuestas positivas fueron su experiencia personal con los médicos por tratarlos bien, califican el servicio como bueno. Además, ven adecuada a la Unidad por tener un espacio amplio.

Los principales motivos por los que los pacientes acudieron a consulta externa fueron el seguimiento de la hipertensión y la diabetes. Ambas enfermedades regularmente por el surtimiento de medicamento. Adicionalmente fueron por revisión de estudios y otros malestares acompañados como hipertiroidismo, dolor de espalda, cintura y dificultades para ver. De la diabetes manifestaron explícitamente asistir por la receta de insulina. Entre los adultos, otros motivos por los que asistieron a consulta fue el medicamento para molestia en manos, dolor muscular en la espalda y cintura, malestar general, cansancio, “agotamiento”, “pesadez” o desinterés para hacer sus actividades en el hogar. Otras personas acudieron a revisión de radiografía por problema en la columna, molestias en el estómago, persistencia de tos, malestar gripal e infección en los riñones atendida previamente en urgencias. Entre los jóvenes fue por verruga en la cabeza, malestar en la garganta, y solicitar medicamento para subir de peso.

Sobre las expectativas antes de entrar al consultorio, algunos pacientes comentaron no esperar algo especial, diferente o desconocido de la consulta. Expresaron que era una práctica habitual acudir mes con mes, se planteó como una rutina conocida, por lo que esperaban ser atendidos igual que siempre. En cambio, otras personas querían saber qué les decía su médico sobre las molestias sentidas, esperaban resultados de estudios y escuchar salir bien, así como ser enviados para

estudios de laboratorio y recibir medicamento. En una circunstancia particular, una paciente enviada del módulo de UNIFILA, esperaba que la médica la atendiera igual que a sus pacientes, dedicándole el mismo tiempo en la consulta y no menor tiempo que a ellos.

Algunas personas consideraron que el día de la consulta no acudieron con alguna angustia o preocupación, en general manifestaron sentirse tranquilos. Solo una mujer mencionó acudir con la preocupación de la vida ante la falta de dinero y gastos familiares para cubrir las necesidades. La mayoría de las inquietudes fueron por la salud. Dos madres de familia por la incertidumbre de lo que podrían tener sus hijos. En un caso por una verruga que no sabía si se debía al Virus del Papiloma Humano, lo relacionaba con un “tumorcito”, esto por el antecedente que le había contado una conocida. A la otra madre le inquietaba el bajo peso de su hijo. Un hombre manifestó sentirse tranquilo a pesar de tener sospecha de “piedritas” en el riñón. La razón de su tranquilidad se debió a que sus familiares y un amigo médico le dijeron que no era una enfermedad grave, la cual podría tratarse con remedios alternativos para arrojarlas. Aunado a que en el hospital lo atendieron rápidamente en urgencias y le dijeron que solo debía cambiar el hábito de tomar refresco y cambiar los alimentos, “llevársela más tranquila”. A una mujer adulta le preocupaba saber a qué se debía su cansancio corporal. Un hombre estaba preocupado por descartar infección o algo inesperado después del evento en el que comió demasiado. Entre las circunstancias extremas, una mujer, acudió a la consulta con aflicción porque un mes antes había muerto su hermana por diabetes y complicaciones de embolia. A partir de un acontecimiento familiar, sentía coraje por el maltrato físico y emocional que recibió su hermana.

Después de salir de consulta, la mayoría de las experiencias de los pacientes sobre ¿cómo los trató el médico? tuvo una apreciación positiva. Les agradó porque su médico les preguntó - *¿cómo está? ¿tiene alguna molestia?* – fue la forma concreta de validar una buena atención. Aprobaron que les tomaron la presión arterial, chequeo del corazón, exploraron físicamente (manos, pies, garganta), revisaron los estudios, y

haberles preguntado por el malestar sentido por el que acudieron a consulta. Dentro del buen trato, consideraron que el médico haya sido cortés, amable, comprensible, flexible o accesible. También, haberles explicado lo que tenían. Otras personas manifestaron que les gustó el trato médico, pero sin darle demasiada importancia, la atención la vieron igual a la de otros médicos, les fue indiferente.

En sentido opuesto, las experiencias negativas del trato médico fueron dos específicas. Una mujer salió molesta de la consulta, no le gustó la atención recibida debido a que tardó en la sala de espera cuatro horas y la consulta otorgada duró cinco minutos, sus expectativas no fueron alcanzadas. Desde su perspectiva, aunque la médica fue amable, no exploró detalladamente al niño y revisó la “verruca” rápidamente. Otra madre de familia se expresó molesta al salir de la consulta, se sintió disgusta con el trato personal recibido, supuso que fue por haber sido paciente de UNIFILA. Sintió que la médica fue “desatenta, seria, déspota, groserita”, un gesto explícito fue haber azotado el sello para los formatos. Sin embargo, sí le gustó la atención proporcionada a su hijo, le revisó pulmones, garganta, fosas nasales e identificó el bajo peso, siendo esto parte de su inquietud para acudir a consulta.

Llamó la atención la actitud pasiva de algunos pacientes, sobre todo los de mayor edad, no exigieron ni mostraron molestia por negarles estudios de laboratorio o el medicamento esperado. La gente se conformó con lo que el servicio les proporcionó. A pesar de que esto les ocasionaría regresar a otra consulta. Otros evitaron discutir, confrontarse e inclusive comentaron que preferían no solicitar nada o callar los malestares sentidos. Una mujer adulta por miedo al regaño y a la desconfianza que tuvo a su médica, no quiso decirle una molestia persistente, omitió ese aspecto en la consulta. Un hombre de 65 años acudió a consulta por dolor en la cintura, en el momento en que le tocaba pasar al consultorio falló el sistema y no se le pudo imprimir su receta. La médica le pidió regresar a consulta al tercer día, al día siguiente no se lo recomendó porque ella no acudiría a trabajar. Él comentó que llegaría a las 5:00 de la mañana para alcanzar un lugar.

En cuanto al diagnóstico o explicación otorgada por el médico, en el caso de los pacientes que acudieron a consulta por seguimiento de enfermedad crónica no aplicó el conocimiento de un nuevo diagnóstico. En los casos en que sí se les dio información específica fue por estudios previamente realizados como radiografía o laboratorio, les enunciaron los niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa. Para los que esperaban conocer el diagnóstico por un evento inesperado, los pacientes comentaron que las explicaciones fueron breves *-tiene la columna desviada y está mal- -se ve un poco chuequita-* Sobre otras situaciones les confirmaron infección en la garganta, estómago o descartaron otros padecimientos que eran sospecha del paciente. Ante la imprecisión de lo no dicho en el diagnóstico, una mujer se sintió ignorada a pesar de preguntar a la médica su inquietud, por lo que se sintió incomprendida y salió del consultorio con incertidumbre. Al no tener respuesta a su preocupación, comentó que no sabía qué haría para atender el dolor de cabeza y mareos. Otra mujer, salió desconcertada de consulta al saber que la médica la había enviado al servicio de trabajo social, pero sin decirle el motivo. Tampoco le dio un diagnóstico específico. Al llegar al servicio, la trabajadora social tampoco comprendió el envío, el formato solo decía “por ansiedad”. Para la paciente esto representó falta de entendimiento para el posterior seguimiento.

La mayoría de los pacientes aseguraron haber entendido las indicaciones de los médicos sobre el tratamiento. Realizar acciones sencillas de seguimiento como tomar cierta cantidad de pastillas según el medicamento, no comer demasiado o dejar de comer alimentos procesados, tomar suero, acudir algún servicio de la Unidad o segundo nivel de atención si fuera el caso. Para los adultos mayores no resultó desconocido lo que hacían habitualmente. En cambio, algunas mujeres no entendieron las indicaciones médicas. No comprendieron qué tipo de medicamentos les recetaron y para qué padecimiento, tuvieron dudas que en su momento no fueron resueltas en consulta, se dieron cuenta al llegar a la farmacia o revisar con calma las indicaciones. Otra confusión fueron los envíos a los servicios de la UMF, sobre todo

cuando el médico no les explicó el motivo, como el caso de la mujer que llegó a trabajo social sin saber por qué y para qué. La peor situación fue cuando el médico no dio indicaciones y el paciente tuvo que deducirlo al leer su receta.

Respecto a lo que no les gustó del servicio y la consulta médica, algunas personas comentaron que en general aprobaron la atención otorgada sin que hubiera alguna queja. Los pacientes que opinaron en forma contraria fueron a quienes no les gustó el tiempo de espera para ser atendidos. Tampoco que la asistente no les hubiera avisado con tiempo para actualizar su carnet, anticipar ese trámite y no tener que regresar a su casa el día de consulta con el riesgo de no agendarle su cita el siguiente mes. Una mujer no aprobó que la atendiera otra médica y no la de cabecera. A otra persona no le agradó que el médico tardara tiempo en su consulta por dedicarse a escribir en la computadora. Otros pacientes desaprobaban no enviarles a hacer estudios de laboratorio sino hasta después de ver cómo responderían al medicamento recetado. Una mujer no estuvo de acuerdo en ser enviada a trabajo social, sin haberla consultado, así como no contemplar su tiempo invertido en sus actividades del trabajo y el hogar.

Después de concluir el registro etnográfico en la sala de espera y realizar la sistematización de la información, llegué a concluir que, UNIFILA sería un eje de análisis medular para la investigación, conjeturaba que era un programa institucional que provenía del “discurso”, diseñado e implementado para mejorar el servicio, pero notaba resistencia hacia el mismo. Los primeros indicios indicaban que movía la dinámica de la consulta, generando descontento entre los médicos, y fricciones con los jefes, mientras que los pacientes quedaban en medio siendo los perjudicados.

5.6 Agenda institucional:

La iniciativa de UNIFILA emergió como un componente institucional que influyó sobre el encuentro médico-paciente, principalmente por el hecho de que los médicos tuvieron que ver a otros pacientes que no estaban asignados a su consultorio, en esta

situación, requerían mayor tiempo en la consulta porque no los conocían. En contraparte, los pacientes sabían que tenían la posibilidad de ser atendidos el mismo día sin haber sacado una cita previa, pero con un médico desconocido. Con el programa, el número de consultas diarias por médico bajó, antes de la implementación eran más de 30, después fueron máximo 24, no obstante, el manejo del tiempo operó de manera distinta. A partir del trabajo etnográfico resulta importante dar cuenta de la implicación que esto tuvo en la interacción y la comunicación.

En la UMF seleccionada a partir de la llegada de UNIFILA³⁵, la noción sobre el tiempo fue modificada, el personal de salud (jefes, administrativos, asistentes) asumió que este debía ocuparse de forma “*rápida*” para cumplir con el objetivo esperado, de lo contrario, “*el médico era tardado y muy lento*”-. Desde luego, las subjetividades sobre la práctica médica fueron distintas, ya que algunos médicos comentaron que ciertos pacientes requerían más de quince minutos.

De ahí que la habilidad adquirida por los médicos al escribir, oír y ver de manera intermitente al paciente se hizo con cierta rapidez, lo cual generó que la consulta pudiera culminarse en tiempo y sin retraso durante la jornada del día. Tener esa destreza significó que los médicos adquirían cierta práctica para cumplir con lo establecido por la institución en cuanto a la agenda del día. En oposición, estaban los médicos “*lentos*” que tardaban más en la consulta. Un elemento agregado fue la experiencia acumulada, es decir, ser estratégicos en las consultas médicas. Por ejemplo, los estudiantes de pregrado (internos) a pesar de ser jóvenes, aún no tenían la agilidad de escribir, oír y ver al paciente al mismo tiempo; los médicos que los formaban hacían alusión a que eso les faltaba por aprender: *¡Vas muy lento, tienes que escribir más rápido, mejor escribo yo, si no nos gana el tiempo!* Como se ve, la praxis diaria contribuye al adiestramiento de habilidades, las cuales son aprendidas a partir de rutinas repetidas.

³⁵ En esta UMF el programa inició en junio de 2016.

En el consultorio, el tiempo actuó como marcador de control, los médicos estuvieron atentos al número de pacientes con “ficha” (pacientes no agendados), citados, cancelados y enviados del módulo de UNIFILA; esto les generó presión durante la jornada laboral y tensión con los pacientes, las asistentes médicas, la coordinadora y el jefe clínico. A mayor número de pacientes, menor posibilidad de controlar el tiempo, algunas expresiones que contextualizan su sentir fueron:

¡Ay pinche gente, no deja de venir!

¡Los pacientes siguen llegando!

¡Gracias a Dios no hay tantos, siempre hay, pero hoy fue un día de buena suerte porque no hubo tantos!

¡Tengo diez minutos para un paciente y diez minutos para otro!

¿Con cuántos pacientes vamos atrasados?

La agenda institucional determinó de qué manera el tiempo fue ocupado y para qué alcanzaba; pero ante la dificultad de que este era restrictivo, la interacción entre médicos y pacientes quedó reducida, el abordaje clínico fue limitado a preguntas indagatorias escasas, exploración física apresurada y recetas médicas de manera sistemática.

La asistente de cada médico vigiló la agenda electrónica, ella reportaba desde su computadora, el número de pacientes sin cita, los citados y los enviados de UNIFILA, mientras que él confirmaba también desde su máquina, a los pacientes atendidos y el tiempo empleado en la consulta. La agenda forma parte del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF)³⁶, es un programa informático que vigila el tiempo (15 minutos) establecido por la institución (Angrosino, 2012). Al respecto, cabe puntualizar que, no siempre, los quince minutos instituidos fueron cumplidos, la

³⁶ El SIMF es el sistema de red conectado a cada unidad médica del primer nivel que registra los datos que se generan en el proceso de atención médica, para ello conforma distintas áreas: agenda de citas, atención integral, atención médica, historia clínica, somatometría, PREVENIMSS (Programas Integrados), estomatología, salud en el trabajo, trabajo social, nutrición y dietética, urgencias, hojas de control, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, resultados, y administración del SIMF. En 1995 el IMSS implantó su Sistema de Información Médica Familiar (SIMF) con el objetivo de vincular el número de consultas y acciones realizadas a criterios contables y presupuestales. Un componente central del SIMF es el ECE, el cual se implantó en 2006. (21)

variabilidad del tiempo fue permanente, dependió del tipo de paciente, del médico y sus recursos, es decir, de su habilidad, conocimientos o práctica para proporcionar la atención.

Tabla 10. Empleo del tiempo en consulta			
No. Paciente/sexo	Entrada	Salida	Minutos
PA1/Hombre	8:10	8:35	25
PA2/Mujer	8:35	9:00	35
PA3/Mujer	9:00	9:20	20
PA4/Mujer	9:25	9:55	30
PA5/Hombre	9:55	10:10	15
PA6/Hombre	10:00	10:20	20
PA7/Hombre	10:25	10:50	25
PA8/Hombre	10:50	11:04	14
PA9/Mujer	11:05	11:24	19
PA10/Mujer	11:25	11:45	20
PA11/Mujer	11:45	11:55	10
PA12/Mujer	12:00	12:05	5
PA13/Hombre	12:05	13:15	10
PA14/Hombre	12:00	12:30	30
PA15/Mujer	12:30	12:40	10
PA16/Mujer	12:40	12:45	5
PA17/Mujer	12:45	12:55	10
PA18/Mujer	12:55	13:00	5
PA19/Hombre	13:00	13:05	5

Fuente: elaboración propia.

A manera de ejemplo, la tabla válida que los minutos señalados no siempre logran acotarse, debido a que la atención médica resulta circunstancial a cada paciente y situación y no a un prototipo de tiempo fijado. Así, la investigación arrojó que, cuando algunos pacientes eran atendidos en mayor tiempo al instaurado, eso repercutía a otros porque disminuía su tiempo para ser abordados clínicamente y quizá haber resuelto el problema de salud por el cual acudieron a consulta. No fue lo mismo ser de los primeros pacientes de la jornada del día que ser de los últimos.

De modo que el problema apareció, cuando el aspecto interactivo y comunicativo entre médico y paciente aconteció de manera desigual. El manejo del

tiempo causó efecto en los médicos por la presión que ejerció en su práctica diaria, atender a un paciente crónico o de morbilidad compleja implicó una tarea difícil para ellos, sobre todo cuando tenían que interrogar, explorar y otorgar plan terapéutico en ese tiempo estandarizado; esta fue una dificultad con la cual se enfrentaron regularmente.

Para el paciente, en cambio, conviene preguntar ¿qué tipo de atención pudo haber recibido cuando solo le destinaron cinco minutos?, ¿en este tiempo fueron atendidas sus necesidades con relación a su problema de salud? La escucha desinteresada tuvo por consecuencia limitar su sentir sobre lo que pensaba o sentía, esto generó la anulación del acto comunicativo al interrumpirle contantemente la palabra, pues la premura del tiempo obligaba a pedirle, contestar *-¡rapidito!*- Ante esta realidad, no predominó la apertura a lo que pudo ser significativo; por ende, las inquietudes, temores o deseos con relación a la enfermedad o el ámbito emocional y social estuvieron desatendidos. Para ilustrar esto, se presenta la observación de una situación en consulta:

Es el caso de una mujer con diabetes (paciente no. 18 del día), la médica cambió el plan del tratamiento, debido a que los estudios de laboratorio y el historial del expediente clínico confirmaron altos niveles de glucosa. El tiempo de la consulta duró 5 minutos, el cual resultó restringido, sobre todo cuando el cambio fue la aplicación de insulina, alrededor del procedimiento quedaron dudas, pero la mujer no preguntó ni tampoco se negó a aplicársela. La información otorgada fue puntual y sintetizada para agilizar el tiempo, la parte comunicativa quedó anulada, no se le preguntó su sentir con la nueva indicación, o las facilidades u obstáculos que podría tener en casa, en el trabajo y con la familia en el día a día. Para subsanar la inmediatez de la consulta, la médica la refirió al servicio de curaciones para que ahí las enfermeras le explicaran cómo aplicar la insulina (nota de campo, octubre, 2016).

Con relación al módulo de UNIFILA, un problema añadido para el médico era que recibía en su consultorio a pacientes de este tipo, así que, al no ser atendidos

periódicamente por él, se volvían pacientes de primera vez y tenía que hacer su historia clínica o revisar su historial, lo cual implicaba mayor inversión de tiempo en la búsqueda y en la realización de las notas biomédicas. Los médicos no querían atenderlos porque les representaba más trabajo abordarlos clínicamente; además, al no ser -“sus pacientes”-, no solo desconocían su problema de salud, sino que no darían seguimiento de atención en consultas posteriores. La siguiente nota etnográfica muestra la perspectiva de una médica:

Ella explicitó no estar de acuerdo con el funcionamiento de UNIFILA, considera que los pacientes que son enviados a su consultorio son desconocidos, eso implica que les tenga que hacer su historia clínica y eso le lleva más tiempo, lo cual no le parece posible cuando el conteo de cada consulta es de 15 minutos. Comentó que está en contra del tiempo contado, ya que considera que cada paciente tiene su complejidad dependiendo del tipo de enfermedad. Puso el ejemplo de un paciente hombre, con un problema de salud durante 3 años, relacionado con otros cuadros mórbidos por desarrollar. El médico familiar que lo atendía –atención subsecuente- no lo había derivado a estudios específicos ni tratado médicamente. De este paciente, piensa que el tiempo es limitado porque requiere una exploración clínica más profunda, pero por otro, le es complicado cambiar la percepción sobre su salud, en función de seguir un tratamiento (nota de campo, noviembre 2016).

Por su parte, para aquellos pacientes que acudían con otro médico que no era el mismo de siempre, representaba, en algunos casos, no recibir una atención completa, debido a que algunos médicos negaban el envío de estudios o referencias a segundo nivel de atención –“Cuando pase usted con su médico, a él le comenta y se los solicita”-, esto ocasionaba que el paciente agendara una nueva cita con su médico tratante. La interacción con estos pacientes se reducía a reencauzar las solicitudes y la comunicación quedaba coartada por no estar dispuestos a explorar los motivos de ese requerimiento.

A pesar de que los médicos no esperaban atender pacientes de UNIFILA, estuvieron obligados a hacerlo porque la agenda electrónica del SIMF programaba ese envío a cada consultorio. Paradójicamente, el paciente citado que no acudía con

su médico de cabecera ocasionaba que él atendiera a un mayor número de pacientes de UNIFILA, pues esos lugares libres debían ocuparse para hacer eficiente el tiempo y la carga de trabajo. Otro tipo de pacientes enviados del módulo, fueron los que acudían por algún posible riesgo de trabajo; recuérdese que el IMSS es una institución que otorga seguridad social a los trabajadores, así, es común expedir incapacidades laborales. En esta ocurrencia, el tiempo invertido con ellos también solía ser mayor durante el interrogatorio y la exploración física, pero sobre todo por el llenado administrativo de formatos, así como la solicitud de firmas del jefe clínico para la autorización de estudios y poder enviarlos a segundo nivel de atención.

Con todo esto, es relevante decir que, aunque la institución intenta acotar el tiempo de espera de la consulta para mejorar la atención, esto resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde al contexto específico. Si bien, con la ejecución de UNIFILA el número de pacientes por cada médico disminuyó, la noción del tiempo se reconfiguró y con ello la práctica médica y las interacciones, debido a que la vigilancia constante, por contar cuántos pacientes faltaban o llegaban de UNIFILA ocasionaba tensión entre el mismo personal de salud. Por ejemplo, si un paciente llegaba al consultorio asignado con un minuto de retraso a su cita programada, la asistente médica debía cancelar esa consulta y proponer enviarlo al módulo de UNIFILA; sin embargo, si no la cancelaba, la responsable del módulo se molestaba porque esta omisión de la operatividad del programa le impedía asignar ese lugar a otros consultorios; a su vez, el médico que recibía pacientes de UNIFILA fuera del tiempo marcado en el SIMF (no cancelados a tiempo) se quejaba con la coordinadora de asistentes o el jefe clínico por el envío de estos pacientes que le ocasionaban demora en su agenda del día. Para muestra se presenta el siguiente relato etnográfico:

La médica comentó que ha tenido diferencias con la coordinadora de asistentes por el envío de pacientes de UNIFILA a su consultorio, piensa que no es posible atenderlos en tan poco tiempo porque no los conoce, la coordinadora le ha expresado atenderlos -“haciéndoles un campito”-, lo cual es asumido desde una posición distinta, pues parte de sus funciones es

supervisar que los pacientes de UNIFILA sean atendidos. Sin embargo, la médica se resiste a la idea de atender a estos pacientes. Ella manifestó preferir la anterior dinámica de trabajo, pese a que el número de pacientes era mayor, el tiempo no era medido, eso no le generaba presión y a los pacientes los podía atender según fuera el caso y la enfermedad (nota de campo, noviembre 2016).

Como ya se hizo notar, la implementación operativa del dispositivo que pauta el tiempo reguló las consultas y esto a su vez repercutió en lo clínico, se vio reflejado en el encuentro con los pacientes, ya que los médicos acotaban el interrogatorio, pese a que los padecimientos se diferenciaban según sexo, edad y complejidad (agudos y crónicos), las preguntas eran mínimas y precisas, interesaba concretizar cómo se presentaban los signos y no así una descripción detallada del malestar. Ante la demora del tiempo, los médicos esperaban respuestas puntuales de las molestias para registrar lo dicho en la nota médica, no les permitían expresar las interpretaciones de su propia experiencia con la enfermedad; generalmente dirigían el interrogatorio y no había disponibilidad al intercambio comunicativo.

El uso del expediente clínico electrónico (ECE), evidenció una práctica habitual en la consulta: preguntar, escribir, oír y ver al paciente rápidamente. Los médicos que siguieron esa lógica intentaron registrar en el menor tiempo posible lo que habían interrogado para señalar el diagnóstico y proporcionar el plan terapéutico.

A pesar de que algunos pacientes tuvieron iniciativa de contar aspectos de su vida cotidiana, inquietudes personales (trabajo, familia) o dudas sobre la enfermedad, los médicos no dejaban de escribir las notas médicas en el expediente, era común que hicieran diferentes acciones paralelamente, lo que hacía que, en la interacción, únicamente asentaran oraciones como: *¡Sí! ¡Ajá! ¡Me imagino! ¡Ya ve! ¡No le digo!* Consecuentemente, no otorgaban expresiones de aliento o frases complementarias que pudieran calmar la intranquilidad o el deseo de hablar. En cambio, cuando les interesaba rescatar aspectos concretos del problema de salud, como una descripción meticulosa de golpes, dolencias específicas y orden cronológico de los episodios, era que ponían atención al paciente y dejaban de escribir. Fue notorio, que la acción de

hacer más de dos cosas a la vez estaba conducida por el régimen del tiempo, motivo por el cual se restringía la palabra a los pacientes y no se facilitaban los intercambios comunicativos.

Bajo la lógica de agilizar el tiempo en la consulta, el momento de la exploración física fue rápido, el procedimiento de revisión era meramente técnico, realizaban únicamente la toma de la presión arterial y la auscultación de pulmones y corazón con el estetoscopio; solo en problemas de salud específicos exploraban pies, abdomen, espalda, cuello, boca, oídos y ojos. Respecto al diagnóstico, no se dio énfasis a este momento de la consulta, era omitido y de forma inmediata transitaban al plan terapéutico.

