

LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA HIPERMODERNIDAD: caso Médicos de Instituciones en salud del Estado de México.

Medical practice in Hypermodernity: case Physicians Health Institutions in the State of Mexico.

Dr. Donovan Casas Patiño

Profesor Investigador SNI I
Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca
Contacto: capo730211@yahoo.es

M. en C. Alejandra Rodríguez Torres

Profesora
Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca
Médico Familiar de la UMF 195 Chalco, Edo. México Oriente

Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Profesora
Posgrado Stricto de Saúde e Ambiente
Universidade Tiradentes
Brasil-Campus Aracaju Farolandia

Dra. Georgina Contreras Landgrave

Coordinadora de la Licenciatura en
Educación para la Salud
Universidad Autónoma del Estado
de México-UAP Nezahualcóyotl

Dra. María de los Ángeles Maya Martínez

Coordinadora del Posgrado en
Sociología de la Salud
Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Amecameca

Recibido: 06/11/2014 Aceptado: 15/04/2015

RESUMEN

Este es un trabajo de investigación de tipo descriptivo-encuesta, orientado hacia la búsqueda del significado de la práctica médica por parte de sus actores (médicos especialistas), a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes dentro de un marco contextual de hipermodernidad y sus políticas económicas en salud, lo cual ha orillado a los Institutos de Seguridad Pública a su eminente privatización. Esta época condiciona una práctica médica envuelta en una vorágine de tecnología impersonal y falta de reconocimiento social; ahora, el médico juega en un terreno desconocido, controlador y agresivo para su medio. Los tiempos de la práctica médica personal y humanizada han derivado en una práctica breve, fugaz e impersonal.

Palabras Clave: Práctica Médica, Hipermodernidad, Servicios de Salud.

ABSTRACT

This is a research, which the medical practice at this time is marked by hyper and economic policies in health, bordered to the Institutes of Public Safety to his eminent privatization where this medical practice is involved in this maelstrom of impersonal technology and lack of social recognition, now the doctor plays in an unknown field for aggressive medium and driver, those times of personal and humane medical practice, give way to a brief, fleeting and impersonal practice.

Keywords: Medical Practice, Hypermodernity, Health Services.

INTRODUCCIÓN

La *práctica médica* se interpreta como la operación que implica un conjunto de conocimientos científicos (en este caso conocimientos médicos) y técnicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos (cuerpo, individuo, persona, etc.). Esta se ha ejercido desde hace miles de años en diferentes modalidades, y además, se ha ido transformado en una ciencia indebatible dotada de la capacidad de arrebatarse al hombre de todos sus males, en este caso de la enfermedad (Starr, 1991; Gonzalez, 2005).

Este enemigo se ha reconfigurado y conformado como elemento esencial de lucha científica inegable de una *práctica médica* como instrumento de dominio cultural y control social. Es así como la enfermedad con su vínculo o desenlace, la muerte, se convierte en una apreciación cultural y social de una realidad que le da vida a una *práctica médica* desarrollada en cumplimiento de la búsqueda de lo inevitable: a costa del sometimiento médico en su propia práctica y de su poder como control social/cultural del colectivo. Es por esto que la práctica médica tiene un trasfondo en sus actores y estructuras, donde la historicidad emerge como concepto de una realidad social actual que redefine un conglomerado de imaginarios y representaciones alrededor de esta.

Práctica médica en la hipermodernidad.

A la fecha la práctica médica se ha modificado de manera vertiginosa, por un lado están los adelantos científico/tecnológicos con su positivismo, y por el otro, la era de la *hipermodernidad* (entendida como la época entre otras muchas cosas, de la cultura del "Yo", del narcisismo desbordado, de la medicalización). En esta época la historia pierde sentido, es decir la historia que aprendimos iba hacia algún objetivo y que por ende conduciría al progreso de la sociedad humana, se ha venido abajo, puesto que no existe idea de progreso general que pueda defenderse, ni tampoco existe algo que podamos llamar historia. El mundo hipermoderno no está destinado a ser socialista, sino que está dominado por unos medios de comunicación que nos sacan de nuestro pasado (Giddens, 2009), hacia una civilización que busca felicidad y evasión de los problemas a través del consumismo.