El apremio que se ejercía para escribir en el ECE y simultáneamente hacer otras actividades, ocasionaba errores en la consulta como descartar envíos a segundo nivel, autorización de estudios, días de incapacidad y prescripción de medicamentos, lo cual a su vez generaba que los pacientes regresaran al consultorio para señalar las equivocaciones de los médicos y, por tanto, había mayor número de interrupciones durante la jornada del día. Excepcionalmente, algunos médicos no cometían esas omisiones al momento de indicar los medicamentos, esto ocurría con aquellos que escribían y revisaban el expediente sin premura de tiempo. Si la consulta era rápida, se ponderaba expedir recetas, sobre todo con el paciente crónico, quien asumía acudir mensualmente a consulta por su medicamento para tener dotación y reserva.

El cierre de la consulta fue un momento relativamente breve, una vez que el médico imprimía las recetas, el paciente sabía que el encuentro estaba por terminar. Mientras la prisa por el tiempo estaba latente, los médicos querían concluir la consulta, utilizaban formas sutiles para despedirlo: *¡Le puede llamar a...! ¡Llámele por favor a...! ¡Ándele pues! ¡Que le vaya bonito! ¡Cuídese mucho!* Este acto evitaba que los pacientes preguntaran o comentaran, de tal forma que la despedida ocurría intempestiva y no había oportunidad de plantear preguntas o dudas.

5.7 La relación médico-administración-paciente

En virtud del planteamiento de investigación y los resultados de campo expuestos en este capítulo, se puede sostener que la distribución del tiempo no contempla las interacciones y la comunicación médico-paciente, por el contrario, genera otros problemas más que soluciones, hay descontento de médicos y pacientes porque la consulta está comprimida a la medición puntual del tiempo. Para los médicos, atender pacientes enviados de UNIFILA, acarrea el desconocimiento de su historia clínica, por lo tanto, la interacción es intempestiva y ocasional, consecuentemente, no se aspira a una relación permanente, más bien se vuelve transitoria e impersonal, incluso puede ocasionar incertidumbre para ambos porque la atención es emergente. No hay continuidad en el trayecto de la enfermedad, el médico invierte tiempo en un paciente al que no le dará seguimiento de manera subsecuente. El paciente enviado de UNIFILA al pasar con otro médico que no es el que lo ha tratado por años, deja de ser atendido integralmente (diagnóstico, cambios en el tratamiento, referencias), ya que ese otro médico no asume la responsabilidad por un paciente que no conoce. Esto provoca dudas e inquietudes en los pacientes y regresan a solicitar una nueva cita con el médico tratante, entonces, lejos de disminuir la carga de trabajo de los médicos, se origina la duplicidad de consultas.

Un estudio reciente de corte cuantitativo, llevado a cabo en una UMF del IMSS, en la delegación norte de la Ciudad de México, indagó la satisfacción sobre el trato digno, la comunicación e información, el tiempo de espera y la información sobre medicamentos. La investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptiva y comparativa entre casos (pacientes UNIFILA) y controles (pacientes con cita), se calculó un tamaño de muestra de 245 usuarios. Los resultados porcentualmente fueron mayores para los pacientes con cita que para los de UNIFILA (*explica su estado de salud* -si- 65% y 96% / *informa sobre el tratamiento* -si- 89% y 99% / *informa sobre los medicamentos* -satisfecho- 69% y 96% / *tiempo de espera* -menos de 30 minutos- 40% y 72%). De este último, el *tiempo de espera con más de 30 minutos* fue de 60%

para UNIFILA y 28% con cita (Chávez, 2018). Esto representa que, la disminución del tiempo de espera para los pacientes sin cita no cumple con el propósito esperado de la iniciativa, ya que esperan más de 30 minutos. Los datos indican que los pacientes con cita tienen mayor satisfacción que los del programa UNIFILA. Esta información cuantitativa vinculada a los resultados etnográficos presentados es validada, debido a que cualitativamente observamos que algunos médicos evitan explicar a este tipo de pacientes el estado de su salud, se les da menor información y proporciona un trato diferencial. En cuanto a los pacientes y la experiencia del tiempo para ser atendidos, en la sala de espera la mayoría de la gente manifestó tardar más tiempo con UNIFILA que sacando cita previamente.

De la comunicación médico-paciente, conviene distinguir que a raíz de centrarse en la escritura de las notas médicas del ECE, más que tener una escucha activa, el médico oye sin interesarse en lo que realmente expresa el paciente. Por otro lado, no se puede aspirar a una escucha atenta, si de por medio existen constantes interrupciones del profesional que suspenden la fluidez del habla, donde la premura del tiempo obliga a pedirle al paciente que conteste *¡rapidito!* Este resultado del estudio ha sido documentado desde la relación médico-administración-paciente, en que el médico se coloca cada vez más detrás de sus papeles, recetas, pantallas, gráficos y aparatos, y su relación con el paciente se hace cada vez más extraña ⁽¹¹⁾; pues lo que impera es el control administrativo por cumplir, así, el dispositivo institucional controla el tiempo y se afecta el diálogo.

Cruz *et al.* enfatizan que la lógica de la eficiencia en las instituciones públicas establece lo que han denominado como “agenda administrativa”, durante su proyecto de investigación académico, analizaron diversas videograbaciones de alumnos del curso de especialización en medicina familiar en algunas sedes del IMSS, Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). En su discusión y análisis plantean que la agenda del médico se encuentra limitada por los reglamentos, normas y procedimientos que la institución les

marca, lo que influye de manera directa en su quehacer profesional. De igual forma, la agenda del paciente queda constreñida a espacios, tiempos y procedimientos que la institución ha diseñado para la atención. Esto significa que, el encuentro entre el médico y el paciente en ese contexto constituye un espacio social normado, con un orden legítimo que no fortalece la práctica médica humana, por lo que el contacto personal, relacional y de comunicación con el paciente deja de tener relevancia (Cruz *et al.*, 2018).

Otro estudio realizado en una unidad de atención coronaria con enfermeras, médicos y pacientes confirmó que las estructuras contrarrestan las diversas acciones y relaciones entre pacientes y profesionales de la salud, esto se debe a las férreas rutinas de trabajo como la falta de tiempo y tareas administrativas (teléfono y computadora) que a su vez restringen la capacidad de diálogo, los propósitos y las acciones disponibles para todos. Las rutinas delimitadas a plazos ajustados suprimieron los cuidados holísticos y el multiprofesionalismo, por lo que no existió oportunidad para reflexionar sobre sus acciones, elecciones o interpretación subjetiva. Se mantuvo una estructura médica de bases clínicas, duración limitada y atención de rutina (Wolf & Dellenborg, 2012).

A esta lógica, Ferrero le llama “trabajo rutinizado”, su análisis etnográfico es focalizado en el procedimiento de asignación de turnos, entendiéndolo como una forma de actividad ritualizada, en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de la institución. Asume que en los cuidados médicos de atención primaria ese trabajo está implicado por el tiempo y las formas sociales de regularlo (Ferrero, 2003).

Dentro de este contexto, nosotros comprendemos que la falta de una escucha activa tiene por consecuencia restringir la palabra e inferir el significado de lo que se dice. A pesar de que los médicos familiares sí identifican la dimensión emocional relacionada con el padecer, no se detienen para dar una atención personalizada, el tiempo es una limitante constante por la dinámica secuencial de las consultas. Los

médicos reconocen que los pacientes llegan a la consulta con cuestiones delicadas a tratar, pero de escucharlas y hablarlas, saben que invertirán alrededor de cuarenta minutos o más, así que, mientras existe presión en el trabajo, suprimen expresar lo que les aflige, por lo que rehúsan a indagar y dar contención. Lo que prima en realidad es el llenado de las notas médicas en el expediente clínico electrónico.

En el curso de esta búsqueda, un estudio realizado en México con pacientes de fibromialgia atendidos en dos instituciones distintas privada y pública, describe que cada tipo de subsistema de atención médica es diferencial por el tipo de profesionales y pacientes, pero sobre todo por los recursos económicos, organización e infraestructura utilizados en la atención médica. De la comparación, resulta que el tiempo de la institución (tercer nivel de atención) con el que cuentan los médicos no les alcanza para atender a pacientes de este tipo, a los que consideran “difíciles” por la complejidad de su padecer. Reconocen invertir más tiempo al escuchar explicaciones detalladas, falta de mejora y desequilibrios emocionales, por lo que, al carecer de tiempo, evitan esa exploración (Colmenares *et al.*, 2016). En este punto, la discusión se articula con los resultados del presente estudio, los médicos también identifican que, en el ámbito de la medicina familiar, los pacientes quieren contar aspectos que les afectan emocionalmente, pero como se dijo antes, no invierten más tiempo del estipulado por la institución, porque de hacerlo, no cumplen con la cantidad de pacientes vistos en un día.

Tal como sustentan Rodríguez-Torres *et al.* (2018), el tiempo y la duración de la consulta médica, se muestra como un proceso social que se determina por las macroestructuras que siguen la lógica y las necesidades del tiempo de modernización. El tiempo es un indicador, administrador y evaluador de los procesos de atención, es decir, un conjunto de datos necesarios para la gestión. Al prescindir del tiempo, que es atribuible a razones organizativas y procesos institucionales, el tiempo de interacción es objetivo y subjetivamente breve, el paciente tiene una necesidad y el médico tiene una obligación, la primera es preocupación y la segunda ansiedad. La

duración del encuentro interpersonal es un campo socavado por obligaciones, indicadores, objetivos, gestión, entre otros, que originan un diálogo rígido, efímero, cooptado, impersonal y apático.

Rossi (2013) ha considerado que, el acto médico se transforma de manera paulatina en un registro de datos, por lo que, la relación del médico con el paciente incluye a la computadora. El espacio de libertad se restringe, la relación con el poder del administrador es inevitable, la relación médico-enfermedad se convierte en una correspondencia de la gestión de la economía de mercado. Así, la terapéutica es vigilada por una nueva exigencia, la eficacia de la práctica médica, en la que, a cada estrategia de intervención, se le designa un valor financiero. En consecuencia, existe una alianza entre la medicina y la economía, la cual se coordina por medio de dispositivos con el objeto de planificar, evaluar y reformar los sistemas de salud (Rossi, 2002).

En la Unidad de Medicina Familiar donde realicé el estudio, se observó que la implementación de UNIFILA funge como dispositivo institucional, es intermediario entre médicos y pacientes, debido a que el tiempo estimado para brindar atención médica en la consulta es relativo y subjetivo. Así, cuando el servicio precisa ser eficiente para los gestores y planificadores, la eficiencia es una medida relacionada con la producción de tiempo y costo (Rossi, 2002). De este modo, el médico no puede estar en contra de las indicaciones institucionales, en este caso, del control de la agenda, porque de hacerlo procede en contra de la eficiencia administrativa y de su propio trabajo. En tal orden, el tiempo emerge como componente sociocultural significativo en la atención institucionalizada. Este tiempo establecido mediante UNIFILA genera rutinas institucionales, médico-administrativas, ajenas a la interacción y comunicación médico-paciente.

Así, los resultados etnográficos revelaron que los aspectos cuantitativos cobraron importancia, y los cualitativos del quehacer humano en muchos casos, perdieron terreno. La estrategia de UNIFILA denotó la duración de las consultas, la

cantidad de pacientes atendidos por médico, la cantidad de médicos por jornada laboral, la cantidad de medicamentos, la cantidad de estudios clínicos por paciente. De tal modo que, a pesar de mejorar los indicadores cuantitativos de pacientes atendidos, la calidad de la atención se encarece. En este escenario, la demanda de servicios médicos es creciente, en especial la relacionada con padecimientos crónicos, por lo que atenderlos en dichas circunstancias, problematiza y complejiza aún más la atención.

Para culminar este capítulo, diremos que la medicina familiar tiene el reto de ser una especialidad que integre la dimensión biopsicosocial del paciente. Sin embargo, en la actualidad se ve severamente limitada con los lineamientos cuantitativos institucionales. Tal y como se ilustra con el dispositivo UNIFILA, el personal médico y los pacientes tienen que enfrentarse a tiempos sumamente limitados, oferta de servicios rebasados por la demanda de la población y los procedimientos rígidos. Esto da como resultado que tanto médicos como pacientes tengan desencuentros en su relación que tiene como objetivo la atención a la salud. La consulta es una carrera contra reloj monitoreada informáticamente según el lineamiento o indicadores institucionales. El médico debe seguir el formato del expediente de forma lineal, impidiéndole entablar un diálogo significativo con el paciente para comprender la situación de salud a atender. Tal parece que es una línea de producción estandarizada de pacientes.

La relación médico-paciente en la consulta externa, se reduce a una sesión de prescripción de fármacos, calendarización de otra consulta y, quizás, una orden de estudios de laboratorio. La consulta mensual de pacientes con padecimientos crónicos dista mucho de ser un diálogo para construir alternativas para mejorar la salud del paciente. Como bien refieren los propios pacientes con relación a su consulta mensual *¡sólo vine por mi medicamento!*

Si bien en instituciones de la magnitud del IMSS se tienen logros importantes en términos cuantitativos tales como la cantidad de pacientes derechohabientes, cabe

cuestionar detrás de esos números ¿cuántos pacientes en realidad mejoran su salud al atender o prevenir su padecimiento? Tal como son la hipertensión o la diabetes. Esta producción en serie de dinámicas automáticas tanto para médicos como para pacientes, ¿estará convirtiéndose en parte del problema de la medicina familiar en el IMSS?

CAPÍTULO 6

APORTE DE LA INVESTIGACIÓN NARRATIVA PARA EL ESTUDIO DE UN CASO DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN ENTRE UNA MÉDICA Y UN PACIENTE EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Introducción

En este capítulo se plantea a la investigación narrativa como una aportación en antropología para presentar los resultados etnográficos. Esto a partir del caso de una médica y un paciente. Con el estudio de caso de Nora y Adrián se tiene como propósito mostrar el entramado narrativo, al centrarse en el seguimiento periódico de tres consultas subsecuentes, se ve como está construida la relación médica-paciente, la atención otorgada, cuáles son los padecimientos y cómo se reconfigura la enfermedad de acuerdo con la experiencia de Adrián. Así, como las intervenciones de Nora, el control de la enfermedad, el seguimiento en la adopción de prevención y de monitoreo, el desarrollo del padecimiento en las mejoras y de qué forma son consideradas las condiciones y el contexto sociocultural de Adrián. En términos de la comunicación, cómo se genera la escucha, en qué momento se toman en cuenta las decisiones de Adrián sobre su salud. Y de qué forma lo provee de información para asistirle en las acciones sobre su tratamiento y seguimiento. Al finalizar el recuento narrativo de la temporalidad y el proceso de atención en la consulta externa, se tendrá la oportunidad de reflexionar ¿la salud de Adrián mejora? o ¿se controla con fármacos? ¿qué aspectos de la comunicación estuvieron presentes y ausentes?, ¿existió algún daño a la salud de acuerdo con las intervenciones?, ¿por qué la relación entre Nora y Adrián resulta relevante en la atención de la medicina familiar? Todas las preguntas partiendo de que, en este contexto clínico, se tiene el reto de conseguir la integralidad de la atención en el paciente, al abordar a la enfermedad, su entorno familiar y social.

6.1 La antropología en contextos clínicos institucionales

Este capítulo tiene la intención de presentar a la investigación narrativa como una herramienta teórico-metodológica que puede contribuir al campo de conocimiento de la medicina y el espacio clínico. El propósito de la investigación antropológica consistió en profundizar, a partir de un caso cualitativo, la importancia temporal que tiene la relación y la comunicación entre una médica y un paciente durante la atención de medicina familiar. El alcance analítico macro-meso-microsocial, permite mostrar, a partir de la etnografía, la tendencia global de la biomedicina, la cultura institucional, la experiencia de la enfermedad crónica con la que transita el paciente y la competencia profesional médica para relacionarse y comunicarse con el paciente.

Al tener como objeto de estudio el encuentro clínico, la intención de estos estudios es ayudar a sacar a la superficie lo no visto o lo no oído, y, simultáneamente, a profundizar en las prácticas médicas ya presentes. La perspectiva de la investigación narrativa aporta a la clínica porque los investigadores cualitativos asumimos que el proceso terapéutico o de curación ocurre no solo en el momento clínico, sino también en la vida diaria entre eventos clínicos. Por consiguiente, este enfoque ofrece personajes añadidos, es decir, voces adicionales que se están creando desde la investigación (Miller & Crabtree, 2013).

La producción científica en antropología da lugar a otro tipo de reflexión desde el momento en que los componentes sociales se cuestionan como valores implícitos de la institución, se critica lo impensable de la práctica médica, su lógica en las interacciones y la búsqueda de sentido. De ahí, que se centran en señalar los fundamentos e implicaciones de la atención para las personas. Con ello, el posicionamiento antropológico comienza a pensarse y construirse a través de una actitud profesional que vincula su labor para observar y analizar la institucionalización de la práctica médica con la intención de aportar desde otra mirada (Rossi, 2012). Y al mismo tiempo, contribuir a mejorar la formación educativa y sugerir cambios para la atención en medicina familiar.

Investigaciones de este tipo son indispensables debido a que una amplia evidencia muestra que ciertos aspectos de las relaciones médico-paciente, están vinculadas con la morbilidad, mortalidad, adherencia al tratamiento y en consecuencia al estado de salud. Por ejemplo, la confianza surge de los valores y permanencia en la relación con el tiempo, competencia profesional necesaria a desarrollar para tener efecto en los procesos de curación (Scott *et al.*, 2008).

En este estudio, la organización institucional del IMSS a través de una Unidad de Medicina Familiar posibilitó abordar, desde la investigación narrativa, las siguientes preguntas orientativas ¿cómo se establecen temporalmente las relaciones intersubjetivas entre médico y paciente en el ámbito de la medicina familiar? y ¿qué papel juega la dimensión biológica, emocional y sociocultural en la comunicación médico-paciente para abordar clínicamente la enfermedad crónica? Todo ello, con la intención de comprender las características de la institución, la atención médica otorgada en un periodo de tiempo determinado y la construcción de la relación y la comunicación médico-paciente. Así como el papel de las dimensiones biológica, emocional y sociocultural para la aproximación clínica con la enfermedad.

Para crear un espacio en la clínica, hay un llamado a la antropología para redescubrir la evidencia faltante, es decir, la gente, su experiencia y los diversos contextos socioculturales y macrosociales. Las cuestiones clínicas invitan a explorar las implicaciones humanas en el ámbito del razonamiento biológico o biotecnológico (Miller & Crabtree, 2013) e ingresar al terreno de las relaciones, la intersubjetividad, y la comunicación. Con respecto al tema de la cronicidad de las enfermedades, el drama de las narrativas del padecer se hace presente al evidenciar el cuerpo, lo social, el dolor y lo inconcluso.

6.2 La experiencia de la enfermedad crónica en el ámbito de la medicina familiar

La ciencia médica muestra sus límites cuando se aplica a situaciones concretas. La búsqueda de la eficiencia terapéutica va acompañada de un nuevo

requisito, el de la eficiencia en la práctica médica, donde también se asigna un valor a cada estrategia de intervención, es a partir de esta lógica que se determinan las relaciones actualizadas entre el mundo de la salud y el mundo económico (Rossi, 2002, 2009).

En la edad moderna, el gremio médico tiene limitaciones para adaptarse al modelo de las enfermedades crónicas, el aspecto económico de la práctica comercial médica al fomentar la dependencia genera, que al paciente se le cite para darle instrucciones por acatar. Por otro lado, no hay tiempo suficiente para “educar” debidamente a los pacientes, y a menudo tampoco habilidades pedagógicas para propiciar una actitud apropiada. En parte, lo que el paciente requiere, se resuelve solo en intervenciones “cara a cara” con el médico, quien tendrá que resolver las necesidades, contestar dudas, avalar algunas de las decisiones tomadas por el paciente y retroalimentarlo (Lifshitz, 2014).

Frente a la aparición de enfermedades crónicas, la medicina de seguimiento sigue siendo un reto para los cuidadores y el personal médico, se ha vuelto preponderante desde el punto de vista profesional. Nadie puede dudar que el apoyo es una necesidad, por esto se define como la oportunidad de ayudar a una persona que se enfrenta a pruebas intensas y significativas, como la enfermedad y la muerte, presente o futura (Rossi, 2009). Sin embargo, ante los ritmos acelerados de trabajo, presión por indicadores y productividad, trámites burocráticos, ausencia curricular de las humanidades, banalización de las relaciones humanas o ejercicio de la medicina defensiva; vale la pena plantear algunos cuestionamientos ¿los médicos realmente quieren vincularse en el cuidado de los pacientes?, ¿les interesa ser apoyo y contención?, ¿están conscientes que tales circunstancias condicionan su práctica profesional?, ¿les importa genuinamente el seguimiento prolongado de las enfermedades crónicas?

El acompañamiento engloba varios modos de interpretación, es un punto de convergencia de doble movimiento que transforma el sentir de unos a prueba de la

acción de otros, en este sentido, se transmite simultáneamente lo singular y lo colectivo, lo humano y lo social. Por eso, en cualquier sociedad y momento, esta experiencia universal es una concepción del vínculo social y de las prácticas sobre el dolor, sufrimiento y enfermedad. El apoyo es fundamentalmente relacional e intersubjetivo, el cual vincula la indeterminación de la evolución de una enfermedad a la búsqueda de la calidad de vida. No obstante, en el mundo contemporáneo, esta parece comprometida al servicio de una cultura de lo objetivo, es decir, de una racionalidad eminentemente clínica y médica (Rossi, 2009).

Las enfermedades crónicas en la clínica se construyen, tanto desde el punto de vista terapéutico como relacional, donde se gestiona la tensión entre la continuidad y la imprevisibilidad (Rossi, 2009). La cronicidad conlleva la pérdida definitiva de la condición anterior y afecta el sentimiento de integridad física y psíquica, lo cual se vive como un duelo y la aceptación no es un hecho (Rossi, 2003).

Las personas aquejadas con enfermedades crónicas suelen describir esa sensación de que el mundo ha cambiado (Good, 2003), ya nada es igual a lo que era antes o lo que podría ser en el futuro. Existe un replanteamiento presente de ver a la vida de manera distinta, algo falta o está ausente, se configuran los pensamientos, las acciones y las emociones. Con ello, vienen los cambios a la rutina diaria, sobre todo cuando las complicaciones de la enfermedad son abruptas e inesperadas.

La importancia del sufrimiento sentido por los enfermos crónicos radica en que ese sufrimiento es la pérdida de sí mismo, las personas observan cómo sus antiguas imágenes se desmoronan sin el desarrollo simultáneo de nuevos valores (Charmaz, 1983). La enfermedad crónica se caracteriza por el tiempo de evolución, el desenlace, el tipo de intervenciones o los objetivos de la terapéutica, que, a diferencia del modelo de la enfermedad aguda, este no es de curación sino de control, paliación, desaceleración y mejora de los síntomas entre otros. Los médicos tendrían que entender a los enfermos crónicos, pero no son formados para cuidar, ayudar y acompañar (Lifshitz, 2014).

Las dimensiones de la percepción y del mundo pueden analizarse como la manera de abordar la comprensión de la experiencia con la enfermedad. Empero, además de describir cómo se siente la enfermedad, también puede analizarse cómo “deshace”, quiebra o altera la esfera del mundo percibido, esto a partir de la severidad. En otro momento temporal, la “reconstrucción” del mundo es resultado de procesos restituidos, consecuencia de la misma enfermedad (Good, 2003). El enfermo, como producto de esta, acude a experiencias sociales pasadas, a significados culturales del presente y a la existencia social venidera, lo cual ocasiona la emergencia de la identidad (Charmaz, 1983).

De acuerdo con el modelo biomédico de salud-enfermedad, la práctica clínica se apoya en el conocimiento de las cadenas causales que operan a nivel biológico, para codificar las quejas del paciente e identificar el proceso patológico, somático o psicológico subyacente. Esto con el objetivo de establecer el diagnóstico de la enfermedad y un tratamiento racional y eficaz (Good & Good, 1982). Aunque el estado fisiológico alterado resulta insuficiente como base para la práctica clínica, ya que los factores psicológicos, sociales y culturales influyen en la experiencia de la enfermedad, su manifestación y la expresión de los síntomas (Filho, 2001).

Tanto Kleinman (1988) como Good y Good (1982), confirman que el proceso de la enfermedad se correlaciona con las alteraciones biológicas, mientras que el padecer se sitúa en el dominio del lenguaje y el significado, por lo tanto, constituye una experiencia humana. De acuerdo con dicho postulado, enfermar es fundamentalmente subjetivo y semántico (citados en Filho, 2001).

Kleinman (1988) afirmó que la enfermedad es una construcción social que se produce sobre la base de una reconstrucción técnica del discurso profesional durante el encuentro médico-paciente, además, de construirse a partir del lenguaje culturalmente compartido. Desde esta perspectiva, la enfermedad no es una cosa en sí misma, ni siquiera una representación de tal cosa, sino un objeto relacional, capaz de sintetizar múltiples significados. Según el mismo autor, la salud, la enfermedad y

el cuidado son parte de un sistema cultural, y como tales, deben entenderse a través de una relación mutua (Filho, 2001)

Debido a que el manejo de una enfermedad es estresante, los miembros de la familia también pueden experimentar falta de apoyo en el momento en que las demandas se intensifican. De ahí que, a la persona enferma se le puede desacreditar por su incumplimiento y por las expectativas puestas en su persona (Charmaz, 1983). Esto también ocurre con el personal médico, quienes experimentan incumplimiento de parte de los pacientes en la atención proporcionada para el tratamiento terapéutico, de ahí que, inicialmente sienten frustración por sus acciones emprendidas, pues piensan que perdieron el tiempo durante el seguimiento, y, por ende, etiquetan a los pacientes por su comportamiento.