Los medios masivos de comunicación electrónica han creado un mundo caótico y vacío, donde la dinámica social está influenciada por imágenes, símbolos y signos, creando así mundos a partir de programas de televisión e internet. Nuestro mundo se ha convertido en uno ficticio, en el que respondemos a imágenes mediáticas más que a personas o lugares reales, estamos en la era de la disolución de la

vida dentro de la televisión (Baudrillard, 1988) y la internet.

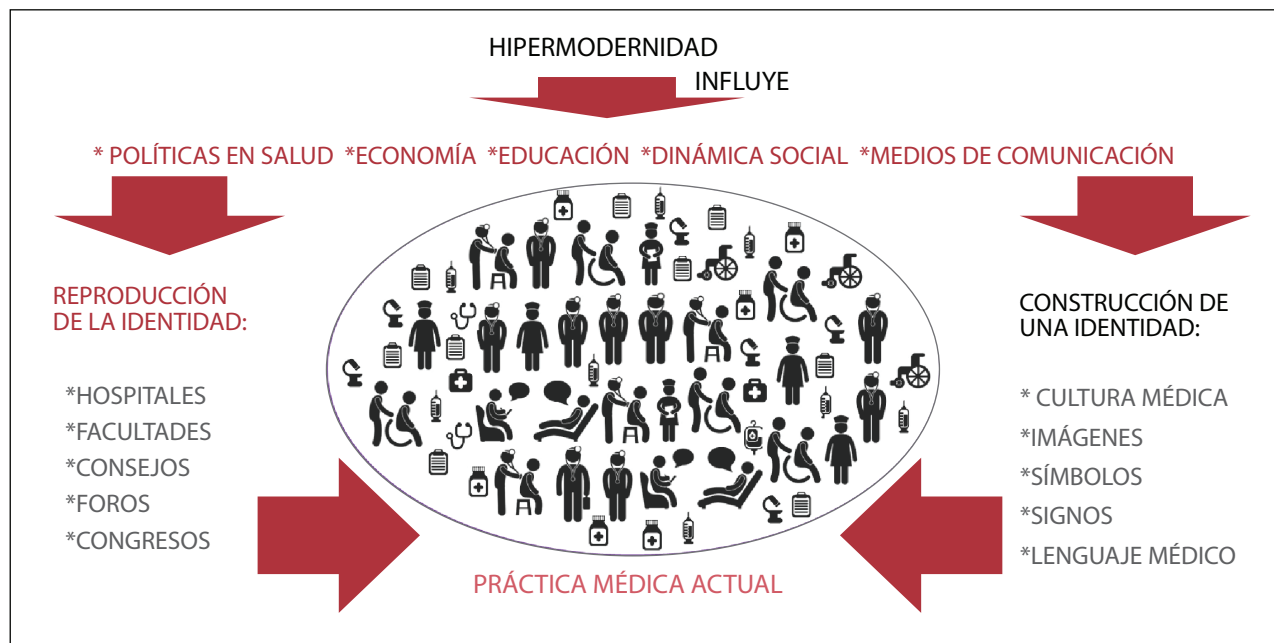
Las necesidades construidas en esta era son neoliberales y globalizadas para mantenimiento de las estructuras imperantes del sometimiento económico, condicionando la pertenencia a un grupo social que determina los modos de consumir a través del placer que brinda el propio consumismo (Lipovetsky, 2007).

La *hipermodernidad* es considerada por algunos autores clásicos, como una nueva época histórica y teórica, que sustituye al modernismo y posmodernismo; su teoría es multivariada pero guarda ciertos elementos claves en común. Así, en la *hipermodernidad* el mundo es superficial y carece de profundidad. Es el mundo de la simulación, sin afecto y sin emoción; en esta época existe una pérdida de sentido del lugar de uno mismo en la historia: es difícil distinguir entre el pasado, el presente y el futuro; en lugar de tecnologías productivas, expansivas y explosivas de la modernidad (la cadena de montaje de automóviles), la sociedad está dominada por tecnologías reproductivas, aplanadoras e implosivas (la televisión, la computadora, internet). No existe en la historia de la humanidad mejor época de control social, ideológico y discursivo, que la creada por la televisión y la internet.