Algunas veces a los enfermos también se les ve como personas que no pueden cumplir con sus “obligaciones”, en términos negativos los culpan por ser indiferentes. Otros incluso llegan a creer que conspiran para actuar de manera inadecuada y renuncian a la responsabilidad de su propio bienestar (Charmaz, 1983). Consecuentemente, los actos no parten exclusivamente de la individualidad del sujeto enfermo. El contexto social y cultural en que se encuentra es parte de la toma de decisiones y de su proceder, por lo que no siempre actúa de manera unilateral.

En el contexto institucional de la medicina familiar, la atención se perfila a la automatización, esto es, la consulta médica se torna rutinaria y con un patrón repetido. El gremio médico transita en el día a día sin motivación, lo cual de alguna manera hace que la jornada laboral sea tediosa, misma que se ve reflejada en las relaciones forjadas y en la atención diaria con los pacientes. Al grado que, la expectativa de las y los médicos por encontrar algo diferente en la atención de la enfermedad crónica ya no resulta novedosa o pasa inadvertida en las intervenciones terapéuticas. Del mismo modo, esto se ve reflejado en los pacientes, quienes de manera monótona acuden mensualmente a la cita programada solo por el surtimiento del medicamento.

6.3 La relación y la comunicación durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica

La relación médico-paciente es particularmente importante cuando los pacientes son atendidos a lo largo del tiempo por problemas diversos (Testa, 2005). La enfermedad no solo se reproduce en el orden ontológico del cuerpo, sino también en el tiempo (Good, 2003).

El significado de la enfermedad y el resultado de su atención se determina según las instituciones de salud dentro del contexto clínico en el que ocurren las interacciones entre los actores involucrados (Mathew, 2017) . Al persistir esfuerzos de los enfermos por encontrar alivio y tratamiento eficaz al dolor crónico, se ven profundamente implicados en el sistema de atención médica, de ahí que, sus interacciones con el sistema médico representan un papel crucial en la modelación de su experiencia (Good, 2003).

En el campo de las relaciones y la comunicación en la atención de primer contacto, se ha documentado que existen dos prácticas profesionales que mejoran el cuidado en los pacientes, la primera es que, cuando el médico se enfoca en construir relaciones internas sólidas, es capaz de lidiar con la incertidumbre; la segunda es que, al tener prácticas proactivas durante la interacción, encontrará mayor logro en la prestación eficaz de la atención (Crabtree *et al.*, 2009).

A partir de los hechos y los sentimientos inherentes a cada encuentro clínico, los participantes crean significado, este es el mundo real de la práctica clínica que involucra, intenciones, intersubjetividades, valores morales, poder y ética. La clínica surgió como un espacio físico, emocional, conceptual, social y espiritual para aquellos que necesitan apoyo, en este entendimiento, se convierte en objeto de estudio social (Miller & Crabtree, 2013), debido a que se ha transformado en un sitio de no encuentro. Es decir, un lugar sin identidad, donde las personas concurren al consultorio, pero se les identifica como "no personas". En virtud de esto, en la actualidad, el terreno de la atención médica es el espectáculo del deterioro de algunos

espacios públicos, contemplada como constitutivo de la vida social (Testa, 2005). Desde ahí, la clínica, como espacio público, se ha convertido en un “no lugar”, en donde los pacientes no se ven como personas.

La interacción clínica no es simplemente la comunicación bidireccional deseada para un intercambio de información, es producto de actores involucrados que están comunicándose. En otras palabras, las interacciones son el resultado de influencia de médicos y pacientes en sus respectivos contextos (Mathew, 2017). El encuentro clínico al ser *suigénis* produce expresiones comunicativas, semánticas e intercambios simbólicos. El médico y el paciente en interacción confluyen en la construcción de la clínica, el profesional actúa para definir y delimitar a la enfermedad, mientras que el que padece y su familia son medio constitutivo de la condición de ser enfermo (González Rojas, en prensa).

La complejidad de la interacción no es apropiada, cuando el médico y el paciente intentan comunicarse, pero su conversación está fuertemente limitada a las exigencias de la situación y al esfuerzo de presentarse el uno frente al otro. Cada uno habla desde una posición diferente, con la voz de sí mismo, pero invoca la voz de los demás, que incluye la conciencia tanto del entorno de interacción como de su relación con esferas sociales más amplias (Mathew, 2017).

Los enfoques biomédicos y biopsicosociales representan versiones diferentes de modelos de atención. Los médicos que ejercen mayor control biológico sobre el paciente tienen menor posibilidad de comunicarse interpersonalmente y coordinar la atención con intercambios verbales. En cambio, quienes están centrados en la persona, al tener apertura en la agenda del paciente y voluntad para negociar, facilitan la comunicación y transmiten una comprensión de sus preferencias y valores con respecto a la salud (Flocke, *et al.*, 2002).

Mientras la agenda del médico esté conciliada con la agenda del paciente, la comunicación será dialógica y tendrá como resultado una comprensión compartida, en consecuencia, podrá lograrse un plan de manejo consensuado para mejorar el

estado de salud del paciente. En tales circunstancias, la agenda del médico retomará los principios del profesionalismo, actuará sin juzgar e impedirá que sus creencias, religión y costumbres dominen el encuentro clínico. El énfasis estará puesto en la atención al paciente y tendrá la tarea de optimizar el ambiente social para que la comunicación permita el intercambio (Hamui, 2018).

Comprender lo que alguien dice en una conversación es un proceso en el que se busca llegar a un acuerdo, no en el sentido de entenderlo en su individualidad, sino entender lo que dice. Atender realmente al otro, forma parte de una verdadera comunicación, se dejan valer sus puntos de vista, en lugar de ponerse en su lugar y reproducir sus vivencias. Cuando en la conversación terapéutica se atiende solo la individualidad, no puede señalarse una situación de posible acuerdo. El ponerse de acuerdo implica que los interlocutores estén dispuestos e intenten hacer valer lo extraño y adverso. Cuando esto ocurre recíprocamente, cada interlocutor sopesa los contraargumentos, al mismo tiempo, mantiene sus propias razones y puntos de vista hacia un lenguaje compartido (Mardones & Ursua, 1994).

En este sentido, la subjetividad ocurre en lo íntimo de cada persona, le es propio a su "ser en sí" (Testa, 2005). Si la experiencia es intersubjetiva y se desarrolla en diálogo con quienes forman parte del entorno social, este diálogo y las estructuras entre las que media son constitutivas de la experiencia (Good, 2003). No obstante, los motivos del ser humano frente a una experiencia están ocultos, de ser descubiertos, esto acontecería en medio de una conversación genuina que incluya la comunicación intersubjetiva, de lo contrario, se reduciría el rol del dialogante a un objeto de descripción y de explicación cuasi causal (Mardones & Ursua, 1994).

6.4 La investigación narrativa como perspectiva teórico-metodológica

En este apartado se detallará la toma de decisiones metodológicas a partir de la elección de sujetos involucrados en el estudio y lo que representó el devenir del

trabajo de campo, lo cual posibilitó la intersubjetividad narrativa presentada en este apartado.

En un primer momento, para la elección de los participantes, se realizó una ficha de identificación que contempló tres aspectos: a) identidad personal, b) formación académica y c) trayectoria laboral. La información de la ficha fue organizada para considerar la elección de cuatro médicos. Posteriormente, para la elección de pacientes, estuve presente dos días en la jornada laboral de los cuatro previamente elegidos, el objetivo fue identificar a pacientes subsecuentes que fueran diagnosticados con los dos principales motivos de consulta, según el *Diagnóstico de Salud 2017 de la UFM*, (IMSS, 2017), siendo el primer lugar la hipertensión arterial y el segundo la diabetes mellitus. Las características de la tipología en pacientes, quedó ligada a los criterios de inclusión como fueron sexo, grupo de edad y diagnóstico.³⁷ Los sujetos por considerar fueron caracterizados en tipos ideales³⁸, partiendo del fenómeno empírico de la experiencia con la enfermedad crónica y del interés en diversificar las formas de pensamiento y los procesos sociales, de ahí que, se seleccionaron cuatro participantes para observar y analizar desde su realidad sociocultural. A razón de esto, no se puso a prueba la representatividad de los pacientes de la UMF. De ocho tipos de pacientes, cuatro fueron elegidos.

De esta manera, quedaron cuatros pacientes y cuatro médicos, ambos relacionados por la asignación a cada consultorio de la UMF. La selección cumplió con el diseño de la investigación, el cual consistió en recopilar de la atención médica de las consultas subsecuentes en medicina familiar.

El seguimiento de la atención consistió en reconstruir temporalmente la atención médica de las consultas subsecuentes en medicina familiar. Para ello, se hizo un registro etnográfico situacional que integró notas, diario de campo, observación, videograbaciones y entrevistas. Con este material se contemplaron

³⁷ Ver descripción detallada en el apartado (2.5.1 Población de estudio) del capítulo 2.

³⁸ Recuperado de la sociología, los tipos ideales componen una tipología para caracterizar un fenómeno.

aspectos interaccionales y narrativos sobre el encuentro clínico in situ. El registro obedeció a la lógica imprevista de la dinámica institucional de la UMF.

Por paciente, se observaron tres consultas mensuales, que, multiplicadas por cuatro seleccionados, dieron un total de doce. En cada encuentro clínico se generaron dos entrevistas, una para médico y otra para paciente, veinticuatro en total por los ocho participantes. La justificación de esta estrategia estuvo fundamentada en situar contextualmente cada encuentro entre médicos y pacientes para caracterizar acciones y narrativas performativas en función de lo que aconteció durante ese momento. Esto proporcionó reconocer las interacciones entre los sujetos involucrados durante la acción social.

En cada cita programada, visité a los participantes fuera de la UMF, en sus viviendas, restaurantes, otros espacios de trabajo y como última instancia en el consultorio de la Unidad. La intención de agendar reuniones fuera de la institución después de cada consulta fue para indagar la manera en qué los pacientes apreciaron la atención proporcionada por los médicos, su sentir del trayecto vivencial con la enfermedad y la forma en qué comprendieron las indicaciones de acuerdo con el motivo de la consulta. Desde la perspectiva de los médicos, recuperé la manera en que recapitulaban su propia práctica profesional con respecto al paciente, es decir, la narrativa de su actuación sobre la atención médica. En cuanto a mi participación se refiere, al ser espectadora de las interacciones observadas, realicé entrevistas con preguntas de confrontación, orientadas a las acciones asumidas en cada consulta (*¿por qué actuó de esa manera y no de otra?, ¿qué piensa de lo que hizo?*). Esto para revelar el modo, en que, en el contexto de la medicina familiar se construyen temporalmente las relaciones entre médicos y pacientes, así como el tipo de intercambio comunicativo durante el acto clínico.

En virtud del diseño metodológico, la investigación narrativa condujo la ruta a seguir para articular y reconstruir la experiencia de la enfermedad crónica a lo largo de varias consultas médicas. En un continuo accionar, la narrativa facilitó observar y

analizar las intenciones, justificaciones y cargas morales de médicos y pacientes; identificando sus modos de interpretación y constructos sociales con relación al otro. La interacción social fue como una mediación para distinguir cómo se relacionaban.

A partir del dato de campo generado con diversas herramientas metodológicas, ocupé la línea de investigación en que la narrativa fue un medio para dar sentido a diferentes datos, poniendo énfasis en mi participación como investigadora para la construcción narrativa (Farzana, 2014). Durante el estudio transformé la narrativa oral en un texto escrito, utilicé material temático de la entrevista (Riessman, 2008) y ubiqué la interacción in situ como parte de la producción narrativa. Con la etnografía narrativa puse a prueba la continuidad del proyecto de investigación, debido a que como participante formé parte del proceso, inclusive, desde el instante en que llegué con las autoridades, médicos y pacientes, mi presentación explícita sobre el objetivo de la investigación generó un punto de partida para ampliar las posibilidades de la generación narrativa en el campo (González Rojas, 2019).

El análisis narrativo empleado fue el dialógico/performativo, este es un enfoque interpretativo e híbrido que requiere seleccionar diferentes métodos y dimensiones; empuja los límites de lo que es y no es incluido en el análisis. Cuestiona cómo se produce interactiva y dialógicamente la comunicación entre los hablantes, incluida mi voz como investigadora, pues la presencia fue activa en el texto. Conjuntamente, se contemplaron las circunstancias sociales en la producción e interpretación de la narrativa. Así, la narrativa se coprodujo en espacios entre oyentes, orador y escenario. El significado en el enfoque dialógico no reside únicamente en la narrativa del hablante, sino en el diálogo entre hablante y oyentes, investigador, transcripción, texto y lector. Este análisis intenta responder a las preguntas ¿quién habla?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿con qué propósito? (Riessman, 2008).

De acuerdo con Riessman (2008), el análisis dialógico/performativo plantea cuatro estrategias operativas:

a) La narrativa se conceptualiza como un segmento de conversación acotado que puede ordenarse temporalmente. A lo que se añade, que la interacción social se convierte en una sucesión narrativa.

b) La sistematización de los datos de campo, está acotada al compendio etnográfico situacional. El cual incluyó diversos materiales y fuentes, la observación, las notas, diario de campo, la entrevista y la videograbación. Se trianguló la información con el cruce de las diferentes fuentes utilizadas, esto me llevó a la interpretación.

c) La unidad de análisis es la recapitulación de narraciones y acciones. Esto se hizo a través de la secuencia de eventos vinculados durante el encuentro clínico.

d) El contexto micro es amplio. Para llegar a la interpretación, el análisis dialógico fue más allá de lo superficial, lo literal y lo consciente, es decir, no se quedó con una primera apreciación, sino que volvió a poner a prueba el dato de campo, cuestionó y generó nuevo material a partir de un primer esbozo analítico.

En el presente capítulo, se señala que la estrategia analítica-interpretativa fue delimitada a la experiencia singular, con el propósito de profundizar la descripción y descartar la comparación entre los ocho participantes del estudio. De cuatro médicos y cuatro pacientes, se tomó la decisión de elegir un caso concreto, el de una persona aquejada por la enfermedad crónica, para integrar la narrativa del padecer en correlación al discurso médico sobre la conveniencia a la práctica médica (Good, 2003). La presentación de un caso fue intencionada con base al planteamiento teórico-metodológico inicial, de poner a prueba la investigación narrativa en la producción entre Nora, Adrián, Jessica y el contexto de la UMF.

En ningún momento se tuvo interés por la comparación de los cuatro casos seleccionados, más bien, se buscaron patrones de información al interior de un solo caso. La información no se clasificó o sintetizó en función de otros casos, se hizo una triangulación intramétodo con el mismo caso. Aunque se ocuparon diferentes fuentes de información de trabajo de campo (observación, entrevista, notas de campo,

videos), el fin interpretativo fueron los episodios narrativos inherentes al caso de Nora y Adrián. La intención fue presentar de forma sistemática lo más completo posible el fenómeno observado y visualizar las relaciones más importantes del caso.

El estudio de caso ganó validez al triangular en forma detallada las descripciones y las interpretaciones, no en una etapa única, sino de modo continuo a lo largo de la sistematización de la información. El caso fue instrumental, este no fue independiente del paradigma interpretativo y de la investigación narrativa, al contrario, sirvió como medio para hacer el análisis narrativo, lo que me llevó en gran medida a ilustrar descripciones situacionales. Aunado a ello, mi voz como investigadora brindó la posibilidad de exponer la experiencia y el encuentro clínico entre una médica y un paciente, a fin de que los lectores expandieran su apreciación de los acontecimientos (Stake, 2013).

Si bien, el resto de los casos (tres) tienen su valor etnográfico para exponerse en este documento, la decisión tomada se basó en acotar el contenido a una unidad para dar extensión a la densidad de la descripción y al análisis interpretativo. De haberse presentado los otros tres casos, se hubieran ilustrado con la misma propuesta.

Esta acción fue contemplada en el diseño de la estrategia narrativa. En la etapa de la exploración enfocada, la elección de los cuatro médicos por variabilidad máxima y conveniencia al estudio fue fundamental para tener un plan de trabajo a partir de la selección de los cuatro pacientes y formalizar la recolección de datos. No obstante, una vez generada la información de campo, al momento de organizarla y sistematizarla se optaría únicamente por un caso. Inclusive, originalmente así se planteó en la investigación³⁹.

Después de sistematizar la información de los cuatro casos, concerniente a veinticuatro entrevistas, videograbaciones, notas de campo de las consultas médicas y notas fuera de la Unidad, se definió un caso según las características apegadas al

³⁹ Ver apartado 2.5.2. Diseño de la investigación.

tercer objetivo particular del estudio: “describir y analizar la relación construida temporalmente y la comunicación generada entre médico y paciente durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica”⁴⁰.

La decisión teórico-metodológica está sustentada en el objetivo particular de la investigación con el uso de las herramientas metodológicas. Desde el principio y durante el desarrollo del estudio este planteamiento se fue llevando a cabo tanto para la toma de decisiones en el campo como para el análisis interpretativo.

En otro momento, la etnografía se ocupó para responder a patrones de comportamiento repetido que daría cuenta del contexto de la UMF y al objetivo específico “describir y analizar las condiciones institucionales del encuentro clínico entre médico-paciente”. En el capítulo cinco se presentan detalladamente estas interacciones y el modo en que la comunicación médico-paciente se produce según las condiciones de existencia de la Unidad y la Institución. Ahí se sistematizó, codificó y trianguló la información con el interés de llegar a la saturación teórica de los resultados.

En cambio, en este capítulo se obedece a reconstruir temporalmente la relación sostenida entre una médica y un paciente según las características de cada persona, con el propósito de mostrar la amplitud y profundidad de la relación construida. Se aspiró a presentar un análisis microsocial de los encuentros clínicos entre Adrián y Nora, la descripción de la comunicación gestionada durante las consultas prolongadas y la intervención otorgada a Adrián, así como identificar nociones y elaboraciones sociales fuera del escenario clínico, es decir, en su vida cotidiana.

De manera complementaria el seguimiento de los cuatro casos sirvió para el análisis de las consideraciones finales del estudio, dando pauta para seguir comparando la regularidad de los patrones de la consulta médica. Estas fueron adicionales, a las sesenta y cuatro con las que se siguió como “sombra” a Nora,

⁴⁰ Ver apartado 2.2. Objetivos del capítulo 2.

mismas que también complementaron y saturaron temáticamente el contexto de la UMF con lo que ya se había observado previamente.

Los criterios para elegir un caso fue la primacía de la comprensión de la cualidad. La razón principal de la elección fue por observar una tensión en la relación de Nora hacia Adrián. Al registrar en la consulta su relación con otros pacientes esta no era igual a la que sostenía con él, así que esa razón orilló a describir narrativamente la relación que se iba tejiendo. Respecto a Adrián, era un paciente con diagnóstico oficial de hipertensión en la UMF, pero con comorbilidad que iba presentando en el seguimiento, fue así como se decidió que el caso podría aportar al análisis narrativo, aspectos encontrados en la consulta externa de medicina familiar.

Los tres casos restantes, no son menos importantes en su complejidad, sin embargo, ninguno se caracterizaba por una tensión en la relación, dos tenían seguimiento controlado. Un caso era viable de presentación por diagnóstico de hipertensión, ligado a aspectos de sobrepeso, imagen corporal y profundas relaciones familiares que desencadenaban en el padecer. Empero, no hubo similitudes, cada caso fue *suigeneris* en sí mismo.

Para analizar la información del caso, se organizó la información de seis entrevistas, tres de la médica y tres del paciente, tres videograbaciones, notas de campo de la jornada laboral de las sesenta y cuatro consultas; notas de campo de la visita domiciliaria en casa de Adrián y en el negocio familiar de Nora. Con ello, se buscó el hilo conductor de la trama narrativa respecto a la relación construida y la comunicación humana.

Mediante tal estrategia y con el alcance de las consultas subsecuentes se logró la interpretación de los episodios sincrónicos y diacrónicos de la experiencia y la enfermedad, alrededor de códigos culturales o referenciales, del discurso médico, de la práctica en medicina familiar y de las decisiones tomadas de parte de Nora, así como de la asimilación del mundo social y cultural de Adrián. La narrativa está escrita en primera persona, orientada a la descripción del caso, con el que se responde a la

pregunta teórico-analítica ¿de qué manera lo social, las acciones y la vida personal se va configurando y reconfigurando en el tiempo?

6.5 Un duelo inacabado en consulta de medicina familiar

Mi participación fue negociada con los principales sujetos de la investigación, de tal manera que en la consulta resulté la audiencia de las interacciones sociales. Hago explícita mi presencia durante la relación forjada entre Nora y Adrián, por lo que en el análisis narrativo hablo en primera persona debido a que me reconozco parte de la co-construcción narrativa.

Adrián tiene 63 años, usa bastón para sostenerse al caminar, ya no trabaja, recientemente comenzó a recibir ingresos económicos por su jubilación. Reside en el “cerro”, denominado así por la lejanía y el difícil acceso del transporte, ahí construyó una casa donde vivió con su esposa, quien murió el 08 de junio de 2014. Tuvieron seis hijos, viven cuatro hombres y una mujer. En el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, compró un departamento que sigue pagando, ahí habitan su hija Andrea, el yerno, los nietos y un hijo soltero. En otro departamento adquirido y pagado en conjunto con su esposa, viven dos hijos casados. Él vive solo, sus hijos le han sugerido vivir con ellos, sin embargo, prefiere estar en el lugar donde convivió con su esposa, también le agrada levantarse a la hora que quiere sin que nadie le diga nada. Es un hombre que atiende las actividades de su casa cocinándose y lavando ropa. De acuerdo con el expediente clínico electrónico de la Unidad de Medicina Familiar, las principales enfermedades por las que recibe seguimiento son hipertensión arterial y trastorno de depresión, en este se omite como diagnóstico central artrosis en rodillas, una enfermedad degenerativa por la que también ha transitado, incluso recibe analgésicos para el dolor.

Nora tiene 37 años, está casada y con dos hijas, la mayor de diez años y la menor de cinco, cursan primaria en escuela pública y preescolar en una guardería del IMSS. Su esposo trabaja en el sector privado, ambos comenzaron a adquirir su

patrimonio, comprando un departamento y un automóvil de agencia. Ante la presión de los gastos mensuales, decidieron pedir un préstamo al Instituto para invertir en un negocio de cafetería y así aumentar ingresos del hogar y solventar la inversión de los inmuebles. Nora es originaria de la Ciudad de México, pero al casarse se fue a vivir a Nezahualcóyotl, estudió la carrera de medicina general y después realizó la especialidad de medicina familiar en la UNAM a través de un convenio con el IMSS. Las escuelas de sus hijas están ubicadas cerca de la UMF en la que labora, al igual que la casa de sus papás y el negocio familiar, no así su vivienda, la cual está más alejada del lugar de trabajo, ubicada en la Ciudad de México. Su mamá cuida por la tarde a las niñas, mientras ella atiende el negocio como parte de su segunda jornada laboral.

Mi relación con Adrián se consolidó a partir de haberlo visitado en el departamento de su hija Andrea, le pareció inusual la visita en el espacio familiar para conocer sobre su estado de salud fuera del consultorio médico. Desde el inicio, él comprendió el propósito de la investigación y en ese sentido, me vio como una estudiante en busca de datos al interior y fuera de la UMF. Mi presencia le agradaba y no le incomodaban mis preguntas, aunque reservaba cierta información familiar, algunas veces tuve la impresión de que era por vergüenza y otras por ser temas difíciles de expresar como la preocupación hacia sus hijos (salud, ingresos económicos, situación familiar). En las consultas, ser observadora, le pareció habitual. De las tres consultas médicas a las que di seguimiento, para Nora, la primera resultó la más complicada, debido a que se sintió invadida con la grabación de video, expresó haberse sentido cuestionada en su práctica médica, pero aclaró que esto lo percibió solo cuando encendí la cámara de video, pues durante la jornada del día estuvo cómoda con la observación realizada en el resto de las consultas. En correlación a mi participación en el estudio, Nora solía indagar cuál era mi opinión sobre Adrián, qué pensaba de él y qué información adicional tenía de su persona. Otra de sus inquietudes, era saber cómo la veía en el desempeño de su trabajo, si lo hacía “bien

o mal". En ese momento me di cuenta de que me había convertido en espectadora de la interacción con los pacientes.

Nora tiene aproximadamente tres años atendiendo a Adrián, lo identificó cuando llegó al consultorio por un cuadro de depresión. Pero conforme transcurrió el tiempo y se estableció una relación prolongada, creyó que lo único que él perseguía era pensionarse y sacar provecho con la adquisición de un departamento a la muerte de su esposa.

En el desarrollo de tres consultas médicas, pude seguir el trayecto de atención y la experiencia con el padecer de Adrián, este, no fue exclusivo de la hipertensión arterial⁴¹ sino de un conjunto de síntomas y signos que fueron presentándose de manera distinta en cada consulta. Ya que como se expondrá, las diferentes expresiones del padecimiento no fueron asociadas únicamente al control de la hipertensión, sino al diagnóstico presuntivo de diabetes y daño pulmonar, así como al seguimiento de depresión diagnosticada por un psiquiatra del segundo nivel de atención, misma que fue desencadenada a partir del fallecimiento de su esposa. Convirtiéndose así, en un duelo inacabado después de tres años de haber ocurrido el acontecimiento.