Nuestra propia identidad ha sido fracturada, nuestro ideal del "Yo" ha sido incrustado y manipulado desde el nacimiento; este mundo se construye y destruye de manera rápida y fugaz, las ciudades albergan desigualdad y anomia social, la información es tan vasta e inútil en muchas de las ocasiones, que existe la sobredosis de imágenes, sonidos, signos y símbolos de todos los lugares del planeta en una sola página web, y al parecer todo ello está influyendo en la transición hacia una nueva era. La *hipermodernidad* es una teoría social y también un momento histórico, esto nos ofrece diversidad de procesos que deben ser explorados, documentados y analizados, puesto que todos los procesos sociales en su dinámica estructural tienden a conformarse de acuerdo a la transición social del momento. Es en este momento donde el modelo económico de producción y mercancías ha pasado a uno totalmente construido y manejado por los medios electrónicos de comunicación.

La *medicina con su práctica médica* actual, ha sido intervenida por múltiples procesos sociales que se han gestado a través de la *hipermodernidad*, que a su vez ha influido en cambios conformadores de un *discurso médico* y una *ideología* hegemónica constituyendo una identidad médica (*cultura médica, imágenes, símbolos, signos, lenguaje médico científico, etc.*) que se ha reproducido y perpetuado en médicos, hospitales, escuelas de medicina, colegios,

Figura 1. Hipermodernidad.



© Casas, D., Rodríguez, A., Costa, C., Contreras, G., Maya, M., *Revista Ciencia desde el Occidente*, Vol. 2, Núm. 2, 2015

asociaciones médicas, publicaciones médicas, congresos y foros.

Todo esto ha condicionado un *acto médico influido por la hipermodernidad en el propio eje final de cualquier médico: la practica médica*, este final es una construcción social de la *hipermodernidad* en una medicina actual que se conforma y reconfirma a través de estructuras estructurantes de la *hipermodernidad*, donde el modelo social influyente es la época histórica que se aprendió a vivir sin cuestionar el abrupto final de en lo que nos estamos convirtiendo, sin meditar en el trans fondo ideológico de esta perpetuación del acto médico en una sociedad que hace uso de la ciencia como técnica (Figura 1).

Contexto mexicano en políticas de salud.

En los últimos 30 años, la economía mexicana ha estado inmersa en una serie de cambios estructurales que han condicionado etapas de bajo crecimiento económico. Dentro de este período se presentaron dos fuertes crisis (1995 y 2009) que han alterado severamente la trayectoria de crecimiento de largo plazo del país. La de 1995, yace en factores internos como desequilibrios en la balanza de pagos, particularmente en la cuenta corriente, que llevaron a drásticas devaluaciones y a elevaciones de la tasa de interés. Por su parte, el origen de la crisis de 2009, descansa en una dificultad financiera de la economía de Estados

Unidos –específicamente en el mercado hipotecario– que se propagó a prácticamente todo el mundo como una crisis económica (Loría, 2013). Esto condicionó el que México se encontrara con una economía centrada en un modelo exclusivamente controlador de la inflación mercantil y déficit público, incapaz de generar empleos, y además distribuyendo inadecuadamente los recursos económicos y sociales (Cordera, 2013; Eibenschutz, 2007), con lo cual existieron y existirán pocas expectativas de mejora en las finanzas personales, debido, entre otras cosas más, a la reducción de los salarios reales y a la alta proporción de la población que se encuentra en condiciones de pobreza, marginación y olvido.

El sistema mexicano en salud garantiza a toda la población del país acceso a la salud, en cumplimiento con lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, título primero de garantías individuales, el cual hace mención: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; aunque existen ya documentos donde se pretende cambiar esta garantía a que “toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Leal, 2014), desvirtuando por completo el hecho explícito de la salud al colectivo, puesto que los significados de protección y derecho son tan amplios como el mismo concepto de salud. Con estas dos palabras se incorporan interminables derechos so-

Tabla 1. Población por Condición de Aseguramiento, diciembre 2011.

Institución	Número de derechohabientes/afiliados	Porcentaje de población ¹
IMSS ²	58,293,160	50.8
ISSSTE	12,206,730	10.6
Seguro Popular	51,823,314	45.2
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,114,346	1.0
Instituciones privadas	2,049,024	1.8
Otras instituciones públicas	919,891	0.8

¹ La suma de los porcentajes puede ser mayor al 100% dado que existe la posibilidad de duplicidad en la condición de aseguramiento de la población.

² Incluye a la población adscrita al Programa IMSS Oportunidades.

Fuente: Elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados con información del IMSS: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012.

ciales en salud, donde además, el Estado tiene su propia actitud frente a la marginación social, por lo cual la nueva propuesta acota esta acción estatal solamente hacia lo restringido del derecho.

El sistema mexicano de salud está dividido en tres grupos:

a) El sistema público está constituido por instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR);

b) Instituciones que prestan servicios a población abierta sin seguridad social: Seguro Popular (SSP), IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Secretaría de Salud (SS);

c) Instituciones de salud privadas para población con capacidad de pago, gasto bolsillo.

El IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, cubren al mayor número de la población beneficiada por la seguridad social y cabe destacar que la cobertura de la Secretaría de Salud se orienta prioritariamente al servicio médico (Tabla 1).

México comenzará en estos próximos años una privatización masiva de los servicios de salud llamada en el discurso político mexicano *Universalidad de los Servicios de Salud* (Casas, 2013; FUNSALUD, 2005), con este movimiento estratégico en Salud se pretende consolidar al *Sistema Nacional de Salud*, el cual se llevará a cabo a través de un *Sistema de Seguridad Social Universal* (Frenk, 2013) y de la *homologación de Servicios en salud*. Este sistema tendrá cuatro ejes fundamentales:

- a) Acceso efectivo a los servicios de salud.
- b) Pensión para la vejez.

c) Seguro de desempleo.

d) Seguro de riesgos de trabajo (FUNSALUD, 2012).

Estos cuatro ejes, mediante los cuales se pretende encarrilar al Sistema de Seguridad Social Universal, carecen de un sentido práctico aunque no filantrópico.

En México la estrategia en la entrega de servicios de salud se encuentra desarticulada y fragmentada: por un lado existe falta de medicamentos, fraudes cuantiosos (Cruz, 2011; Galván, 2012) e instalaciones médicas insuficientes; por el otro, sobrecarga laboral y desabasto de material (Sánchez, 2003), además de personal médico cuya remuneración es por honorarios y sin goze de derechos laborales.

No se vislumbra en este proyecto de salud, un enfoque dirigido a estilos de vida saludable, se continúa con el modelo hegemónico curativo intervencionista (positivista), donde el enfoque es la búsqueda de la enfermedad con su variabilidad de tratamientos.

Todo lo anterior proyecta en la colectividad un concepto de pésimo servicio y mala calidad en la atención médica prestada por los servicios en salud del estado. Cabe mencionar que la transición está orquestada por el Estado Mexicano en aras de políticas Neoliberales, quien opera mediante un discurso conformador de un colectivo cansado de la atención médica; y por otro lado están los profesionales de la salud que mantienen una realidad discursiva que es borrada por la misma práctica médica.

Este entramado de relaciones económicas y sociales puede condicionar un marco propicio para la privatización de todo el sistema público de salud estatal (Kottow, 2012), la manipulación estatal con respecto de la creación y con-

solidación del *Sistema de Seguridad Social Universal* es una condición política y económica, donde los intereses particulares pesan más que un ideal de mejora para la colectividad. Por lo cual surge la pregunta: ¿qué *práctica médica* se está realizando en los hospitales públicos de México en esta era de la *hipermodernidad* y de *privatización de los servicios de salud*?

OBJETIVO: Describir el significado de la *práctica médica* de los/as médicos/as del área de Cirugía, Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar y Ginecología/Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS/Hospital General de Zona 71 "Chalco" y Hospital General Regional 53 "Los Reyes la Paz") y Hospital General del Estado de México (HGEM/Hospital General de Chalco y Hospital General de Amecameca).

METODOLOGÍA

El estudio realizado según el nivel de intervención es de tipo descriptivo-encuesta y corte transversal. Se aplicó una entrevista estructurada (5 categorías) orientada hacia la búsqueda del significado de la *práctica médica* a partir de la reconstrucción de la realidad dada por modelos de interacción simbólica y significados comunes.

En el sistema social los individuos negocian estructuras de significado entre ellos, se toman en cuenta, crean y exhiben imágenes de ellos mismos y de otros, todo esto da como resultado un significado en la interacción social. El significado no se deriva de procesos mentales sino del proceso de la interacción social. Los significados se aprenden durante la interacción social en general y la socialización en particular. Las personas aprenden los significados en el curso de la interacción social.