El registro etnográfico se realizó desde la planeación metodológica, es decir, durante la selección de pacientes, el 25 de abril de 2017, las posteriores consultas programadas fueron: a) 30/08/2017, b) 30/10/2017, c) 28/11/2017. Las tres estuvieron establecidas de acuerdo con la agenda institucional de la Unidad de Medicina Familiar, solo que la cita correspondiente al mes de septiembre se aplazó un mes por la falta de lugares disponibles en la agenda.

La consulta del miércoles 30 agosto de 2017 empezó a las 10:45 y terminó a las 11:15 de la mañana, se destinó media hora para la consulta, por lo que se rebasaron los quince minutos estipulados por la Institución. Adrián llegó solo a sin

⁴¹ Cabe recordar que Adrián fue seleccionado metodológicamente como un paciente de la tipología ideal por tener como enfermedad crónica a la hipertensión arterial, primera causa de demanda en la UMF.

compañía de algún familiar. En esta ocasión, Nora no recordaba la razón del por qué había enviado a hacer una radiografía de tórax, no recapituló la sospecha de la consulta anterior sobre posibles problemas en el corazón, sin embargo, Adrián sí lo tenía presente a partir de un episodio ocurrido en su casa:

No sé a qué se debió, pero le dije a mi doctora -Nora-, ¿cómo estoy?, Pues está bien de la presión, y luego ¿mi corazón? Está bien, ¡Ah digo, bendito sea Dios! Y se lo comuniqué de nuevo a ella, ¿se acuerda que la vez pasada le comenté del “cabo de año”⁴² de mi esposa? Pues ese día, acomodamos las flores que pedí, yo no les ayudé a mis hijos porque no puedo hacer fuerza -física-, mi hijo me dijo “no, usted ahí siéntese” ... En eso comencé a sentir un sudor, pero parece que estaba en vapor y sentí que el pecho se me cerraba. Yo se lo he contado a mis vecinos, me dicen que no me pude desahogar, sí lloré un poco, pero no me desahogué, que eso fue lo que probablemente me provocó esa sensación. Fue un comentario de los vecinos y eso se lo comuniqué a mi doctora⁴³.

En esta consulta, Nora trató varios aspectos adicionales a la radiografía de tórax, revisó laboratorio de química sanguínea y refirió otros estudios para la siguiente consulta. Administró el medicamento controlado de la especialidad de psiquiatría del segundo nivel de atención, dio seguimiento a la hipertensión arterial, el dolor de rodillas, la alergia e identificó dos hallazgos nuevos a partir del interrogatorio, exploración física y estudios médicos.

A pesar de que Nora ha visto a Adrián por más de tres años, no fue hasta esta consulta que supo que él fumaba. Al revisar la química sanguínea le indicó tener 113 de glucosa y con la hemoglobina por arriba de los parámetros normales. En cuanto al seguimiento de la presión arterial, salió con 120/80, le recetó medicamento para dolor de rodillas. Al verificar el trámite administrativo de surtimiento de medicamento en psiquiatría, se dio cuenta de que le aumentaron la dosis de Sertralina y le dieron Diazepam de primera vez, sin embargo, el especialista le comentó en la última

⁴² Cabo de año: Conmemoración periódica de la religión católica y popular para recordar el fallecimiento de algún familiar o conocido cercano.

⁴³ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica.

consulta que ya no acudiría a ese servicio hasta después de un año.

Durante la consulta, Adrián expresó tener tos a causa de un posible resfriado y solicitó un jarabe, pero Nora se lo negó argumentando que la tos se debía al consumo del cigarro. Él no creyó ese argumento. En su casa, él me contó que después de la consulta comenzó a sentirse mejor al quitársele la tos, consideró como prueba explícita que fumar no tenía relación con la tos que había tenido. Y el motivo, más bien, había sido por mojarse los pies un día de lluvia.

A partir de los estudios, Nora comenzó a deducir posible falla pulmonar por falta de oxígeno y con eso relacionó la taquicardia repentina relatada por Adrián en la consulta previa. Para la subsecuente cita, refirió otro estudio de química sanguínea con el propósito de confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes; aunado a un estudio de espirometría para ver la ventilación de los pulmones y una radiografía de cara. De ambos hallazgos, decidió no anticipar un pronóstico, pues de hacerlo, caería en error médico si los estudios revelaran algo distinto a lo señalado. Sin embargo, le adelantó referirlo con el neumólogo en caso de tener falla en los pulmones y requerir oxígeno medicinal.

Jessica: Pero, si usted como médica sospecha que sí puede ser diabetes y que, al tener la hemoglobina alta, también puede ser algo en pulmones. En ambas situaciones, ¿por qué decidió no anticiparle los pronósticos?

Nora: Ah, bueno, no porque ahí si corres el riesgo que la siguiente vez que le tomes la muestra confirmatoria salga normal, entonces diga “ah, entonces porque dijo que si era diabético”. O que la espirometría salga normal, entonces ahí te va a decir “entonces, no estoy enfermo”⁴⁴.

Ya en casa de Adrián, me comentó haberle preocupado usar oxígeno en el futuro por no saber qué hará viviendo solo, si usa bastón para caminar. Además, se quedó con la intriga de saber qué ocurrirá con los resultados de los estudios, cómo saldrá y qué revelarán. Al preguntarle directamente, la manera en que asimiló la información en la consulta médica, él no entendió qué es la hemoglobina y qué

⁴⁴ Entrevista con Nora llevada a cabo en su negocio familiar después de la consulta médica.

relación tiene con la posible falla pulmonar, especialmente cree que se le están bajando o subiendo las “defensas”. Tampoco distinguió qué es neumología y por qué motivos lo enviarían con un especialista, desconoció la relación de enviarlo a realizarle una radiografía de cara. Pude darme cuenta de que la comprensión de la información que Adrián tenía era distinta a lo dicho por Nora. Así que, con el propósito de ayudarlo a entender, me di a la tarea de explicarles tanto a él como a los dos hijos que estaban en su casa cuando lo visité. Después, colaboré en indagar el domicilio del Hospital en el que le harían los estudios, y le ayudé a reagendar la siguiente cita. Debido a que en el expediente clínico electrónico había sido contemplado como paciente controlado con citas trimestrales, siendo así, debía acudir a consulta en tres meses. De ocurrir esto, la continuidad en su atención médica hubiese sido aplazada e interrumpida por causa de un error en la agenda institucional, que relacionaba a Nora, la asistente médica y el sistema de información de la UFM.

Durante esta consulta, Adrián insistió sobre la alergia que suele aparecer en su cuerpo, enfatizó no saber a qué se debía y por qué aparecían ronchas de forma inesperada, sin acertar sobre el tipo de alimento que pudiera provocársela. Nora le preguntó si había acudido al servicio dental previamente indicado, él comentó haberlo hecho, pero después de su respuesta. Nora omitió esa inquietud respecto a la causa alérgica y manifestó un pausado silencio. Otra de sus dudas durante la consulta fue preguntar qué hacer para disminuir la posibilidad de tener diabetes, ella le respondió someramente sobre el consumo de alimentos y no amplió el tema.

La segunda **consulta programada fue el lunes 09 de octubre de 2017**, Adrián nuevamente llegó solo, entró a las 12:25 y salió las 12:45, esta vez tardó diecinueve minutos. Para esa ocasión llevaba la espirometría y los estudios de química sanguínea. Estos ya estaban subidos en el sistema del expediente clínico electrónico, a razón de haber acudido previamente a laboratorio.

Nora descartó hipoxia severa, no resultó daño obstructivo, más bien ese día pronosticó que el problema pudiera estar relacionado con la apnea del sueño y

confirmó que los pulmones estaban bien, pero vinculó que esto podía explicar la hemoglobina alta de los estudios previos. El consumo del cigarro de Adrián también es descartado y ahora lo relaciona con la mecánica de la ventilación al dormir, pero, enfatiza que estar “gordito” genera periodos de apnea, incluso considera que el plan prioritario de intervención “es bajarlo de peso”.

De la consulta pasada a esta, el diagnóstico presuntivo de diabetes se convirtió en intolerancia a la glucosa. Al preguntarle y confrontar su opinión médica, del por qué había cambiado ese juicio clínico, argumentó que la glucosa no rebasó el parámetro de 110, y en correspondencia al resultado anterior, se mantuvo igual. Añadió que en caso de que en los próximos estudios rebase los 120, entonces, sí clasificará la enfermedad crónica de la diabetes. En esta situación, el tratamiento consistió en medicarle Metformina, esperando que la insulina se procese otra vez y absorba la glucosa para retrasar que sea “diabético”, pero aludiendo nuevamente a que el plan es bajarlo de peso con cambio de hábitos, aunque no lo ve “comprometido”:

No tiene advertencia de su enfermedad, dice “Sí, ya voy a hacer la dieta, ya voy a comer menos pancito, voy a cuidarme”, pero como que no, no baja de peso, no hace ejercicio, no ha hecho la dieta a pesar de que lleva años con ese problema. Entonces, sí es complicado, no sé, me da la impresión de que ya no está deprimido, yo creo que él ya está superando el duelo de su esposa⁴⁵.

Respecto a la experiencia del padecer de Adrián, Nora asocia que al no bajar de peso y autocuidarse, ya superó el duelo, con ello, también el problema de la depresión, esto se constata cuando le pregunté ¿identificó cuál fue el principal motivo de consulta el día de hoy?

Pues no, yo siento que nada más viene por su antidepresivo, porque finalmente, sí les creas dependencia, y por eso me dice “si me da mi Sertralina” “Yo estoy bien, aunque no baje de peso o mis rodillas me sigan doliendo”⁴⁶

A partir de los nuevos resultados de laboratorio, tomó la decisión de enviarlo a

⁴⁵ Entrevista con Nora llevada a cabo en su negocio familiar después de la consulta médica.

⁴⁶ Entrevista efectuada a Nora después de la consulta médica.

trabajo social para integrarlo a un grupo de apoyo de “hipertensos y obesidad”, descartó referirlo al módulo de DIABETIMSS⁴⁷ por no tener diabetes. Confía en que las trabajadoras sociales le enseñen “hábitos saludables” y “vigilen” el ejercicio físico para el control del sobrepeso. Al mismo tiempo, lo envió al módulo de nutrición, pero ahí no le tiene confianza a la nutrióloga, por un lado, por comentarios negativos sobre su trabajo, pero por otro, por la forma desvinculada de ese módulo con el resto de los servicios de la UMF, no existe equipo conjunto con otros profesionales para la atención de los pacientes.

Particularmente, en esta consulta, Nora estuvo muy apresurada durante la jornada laboral, además de sentirse acelerada por el ritmo de los tiempos y la dinámica del día, más tarde, durante el acompañamiento a su casa y en la entrevista, me confesó sentirse preocupada por la situación familiar respecto al trabajo de su esposo y los gastos económicos que deben solventar mensualmente.

Por su parte, Adrián se sintió a gusto y contento con la atención proporcionada de Nora, de quien piensa lo atiende bien por el hecho de darle el medicamento que requiere para el dolor de rodillas, así como para conciliar el sueño. Sobre el nuevo signo identificado por Nora, Adrián no siente, ni sabe de qué se trata la apnea del sueño, no puede monitorearse a razón de vivir solo y sin su esposa, quien era la que estaba pendiente de lo que le ocurría:

Yo le decía a mi esposa ¿ronco?, ¡Sí roncas!, pero como le digo, pues era mi pareja y como pareja, pues se da cuenta de uno⁴⁸.

En esta ocasión, el hecho de que Nora lo haya explorado físicamente, midiéndole los signos vitales e hipertensión arterial y por haber salido negativo a falla

⁴⁷ Módulo de atención para pacientes con hipertensión o diabetes sin complicaciones para ser atendidos durante un año en consultorio distinto al del médico familiar asignado, el objetivo está centrado en el autocuidado a partir de sesiones de promoción y prevención de la salud. El equipo multidisciplinario está integrado por médica/o, enfermera/o, trabajadora social y nutrióloga. En el capítulo 4, se presentan los resultados del habitus del personal de salud en el IMSS, ahí se detalla cómo en la UMF la nutrióloga trabaja por cuenta propia y sin mantener vínculos con los demás profesionales de la Unidad, el origen del problema obedece a condiciones laborales y al involucramiento del Sindicato Nacional de Trabajadores.

⁴⁸ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica.

pulmonar en los estudios, ocasionó que Adrián se sintiera “satisfecho y tranquilo”. Sin embargo, está consciente que, aunque no esté enfermo de los pulmones, debe bajar de peso, señaló que había comenzado a reducir la cantidad de tortillas en cada comida. Al preguntarle sobre el consumo de tabaco durante el mes, confirmó seguir fumando la misma cantidad, dos a tres diarios, le parece que no son demasiados en comparación a los siete que fumaba cuando era joven. Adrián no reconoce que el consumo diario sea un problema ligado a los pulmones, además, el resultado de los estudios hizo que ratificará su noción.

Adrián no tiene queja de la hipertensión y la depresión diagnosticadas, a lo que él le ve problema es al dolor de rodillas.

Por ejemplo, ahorita que hace frío, ahorita me ataca -duele-, por eso le pido a mi doctora que me dé Diclofenaco, porque es un poquito fuerte y me hace efecto, ya ve que me da las pastillas de Pentoxifilina, esas sí me las dieron para mis rodillas, me las tomo, pero con esas no se me quita el dolor y cuando está fuerte el frío o llueve, pues como que, me penetra un poquito el dolor⁴⁹.

Pese a que la Pentoxifilina debe tomarla de modo habitual para el manejo de la artrosis en las rodillas, solicita Diclofenaco para disminuir el dolor intenso. Con esto podemos ver, por un lado, que el apego al medicamento depende de su asociación física al nivel de intensidad, malestar y dolor. De esa manera contempla tomar el analgésico, pero prefiere evitarlo y no tomarlo cuando no lo amerita su cuerpo. El cuerpo es el receptor a través del cual percibe y siente, lo que es físico y doloroso es a lo que le da relevancia. Por su parte, durante el acto clínico, lo que le resulta importante es lo que Nora enuncia de la revisión física y lo que reportan los estudios, ambas cosas le dan sentido a la experiencia con la enfermedad.

Incluso, en el intervalo de tiempo que transcurrió de la consulta que antecedió a esta, para tratar de encontrar soluciones al problema de las rodillas, Adrián decidió

⁴⁹ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica.

visitar a un profesional alternativo, denominado alfabetista⁵⁰, con quien acudió dos veces durante el mes. El propósito de consultarlo fue por el dolor de sus rodillas, la mejoría la vio reflejada en caminar mejor y no sentirse inseguro de tropezar. También cree que le ayudó a conciliar el sueño, dificultad sentida por años desde que murió su esposa. Este tipo de atención no fue contada a Nora durante la consulta, salió en la entrevista realizada en su casa.

El día de la consulta, aunque Nora le mencionó nuevamente sobre la hemoglobina, Adrián no entendió qué significaba eso y, tampoco lo relacionó a alguna enfermedad, solo creyó que era algo que le subía o bajaba. En cuanto al sobrepeso, tres profesionales de distinto orden, Nora, laboratorista y el alfabetista, le dijeron que debe bajar de peso para estar mejor de sus rodillas, él tiene la intención de seguir cambiando la dieta, pero confiesa que al haber trabajado años en una panificadora, lo que más trabajo le cuesta es dejar el pan, además de galletas que come por las noches cuando no puede dormir y ve televisión. Las golosinas como chocolates y dulces los consume porque su esposa los tenía de reserva en un cajón y se los daba cuando llegaba del trabajo.

Desde la perspectiva de Adrián, él hace lo que le indica Nora, pero desde el punto de vista de Nora, ella rechaza cualquier intento de Adrián por bajar de peso. Sin embargo, en las consultas en las que estuve como testigo, no observé ninguna en que en algún momento le hiciera preguntas en el interrogatorio clínico sobre los hábitos alimenticios, los horarios de comidas o el acceso para adquirir y consumir los alimentos. Respecto a que Nora, haya enviado a Adrián al módulo de nutrición para bajar de peso, él piensa que le será difícil no solo por la inversión económica en los alimentos, sino porque ya acudió una vez y dejar la cena o las golosinas por la noche, fue lo que más se le complicó y no pudo cumplir las indicaciones.

⁵⁰ Es un terapeuta que atiende padecimientos, malestares y dolores producidos por las contracturas del cuerpo; también, trata la liberación del estrés de algunas personas. En México se preparan a través de cursos y diplomados, la Secretaría de Educación pública funge como aval de la certificación de estudios (<https://centroalphabioticodf.wixsite.com/diplomado/diplomado-en-alphabiotismo>).

Ante la nueva indicación de tomar Metformina, Adrián asocia que ese medicamento le quitará la ansiedad para dejar de comer. A diferencia de otros fármacos que suele interrumpir, comentó que estas nuevas pastillas sí las tomará como se lo indicó Nora, debido a que espera le ayuden a bajar de peso, además de seguir intentando disminuir la cantidad de tortillas y pan.

El problema de insomnio con el que Adrián transita cotidianamente está presente desde que falleció su esposa, suele sentirse inquieto por las noches, por lo que ve televisión hasta que logra conciliar el sueño. Si bien el psiquiatra del segundo nivel de atención le recetó pastillas, él no ve un resultado efectivo, además de que las toma ocasionalmente.

La esposa de Adrián está presente en su vida diaria, a ella le cuenta de manera habitual todo lo que acontece. Por ejemplo, en este mes estaba preocupado por uno de sus hijos, quien tuvo inmovilidad para mantenerse de pie y hacer sus actividades cotidianas a causa de sus jornadas de trabajo forzadas. Esto es algo que le afligió durante esos días, entre otras cosas, tuvo que aportar de sus ingresos económicos para dar manutención al hijo y nieto, mientras se restablecía su salud. Durante la consulta, esto tampoco se lo contó a Nora.

Se lo he dicho a mis hijos “me preocupo por ustedes”, si yo estuviera un poco mejor económicamente, pues les echaría la mano –ayudaría-. Y ese día vi a mi hijo y ahora sí, hablé con mi esposa, le dije “voy a llevar a tu hijo para que lo curen”⁵¹.

El martes 28 de noviembre de 2017, se llevó a cabo la tercera consulta, esta fue diferente a las que precedieron, para Nora la jornada de trabajo representó mayor desgaste físico y mental. De veintiún pacientes, ocho fueron de UNIFILA⁵², los cuales le llevaron más tiempo en la revisión médica. Compaginado a ello, hubo un error de logística en la agenda del día, una confusión de dos pacientes con el mismo

⁵¹ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica.

⁵² UNIFILA es una estrategia del IMSS que se llevó a cabo para gestionar y eficientar los procesos de atención en el acceso a la consulta externa, la cual consistió en reorganizar la agenda de los médicos, con disponibilidad de espacios para los derechohabientes. En el capítulo 5, se describe la manera en que la agenda institucional determina la calidad de la atención en el abordaje clínico según el tiempo ocupado.

nombre, pero diferente apellido. Para coincidencia del registro etnográfico, uno de esos pacientes resultó ser Adrián, quien fue atendido por Nora como si fuera otro paciente. Quince minutos después de que Adrián salió del consultorio, entró la asistente médica para corroborar el enredo. Nora se dio cuenta que hizo la nota médica de Adrián en el expediente clínico incorrecto y le recetó con el nombre de otra persona. Esto generó haber pensado que, Adrián había subido de peso 14 kilos en un mes, así como no darse cuenta de que en la consulta pasada le había recetado Metformina. Por su parte, la asistente médica le programó una cita en la siguiente semana sin corresponderle. Este inconveniente podría ser considerado como imprudencia médica⁵³, pero la situación se salvó cuando ambas, la asistente y Nora, se dieron cuenta del error y lo corrigieron en ese momento.

Es una de las metas internacionales, paciente correcto, medicamento o procedimiento correcto. Ahí falló la asistente, pero también yo no hice ese cotejo, ahí sí fue una falta grave. ¡Imagínate si le hubiera dado el medicamento del otro señor!⁵⁴.

Confronté sobre lo ocurrido, Nora justificó la distracción de la asistente por estar en proceso de divorcio, pero asumió su responsabilidad por no verificar los nombres con apellidos distintos. Añadió que esto también se debía a que los jefes clínicos ya no les permitían tener control sobre los carnets⁵⁵ desde que se creó UNIFILA.

Jessica: Entonces, con este acontecimiento, significa que, con aspectos familiares o preocupaciones del personal de salud, ¿se puede generar una afectación en el trabajo?

Nora: Pues sí, porque no eres de plástico, no puedes dejar tu traje de mamá e irte con el traje de asistente, pues sí, te afecta.

Todo esto también coincidió con la situación personal de Nora, debido a que en la dinámica del día, una paciente le comentó que la veía cansada, ella platicó que el domingo no había dormido por haber ido a un curso de preparación de café⁵⁶, en el

⁵³ Una equivocación de este tipo pudo generar daños a la salud. La imprudencia es definida como afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultan de esa acción u omisión (Intituto Mexicano de Contabilidad y Finanzas S.C, 2016).

⁵⁴ Entrevista realizada a Nora en su negocio familiar después de la consulta médica.

⁵⁵ Los carnets funcionan como fichas de identificación de los pacientes.

⁵⁶ Nora asistió al curso para aprender a preparar el café y ponerlo a la venta en el negocio familiar.

que tomó varias pruebas para degustar, después de horas, vomitó y tomó Omeprazol, pero no logró conciliar el sueño. Desde mi observación, esto coincidió con mis notas de campo, pude verlo reflejado al notarla más presionada por el tiempo, atendió más rápido a los pacientes, no interactuó como otras veces, fue concreta en el interrogatorio y acotó la exploración física e intervención terapéutica.

Respecto a lo que aconteció en esta consulta con Adrián, ella dijo:

Como no tenía su expediente clínico, es imposible acordarme de todos los pacientes o de los pendientes. La nota médica no me dio para más porque no era real, después, cuando me di cuenta del error entre los dos pacientes, pues sí había muchas cosas pendientes con el señor Adrián, había que mandarlo a medicina interna y ya tenía todos los estudios para enviarlo a Neumología. Pero bueno, por una parte, estuvo bien que no lo mandé, porque no lo iban a recibir en la Clínica 99. Entonces este mes sí hay que hacerle ese envío⁵⁷.

Nora se dio cuenta de que tendría que haber enviado a Adrián con el neumólogo a segundo nivel de atención, para confirmar el diagnóstico de apnea del sueño, ya tenía todos los estudios previos para que le hicieran el estudio de la polisomnografía y correlacionar la elevación de la hemoglobina, pues en la consulta anterior la espirometría no reportó alteraciones en la ventilación mecánica de los pulmones. Con relación a la glucosa, siguió considerándolo intolerante por permanecer en 113, aunque señaló: *Sí, tiene alto riesgo porque está obeso y con valores elevados, tarde o temprano va a ser diabético.*

Desde su perspectiva, el plan a seguir en pacientes como él, es enviarlo a DIABETIMSS y trabajo social, ahí les proporcionan atención multidisciplinaria, pero considera que en última instancia “Adrián tiene la última palabra para no hacer la dieta”. Añadió que cuando lo conoció era “obeso” y ese seguía siendo su problema, entonces, replanteó: *La muerte de su esposa no hizo que fuera obeso, no comió por ansiedad, más bien es un problema que él ya tiene de mucho tiempo, hábitos desordenados de toda una vida⁵⁸.*

⁵⁷ Coloquialmente se le denomina Clínica 99 (número ficticio), pero era un Hospital General Regional del IMSS de segundo nivel de atención, este dejó de funcionar desde el temblor del 19 de septiembre de 2017, por esta razón las referencias se retrasaron.

⁵⁸ Entrevista realizada a Nora en su negocio familiar después de la consulta médica.

Durante la consulta, no creyó que Adrián bajó la cantidad de tortillas y pan, porque de hacerlo, lo vería reflejado en el peso, cree que puede tener intenciones, pero no concreta nada. En esta consulta volvió a comentar sobre los hábitos de alimentación, no obstante, durante el interrogatorio no exploró ¿qué comió?, ¿cada cuánto?, ¿qué cantidades?, ¿con quién comió? Lo mismo ocurrió con la Metformina recetada en la consulta previa, asumió que al consumirla podría bajar de peso, sin embargo, no le preguntó ¿cómo le estaba yendo al momento de tomarla?, ¿qué dificultades había tenido?, ¿se sintió mejor? o ¿notó algún cambio? Incluso, durante la consulta, Adrián fue insistente en pedirle no recetarle otros medicamentos como la Sertralina, porque tenía reservas en casa, sin embargo, Nora no le preguntó las razones de la acumulación de ese medicamento. Después, durante la entrevista, admitió que probablemente él no se tomaba las pastillas. Ella piensa que su función médica es educativa, pero no sabe cómo convencerlo, no cree que deba ir a su casa y verificar si está tomando el medicamento.

La consulta pasada también lo envió con la nutrióloga. Si bien, Nora no confía en su trabajo porque realiza dietas grupales para todos los pacientes, en esta consulta no le preguntó a Adrián ¿qué le dijo?, ¿cómo va con el plan propuesto?, ¿le ha costado trabajo llevarlo a cabo? O de no acudir ¿cuáles fueron los motivos?

Nora interpreta que la hipertensión arterial no es un problema para Adrián, afirma que solo es la molestia de las rodillas, aunque tiene la impresión de que no se mueve no por el dolor, sino porque ha sido “sedentario toda la vida” y atribuye que el asunto está en que no restringe sus alimentos durante las comidas. Respecto a la depresión, al final de las diferentes interacciones y conversaciones, replanteó que la vida de Adrián sigue girando en torno a su esposa, aunque recapitula que no ha terminado de resolverlo “porque no ha querido moverse de ahí”.

Desde el punto de vista de Adrián, el motivo por el cual acude cada mes a consulta es por el medicamento indicado “de por vida” para sus rodillas. Él cree que el origen del problema se debe al último trabajo que tuvo, era una empresa dedicada

a empacar mercancía, entraba a las ocho de la mañana y desde esa hora hasta las seis o siete de la noche permanecía de pie acomodando los paquetes, el tiempo para comer e ir al baño era reducidos. No conoce el nombre de la enfermedad, solo cree que se le acabó el cartílago y por ello, en parte tiene dolor. Ha buscado varios tratamientos desde que trabajaba, incluidos los alternativos, pero no ha visto cambios significativos. De las alternativas para este problema, come gelatina tres veces a la semana porque uno de sus hijos investigó en internet y le comentó que debía consumirla para sus rodillas. En la UMF, años atrás, Nora lo envió a segundo nivel de atención, en la Clínica 99 lo citaron cuatro veces para ponerle infiltraciones articulares en cada rodilla, Adrián quería continuidad con ese tratamiento, pero fue lo indicado por el reumatólogo. Respecto a la posibilidad de intervención quirúrgica, Nora le ha reiterado que no puede ser candidato hasta que no baje de peso, él tiene sus dudas de aceptar la operación por la edad, pero también por los cuidados. Piensa que ya no está su esposa, y a sus hijos no quiere causarles molestias ni problemas con sus parejas. Además, de la Pentoxifilina recetada habitualmente, en esta ocasión le solicita a Nora, Naproxeno para el intenso dolor a causa del frío. En la consulta pasada le pidió Diclofenaco, solo que en el transcurso del mes su yerno le dio Naproxeno y al sentir mayor efecto, lo compró en la farmacia y por esta razón cambió de parecer.

En su casa, al preguntarle cómo iba con la dieta y el consumo de alimentos (indicador de glucosa), comentó que sigue comiendo dulces y galletas por las noches antes de ir a dormir. Le preocupa su situación presente porque en caso de “empeorar con la enfermedad”, no imagina el futuro de cómo les irá a sus hijos, pero también cómo le hará cuando ya no pueda caminar y él dependa de ellos. Al ser la mayoría hombres, tendrá pena con su hija cuando lo atienda para ir al baño.

Desde su reflexión, cuando trata de bajar la cantidad de tortillas y pan, se siente ligero para caminar, ve un leve cambio, aunque reconoce que no ha hecho demasiado. Recapacita que debe hacer más porque Nora le ha dicho que eso le ayudará con la molestia de sus rodillas. Con relación a la Metformina, en la consulta pasada sí la

estuvo tomando, pero en el último mes no lo hizo diariamente. Al igual que, con todos los medicamentos recetados, cree que no debe abusar del consumo, de ahí su idea de tomarlos ocasionalmente. La Olanzapina, al ser recién indicada el mes pasado por el psiquiatra, no la relaciona con algún malestar particular y de ahí la poca relevancia asignada. En cuanto a la Sertralina, Adrián asume que sirve para lograr conciliar el sueño, se ha dado cuenta de que cuando la toma se relaja demasiado y despierta más tarde de lo esperado. Otras veces, lo vincula al problema que presentó desde que murió su esposa, pero nunca nombra a la depresión como una enfermedad. Regularmente, no toma las pastillas, enfatiza el hecho de que por las noches ve televisión y se duerme como a las dos o tres de la mañana. De ahí, su insistencia en decirle a Nora que no le diera Sertralina porque tenía bastante en casa. Aunque él no dijo cuál era el motivo, ella tampoco se lo preguntó.

Todos los medicamentos sin excepción son tomados de forma aleatoria, es decir, va combinándolos según el malestar más sentido, no los ingiere al mismo tiempo por la idea constante de que si lo hace puede ser perjudicial para su salud.

En esta consulta, al igual que en la anterior, Adrián le preguntó cómo había salido durante la exploración física, Nora le contestó que estaba bien de la presión arterial, lo cual lo dejó tranquilo y lo mismo ocurrió con la auscultación pulmonar. La expectativa que traía en esta consulta era la revisión de la radiografía de cara, realizada por la mañana en la UMF. A pesar de que Nora la examinó, no le dio ninguna explicación y él se quedó callado y no le preguntó. Adrián sabe que el estudio fue por la sospecha previa del consumo de tabaco vinculado a los pulmones, de lo cual, piensa que ella se confundió a partir de un resfriado comentado. Él sigue fumando de tres a cuatro cigarros diarios, Nora no interrogó sobre esta cuestión debido a que había descartado falla pulmonar.

Del mes previo a este, Adrián se sintió bien porque tuvo mayor comunicación telefónica con sus hijos, esta situación familiar no la aludió a Nora durante la consulta.

Jessica: Entonces, ¿Para usted es importante la familia?

Adrián: Pues sí, porque me quedé al frente de ellos, yo le hice la promesa a mi esposa que los iba a ver en las buenas y en las malas. Entonces, mi otro hijo, el segundo, me dice que me vaya una semana con mi hija y una semana con él.

Jessica: Podríamos decir que cuando se siente preocupado, ¿es por la familia?, ¿se siente mal?

Adrián: Sí, un poco recaído, porque uno dice: “no me ha hablado mi hijo ¿qué pasará?” O no tengo crédito para echarle a mi celular. Pues sí, me pongo a pensar en ellos. Cuando estaba mi esposa, ella me decía “vino tu hijo”, pues ya me decía cómo estaba cada uno... Sí, yo me preocupo mucho por mis hijos, por mis nietos. O sea que cuando los veo, ya me siento más tranquilo, ¡Ay bendito sea dios, ya me habló mi hijo! Ya me siento contento, o luego soy yo el que les habla. A la que más le llamo es a mi hija porque es la única mujer⁵⁹.

Adrián se siente satisfecho con la atención proporcionada de parte de Nora a razón de que le surte su medicamento:

Esa doctora desde que me ha estado atendiendo, me he sentido a gusto, muy amable, le digo “oiga doctora, ¿me puede dar este medicamento?” “Sí”, “¿me puede dar una pomada para mis pies?”, “Sí”. Me ha aceptado, nunca me ha dicho que “no”, me ha dado mi medicamento⁶⁰.

6.6 Análisis interpretativo a partir de la investigación narrativa

La investigación narrativa permitió registrar etnográficamente al interior de la consulta médica la interacción entre una médica y un paciente. En primer lugar, observar de forma in situ el acto clínico, representado en sí mismo en la práctica médica. En segundo lugar, se realizaron entrevistas narrativas en días posteriores con las que se pudieron abordar preguntas de confrontación sobre las acciones y la toma de decisiones sobre la atención médica. Esto a partir de una retrospectiva metodológica de las notas de campo sobre el encuentro y las situaciones de la jornada laboral del día. En consecuencia, esto dio pauta para comprender, el tipo de relación

⁵⁹ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica.

⁶⁰ Entrevista realizada a Adrián en su casa después de la consulta médica

forjada y el modo de comunicación generada en función de la experiencia de la enfermedad. Mi participación en los diferentes momentos al interior del consultorio y fuera de este, permitió ser parte de la coproducción de las narrativas para encontrar la trama en el curso de las consultas subsecuentes.

Desde el contexto de la medicina familiar y acercándonos al análisis interpretativo, con Adrián pudo verse reiteradamente la temporalidad en cada consulta médica. El pasado con su esposa, el tiempo presente de su vida y el futuro de lo que podría ocurrir a su salud. En ese sentido, su narrativa fue inherente a la experiencia de la enfermedad crónica, con ello, las distintas formas narrativas se vieron reflejadas en lo enunciado verbalmente por él, pero también en sus actos.

Mientras que Nora como médica tratante, solo ve que Adrián acude a consulta por medicamento para el dolor de rodillas y por el tratamiento psiquiátrico. Lo considera estable de la presión arterial, pero cree que: *No hace nada por él, porque no cuida su alimentación por estar gordo, no está consciente de su problema de salud y por eso no logra bajar de peso...*⁶¹

Esta es una idea implantada y expresada repetidamente por ella, así como se constató con la observación participante en cada consulta médica. Nora asume que el control del sobrepeso es una responsabilidad exclusiva de Adrián, descarta el ámbito familiar y social asociado a los hábitos alimenticios. Por su parte, él relaciona el sobrepeso con el impedimento de ser intervenido quirúrgicamente. Aunque no es algo que le preocupe en el momento presente, reflexiona más bien en el porvenir, por la limitante física y la dependencia de pedir ayuda para sus cuidados personales.

La relación creada en los diferentes encuentros a través del tiempo nos indica que Nora utiliza adjetivos para calificar e individualizar el comportamiento de Adrián. Ella se centra en que está “gordo” y no baja de peso porque no hace nada en beneficio de su salud. Pero pierde de vista la importancia de lo psicosocial en sus hábitos cotidianos. De tal modo que, al no contemplar el contexto sociocultural de Adrián,

⁶¹ Entrevista realizada a Nora en su negocio familiar después de la consulta médica.

desde su posición lo juzga y asume lo que “debería ser y hacer”. Bajo valores morales del mundo social, lo ve como un hombre “ventajoso y oportunista” que buscó beneficio personal sobre la pensión de su esposa fallecida. Desde lo interpersonal piensa que es un hombre introvertido que no ahonda en detalles de su vida identitaria o familiar y se limita a contar detalles. En tal sentido, ella reconoce sus propias limitantes:

¡Ese señor es muy raro! No sé, es como muy hermético, no he podido intimidar con él. Sí, me ha costado mucho trabajo, es muy reservado. Al principio me comentaba lo de su pensión y una de sus hijas, que era mamá soltera, pero realmente de su vida familiar no ha permeado mucho⁶².

En un recorrido previo, Nora lo veía deprimido por extrañar a su esposa, le contaba que tenía problemas para dormir y le platicaba cómo había vivido en pareja. Al pasar el tiempo se dio cuenta de que las conversaciones giraban en torno a ella, por esa razón lo refirió a segundo nivel de atención. Ahí lo atendieron por un año, solo tuvo dos consultas subsecuentes con el psiquiatra, quien le recetó Sertralina y Olanzapina. Al final del año de atención en ese nivel, lo refirieron con Nora para seguimiento de Diazepam. En un primer momento, Nora vio mejoría con la medicación cuando comenzó a platicar más tranquilo sobre el fallecimiento de su esposa, vio que dejó de llorar. Pero pasados los años y como reflexión de las entrevistas llevadas a cabo a partir del estudio, recapituló que esa pérdida seguía siendo parte de su presente.

De acuerdo con la guía de práctica clínica de cuidados paliativos, se recomienda que el duelo sea atendido por el personal médico en el primer nivel de atención (Torres, 2010). Nora trató a Adrián tardíamente después de la muerte de su esposa, poco más de un año antes del 2017. Al no ver respuesta favorable con el llanto, la falta de sueño, y hablar de ella recurrentemente fue que lo refirió a psiquiatría. Ahí se le diagnosticó depresión asociada a duelo, se le recetó fármaco y lo consumió de forma irregular por un año. Nora reconoció que la psicoterapia fue limitada,

⁶² Entrevista realizada a Nora en su negocio familiar después de la consulta médica.

desconocía el número de sesiones que le dieron, así como el manejo durante un año de intervención otorgada. En consulta externa no le preguntó cómo le había ido con el tratamiento, dio por sentada la mejoría después de que él dejó de llorar. Lo único que sabía es que tenía que recetarle medicamento para el seguimiento. En este caso, la contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención denota una atención inefectiva. Adrián continúa con un duelo no acabado por resolver en consulta externa de medicina familiar, sigue expresándose de algún modo, su vida permanece alrededor de su compañera ausente.

En este trayecto Nora no sabe cuál será el monitoreo de apoyo emocional a las necesidades específicas de Adrián y su entorno, tampoco tiene contemplados los factores de riesgo del duelo complicado para indagar mayores detalles sobre su entorno familiar. Mientras tanto, él prefiere vivir aislado geográficamente, distante de la vivienda de sus hijos, en donde le falta cobertura celular, por lo que en caso de requerir atención oportuna o tener una emergencia será asistido por vecinos cercanos.

Para Nora el principal motivo por el que Adrián acude a consulta es simplemente para recibir el medicamento psiquiátrico y el de dolor de rodillas. Sin embargo, en las tres consultas consecutivas se reconstruyó que el medicamento no fue determinante para él. Se observaron diferentes aspectos interrelacionados que giraron alrededor del interés, preocupación, dudas, expectativas, acciones, olvidos, omisiones y confusiones. Todo esto en parte por la manera en que se efectuó la comunicación con Nora. La información concreta de las intervenciones de cada consulta no fue explicada amplia o detalladamente, pero sobre todo no hubo un intercambio y retroalimentación para preguntarle, qué es lo que había entendido, o cómo le había ido con las indicaciones previas.

Al vincular la experiencia de Adrián con lo observado en campo, pudo verse en repetidas ocasiones que, identificar el motivo por el que el paciente acude a consulta es nodal para el ejercicio clínico, debido a que de eso depende el rumbo del interrogatorio, la exploración física y el tratamiento. De un encuentro a otro, la

secuencia permite dar seguimiento a lo que pasó en la consulta anterior y así replantear la consulta presente y la que está por venir. Sin embargo, cuando no se recurre al expediente clínico electrónico para consultar las notas médicas pasadas, se pierde el objetivo clínico y en consecuencia las acciones que se llevarán a cabo. El interrogatorio se vuelve entonces un eje que define las intervenciones. Por lo que omitir preguntas sin las dimensiones emocional y sociocultural, ocasiona la desatención del cuidado de los pacientes, y resultados no esperados.

Con el caso de Adrián vimos que en las consultas médicas no se exploraron y preguntaron los horarios para dormir, los hábitos adquiridos con la muerte de su esposa, la convivencia con la familia, la ausencia, los vacíos, la dependencia a la relación de pareja, las deudas económicas adquiridas o las intranquilidades con sus hijos.

Los resultados de campo arrojaron que para Adrián la presión arterial no era significativa como enfermedad crónica, era la molestia física en las rodillas, esto a razón del dolor que le impedía caminar o trasladarse de un lugar a otro. El malestar en el cuerpo fue un marcador de interpretación personal, por ello, el medicamento suministrado era tomado de acuerdo con la experiencia corporal, reducía y modificaba periódicamente el empleo de dosis según la intensidad del dolor. En el trayecto de cada consulta asumió que las visitas periódicas a la UMF eran solo para ser medicalizado, pese a que en la vida cotidiana evitaba tomar los fármacos al pie de la letra porque tenía presente lo que su esposa le decía:

Las pastillas se tienen que tomar diario, pero mi mujer que en paz descanse decía, “no hay que tomar tanta pastilla, si no al rato vas a padecer del estómago”. O sea, depende qué tan fuertes sean, yo le dije “Pues sí tienes razón” Y sí, hice caso a lo que me dijo⁶³.

Durante la exploración física, el contacto con el cuerpo fue significativo para Adrián, el hecho de que Nora le midiera la presión arterial, le auscultara los pulmones y le dijera que lo veía bien, le generaba tranquilidad. Compaginado a ello, saber que

⁶³ Entrevista realizada a Adrián en su negocio familiar después de la consulta médica.

los resultados de los estudios fueron favorables en cada consulta médica le dio sentido positivo a la experiencia con el padecer. En cambio, cuando no tuvo toda la información sobre la sospecha de falla pulmonar y la diabetes presuntivamente detectada, así como los resultados y los diagnósticos definitivos, todo se tornó distinto ante la espera y la incertidumbre. Estuvo preocupado pensando en sus posibilidades presentes y futuras con relación a cómo se vería o quién lo ayudaría en el cuidado. Invocando irremediabilmente en ese momento la ausencia de su esposa.

A manera de ejemplo, con Nora pudo observarse el ejercicio médico sobre la discreción diagnóstica, esto es, no adelantar a Adrián información definitiva de posibles enfermedades. Al recapitular este aspecto en la comunicación médico-paciente, se lanzan algunas preguntas que permiten cuestionar la práctica médica en torno a la ética y manipulación de información: ¿qué implicación tiene reservarla al paciente?, ¿cuáles son las interpretaciones subjetivas que las personas hacen sobre sus malestares?, ¿qué repercusión tiene ocultarle información al paciente? ¿se limita su agencia? En general, sería deseable explicar por qué se le está enviando con el especialista y cuál será su alcance en la atención, a fin de resolver dudas y tener certeza.

Esto es relevante como aporte de este estudio antropológico en el terreno de la clínica. Debido a que al guardar información y no decir todo bajo el argumento de que es un riesgo adelantar pronósticos sin ser confirmados con diversos estudios, puede apuntar a una medicina defensiva, cuidarse para no retractarse y recibir posibles reclamos o demandas.

En el caso de Adrián, él confundía los malestares sentidos y relacionarlos, el origen del padecer era asumido principalmente desde su comprensión personal y social, más que desde la explicación biológica de la enfermedad. De aquí, señalamos que la manera en como se otorga la información es parte indisoluble de la comunicación. El tiempo invertido en las indicaciones reflejan lo que pudo haberse entendido de mejor manera.

Para Adrián, la relación creada con Nora se concreta en que ella le proporciona medicamento, eso es lo fundamental y sí ella lo complace, aceptando sus solicitudes, considera que existe correspondencia. Por eso la ve como una “buena” doctora y se siente satisfecho con el servicio proporcionado. En contraparte, Nora siente que Adrián no le cuenta todo lo que le ocurre, eso ha impedido que él le exprese su sentir, por ejemplo, lo concerniente al acompañamiento y cuidado de sus hijos, lo cual le genera bienestar emocional.

Fue notable ver la temporalidad narrativa de Adrián con relación a su esposa, los aspectos triviales los narró con el recuerdo sentido hacia ella, como seguir viviendo en la misma casa, atender sus indicaciones para cocinar, cuidar a los hijos y consumir los medicamentos. La relación de pareja a su vida cotidiana fue un continuo no acabado. Desde su muerte, el problema más sentido ha sido no dormir y tener horarios irregulares de sueño según la ansiedad durante las noches, por ello antes de acostarse busca comer “golosinas”.

Con el seguimiento de las consultas, la etnografía mostró la exaltación de un duelo no resuelto. Alrededor de la depresión diagnosticada por el psiquiatra, sobran preguntas para debatir y reflexionar sobre el manejo de la enfermedad crónica en la consulta externa, utilizando como recurso a la comunicación y sosteniendo una relación en la Unidad de Medicina Familiar.

Recordando los episodios narrativos de Adrián y Nora ¿eran necesarios los medicamentos controlados para Adrián en su experiencia con la enfermedad? O ¿acudir al segundo nivel de atención se debió a que el duelo no fue atendido en medicina familiar? De ser así, para evitar que Adrián no hubiera sido referido a psiquiatría ¿qué faltó preguntar durante el interrogatorio clínico cuando acudió a consulta con Nora?, ¿en correspondencia a la pérdida de su esposa, alguna vez lo preguntó como motivo de consulta?, ¿exploró lo que significó la muerte de su esposa?, ¿qué intervención hizo antes de referirlo con el psiquiatra?, ¿con qué competencias médicas contaba en ese momento?, ¿cuáles eran sus alcances y

limitantes? Además, considerando la dinámica acelerada de la UMF ¿Nora tuvo tiempo para escuchar a Adrián? Y finalmente ¿la relación impersonal de Nora con Adrián tiene un alto costo para la atención en el IMSS?

Con todo esto, cierro el presente capítulo exponiendo que, en el ámbito de la medicina familiar, la dimensión psicosocial y sociocultural, sigue siendo transversal a la enfermedad crónica. Con la experiencia de Adrián se mostró y reafirmó durante cada consulta periódica. Adrián fue diagnosticado con hipertensión arterial, depresión, y en su andar por la consulta subsecuente con artritis, alergias, sobrepeso y control de alimentos. Él atravesó con algunos malestares biológicos, pero otros fueron afines a su salud mental a partir del fallecimiento de su esposa. El abordaje del duelo no fue respondido desde el manejo de la medicina familiar, lo cual dio pauta a una consulta rutinaria e institucionalizada en la UMF. Por lo tanto, sin una relación interpersonal consolidada y una comunicación dialógica durante los encuentros clínicos, no es posible una atención centrada en la persona y la familia, ante todo, cuando existen comorbilidades y significaciones de la vida social y afectiva.

Por su parte, mientras la enseñanza en la especialidad no replantee cambios en el currículo educativo para fortalecer las competencias en el cuidado, el acompañamiento y la escucha interesada en la experiencia del padecer, seguirán reproduciéndose las mismas prácticas de atención institucionalizada. Aunado, a que la institución tendrá que considerar no solo la eficiencia y la productividad de la consulta para mejorar los tiempos de espera, sino también para evaluar cualitativamente la calidad de la atención percibida por los pacientes. Y, se esperaría profesionalizar el trabajo sobre la cronicidad de la enfermedad desde aspectos epistémicos, sociales y éticos.

CAPÍTULO 7

CONSIDERACIONES FINALES

Introducción

El capítulo de las consideraciones finales parte del hecho eminente de que, el gremio médico y las instituciones de salud están perdiendo credibilidad frente a los pacientes. Por lo que estudios sociales y de las humanidades de este tipo, resultan fundamentales para generar conocimiento académico y reflexión sobre la gestión en la atención médica. Con esta investigación se estudió a la relación y la comunicación médico-paciente desde distintas perspectivas. Desde ahí, siendo el objeto de estudio, se planteó a la relación no solo como asimétrica y desigual, sino desde el posicionamiento de que, los contextos institucionalizados representan otros aspectos de correlación en la atención. Por ello, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de una Unidad de Medicina Familiar, se reveló que el personal de salud ocupa la desviación normativa para resolver las restricciones operativas, no obstante, esa acción social repercute de algún modo en los procesos de atención. Se analizó también que, aunque el IMSS pretende disminuir con programas como UNIFILA el tiempo de espera para mejorar la atención, se originan desencuentros debido a que desde la perspectiva de médicos y pacientes la estrategia no es del todo aceptada. En este sentido, el encuentro clínico es situacional y no responde solo a la distribución del tiempo por médico o a la espera de los pacientes, sino también a que las personas enfermas están muy lejos de ser un producto estandarizado e idéntico. De tal efecto, el paciente es desprovisto de una relación cercana o de acompañamiento, y el médico no tiene la competencia para identificar sus especificidades biopsicosociales. Es decir, con la limitante del tiempo en la consulta no se responde según el tipo de enfermedades, agudas o crónicas, tampoco a la complejidad de los pacientes y al clínico específico de la medicina familiar. Así, ante la exigencia institucional de la atención, el personal médico se siente presionado y en la inmediatez se centra

únicamente en el componente biológico de la enfermedad, perdiendo la oportunidad de incluir acciones médicas constituidas a cada singularidad. Finalmente, se recapitula de forma general desde las múltiples consultas observadas, la problemática en la interacción médico-paciente, esto es, la distancia clínica cuando no se tiene una comunicación dialógica. En el último apartado, se acota la reflexividad de mi perspectiva como antropóloga en el campo de conocimiento de la salud y los contextos clínicos institucionales.

7.1 El orden normativo de la institución de salud

La Unidad de Medicina Familiar seleccionada es un caso particular en el campo del IMSS. La tarea del análisis interpretativo consistió en ubicar a los agentes y observar cómo se relacionan entre sí, según el habitus y los capitales, de acuerdo con los intereses de cada grupo profesional. La agencia del personal de salud depende de su formación académica, sus competencias desarrolladas, su experiencia acumulada, su contratación según la categoría asignada, su tipo de ocupación y el servicio en el que trabajan.

En nuestro entender, por su génesis y función social, el IMSS es una institución estructurada que, por normativa, dirige las actividades operativas para proporcionar servicios médicos. Las condiciones de posibilidad para otorgar dicha atención a los derechohabientes están dadas por la organización y la propia dinámica institucional. Una característica esencial del IMSS es el trabajo conjunto entre los trabajadores con el cual se socializa el cumplimiento del desempeño esperado y de esa manera lo representan.

De acuerdo con otras investigaciones, se observa que los empleados de la Secretaría de Salud se posicionan como sujetos de obligación que asumen una actitud de disposición y colaboración con los propósitos de la institución. Lo anterior es independiente del puesto o tipo de contrato con el que se cuente (Saavedra *et al.*, 2017). En comparación a este estudio, los resultados presentados exponen que, en el

IMSS, si bien los trabajadores apelan al sentido de cooperación en beneficio de la institución, también exigen sus derechos laborales. No es lo mismo ser trabajador eventual, de base o de confianza.