El significado reside dentro del acto social y está estrechamente relacionado con el sistema social: "un sistema social consiste, pues, en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a <obtener un óptimo de gratificación> y cuyas relaciones con sus situaciones –incluyendo a los demás actores– están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos" (Ritzer, 2002).

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

personas comunican simbólicamente significados a otra u otras personas implicadas en este proceso, en la interacción social los actores emprenden un proceso de influencia mutua.

El significado tiene elección, esto quiere decir que las personas no necesitan aceptar obligatoriamente los significados que les vienen impuestos de fuera; los humanos son capaces de formar nuevos significados y nuevas líneas de significado.

El significado de un objeto (acción) particular es lo que lo distingue de otros objetos (acciones) posibles; sino existe la posibilidad de ser diferente, no hay significado. El objeto tiene significado sólo en la medida en que se hace una elección entre una serie de objetos posibles; los sistemas sociales que se basan en el significado son cerrados porque: el significado siempre se refiere a otro significado, sólo el significado puede cambiar el significado, y el significado suele producir más significado.

Por lo tanto se entenderá que significado es la acción y la interacción sobre la base de la interpretación de la situación del actor. Ahora bien, ¿cómo interpretar como investigador el significado de esta situación dada por el actor? en la *práctica médica* de especialistas del IMSS y del HGEM (Hospital General del Estado de México).

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

La obra de Talcott Parsons "*The Social System*" es considerada habitualmente como un punto de origen de esta teoría. El funcionalismo-estructural puede ser visto como un enfoque general con un cierto número de variantes. De acuerdo con esta teoría, dentro de una cultura el significado es producido y reproducido a través de varias prácticas, fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación.

En términos amplios, busca explorar las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el significado dentro de la cultura.

El análisis ideológico del lenguaje y del discurso es una postura crítica ejercida ampliamente entre estudiosos de las humanidades y las ciencias sociales. Este análisis supone que es posible poner "al descubierto" la ideología de

hablantes y escritores a través de una lectura minuciosa, mediante la comprensión y análisis sistemático de sus ideologías, por medio del lenguaje u otros modos de comunicación como los signos, símbolos, significados, etc. Hay que tomar en cuenta que las ideologías son abstractas, porque tienen que ser funcionales en muchos campos y situaciones sociales, sin embargo, estas categorías pueden especificarse en el texto y diálogo concreto en relación con asuntos sociales particulares (*la práctica médica*).

Por ejemplo, los médicos del IMSS y HGEM no solamente hablarán acerca de ellos mismos y de su especialización en general, sino que pueden también hablar del porqué su posición profesional con respecto de su bienestar social, la educación o la política.

En síntesis: el significado es la acción y la interacción sobre la base de la interpretación de la situación del actor (sujeto, persona, individuo) en una estructura social, *función/estructura + discurso = significado (de la práctica médica)*.

Ahora bien, ¿sobre qué base teórica interpretar el significado del actor en la práctica médica en el IMSS y el HGEM?; la teoría del funcionalismo-estructural es el acercamiento para el análisis e interpretación del significado

de práctica y formación, por ser una teoría sociológica que trata de articular categorías, tipificaciones o estructuras, en donde el investigador somete la realidad a su análisis.