El Contrato Colectivo de los Trabajadores es un dispositivo institucional, debido a que establece relaciones heterogéneas entre discursos, reglamentos, leyes, medidas administrativas y proposiciones morales (Castro, 2004). En el Instituto se hace uso recurrente de él para tener respaldo laboral. De acuerdo con el análisis de un estudio realizado en un hospital del segundo nivel de atención del IMSS, el Contrato Colectivo de Trabajadores regula el ambiente profesional según el salario, los incentivos económicos y otros tipos de estímulos (Sánchez & Montoya, 2003). Coincidimos con esta conclusión, debido a que tiene una función estratégica al interior del Instituto. Sin embargo, sus reglas son muy rígidas y romperlas conlleva una serie de sanciones considerables. Estas coartan la libertad y controlan a los empleados durante las relaciones de trabajo. Ello genera implicaciones importantes, de tal forma que, algunas veces, las condiciones laborales están por encima de la atención proporcionada a los pacientes. Por esta razón, el personal elige romperlas frecuentemente para beneficio tanto de los derechohabientes como de los trabajadores.

Con relación a la acción social del personal de salud y el orden normativo en los procesos de atención médica, son los médicos quienes muestran mayor agencia en la resolución de la atención hacia los pacientes. Algunos ejemplos son el envío a estudios de laboratorio, surtimiento de medicamentos y referencia al segundo nivel. Para los médicos, los mecanismos normativos parecen restrictivos y, por ende, deciden utilizar otras alternativas que sean más eficaces, ya que algunas veces la operatividad de la normatividad les resulta contradictoria. A pesar de las carencias institucionales, tratan de resolver los procesos de atención con los recursos disponibles. Ocupan el habitus del favor, el cual se institucionaliza en la práctica bajo una connotación ilegítima. Esta situación puede beneficiar los procesos de atención,

y en otras, perjudicarlos.

En el IMSS, la desviación normativa es relativa y cambiante. Puede considerarse como una ambigüedad del manejo institucional. Lo que es un hecho es que, al omitir las normas se infringe el orden reglamentario por no cumplir con lo oficial y legítimo. La inculcación de lo informal se instituye una vez que la desviación se normaliza y no se cuestiona. Los manuales de procedimientos delimitan las funciones y actividades correspondientes a cada trabajador según la categoría profesional. Quienes se salen de ese orden caen en desviación normativa. Desde ahí, la desviación social es una táctica práctica del personal de salud. Las reglas no son cumplidas cuando se limita el trabajo en vez de facilitarlo, aunado incluso a intereses personales (exceder pases de salida o permisos convenidos en el contrato colectivos).

Los valores morales y éticos de cada profesional entran en este juego. Se actúa conforme al criterio moral de ser buena persona. El habitus del favor se instituye cuando se solicita ayuda de manera informal a un compañero o a los jefes de servicio. Esto, generalmente, se vincula con incumplimiento de la norma. El desconocimiento de esta también es un problema que afecta al trabajo conjunto por la falta de información no socializada, lo cual ocasiona gestiones erróneas, mal manejo en la programación de la atención médica e impedimentos para el trabajo en equipo con los profesionales de otras áreas.

La norma se entiende como regla de conducta que se opone al desorden, a la excentricidad, al desvío en el orden de los comportamientos. La norma es portadora, en consecuencia, de una pretensión de poder; es un elemento a partir del cual el ejercicio del mismo se encuentra fundado y legitimado. Partiendo de que la norma pretende generalizar, funciona de forma binaria, gratifica y sanciona; es decir, castiga para corregir (Castro, 2004).

De acuerdo con los resultados presentados en el capítulo cuatro, la norma tiene su razón de ser en el IMSS. Estandariza el comportamiento individual y vigila que el

trabajador acate las reglas del juego. Homogenizar el actuar social de sus empleados es viable para la institución.

La disciplina institucional determina las condiciones en el campo de lo verdadero. Establece de qué objetos se debe hablar y qué instrumentos conceptuales o técnicas hay que utilizar (Castro, 2004). En cada servicio de la Unidad de Medicina Familiar, la disciplina permea desde el momento en que los mandos de mayor autoridad (nivel central) o de rango medio y bajo (regional y local) dan a conocer y reproducen las actualizaciones sobre los procedimientos normativos de atención. Estos están centrados en seguir las nuevas disposiciones y cambios según marcan los estatutos definidos y reformados para su regulación (prescripción de medicamentos, el uso de formatos administrativos, modificación y distribución de trabajo en los horarios de atención, referencia y contrarreferencia a segundo nivel de atención, estrategias preventivas de los programas de salud, completar el llenado del expediente clínico electrónico, entre otros aspectos).

De manera opuesta, en caso de no obedecer las normas establecidas, se recurre a la sanción como un medio para restablecer el orden social y acatar la norma. Por ello, el rompimiento de las reglas en el IMSS está basado en un proceso de sanciones. Primero se concilia entre mandos inferiores y pares (jefe inmediato sobre el personal a su cargo o jefes por categoría profesional), y después se recurre a los de mayor jerarquía (director de la UMF); así, en caso de no resolver el problema de incumplimiento, se interpone una amonestación fuera del ámbito interno de la Unidad de trabajo (nivel central o regional).

Una investigación realizada sobre el contexto hospitalario del IMSS expone que, en el ámbito educativo, la implementación de los programas se desarrolla en un marco de relaciones de poder y métodos disciplinarios que pueden dificultar el proceso formativo del alumno. Esto es parte de la existencia de estructuras normativas informales que subyacen en el proceso de construcción del conocimiento médico (Consejo & Viesca, 2017). En coincidencia a lo presentado en este estudio, este

hallazgo apunta a que este tipo de estructuras también genera conflictos que pueden llegar a expresar marginación o prejuicio hacia los miembros de grupos subordinados como son los estudiantes o residentes de menor jerarquía.

Como resultado de esto, quienes rompen las normas son sujetos desviados (Consejo & Viesca, 2017). Referir el actuar individual y grupal a un conjunto comparativo, diferenciar y trazar la frontera entre lo normal y lo anormal (Castro, 2004) apunta a la denominada desviación social.

Ser un trabajador normativo tiene sus implicaciones para proporcionar o concretar algún aspecto operacional, caso contrario, el no ser normativo obliga a infringir el orden reglamentario y generar posibles disyuntivas e inconvenientes entre colegas.

7.2 Condiciones de la consulta médica institucionalizada

Una vez presentados los datos etnográficos de la investigación, se enfatiza en el análisis meso y micro social la relevancia sólida de la institucionalización en los procesos de la atención médica. El personal de salud está sujeto a una serie de procedimientos, guías, intervenciones, implementaciones, programas, discursos o formas habituales que marcan pautas a cumplir. En los capítulos cinco y seis se expusieron aspectos reiterativos vistos en la dinámica de la consulta de medicina familiar.

En correlación a ello, existen distintos resultados que conforman la especificidad de la Unidad de Medicina Familiar observada, entre lo que destaca, el tiempo. Este es un marcador permanente y transversal a la jornada laboral; un desencadenante de acontecimientos que tiene implicación en la atención médica. En ocasiones, lleva a cometer errores logísticos entre el personal de salud y hacia los pacientes. Un ejemplo es la deficiencia en las formas comunicativas, que trae, como consecuencia, que los pacientes o familiares se vean obligados a regresar para preguntar y aclarar dudas sobre citas, prescripción de medicamentos, referencias a

segundo nivel de atención, instrucciones de estudios médicos, trámites administrativos, entre otros. Las interrupciones se vuelven habituales y con ello se irrumpe la privacidad y confidencialidad en la consulta.

El aplazamiento de las citas en el servicio de la medicina familiar también es un problema en la esfera de las enfermedades crónicas. Si bien la agenda de citas para cada paciente debe programarse mensualmente, no siempre se logra el cometido, lo cual muestra que la fragmentación en el tiempo institucionalizado tiene repercusión en la continuidad de la atención. Otro aspecto es la espera de los pacientes en la revisión de estudios, mismos que los médicos no logran recordar para dar seguimiento al diagnóstico e intervención. Entre una consulta y otra, la falta de tiempo limita el reconocimiento de las notas clínicas. Otro aspecto situacional en la agenda es el diferimiento de las citas por el aplazamiento de la referencia a segundo nivel de atención. Esto también fue detonante en la consulta de medicina familiar. Incluso, se registraron episodios en los que los pacientes expresaron la afectación emocional. Sin embargo, no hubo tiempo para dar contención.

La incapacidad laboral es un asunto administrativo que también demanda tiempo y genera problemas. Las diferentes indicaciones otorgadas por los jefes clínicos, así como la falta de coordinación entre los médicos y el personal de Salud en el Trabajo, generan confusión en el llenado de formatos. La responsabilidad compartida sobre este proceso de gestión genera confrontación y tensión; motivo que también repercute en las interacciones sostenidas entre médicos y pacientes debido a que alrededor de la institución se pone en juego la pérdida de recursos financieros por las incapacidades autorizadas.

De todo esto, uno hallazgo densamente reflejado en el tiempo institucional es UNIFILA. Esta es una iniciativa política del IMSS orientada en la gestión administrativa y la reorganización del servicio para el mejoramiento de la atención. Sin embargo, en la práctica, el tiempo se normaliza en un componente central para la clínica. La agenda electrónica es un marcador que actúa como dispositivo institucional y de ello depende

el abordaje clínico que realizan los médicos con los pacientes. Como resultado de esto, no se contemplan las condiciones y afectaciones para la consulta médica, específicamente los quince minutos restrictivos para cada paciente según el tipo de enfermedad y necesidades médicas.

Por ello, mientras UNIFILA representa una estrategia política en la mejora de los tiempos de espera para la calidad de los servicios otorgados, el encuentro clínico entre médicos y pacientes se convierte en una rutina, afectado por los modelos gerenciales en la atención. Administrativamente, el tiempo actúa como regulador cronometrado durante la jornada del día.

Con ello, se considera fundamental contextualizar cómo se conforman los encuentros clínicos, ya que las instituciones públicas cada vez están más influenciadas por el modelo económico administrativo. Es decir, el tiempo actúa como un recurso con valor que pretende utilizarse con mayor eficiencia. Si el tiempo es fragmentado y planificado, los médicos y los pacientes se convierten en medios para cumplir indicadores y metas. La cantidad de consultas por día son el producto de dicha eficiencia. Con la gestión administrativa de los servicios, la eficiencia está incluida en la práctica clínica, de tal forma que impera el tiempo objetivo y cuantificable por encima del tiempo subjetivo.

Esta revisión, tan somera como inevitable, fundamenta que el dispositivo institucional afecta a pacientes y médicos. El tiempo destinado a la consulta no solo afecta las necesidades de un paciente, sino que repercute, a su vez, la de otros pacientes de la misma jornada del día. Conjuntamente, deteriora el ambiente laboral del médico, debido a que le cronometran el trabajo. Por lo tanto, su práctica médica, sufre una afectación directa en la manera de hacer clínica. Esto figura desinterés por el paciente que acude a consulta, debido a que la atención está puesta en ahorrar, no malgastar y ocupar el tiempo lo más pronto posible para no ocasionar retraso con el resto de los pacientes por atender.

7.3 Límites de la práctica médica en la actualidad: implicaciones en la relación y la comunicación médico-paciente

En el ámbito de la medicina familiar, un punto nodal es la mirada médica persistente para normalizar las acciones de los pacientes. Los médicos perciben que los pacientes incurren en conductas de desacato a sus indicaciones sobre la expectativa en los estilos de vida para mejorar la salud en las enfermedades crónicas degenerativas. De parte de los médicos existe una disposición por etiquetar y culpabilizar a los pacientes como responsables de sus enfermedades y posteriores complicaciones. Ese es el caso, por ejemplo, al no cumplir la dieta para bajar de peso, no hacer ejercicio físico o dejar algún tipo de adicción, como puede ser el consumo de alcohol y tabaco. Esto, a su vez, les genera frustración, desesperación e impotencia durante el ejercicio de su práctica profesional, desanimándose ante la falta de resultados en la intervención. De ahí la crudeza con la que se miran dichas situaciones en torno de la experiencia crónico-degenerativa: *“No le vas a resolver todo, es lo que yo les digo -15 años de descuido, no lo voy a resolver en una semana-, es un paciente terminal”*.

Una particularidad adyacente de la medicina familiar es la habitualidad rutinaria. La atención médica proporcionada se convierte en citas cíclicas, automatizadas, inclusive tediosas para los médicos en donde no encuentran algo nuevo que explorar, indagar o sorprenderse. La rutina de las consultas subsecuentes al dar seguimiento a las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes se reduce a llevar a cabo el control eficaz en los índices de masa corporal, así como en parámetros de colesterol, triglicéridos, glucosa y presión arterial. Todo esto se acota al surtimiento de medicamentos. Lo anterior, le otorga sentido de pertenencia institucional a los pacientes, pues expresan que el motivo de las consultas es la búsqueda de la prescripción médica.

La etnografía mostró en diversas consultas las relaciones familiares de los pacientes, como son asuntos no resueltos causados por abuso o maltrato físico entre

padres a hijos que llevaron al posible resentimiento o enojo. La falta de cuidado a los adultos mayores fue un tema problemático para los médicos en el abordaje clínico de las enfermedades crónicas. El argumento estuvo en la falta de apoyo para el seguimiento terapéutico, como es el caso para la asistencia regular a las citas, la inspección farmacológica, el acompañamiento en las referencias). Sin embargo, como profesionales de la salud, lejos de tener un posicionamiento crítico para indagar, explorar y, de alguna manera, contener e intervenir sobre el tipo de cuidado, apelaban generalmente a juicios morales personales del deber ser de la familia, más que a estrategias concretas que forjaran un mejor cuidado. Incluso algunos, con el afán de evitarse inconvenientes, tenían actos de omisión en cuestiones más delicadas como la violencia familiar y juicios legales contrapuestos.

Las relaciones caracterizadas por los médicos según el tipo de paciente fue un resultado de la investigación, la mayoría bajo estereotipos: mujer joven embarazada con infección sexual, mujer madre a la que se le murió un hijo, mujer adulta mayor con relaciones de pareja, mujer conflictiva, hombre-mujer psiquiátrico, obeso, adicto, empleado que no quiere trabajar, discapacitado, adulto mayor. De ahí que en el lenguaje coloquial el personal de salud a algunos pacientes les llame “difíciles”.

Resultó de especial interés observar la etiquetación reiterada hacia las mujeres, sobre todo desde su salud sexual y reproductiva. La complejidad de comunicar de parte de los médicos aspectos de este tipo, otorga indicios de que existe desatención a partir del manejo y control de la información. Esta, generalmente, fue otorgada a conveniencia personal más que profesional, lo que de alguna manera deriva en la atención y repercute en las pacientes. El tema no se ve de manera relacional a la pareja sino unidireccional a la mujer, por lo que la cuestión de género es colateral a este contexto clínico institucional.

Un ejemplo es lo que ocurre en los módulos de PREVENIMSS cuando las enfermeras hacen acciones de promoción a la salud sexual dirigida a los adultos mayores de cincuenta años (hombres y mujeres), se excluye ofrecerle información al

respecto. Se infiere que esta población no está en edad de satisfacer esa necesidad. Si bien, las mujeres pueden ya no estar en edad reproductiva, tienen riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Aunado a esto, los hombres continúan con la posibilidad de tener hijos.

Otro ejemplo es el paciente que recibe medicamento psiquiátrico. Las interacciones son llevaderas por su estado de salud. Sin embargo, se tiene resistencia de sostener una relación y vínculo auténtico. De ahí, vale la pena embestir preguntas críticas que nos permitan una mejor comprensión del actuar formativo, profesional y laboral médico: ¿se ejerce exclusión con este tipo de relaciones?, ¿de qué manera las valoraciones morales son un elemento de divergencia entre médico y paciente? O, en su caso, ¿la práctica de relacionarse diferencialmente con algunos pacientes tiene una implicación ética en el acto clínico? De acuerdo con lo que se logró registrar durante el trabajo de campo, la respuesta es que existe una desatención. El abordaje clínico es acotado, parcial, no incluyente durante el interrogatorio y con omisión en las acciones que pueden ser más resolutivas.

En el continuo de la construcción de la relación médico-paciente, se observó la particularidad de anular el intercambio de palabra con pacientes en condición de discapacidad, con total dependencia de los cuidados de la familia o con otros problemas de salud complicados.

Desde otro ángulo, otros pacientes son beneficiados por los médicos a partir de una relación a conveniencia. Por ejemplo, los adultos mayores, por no tener apoyo familiar o red social, pueden beneficiarse de una mejor atención, brindada como excepción. Puede también ser el caso de trabajadores de la institución, familiares, amigos o pacientes que, por sentir afinidad, por caerles bien, también reciban trato preferencial. Con ellos aplica el habitus del favor, al conformar una relación preferencial, tienen menos restricciones institucionales y ceden sobre algún proceso de la atención médica como la programación de citas en la agenda, el surtimiento de medicamento o las referencias al segundo nivel de atención.

En el contexto institucional de la medicina familiar, la consulta médica es compleja por las condiciones en que se construyen las relaciones y se entabla la comunicación entre médicos y pacientes.

Se considera de primer contacto el servicio de medicina familiar, por lo que se espera que ofrezca una atención personalizada hacia los pacientes. De esta forma, ellos tendrían continuidad durante un periodo relativamente largo a través del tiempo para consolidar lazos sociales y afectivos como parte institucionalizada en el primer nivel de atención. Por otro lado, la ontología de dicha especialidad médica está centrada en el paciente y su entorno familiar con el propósito de procurar una atención integral no solo desde lo patológico de la enfermedad, sino también incluyendo aspectos psicosociales.

Mediante el presente estudio antropológico emprendido, con el entramado narrativo de Nora y Adrián presentados en el capítulo seis, se mostró la ausencia de preguntas exploratorias que apelaran al entorno personal, familiar y social respecto a las limitantes y alcances en los planes alimenticios y actividad física. En el interrogatorio clínico, al centrarse únicamente en la causalidad del desorden metabólico, la evolución biológica de la enfermedad crónica, así como en las consecuencias inmediatas de desenlace en los daños a la salud. Se perdió de vista la oportunidad de incluir acciones médicas constituidas a cada particularidad para considerar las condiciones y el contexto sociocultural del paciente.

La relación forjada entre médicos y pacientes se crea y va tomando forma conforme transcurre la temporalidad del encuentro clínico. Esa construcción depende del número de citas, de algún acontecimiento fortuito de la vida cotidiana contado durante el momento in situ, de la consulta, de los intercambios materiales o simbólicos y de la apertura personal para crear vínculos sociales y afectivos más amplios. Asimismo, es relevante la resistencia por extender una relación más allá de lo propiamente institucional y delimitado entre ser prestadores de servicio y usuarios del sistema de salud.

La relación intersubjetiva está presente durante los diversos encuentros clínicos porque representa la inserción de subjetividades diferentes, es decir, modos de pensar y actuar según el orden sociocultural al cual pertenecen médicos y pacientes.

Desde la posición profesional, los resultados de campo exponen que, existen relaciones desiguales según el tipo de paciente. Se funda una relación y no otra a partir de la identidad de las personas, misma que es colateral a los juicios de valor emitidos por los médicos. Esto se pudo observar mediante ciertas situaciones durante las jornadas laborales. En el caso específico de Nora, fue un patrón constatar el lado moral según sus nociones sobre la vida y la enfermedad, así como por componentes como el género y situaciones de vulnerabilidad.

En tal sentido, la autoridad profesional en la construcción de relaciones con los pacientes se ejerce de distinta manera según su identidad personal. Aquí el posicionamiento médico entra en acción de acuerdo con la subjetividad y creación de significados sociales particulares que le impiden mantener relaciones semejantes con todos los pacientes. De esta manera, el profesional de salud cae en prácticas discriminatorias. Según la condición, el trato es diferenciado.

Un objetivo explícito de la investigación fue explorar la comunicación entre médicos y pacientes, específicamente, registrar etnográficamente y analizar ¿de qué manera las dimensiones sociocultural y emocional eran incluidas en el acto clínico? De ahí, hallamos que, con regularidad, imperó el componente biológico sobre las otras dimensiones.

Con referencia a los tipos de relaciones según el prototipo de paciente, los juicios de los médicos sobre la vida de las pacientes, tiene consecuencia directa en la comunicación. Por un lado, los aspectos personales no son incluidos como parte de la dimensión sociocultural para complementar el abordaje clínico, y por otro, a partir de las etiquetas puestas a los pacientes según su identidad y condiciones de vida. La comunicación se fragmenta y se hacen omisiones que pueden servir en las notas

médicas del expediente clínico para dar respuesta a la intervención terapéutica. A modo de ejemplo, en la narrativa de Nora, pudo verse la manera en que la comunicación recíproca fue descartada del acto clínico por causa de los prejuicios asignados a Adrián.

De acuerdo con tal hallazgo, a la propuesta pedagógica de la comunicación dialógica (Hamui, 2018) sumamos la necesidad de visibilizar la manipulación de la palabra médica para reflexionar y propiciar el intercambio comunicativo. Lo anterior tiene la finalidad de hacer conciencia sobre las prácticas médicas relacionales con los pacientes y así ponderar sobre el posicionamiento ético profesional por encima de la carga moral. Aunado a lo anterior, se promulga por la agencia y autonomía de los pacientes para expresar y decidir, una vez que han sido debidamente informados sobre su condición de salud, al mismo tiempo que se consideran sus propias valoraciones de la enfermedad y la vida.

Un momento crucial de interpelar lo clínico es el interrogatorio. A partir de la etnografía, descubrimos que este es un eje conductor sustancial para la comunicación dialógica. Hacer preguntas suficientes y amplias orienta de mejor manera el proceso de atención, pero, sobre todo, realizar preguntas exploratorias que busquen información concerniente al paciente, al padecimiento y a su contexto familiar, sociocultural y emocional. Pues incluso, en la dimensión biológica, las preguntas son escuetas para indagar la objetividad racional de signos y síntomas que determinan las patologías.

La pregunta guía en el desarrollo del interrogatorio, de hecho, inaugural al acto clínico ¿cuál es el motivo de la consulta? Tendría que ser el anclaje clínico al desarrollo del intercambio dialógico, y con ello, proporcionar apertura para abordar los problemas de la salud de una manera sistémica sin acotar ni reducir el malestar biológico. De este modo, se evita la ambigüedad sobre el sentir real de los pacientes.

Simultáneamente, al focalizar el motivo de la consulta, se anticipa la exclusión de información, pues nos dimos cuenta de que, al mencionar molestias físicas o dudas

adicionales en el inter o al final de la consulta, esto ocasionaba desaprobación y molestia en los médicos. Desde su argumento, esto representaba volver a completar el expediente, por no poder avanzar en el software de principio a fin y viceversa, pues cada nota médica tendría que ser justificada y coherente en su desarrollo, es decir, del interrogatorio, ir al diagnóstico y de este, al tratamiento. De no hacer ese llenado, se exhibe un mal manejo clínico que pone en duda sus intervenciones y da motivos de sospecha sobre desfalco de recursos para la institución, aspecto que es vigilado laboralmente para ser sancionado.

Entonces, no centralizar la razón genuina e interés real por el que el paciente acude a consulta, desencadena que el médico tenga que regresar al llenado del expediente, pero con mayor presión administrativa del tiempo institucional. Con ello, la implicación es un abordaje cínico incompleto que no incluye los motivos sustantivos de la búsqueda de atención del paciente, dando pie a posteriores citas programadas. En tal entendido, surgen tensiones en la interacción, en parte por impedir que el paciente otorgue más información de la esperada, prefiriendo que esta sea acotada y concreta a un solo malestar. Al generar dicho condicionamiento en la práctica médica, el interrogatorio clínico es utilizado para dirigir unilateralmente y sin favorecer el intercambio comunicativo con las personas.

El control biomédico de la enfermedad apremia. Las dimensiones sociocultural y emocional son descartadas y no se les concede valor e importancia en virtud de las dificultades, facilidades, dudas o las expectativas de cada paciente.

Con base en todo esto, cuando las personas tienen necesidad de hablar de algún asunto familiar o expresar alguna aflicción, no hay cabida a la expresión del padecer psicosocial. Las preguntas para discutir en investigaciones futuras quedan a disposición de la audiencia interesada en descifrar por qué resulta fundamental analizar, desde la perspectiva antropológica, el rol de la familia, los aspectos socioeconómicos y laborales para la mejora del abordaje clínico.

7.4 Reflexiones aprendidas: etnografía sobre la clínica y la contribución de la antropología.

De acuerdo con lo observado a lo largo de estas experiencias clínicas, a lo estudiado en diversas investigaciones y al material bibliográfico, podemos concluir que los pacientes son descontextualizados de lo sociocultural. En cierto modo, también el personal médico.

Con las tendencias globales de cuantificar el quehacer humano y traducirlo a indicadores económicos, las consecuencias son innegables: la deshumanización. Las interacciones humanas, el diálogo, la conversación empática y la confianza quedan minimizadas o fuera de toda consideración ante las metas numéricas institucionales. El personal médico enfrenta normas que lo limitan y lo coaccionan a llevar la consulta contra reloj. El tiempo objetivo y los procedimientos burocráticos, al parecer, son la prioridad. El llenado del expediente en el sistema de salud es lineal y rígido. Se obstaculiza la interacción humana y el diálogo es, en ocasiones, nulo.