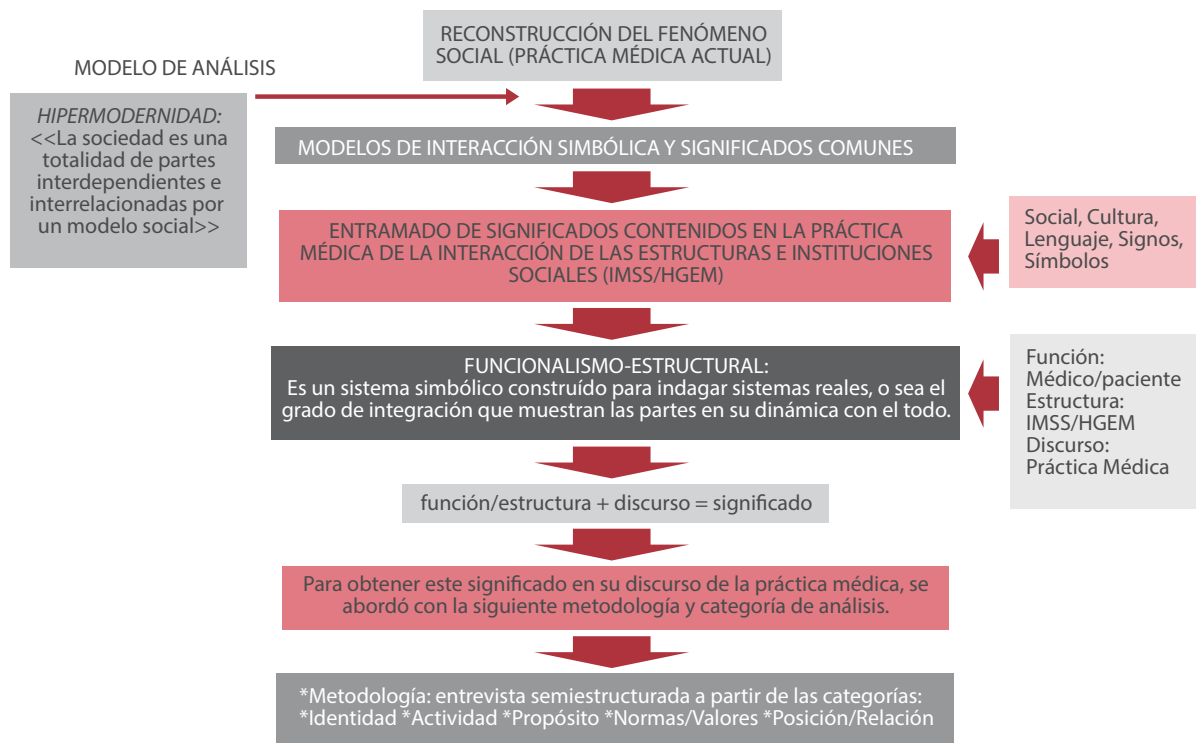
Es un sistema simbólico construido para indagar sistemas reales, y el elemento dominante es la relación entre estructura y función, o sea el grado de integración que muestran las partes en su relación dinámica con el todo, así como la posibilidad de la predicción a corto plazo de un sistema social.

Se construyó un instrumento entrevista con base en cinco categorías derivadas de la construcción teórica del significado a partir de la teoría del funcionalismo estructural, las cuales son:

- a) identidad, b) actividad, c) propósitos, d) normas/valores, e) posición/relación (Figura 2).

El *instrumento entrevista* fue validado en una muestra de 4 médicos del IMSS y 2 del HGEM, y a partir de la primera muestra se realizaron ajustes mínimos, quedando un *instrumento entrevista final*. Este instrumento final se aplicó previo consentimiento informado en una muestra que se obtuvo por muestreo no probabilístico a: 10 médicos del IMSS y 10 médicos HGEM. Ya obtenidas las entrevistas se transcribieron para su análisis en paquetería Atlas Ti V7.

Figura 2. Teoría del funcionalismo estructural.



Resultados (hallazgos/E: entrevista)

	IMSS		HGEM	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
GÉNERO	6	4	6	4
EDAD PROMEDIO	38	43	36	47
ANTIGÜEDAD LABORAL	11	15	10	18

La voz de los actores

Identidad: la entrevista demostró descripciones sin vitalidad respecto a su *práctica médica*, la describen de la siguiente manera: E1¹,E8,E10,E12,E15 “monotonía y desaliento, donde lo principal es atender a los pacientes apeándose a las normas hospitalarias”; E2,E3,E5,E7,E9,E16,E19 “refieren que en los hospitales todos los médicos especialistas ganan igual, por ende nadie se distingue por ser mejor o peor en su especialidad, refieren que al final todos obtienen el mismo sueldo, apuntan que da lo mismo ser médico general que especialista puesto que al trabajar en el IMSS y en el HGEM el sueldo es similar puesto que el general puede hacer horas extras y ganar como especialista; E1,E4,E7,E10,E13,E19,E20 “refieren que en esta época el ser médico es igual que otra profesión, puesto que no hay trabajo y la paga es mala e insuficiente, decir que la práctica realizada tiene algo que la haga única no puede ser, puesto que todo lo que se debe realizar está normado o vigilado por las autoridades”; E1,E2,E5,E9,E13,E17,E18 “refieren que no importa a que institución presten sus servicios lo importante es tener un trabajo fijo y un sueldo para seguir con su estilo de vida”; E1,E8,E10,E12,E15 “refieren algunos que se sienten asalariados por prestar sus servicios a una institución en salud del Estado”; E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19 “comentan la gran mayoría que con la Universalidad de los Servicios de Salud los médicos ganarán más dinero porque serán contratados por el régimen de honorarios, refieren que en esa modalidad si hacen más ganan más, además de que ahora si habrá diferencias entre las especialidades médicas puesto que habrá algunas que tendrán más trabajo y otras no, refieren que con este régimen de tercerización perderán los estímulos de antigüedad, vacaciones, así como las pensiones, puesto que estas se alargaran en años de servicio prestados, o sea que jubilarse en este régimen ya no convendrá para seguir trabajando en una institución Estatal”.