Resulta paradójico que el dispositivo de UNIFILA, diseñado para mejorar la atención médica, sea, en realidad, una repercusión en las interacciones. En efecto, los tiempos de espera para recibir consulta se han reducido. Sin embargo, la consulta en sí misma, carece de efectividad y no hay satisfacción sobre el servicio.

Cuando el médico y el paciente se encuentran por primera vez bajo este esquema, solo cuentan con quince minutos. El médico, cuyo tiempo está cronometrado por sistema, presiona al paciente para que le dé información breve que le permita avanzar en el llenado de expediente. Si el paciente no sigue el orden del sistema al relatar su malestar, el médico tiene dificultades para ingresar los datos. Esto puede tener repercusiones en la normatividad institucional. Más aún, debido a que es la primera vez que interactúan, si el paciente tiene una necesidad que amerite estudios, referencia, o cualquier otra cosa más allá que no sea volver a recibir su medicamento habitual, el paso a seguir es agendar otra cita con el médico que sí conoce. Por lo tanto, el médico siente frustración al trabajar contra reloj, limitado por

el sistema y la normatividad, y el paciente no recibe atención efectiva. Se duplica la consulta, pero la atención es insuficiente.

Un aspecto central en la relación médico-paciente es la comunicación. Esta sirve de puente para entablar un diálogo efectivo entre ambas partes. Es importante enfatizar el término “diálogo”. El intercambio de información, de ideas y de experiencias entre ambas partes es indispensable para que tanto el médico obtenga la información necesaria del paciente como para que este reciba la orientación clara y suficiente para su toma de decisiones en cuanto a su salud. El diálogo significativo podrá propiciar un trabajo horizontal. La confianza y escucha mutua son indispensables. Finalmente, la relación médico-paciente es una dinámica humana.

Partiendo de que la relación es transversal a la comunicación, de esta última depende dialogar, expresar, intercambiar, argumentar o negociar. El acto comunicativo del médico con el paciente alude a contemplar la palabra para conocerlo y comprenderlo. Al mismo tiempo, el paciente hace suyo el acto de habla con el propósito de participar en el diálogo. Por todo lo anterior, es evidente que el personal médico requiere de este eje transversal de la comunicación dialógica en la clínica para atender los problemas de salud según las necesidades sentidas de los pacientes.

Aquí se presenta otro reto. Tradicionalmente, se considera al paciente como una persona a quien brindar un trato unilateral y ordenar. Es decir, el paciente carece de autonomía y de agencia. Es receptor de órdenes. Al paciente no se le considera como una persona con derecho a un trato profesional y digno mediante el cual obtendrá información clara, oportuna y suficiente para decidir sobre su salud y las soluciones más viables según su situación personal.

En la consulta médica, la persona no es situada en un entorno con la familia, las amistades, el trabajo, la escuela, la pareja, la sociedad y sus condiciones de vida en su conjunto. Este es resultado de la perspectiva exclusiva y arbitraria de la biomedicina. La salud de una persona concreta queda, en efecto, desatendida. La perspectiva integral, especialmente en el aspecto psicosocial, es dejada de lado

cuando, en realidad, puede ser determinante para el bienestar físico. Por ejemplo, el duelo biológico, emocional y sociocultural es un tema difícil de abordar por los médicos en el contexto de la medicina familiar. Existen otro tanto de temas en que no están entrenados, actualizados y capacitados.

Otro hallazgo relevante son las prácticas discriminatorias y sistemáticas que el personal médico puede llegar a incurrir. Se observaron, en distintas ocasiones, que los médicos pueden inclinarse a descalificar a sus pacientes de acuerdo con prejuicios morales, como es el caso de referirse a ellos en términos de estereotipos. Etiquetar a un paciente como obeso, conflictivo, descuidado, entre otros, es una práctica habitual que deshumaniza y pone distancia. Estas prácticas comunes en nuestra sociedad se traducen, finalmente, en negación a la atención en la salud. Esta discriminación es otra barrera importante para entablar diálogo. Una vez más, el paciente queda como un ser pasivo, desprovisto de agencia y autonomía.

Es fundamental y deseable contar con servicios de psicología en el ámbito de la medicina familiar. Así se podrán canalizar las emociones contenidas ligadas a los problemas de salud crónicos, como son los casos de la diabetes e hipertensión. Tomarlos en cuenta de manera relacional/integral contribuirán a la resolución del restablecimiento de la salud.

Los resultados de la investigación señalan la necesidad pedagógica de incluir en la matrícula curricular la comunicación dialógica para la formación médica. Particularmente para el médico, desarrollar la competencia comunicativa es una exigencia y hasta cierto punto un planteamiento idealizado que debe llevarse a cabo como parte de una buena práctica médica. Sin embargo, la incorporación de la comunicación a la vida cotidiana no depende únicamente de conocerla (abstracción del objeto) sino de significarla, representarla y otorgarle algún sentido. Resulta complicado pensar en una comunicación protocolizada al interior de la clínica cuando esta no es reflexionada desde quien la significa y practica con otros.

Médicos y enfermos tienen necesidades distintas, unas son objetivas y concretas (material) y otras son subjetivas (dolor, sufrimiento, pena, miedo, vergüenza, malestar) por lo que, en esa medida, las interacciones y la comunicación no se dan de manera directa y automática.

La medicina familiar como eje articulador en la atención de la enfermedad crónica, en lugar de ser enriquecida por los médicos para abordar clínicamente el padecer de manera relacional a las dimensiones biológica, emocional y sociocultural, permanece lineal, determina la etiología de la enfermedad sin contemplar aspectos contextuales de la persona, su familia o la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
- Aguilar Ponce, J., Valenzuela García, L. M., De la Garza Salinas, L. H. & Estevané Díaz, S. M. (2013). Historia de la medicina familiar en el mundo, México y el Instituto Mexicano del Seguro Social. En J. Dávila Torres & M. G. Garza Sagástegui. *Medicina familiar* (pp. 1-11). Editorial Alfil.
- Allen, S., Rogers, S. N., Brown, S., & Harris, R. V. (2021). What are the underlying reasons behind socioeconomic differences in doctor-patient communication in head and neck oncology review clinics?. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 24(1), 140–151.
- Almarales Pupo, B. (2003). Barreras que afectan la comunicación médico - paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002. *Correo Científico Médico de Holguín* 7(2).
- Anderson, R., Crabtree, B. F., Steele, D. J. & McDaniel Jr., R. R. (2005). Case study research: The view from complexity science. *Qual Health Res.*, 15(5), 669–685.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Arrubarrena Aragón, V. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General* 33(2),122-125.
- Avendaño Inestrillas, J. (2015). La comunicación en la educación médica. En M. Sánchez Mendiola, A. Lifshitz Guinzberg, P. Vilar Puig, A. Martínez González, M. Varela Ruiz, & E. Graue Wiechers (eds.), *Teoría y práctica: Educación médica*. ELSEVIER- UNAM.
- Bagheri. H., Ibrahim, N. A. & Habil, H. (2015). The Structure of Clinical Consultation: A Case of Non-Native Speakers of English as Participants. *Global Journal of Health Science* 7(1).
- Bamberg, M. (2010). Master narrative. En D. Herman, J. Manfred & M. Ryan (eds.), *Routledge Encyclopedia of Narrative Theory* (pp. 99-122). Routledge.
- Berger P., & Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*, Amorrortu.
- Berger P., & Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*, Amorrortu.

- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico*. Hora S. A.
- Bobadilla, J. L., Frenk J., & Lozano R. (1993). The epidemiologic transition and health priorities. En D. T. Jamison, G. A. O. Alleyne, J. G. Breman, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. R. Measham & A. Mills. (eds.). *Disease control priorities in developing countries*, pp. 351– 356. Oxford University Press.
- Bonilla-García M. A. & López-Suárez A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (57) 305-315.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico*. Hora S. A.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2(5), 11-17.
- ___ (1988). *La Distinción. Crítica social del juicio*. Taurus.
- ___ (1990). *Sociología y Cultura*. CONACULTA y Grijalbo.
- ___ (1991). *El sentido práctico*. Taurus.
- ___ (1993). *Sentido práctico*. Siglo XXI.
- ___ (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- ___ (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Montessor.
- ___ (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. Siglo XXI.
- ___ & Wactquant L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Cabruja, T., Íñiguez, L., & Vázquez, F. (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad, *Análisi*, (25), 61-94.
- Cassell, E. J. (2013). The Modern Practice of Medicine. En *The Nature of Healing*, pp. 95-114 . Oxford University Press.
- Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Ensayo TusQuets Editores.

- Carranza E., I. (2019). Narrating and arguing from plausibility to local moves, en A. De Fina & A. Georgakopoulou (eds), *Handbook of narrative analysis* pp. 57-74. Wiley Blackwell.
- Casas Patiño, D., Jarillo Soto, E., Rodríguez Torres, A. (2014). *Salud familiar en las Américas. La medicina familiar y su práctica médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Medwave; 14(5)e5975*
- Casey, B., Proudfoot, B. & Corbally, M. (2016). Narrative in nursing research: an overview of three approaches. *Journal of Advanced Nursing, 72(5)*, 1203-1215.
- Castro, Edgardo. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes.
- Castro Pérez, R. (2011). *Teoría social y salud*. UNAM.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health and illness, 5(2)*, 168-195.
- Chase, S. (2015). Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En N. Denzin, & Y. Lincoln, *Manual de Investigación cualitativa* (pp. 58-112). Gedisa.
- Chavarría-Islas, R. A., Sandoval I. E., Peláez-Méndez., K., & Radilla Vázquez, C.C. (2009). Satisfacción laboral del personal médico en el Servicio de Urgencias Adultos en un Hospital General Regional. *Conamed, 14(2)*, 27-35.
- Chávez Aguilar, V. (2005). Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 43(2)*, 175- 180.
- Chávez, C. (2018). Comparación de satisfacción de la atención médica de usuarios del programa UNIFILA [tesis de especialización en medicina familiar]. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Repositorio institucional Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Argot.

- Colmenares-Roa, T., Huerta-Sil, G., Infante-Castañeda, C., Lino-Pérez, L., Álvarez-Hernández, E., & Peláez-Ballestas, I. (2016). Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. *Qualitative Health Research* 26(12), 1674-1688.
- Consejo Chapela, C. & Viesca Treviño, C. (2017). Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3), 400-408.
- Crabtree, B. F., Miller, W. L., McDaniel, R. R., Stange, K. C., Nutting, P. A., & Jaén, C. R. (2009). A survivor's guide for primary care physicians: Building office relationships and interacting with the "local landscape" are the keys to resiliency. Here's how to do both. *The Journal of Family Practice*, 58(8), E1.
- Crivos, M. (1988). Estudio antropológico de una sala de hospital. *Medicina y Sociedad*, (11), 127-137.
- Cruz Sánchez, M., González Rojas, J. M., Paulo Maya, A. & Dorantes, P. (2018). El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médico paciente en contextos situacionales. En L. Hamui Sutton, Paulo Maya, A. & I. Hernández Torres (eds.). *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno-UNAM.
- De la Cruz Florencio, P., Godínez Tamay E. D. & Hernández Miranda M. B. (2016). La medicina familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Atención familiar*, 23(3), 109-112.
- Dang, B. N., Westbrook, R. A., Njue, S. M., & Giordano, T. P. (2017). Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC medical education*, 17(1), 32.
- De Grande P. (2014) Robert K. Merton, Ervin Goffman, y el recurso del rol. *Journal de Ciencias Sociales*, 2(3), 55-65.
- De las Heras Salord, J. (2017). Comunicación y escucha en la entrevista clínica ¿Un juego de rol? En Mariano, L. (Coord.), *Medicina y narrativas: notas para la práctica clínica* (pp. 39-62). EDITORIAL.
- Denzin, N. K. (2002). Un punto de vista interpretativo. En C.A. Denman & Jesús Armando Haro, J. A. (comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación. Región y sociedad, Revista de El Colegio de Sonora*, XIV(23), 147-205.

- División Técnica de Información Estadística en Salud. (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *Rev Med IMSS*, 41(5): 441-448
- Domínguez del Olmo J. (2003). La medicina familiar en México y en el mundo. *ArchMedFam*, 5(4),136-139.
- Domínguez Mon, A. (2017). Health care practices among people living with diabetes: an anthropological, ethnographical approach with a gender perspective. *Salud colectiva*, 13(3), 375-390.
- Dreyfus, H. L. & Rabinow, P. (2001). *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Ediciones, Nueva Visión.
- Durif-Bruckert, C., Roux, P., & Rousset, H. (2015). Medication and the patient-doctor relationship: a qualitative study with patients suffering from fibromyalgia. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(6), 2584–2594.
- Dye, C. (2014). After 2015: infectious diseases in a new era of health and development. *Phil. Trans. R. Soc. B*, (369), 20130426.
- Elsay, C., Challinor, A. & Monrouxe, L. V. (2017). Patients embodied and as-a-body within bedside teaching encounters: a video ethnographic study. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 22(1), 123–146.
- Fajardo Dolci, G. (2009). Prólogo. En M. Luna Ballina. (2009). *Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. Reflexión práctica para los profesionales de la salud y sus pacientes*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Fajardo-Dolci, G. (2015). Renovar la mística en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 126-128.
- Farzana, G. (2014). *Narrative perspectives and perspectives on narrative*. Department of Linguistics and Applied Linguistics, University of Waikato.
- Fernández Ortega , M. A., Hernández Torres, I., Urbina Méndez , R., & Hernández Vargas, C. I. (2012). Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar en México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(4), 668-681.

- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*, (18), 165-183.
- Filho, N. A. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Saúde Pública*, 17(4), 753-799.
- Flachsland, C. (2003). *Pierre Bourdieu y el capital simbólico*, Campo de ideas.
- Flick, Uwe. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*, Morata.
- Flocke, S. A., Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*, 51(10), 835-840.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores.
- _____ (2003). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores.
- Galende, E. (2008). Debate cultural y subjetividad en salud. En H. G. Spinelli (comp.). *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Lugar.
- Garro, L. C. & Mattingly, C. (2001). Narrative turns. En L. C. Garro & C. Mattingly (eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California Press.
- Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P. (2018). Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatology international*, 38(5), 763–775.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu Editores.
- Giménez, G. (1997). *La sociología de Pierre Bourdieu*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Gil Montes, V. (2004). *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Gómez Esteban, R. (1989). Reflexiones sobre la relación médico-paciente, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(29), 181-189.

- Gonzalvez, Estella, F., Aizpiri Díaz, J., Barbado Alonso, J.A., Cañones Garzón, P.J., Fernández Camacho, A., Rodríguez Sendín, J.J., De la Serna de Pedro, I. & Solla Camino, J. M. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General*, (43), 278-283.
- González Rojas J. (2016). La narrativa en el proceso de investigación y su alcance en el ámbito clínico. *CONAMED*, 21(Suplemento 2), 81-84.
- González Rojas, J. M. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En L. Hamui Sutton, B. Vargas Escamilla, L. Fuentes Barrera, J. González Rojas, T. Loza Taylor & A. Paulo Maya. *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 89-134). Manual Moderno, UNAM.
- González Rojas, J. M. (en prensa). Etnografía narrativa: La aproximación a la clínica desde las interacciones sociales. *Dimensión antropológica*.
- González Valenzuela, J. (2001). *El poder de eros: fundamentos y valores de ética y bioética*. Paidós ibérica.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.
- Good, B., & Good, M. (1982). Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress'. En M. A. J Marsella & G. White. *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D. Reidel Publishing.
- Guillén Fonseca, M. (2011). Habilidades de comunicación en la relación médico enfermera en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 220-227.
- Hamui Sutton, L. (2013). La comunicación como centro de la interacción médico-paciente. En I. Hernández Torres, L. Hamui Sutton, A. M. Navarro García & Y. E. Valencia Islas, (coords), *Comunicación médico-paciente en medicina familiar* (pp. 61-77). Editorial Prado-UNAM.
- Hamui Sutton, L. (2018). Principios y práctica de la comunicación médico-paciente. En L. Hamui Sutton, A. Paulo Maya & I. Hernández Torres, I. (eds.), *La comunicación dialógica como competencia médica esencial* (pp. 1-31). Manual Moderno-Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hamui-Sutton A., Grijalva, M. G., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barrios, P., Sandoval-Ramírez, E., García-Téllez, S.E., Durán-Pérez, V. D. & Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Conamed*, 20(1), 17-26.
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto. S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C. & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3(10), 74- 78.
- Hernández-Torres, F., Aguilar-Romero., M. T., Santacruz-Varela., J., Rodríguez-Martínez., A. I. & Fajardo-Dolci, G. (2009). Queja médica y calidad de la atención en salud. *Conamed*, 14(3), 26-34.
- Hessen, J. (2014). *Teoría del Conocimiento*. Ediciones Leyenda.
- Infante, C. (2006). *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*. Editores de Textos Mexicanos-UNAM.
- Instituto Mexicano de Contabilidad y Finanzas S.C. (2016). *Defensa Inteligente. Responsabilidad Profesional Médica*. IMECAF.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1983). *Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1983. 40 años de historia*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Guía Técnica para otorgar Atención Médica en el Módulo Diabético/IMSS a derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en Unidades de Medicina Familiar*, México, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Áreas Médicas, División de Medicina Familiar.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Procedimiento para otorgar atención médica en las Unidades de Medicina Familiar 2640-003-002*, Dirección de Prestaciones Médicas.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS (2016-2017).
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Diagnóstico de Salud. Unidad de Medicina Familiar*.

- Jacinto, C. (2010). Elementos para un marco analítico de los dispositivos de inserción laboral de jóvenes y su incidencia en las trayectorias. En Jacinto, C. (comp.), *La construcción social de las trayectorias laborales de jóvenes. Políticas, instituciones, dispositivos y subjetividades* (pp.15-21). Programa de Estudios sobre Juventud, Educación y Trabajo (PREJET-IDES), Teseo-IDES.
- Jinich, H. (2006). *El paciente y su médico*. Editorial Alfil.
- Jodelet, D. (2008). "El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales". *Cultura y Representaciones Sociales*, 3(5), 32-63.
- Jones, D., Manzelli, H., & Pecheny, M. (2004). Grounded theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (19), 38-54.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing & The Human Condition*. Basic Books.
- Lazcano-Ponce, E., Angeles-Llerenas, A., Rodríguez-Valentín, R., Salvador-Carulla, L., Domínguez-Esponda, R., Astudillo-García, C. I., Madrigal-de León, E., & Katz, G. (2020). Communication patterns in the doctor-patient relationship: evaluating determinants associated with low paternalism in Mexico. *BMC medical ethics*, 21(1), 125.
- Leal Lozano, J. L., Villarreal Morales, J. J. & Hinojosa Garza, A. R. (2013). Impacto epidemiológico y demográfico del médico familiar. En J. Dávila Torres & M. G. Garza Sagástegui. *Medicina familiar*, pp. 79-89. Editorial Alfil.
- Lekhtsier, Vitaly, & Gotlib, Anna. (2017). Medicina narrativa enfocada a la investigación empírica social: el contexto ruso. *Salud colectiva*, 13(2), 239-252.
- Lifshitz, A. (2013). La comunicación en la relación médico-paciente. En I.
- Lifshitz, A. (2014). *La nueva clínica*. México: Academia Nacional de Medicina de México-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Linde, C. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. Oxford University Press.

- Loayssa Lara, R. , González García, F. & Ruiz Moral, R. (2007). Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Aten Primaria* 39(6):291-7
- Long, D., Hunter, C. & van der Geest, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 71-78.
- López Fernández, M. P. (2016). Tres perspectivas en torno a la desviación: Becker, Bourdieu y Elster. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, año XI (21), 196-207.
- López Lara, A. F. & Reyes Ramos, M. E. (2010) Erving Goffman: microinteracción y espacio social. *Veredas. Revista del pensamiento sociológico*, 115-136.
- Macías Sánchez, A. & Villarreal Páez, H. J. (2018). Sostenibilidad del gasto público: Cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. *Ensayos Revista de Economía*, 37(1), 99-134.
- Mardones , J., & Ursua, N. (1994). *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Materiales para una Fundamentación científica*. Fontamara.
- Martín, A. L. & Spinelli, H. (2011). Para que el hombre vuelva a cantar mientras trabaja. El Instituto de Medicina del Trabajo (IMT) y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 7(2), 177-197.
- Martínez Cortés, F. (2010). *Médico de personas. Las ciencias humanas en la práctica médica*. Coordinación de la Investigación Científica-Instituto de Investigaciones Históricas.
- Martínez-Hernández, Á. & Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278.
- Mathew, G. (2017). *Institutionalizing Illness Narratives. Discourses on Fever and Care from Southern India*. Springer.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A., & Roland, M. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: A comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health and Illness*, 26(2), 135-158.

- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos. *La antropología médica en México* (tomo 2, pp. 9-24). Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar.
- Mercado Maldonado, A & Zaragoza Contreras, L. (2011). La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman. *Espacios públicos* 14(31), 158-175.
- Micu Ileana, P. & Cortés Gutiérrez, T. (2015). La enseñanza de la comunicación en medicina. En M. Sánchez Mendiola, A. Lifshitz Guinzberg, P. Vilar Puig, A. Martínez González, M. E. Varela Ruiz & E. Graue Wiechers (eds.), *Teoría y práctica: Educación médica*. ELSEVIER-UNAM.
- Miller, W. & Crabtree, B. (2013). Investigación clínica. En N. K. Denzin, N. & Y. S. Lincoln (coords.), *Estrategias de investigación cualitativa*. (Vol. III, pp. 440-503). Gedisa.
- Mondragón Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una *praxis* dialógica para la investigación. *Rev Invest Clin*, 61(1), 73–82.
- Moragrega Adame, J. L. (2015). Inconformidad con los servicios médicos, *Conamed*, 10(3), 16-23.
- Moore, P., Gómez G., Kurtz S., & Vargas, A. P. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*, 138(8): 1047-1054.
- Muñoz Martínez, R. (2013). Un antropólogo en la consulta hospitalaria. En O. Romání (ed.), *Etnografía, metodología cualitativa e investigación en salud: un debate abierto* (pp. 213-238). URV.
- Narro, J.R., Alarid, H. J., Minero, H., Ponce de León, M. E., Sataella, B. y Villalvazo E. (1981). Medicina general/familiar [Mesa Redonda]. *Rev. Fac. Med. Mex*, 4-20.
- Nishijima Azeredo, Y. & Blima Schraiber L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud colectiva*, 12(1), 9-20.

- Onocko Campos, R. (2008). Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Lugar.
- Ordóñez Vázquez, N. A. & Monroy Nasr, Z. (2021). Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal: una visión desde la experiencia de los familiares. *Revista Latinoamericana de Bioética* 21 (2) 11-24.
- Pacian, A., Kulik, T. B., Pacian, J., Goniewicz, M., & Kowalska, A. J. (2014). Analysis of the doctor-patient communication if breast cancer is diagnosed. *Acta Bioethica*, 20(1).
- Pavón León, L. M. y Méndez Montero, A. (2011). La crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social, *Rev. Med UV*, Julio-Diciembre.
- Payá, V. A. & Jiménez M. A. (coords.). (2010). *Institución familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*. Pablos Editor. UNAM
- Pérez Tamayo, R. (2015). *Las transformaciones de la medicina*. El Colegio Nacional.
- Perner, M. S. (2013). Transformaciones en el abordaje de la diabetes: análisis de las evidencias científicas publicadas por dos sociedades científicas (1980-2010). *Salud colectiva*, 9(3),373-389.
- Pool, R. & Geissler, W. (2005) *Medical anthropology*. Mainhead, Open University Press.
- Remais, J. V., Zeng G., Li, G., Tian L, Engelgau MM. 2013 Convergence of non-communicable and infectious diseases in low- and middle-income countries. *Int. J. Epidemiol.* (42), 221 – 227.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. SAGE Publications.
- Riessman, C. K. & Quinney, L. (2005). Narrative in Social Work A Critical Review, *Qualitative Social Work*, 4(4), 391–412.
- Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. *Aula abierta. Lecciones básicas*. El

interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Portal de la comunicación. InCOM UAB, pp.2-20.

- Rodríguez Collar, T. L., Blanco Aspiazu, M. A. & Parra Vigo, I. B. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(4) 79-90.
- Rodríguez Díaz, S. (2012). Sobre la norma y su transgresión: una aproximación teórica a la cuestión de la desviación social. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 6(1), 43-54.
- Rodríguez-Torres A., Jarillo-Soto E. C., Casas-Patiño D. (2018). Medical consultation, time and duration. *Medwave* 18(5): e7266.
- Rossi., I. (2000). Pluralisme culturel et social, quelles implications pour la pratique de la médecine, *Revue Medicale de Suisse Romande*, (120) 1025-1028.
- _____ (2002). Réseaux de soins, réseaux de santé. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance. *Tsantsa* (7) 12-20.
- _____ (2003). La malattia cronica come marchio del corpo. En U. Fabietti (ed.), *Antropología*. Número temático "Corpi", (3), 75-93.
- _____ (2009). L'accompagnement en médecine. Anthropologie d'une nécessité paradoxale. *Pensée Plurielle* 22(3), 111-122.
- _____ (2012). L'émergence du sujet et les nouvelles frontières du normal et du pathologique. *Bulletin 2/12*, Faculté des Sciences Sociales et Politiques, Université de Lausanne. *Lo encontrado como (2012). L'émergence du sujet et les nouvelles frontières du normal et du pathologique. Psy & Psy Suisse*, 2-4
- _____ (2013). *Antropología médica con orientación clínica* [Presentación] Curso-taller: Maestría en Ciencias Sociomédicas. Agosto-septiembre. UNAM.
- _____ (2014). *Antropología clínica y relación médico paciente* [Presentación] Curso-taller: Maestría en Ciencias Sociomédicas. 19-21 de mayo. UNAM.
- Sánchez de Puerta Trujillo, F. (2006). Los tipos ideales en la práctica: significados, construcciones, aplicaciones, *Empiria Revista de Metodología de Ciencias Sociales* 11 (enero-junio), 11-32.
- Sánchez, S. & Montoya, G. (2003). Reflexiones en torno a las condiciones laborales

de médicas y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. *El cotidiano*, 19 (122), 105-115.