Actividad: las entrevistas E1,E2,E3,E5,E7,E9,E11,E14,E15,E16,E19 revelaron que “refieren una rutina en el Hospital caracterizada por llenar formatos a mano o en computadora, imprimir recetas o solicitudes de laboratorio, seguir las normativas y procedimientos de las Guías de Práctica Clínica o Normas Oficiales Mexicanas, aunque el paciente requiera de otra intervención, procedimiento o prescripción, lo que ocasiona por un lado que la atención médica sea acartonada, unidireccional, e impersonal”; E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19 “refieren que existe gran demanda de atención médica por parte de los pacientes, refieren que en una jornada laboral llegan a atender a más de 30 pacientes por día, lo que les condiciona estrés, angustia y prontitud, refieren que la prontitud se debe también a un acto médico breve para terminar rápido y poder salir a tiempo a su siguiente empleo”; E1,E2,E3,E4,E5,E9,E13,E17,E18 “refieren que lo que realizan en el Hospital es simplemente lo que el manual operativo dice, esto para no tener problemas con las autoridades”; E1,E2,E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19 “refieren que su práctica médica ha sido afectada por recursos materiales y humanos escasos o en ocasiones inexistentes, además de que tienen que atender a los pacientes en sillas o camillas de pasillo, condicionando áreas médicas sobresaturadas, de mal aspecto y de mala higiene”; E1,E2,E4,E5,E6,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19 “refieren que con la Universalidad de los Servicios de Salud el derechohabiente sufrirá las consecuencias puesto que les cobrarán lo que realmente cuesta la atención médica, puesto que este proyecto no contempla todos los servicios médicos que tiene hasta este momento”; E1,E2,E5,E9,E13,E17,E18 “comentan que con la con la Universalidad de los Servicios de Salud se tendrán recursos económicos extras para tener medicamentos, recursos humanos y espacios médicos para una práctica médica adecuada a costa de los pacientes”.

Propósitos: las expresiones E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19,E20 difundidas fueron en relación a “mantener el empleo, no faltar, evitar ausentismo laboral y no tener problemas con los jefes para no ser dados de baja o que les apliquen algún castigo económico”; E1,E2,E4,E5,E6,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 “refieren que ahora la práctica médica que realizan es en defensa de cualquier evento judicial que pueda el paciente o algún bufett jurídico realizar en su contra para obtener dinero, por lo cual mencionan que la práctica médica ahora es apegada

¹E1 a E5 pertenecen a IMSS/Hospital General de Zona 71; E6 a E10 IMSS/Hospital General Regional 53; E11 a E14 HGEM/Hospital General de Chalco; E15 a E20 HGEM/Hospital General de Amecameca.

a normas y disposiciones operativas y no está basada en las necesidades reales del paciente en un momento dado"; E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19,E20 "comentan que con la Universalidad de los Servicios de Salud el Estado les ofrecerá despido y recontractación laboral en otros términos y ya sabrán si lo aceptan o renuncian, comentan que los Hospitales Privados y Aseguradoras serán una opción muy buena para poder trabajar sin restricciones de personal y material por lo cual tiene dos opciones ganadas el despido o la recontractación"; E1,E2,E4,E5,E9,E10,E11,E13,E14,E15,E17,E18 "refieren que el propósito que tenían al ingresar a la especialidad médica el cual era ayudar al paciente, se ha ido olvidando por ausencia en el reconocimiento institucional, por un sueldo cada día más pésimo, por ausencia de materiales e insumos, además de pacientes agresivos y supervisiones médicas incongruentes con la realidad de los hospitales y del paciente, por lo cual la práctica médica la refieren como un trabajo rutinario y altamente complicado".