Sandoval Casimilas, C. A. (2002). *Investigación cualitativa*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.

Saavedra Solano, N. I., Berenzon Gorn S. & Galván Reyes, J. (2017). Análisis discursivo de las identidades. El caso de los trabajadores de una institución de salud. *Entre diversidades*, (9), 245-276.

Scott, J., Cohen, D., DiCicco-Bloom, B., Miller, W., Stange, K., & Crabtree, B. (2008). Understanding Healing Relationships in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 6(4), 315-322.

Serna, A. J. (2009). *Somos tiempo. Crítica a la simplificación del tiempo en Occidente*. Anthropos

Shuman, Amy, (2012). Exploring Narrative Interaction in Multiple Contexts. En J. A. Holstein, & J. F. Gubrium (eds.), *Varieties of narrative analysis* (pp. 135-150). Sage.

Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, & Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. (1991). *BMJ* 303(6814), 1385-1387.

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. (2019). *Contrato Colectivo de Trabajo 2017-2019*.

Siu J. Y. (2015). Communicating under medical patriarchy: gendered doctor-patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC women's health*, 15, 44.

Sogi, Cecilia, Zavala, Salomón, Oliveros, Miguel Ángel, & Salcedo, Carlos. (2007). Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente: Encuesta en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(2), 159-167.

Soletz, Alem. (2016). Centro Alphabiótico.
<https://centroalphabioticodf.wixsite.com/diplomado/diplomado-en-alphabiotosmo>

- Soltonovich, A. (2012). La desviación social y la cultura de la legalidad. Una mirada desde la teoría de la regulación social. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (2), 127-132.
- Stake, R. (2013). Estudios de casos cualitativos. En N. K. Denzin, N. & Y. S. Lincoln (coords.), *Estrategias de investigación cualitativa* (Vol. III, pp. 154-197). Gedisa.
- Tejada-Tayabas L. M. & Mercado-Martínez, F. J. (2010). Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza. *Salud colectiva*, 6(1), 35-45.
- Testa, M. (2005). Vida. Señas de Identidad (Miradas al Espejo). *Salud Colectiva*, 1(1), 33-58.
- Torres Arreola, L. P. (ed.). (2010). *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*. Secretaría de Salud.
- Torres López, T. M., Acosta García, D. A. & Aguilar Aldrete M. E. (2004). Entre médicos y pacientes buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente. *Investigación en salud*, VI(1), 14-21.
- Tu, J., Kang, G., Zhong, J., & Cheng, Y. (2019). Outpatient communication patterns in a cancer hospital in China: A qualitative study of doctor-patient encounters. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 22(3), 594–603.
- Varela-Rueda, C.E., Reyes-Morales, H., Albavera-Hernández, C., Ochoa Díaz-López, H., Gómez-Dantés, H. y García-Peña, C. (2016). *La medicina familiar en México: presente y futuro*. *Gac Med Mex*, (152) 135-40.
- Vargas, L. A. y Casillas, L. (2008). Espacio y tiempo en la consulta biomédica. En B. Berenzon & G. Calderón (directores), *Diccionario Tiempo Espacio*, tomo I. UNAM.
- Velasco Campos, M. L. & Molina Patrón, I. La comunicación y empatía. En I. Hernández Torres, L. Hamui Sutton, A. M. Navarro García & Y. E. Valencia Islas (coords.). (2013). *Comunicación médico-paciente en medicina familiar*. Editorial Prado-UNAM.
- Velasco Yáñez, D. (1998). La fórmula generadora del sentido práctico. Una aproximación a la filosofía de la práctica de Pierre. *Espiral*, 4(12), 33-80.

- Vidal y Benito, M. C. (2010). *La relación médico paciente: bases para una comunicación a medida*. Lugar.
- Villa, B. & Grijalva, G. (2013). Malas noticias. En I. Hernández Torres, L. Hamui Sutton, A. M. Navarro García & Y. E. Valencia Islas, (coords.), *Comunicación médico-paciente en medicina familia*. Editorial Prado-UNAM.
- Villanueva Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra, *CONAMED*, 15(3), 147-151.
- Weiland, A., Van de Kraats, R. E., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Bramer, W. M., Van Dulmen, A. M., & Arends, L. R. (2012). Encounters between medical specialists and patients with medically unexplained physical symptoms; influences of communication on patient outcomes and use of health care: a literature overview. *Perspectives on medical education*, 1(4), 192–206.
- Wolf, A. & Dellenborg, (2012). Everyday practices at the medical Ward: a 16-month study. *BMC Health Serv. Res.* (12), 184.
- World Health Organization. 1999. The double burden: emerging epidemics and persistent problems. *En The world health report 1999: making a difference* (13-27). World Health Organization.
- Wullink, M., Veldhuijzen, W., Lantman-de Valk, H. M., Metsemakers, J. F., & Dinant, G. J. (2009). Doctor-patient communication with people with intellectual disability—a qualitative study. *BMC family practice*, 10, (82).

Anexo 1



COMISIONES DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA

OFICIO NO. FMED/CI/RGG/051/2016

ASUNTO: Dictamen proyecto 038/2016

Dra. Alicia Hamui Sutton
Profesor Titular "B" T.C.
Secretaría de Educación Médica
Facultad de Medicina, UNAM
Presente.

Estimada doctora Hamui Sutton:

Me complace informarle que su proyecto número 038/2016 "Estudio antropológico en contextos clínicos institucionales y su relación con la comunicación médico-paciente" ha sido **APROBADO** por las Comisiones de Investigación y de Ética de esta Facultad de Medicina, en su sesión ordinaria de fecha 21 de junio de 2016, con vigencia de 3 años a partir de la fecha de aprobación.

Para conocer el seguimiento de esta investigación, es necesario que entregue un informe anual, en la División de Investigación de esta Facultad, tomando en cuenta esta fecha de elaboración del dictamen.

Asimismo, le solicitamos atentamente nos envíe una copia del o los artículos y/o copia de la carátula y resumen de las tesis que pudieran generarse relacionadas con el proyecto.

Sin otro particular de momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 23 de junio de 2016.

LA SECRETARIA TÉCNICA



DRA. ROSALINDA GUEVARA GUZMÁN



*RGG/ETF*dmcp

Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina-UNAM, Dictamen Favorable 12 Febrero, 2014.
Número: CONBIOÉTICA 09CEI06620140212.

Comité de Investigación de la Facultad de Medicina-UNAM, con fecha 01 de Junio de 2015, se expide Registro COFEPRIS Número: 15 CI 09 003 021.

ANEXO 2



Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio:

Estudio antropológico en contextos clínicos institucionales y su relación con la comunicación médico-paciente

Investigadora principal: _____

Investigadora responsable: _____

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del participante: _____

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas.

Una vez que haya entendido en qué consiste el estudio y si usted desea, entonces se le pedirá firmar este formato.

A continuación, se describe cada uno de los apartados que usted debe saber sobre el proyecto.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La antropología en salud es una disciplina preocupada por realizar investigaciones de la salud y la enfermedad de la población (resalta aspectos sociales y culturales), así como también sobre la atención médica otorgada por los servicios de salud. Por dicha razón, realizar estudios de este tipo permite una mayor comprensión de las necesidades que aquejan a los pacientes, pero al mismo tiempo a los profesionales de la salud.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es describir y analizar la organización y dinámica institucional de una Unidad de Medicina Familiar, con el propósito de indagar de qué manera esto puede influir sobre el encuentro clínico y cómo se genera la relación y la comunicación médico-paciente.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este tipo de estudio es importante porque se rescatan diferentes puntos de vista. Se da cabida a la voz de los protagonistas (equipo de salud) que conforman a la institución de salud, pero también a la población que asiste a los servicios médicos. Sin embargo, es importante aclarar que pacientes y médicos no obtendrán algún beneficio personal por su participación.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar colaborar, se implementarán algunas estrategias antropológicas que facilitan el registro de información, como son la entrevista y la observación. Las entrevistas serán llevadas a cabo de acuerdo con su disposición de tiempo, por lo que se planearán con previa anticipación, la observación será realizada durante la consulta médica (agendada por el paciente). En ambos casos, se pedirá autorización para grabar en audio y video las actividades planeadas. Ante cualquier circunstancia emergente, la investigadora deberá informar y pedir su consentimiento.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Este estudio no representa ningún riesgo para su persona, no le causará ningún daño que afecte su salud física o emocional.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Puede retirarse en el momento que lo desee, lo cual será respetado en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago económico por su participación.
- La información obtenida será resguardada con confidencialidad (se mantendrá el anonimato).
- Durante el desarrollo del estudio usted podrá solicitar información sobre el proyecto a la investigadora responsable, la Dra. Alicia Hamui Sutton, Secretaria de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM, comunicándose a los teléfonos: 56232448 y 56232449. Adicionalmente, también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la misma Facultad, en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio (teléfono: 5623 2136).
- Si considera que no hay dudas ni preguntas, puede, si así quiere, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Acepto participar en el estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este formato.

Firma del participante

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por la Investigadora: He explicado al Sr(a).
_____ los propósitos de la investigación. He contestado a las
preguntas en la medida de lo posible. Declaro que he leído y conozco la normatividad correspondiente
para realizar investigación con las personas participantes y me apego a ella.

Firma de la investigadora principal

Firma de la investigadora responsable

ANEXO 3

Guion temático de la consulta médica (regularidades y singularidades)

Datos generales de la consulta médica

- Fecha
- Sexo
- Edad
- Acompañante
- Tipo de paciente (consultorio asignado/UNIFILA)

Bienvenida

- Formas de nombrarse entre médico y paciente (otros)
- Tipo de presentación
- Forma de saludar

Interrogatorio

- Motivo de la consulta (médico y el paciente)
- Contacto visual
- Forma de preguntar (cómo se hacen)
- Preguntar e interactuar (apertura, interrupciones, anulaciones, indiferencias)

Exploración física

- Contacto visual
- Permiso para explorar
- Privacidad
- Colaboración de otro personal
- Revisión básica/otra
- Preguntas e interacción

Abordaje tridimensional: biológico, identitario y emocional

- Aspectos expresados por el paciente: biológico (forma de padecer la enfermedad, malestares corporales), identidad personal (familiar, laboral, económico) y emocional (preocupaciones, tensiones, emotivas).
- Aspectos abordados por el médico: biológico (forma de padecer la enfermedad, malestares corporales), identidad personal (familiar, laboral, económico) y emocional (preocupaciones, tensiones, emotivas).

Diagnóstico

- Mencionado/omitido
- Explicación: uso de términos técnicos, coloquiales/uso de analogías, metáforas
- Preguntas y dudas (médico/paciente)

Tratamiento

- Explicación: plan por llevar
- Negociación con el paciente (alimentación, ejercicio, medicamentos, envío a laboratorio y segundo nivel)
- Preguntas y dudas (médico/paciente)

Comunicación

- Intercambio de palabra
- Negociación/autoridad
- Interrupciones, anulaciones, indiferencias
- Uso de diminutivos

UNIFILA

- Presentación/trato
- Atención diferenciada (negación)
- Situaciones (tensiones, conflictos, comunicación)

Manejo del ECE

- Contacto visual en los momentos de la consulta
- Interacción en los momentos de la consulta
- Escucha, silencios, indiferencia
- Habilidades desarrolladas

Problemas técnicos

- Fallas del sistema (SIMF)
- Falta de insumos (PC, monitor, teclado)

Condiciones del espacio

- Uso del espacio (escritorio, puerta, ventilador, cortina)
- Movilidad
- Privacidad
- Limpieza (insumos)

Distribución y noción del tiempo

- Número de consultas
- Horario de atención (hora del día)
- Tiempo invertido en cada paciente (incluido UNIFILA)
- Tiempo durante la jornada (salidas, alimentos, resolución de problemas)
- Percepción del tiempo (presiones, tensiones, conflictos)
- Uso de formatos manuales

Aspectos externos a la consulta médica

- Ruidos

- Interrupción del personal de salud (notificaciones, avisos)
- Interrupción de pacientes (consultados previamente)
- Interrupción de otros (vendedores)
- Interacción del médico con otro personal
- Trato hacia el paciente

ANEXO 4

Guía de entrevista semiestructurada (personal de salud seleccionado)

CULTURA ORGANIZACIONAL

Datos sociodemográficos y epidemiológicos de la población atendida

2.1. La demanda de atención médica

1. Para la UMF 78 ¿Qué representa atender población de tres lugares distintos? (Nezahualcóyotl, Chimalhuacán y la delegación de Iztapalapa-CDMX).
2. ¿Qué distingue a este tipo de poblaciones? ¿Ha logrado identificar algunas características en qué se diferencien?
3. Usted sabe ¿Cuáles son las principales causas de demanda de atención médica en esta UMF?
4. De acuerdo al Diagnóstico de Salud 2017, la primera causa de consulta en la UMF, es hipertensión arterial y la segunda es la diabetes ¿A qué cree que se deba esta tendencia? ¿Estos dos tipos de enfermedades crónicas tendrán alguna relación con el tipo de población?
5. ¿Considera que la UMF 78 está captando y tratando adecuadamente estas dos enfermedades?

Planificación operativa e implementación de estrategias

2.2. El servicio de atención gerencial y administrativo para otorgar la atención médica

1. Desde su punto de vista ¿Considera que el IMSS, actualmente está generando cambios en la implementación de líneas de acción o programas prioritarios en el primer nivel de atención?
2. ¿Cómo considera esos cambios propuestos? Podría explicarme por favor.
3. ¿A qué cree que se deban estos cambios?
4. ¿Considera que estos cambios son pertinentes para los procesos de la atención médica o los entorpece? ¿Por qué? Podría relatar una situación que haya vivido
5. Usted recuerda ¿Cómo funcionaba la consulta antes de UNIFILA?
6. ¿Qué problemas se generaban con ese tipo de consulta?
7. Actualmente ¿Cuál es objetivo principal de UNIFILA?
8. ¿Qué cree que cambió con UNIFILA? (ejemplo)

9. A usted ¿Qué modalidad le parece mejor y por qué?
10. Sobre este punto y para mejorar la atención ¿Qué propondría?

Roles y funciones del personal

2.3. La participación del personal de salud alrededor de la atención médica.

1. ¿Cuál es su función como ----- alrededor de la atención médica?
2. En su área de trabajo ¿Hay impulso prioritario hacia la vigilancia de un tipo de paciente específico? (por enfermedad, grupo de edad, otro aspecto)
3. Con la función que desempeña (cargo) ¿Qué posibilidades y limitaciones tiene para que se otorgue la atención médica?
4. ¿Con qué otro personal se relaciona para que la atención médica sea oportuna?
5. ¿Logra trabajar en conjunto con ese personal? ¿Cómo se coordina?
6. En caso de no ser así ¿Cuál es el problema? Podría poner un ejemplo.
7. Si tuviera que cambiar algo del área de su trabajo ¿Qué sería?

CAMPO

Subcampos (medios, mecanismos, estrategias).

2.4. La posición del personal de salud en la Unidad Médica

1. En cualquier espacio laboral los problemas entre el personal suelen ocurrir, en la UMF No. 78 ¿Cuáles son los más comunes? Podría relatar alguna situación.
2. Generalmente ¿Cómo se resuelven?
3. ¿Cuál es el personal de salud que suele tener mayores conflictos?
4. ¿A qué cree que se deban esos conflictos?
5. Frecuentemente ¿El personal de su área de qué se queja? (con el jefe, administrador, directora)
6. Generalmente ¿se expresan o silencian las dificultades? Podría mencionar un ejemplo.
7. ¿Qué papel juegan los delegados sindicales en la UMF?

Jerarquía, estatus, juego de poder.

2.5. Las relaciones construidas del personal de salud

1. ¿Qué tan fácil o complicado resulta relacionarse con otro personal? ¿Con quién se trabaja bien y con quién es más difícil? Podría explicarme.
2. ¿Trabajar en equipo (con otro personal) acarrea facilidades u obstáculos para la atención médica?
3. Como jefe de servicio ¿Cuál es el problema al que se enfrenta cotidianamente con el personal que está a su cargo?
4. ¿Cómo lo resuelve? Podría contar su experiencia.
5. ¿Qué significa que un trabajador con la misma categoría tenga más años de antigüedad que otro? ¿Cómo afecta su posición en la UMF?
6. ¿El tiempo de antigüedad genera conflictos entre el personal?

HABITUS

Inculcación e incorporación de normas.

2.6. La institución como espacio de reproducción y socialización de normas

1. Para usted ¿Qué significa ser un trabajador del IMSS?
2. Podría contarme por favor ¿Cómo llegó a ser trabajador del IMSS?
3. ¿Qué fue lo que pasó para ser contratado?
4. Cuénteme por favor ¿Cómo ha ido cambiando de categoría o escalafonado?

Tensiones en el empleo de normas.

2.7. El empleo de normas oficiales e informales

1. Para usted ¿De qué depende que una UMF funcione adecuadamente para otorgar atención médica?
2. Cuando no se otorga una atención médica adecuada ¿A qué circunstancias se debe?
3. En su área de trabajo ¿De qué depende que el personal realice las actividades establecidas en el manual de procedimientos? Podría poner un ejemplo por favor.
4. ¿En qué circunstancias esto no llega a cumplirse? Podría mencionar algún ejemplo por favor.

5. ¿Qué ocurre cuando no implementan el manual de procedimientos ¿Hay repercusiones? Podría relatar una situación.
6. Podría decirme ¿Qué es una desviación normativa?
7. Generalmente en qué circunstancias ¿No se cumple la norma? Puede poner un ejemplo.
8. En su área de trabajo ¿En qué situaciones debe ocuparse un memorándum?
9. ¿También puede ocuparse una acta administrativa?

Acciones, actitudes, convicciones y sentidos.

2.8. Los patrones culturales de interacción a partir de las relaciones construidas

1. ¿Le gusta el trabajo que realiza?
2. ¿Por qué?
3. ¿Hay algo que le desagrada de tu trabajo? ¿Por qué?
4. ¿Considera que hay compañerismo en su área de trabajo?
5. ¿Cómo es el ambiente laboral?
6. ¿Considera que sus compañeros son profesionales? En qué casos no es así.

CAPITAL

Capital social-Capital cultural.

6.9. Los capitales con los que cuenta el personal de salud

1. ¿Existe un trato diferenciado de parte de otro personal o de las autoridades hacia su cargo?
2. ¿A qué cree que se deba?
3. A diferencia de otro personal ¿Considera que su cargo tiene menor o mayor importancia en la UMF?

CIERRE

1. ¿Considera que faltó algo por preguntarle? Es decir, algún aspecto que usted considere importante para la investigación y que yo no haya contemplado.

ANEXO 5



Facultad de Medicina



Investigación: Estudio antropológico en contextos clínicos institucionales y su relación con la comunicación médico-paciente.

Nombre del investigador: Jessica Margarita González Rojas

Ficha de identificación

Nombre del medico	
Edad	
Lugar de nacimiento (especificar municipio y estado)	
Lugar de residencia actual (especificar solo municipio y estado)	
Estado civil, número de hijos, religión	
Universidad de la que egresó	
Especialidad (especificar si tiene más de una), u otro grado de posgrado (maestría o doctorado).	
Años de antigüedad en el IMSS	
Tiempo (meses o años) de trabajo en la UMF No. 78	
Turno de trabajo en la UMF 78 (especificar si ha trabajado en los 2 turnos)	
Actividades laborales en otra institución de salud (especificar nombre de la institución, área en la que se desempeña)	
Actividades de docencia (especificar nombre de la materia impartida y nombre de la universidad)	
Recuerda alguna materia, curso, taller, diplomado o cualquier otra modalidad donde haya aprendido contenidos de relación o comunicación médico-paciente (especificar)	

ANEXO 6

Guía de observación en sala de espera

Fecha _____ Hora llegada _____ Hora salida _____

1. Organización

- Ubicación y uso del espacio (gráfico)
- Puertas del consultorio abiertas-cerradas
- Salidas del médico
- Problemas presentados (forma de resolverlos)
- Interrupciones en el consultorio (qué personal)

2. Asistente médica

- Interacción con el paciente
- Interacción con el médico
- Interacción con los jefes
- Interacción con otro personal
- Uso del teléfono fijo/uso del celular
- Tiempo para salir a comer

3. Interacción en la sala

- ¿Qué hacen mientras esperan (cómo se entretienen)?
- ¿Cómo interactúan con otros pacientes? (qué se comentan, de qué hablan, qué comparten)

4. Antes y después de la consulta médica

- Nombre
- Edad
- Lugar de origen
- Lugar de residencia
- Años acudiendo a la Unidad
- No. Consultorio (hora: llegó, entró, salió)
- ¿Qué piensan del servicio de la Unidad?
- ¿Cuál es el motivo de la consulta?
- ¿Qué espera antes de la consulta?
- ¿Acude con alguna necesidad, preocupación, angustia?
- ¿Cómo sale después de la consulta?
- ¿Le gustó cómo lo trató?
- ¿Les gustó cómo lo atendió (medicamente) en consulta?
- ¿Le dio diagnóstico?
- ¿Entendió las indicaciones del médico?
- ¿Hubo algo que no le gustó?
- En caso de estar presente algún estudiante en el consultorio ¿Qué piensa de eso? ¿Está de acuerdo, le agrada o no?
- En caso de que su médico familiar hoy no haya estado ¿Qué piensa de eso? ¿Está de acuerdo, le agrada o no?
- En caso de ser paciente de UNIFILA ¿Qué diferencia vio a la consulta de su médico familiar?

5. Observaciones generales

6. Observaciones del investigador en contexto institucional

ANEXO 7

Guion registro etnográfico situacional Reconstrucción temporal del encuentro clínico (relación y comunicación M-P)

a) Condiciones del encuentro clínico

- Tiempos de la consulta
- Número de pacientes: fichas, citados, UNIFILA, tipos (incapacidades, embarazo, otros).
- Organización (actividades/cambios implementados)
- Indicaciones o memorándums de la semana (qué piensan de eso, qué tan operable fue, a qué problemas se enfrentaron)

b) Pacientes atendidos durante la jornada del día

- Dónde se posibilita y dificulta la relación y la comunicación
- Aspectos de inflexión durante la consulta: acontecimientos y circunstancias

c) Médico/Paciente seleccionado

Médico (forma de pensar, sentir y prácticas)

- ¿Qué sabe del paciente y su enfermedad?
- ¿Cómo lo describe?
- ¿Hoy cómo vio al paciente?
- ¿Qué olvida del paciente?
- ¿Qué recuerda de la consulta anterior?
- ¿Revisa el ECE para recordar?
- ¿Cómo hace uso de los estudios de laboratorio y otros para valoración?
- ¿Qué aspectos del ámbito emocional y sociocultural del paciente son identificados y abordados?
- ¿Cómo informa y da indicaciones?
- ¿Cómo maneja la ansiedad, tensión, temor u otros aspectos con relación a la enfermedad?
- De ser identificados ¿En qué ayuda al problema de salud?
- ¿Atiende las necesidades del paciente?
- ¿Qué espera del paciente?
- ¿Cómo reelabora el encuentro clínico?
- Capitales: tiempo, ambiente laboral, infraestructura, recursos

Paciente (forma de pensar, sentir y prácticas)

- Motivo de la consulta (manifestado o no expresado)
- ¿Cómo enuncia sus malestares al momento de la consulta?
- ¿Qué dice y qué calla?
- ¿Qué aspectos emocionales y sociocultural expresa?
- ¿Cómo es su participación durante la consulta?
- ¿Cómo interpreta las indicaciones del médico?
- ¿Qué entendió?
- ¿Qué retuvo o recuerda?
- ¿Qué lleva a cabo y qué cambia? (sentido o significado)
- Cambios en el medicamento o indicaciones ¿Qué piensan?
- ¿Cómo se siente con el nuevo cambio? ¿Cuáles son sus sensaciones?
- ¿El cuidado a la salud es afectado por alguna creencia cultural?
- ¿Cómo reelabora el encuentro clínico?
- ¿Qué pasa después de la consulta?
- ¿Cómo le fue con la familia, trabajo, horarios de alimentos, gastos económicos, alimentación, preocupaciones, otros)
- Capitales: transporte, acompañamiento de la familia, trabajo, dinero.

d) Jornada de trabajo (situacional)

- ¿Cómo considera estuvo la jornada de trabajo?
- ¿Algún acontecimiento fuera de lo común (o inesperado)?
- Acontecimiento que le haya molestado (o puesto de malas) con el paciente, familiar o personal de salud (otro)
- Si tuviera que cambiar algo de la consulta de hoy ¿Qué cambiaría?
- Algo adicional que quiera resaltar del desarrollo de la consulta