Normas y Valores: comentan en las entrevistas E1,E2,E4,E5,E8,E10,E11,E12,E14,E15,E17,E20 "trato adecuado y digno hacia el paciente, le reconocen sus derechos, reconocen que existen procedimientos y normativas nacionales como institucionales que lo protegen de una mala praxis"; E1,E2,E3,E4,E5,E6,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 "refieren a la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) como órgano supremo de autoridad en caso de demanda médica"; E1,E2,E4,E5,E6,E8,E10,E13,E17,E18,E19 "pero afirman que el paciente aunque tenga derechos, las instituciones de salud no velan por estos, agregan que las instituciones no responden para resolver los problemas reales que se tienen (enfermedades) de estos, mencionan que últimamente se ha incrementado la falta de instrumental quirúrgico, personal humano, medicamentos, ambulancias, salas de expulsión, espacio para atención médica, etc., con lo cual refieren el cómo pueden ellos resolver esa problemática si es por parte del Estado que ya no invierte dinero en la población"; E1,E2,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E14,E15,E17,E18,E19,E20 "mencionan solo algunos que esta condición es una estrategia inminente de la privatización de los servicios de salud, para que la gente se moleste con ellos, igual que pasó con los trabajadores de Luz y Fuerza del Centro, SEP (Secretaría de Educación Pública) y Pemex (Petróleos Mexicanos), refieren que el plan es desaparecer a las Instituciones de Salud, y contratar personal de manera terciarizada"; E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 "refieren además que esta falta de recursos materiales y de personal ha ocasionado que los pacientes se vuelvan agresivos, groseros, déspotas y demandantes, lo que ha condicionado que en ocasiones los pacientes agreden verbal o físicamente

a los compañeros".

Posición y relación: se perciben en las entrevistas E1,E3,E4,E6,E7,E8,E10,E12,E15,E17,E19,E20 "significados repletos de ausencia en reconocimiento institucional y social, así como falta de apoyo en la realización de procedimientos nuevos, puesto que si un procedimiento no está en los lineamientos de la institución puede ser castigado por mala praxis aunque el paciente lo requiriera"; E1,E5,E6,E7,E8,E9,E11,E12,E13,E17,E18,E19 "además comentan que el sueldo percibido cada día se devalúa, la gran mayoría de los médicos especialistas afirmaron contar con dos o más empleos"; E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 "así también refieren que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público los persigue para pagar más impuestos, pero agregan que la población prefiere acudir a su consulta privada que la institucional, pero que en está el paciente es demandante y déspota"; E1,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 "refieren que su jefe o patrón es la institución en salud en la que laboran, cosa que mencionan debería ser redirigido hacia el paciente el cual es el que sabe de sus necesidades reales y no los administradores en salud"; E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E8,E9,E10,E11,E12,E13,E17,E18,E19,E20 "mencionan que con la privatización de los servicios médicos ellos realmente tomarán el control de la práctica médica, no describen como será, solo lo mencionan".

DISCUSIÓN

Estos actores son representantes de un orden hegemónico social establecido por la estructura del poder actual, donde estos expresan a través de sus discursos la forma de ordenamiento científico médico que en su acto final es la práctica médica. Este conjunto de simbolismos y representaciones en torno a esta cosmovisión científica médica, establece un orden simbólico de normalidad y stablishment en el modelo biomédico curativo de las instituciones garantes en salud del colectivo mexicano, es así que la práctica médica que develan en esta época de hipermodernidad y vida fugaz, se alimenta de un ordenamiento que ha secuestrado el acto médico a expensas de un funcionamiento estatal lleno de perversión incomprensible y con fuerzas que pueden agitar la estabilidad de un gremio, que con las alianzas del poder social (medios masivos de comunicación) pueden condicionar una nube llena de desprestigio hacia el colectivo médico.

La asociación de discursos entre *identidad/actividad/propósito*, refiere ordenamiento a políticas y normas en salud, así como una relación laboral contractual que ofrece una estabilidad económica, mas no así estatus categórico por especialidad médica, rutinas laborales extenuantes de

más de 30 pacientes por turno, con prontitud en el acto médico y lo que condiciona una práctica médica acartonada, deshumanizada, breve e inclusive instantánea, llena de ausencia de medicamentos, personal, salas y laboratorios, donde el médico se percibe como trabajador asalariado y como brazo largo de un gobierno acabado, donde el límite de la práctica médica se encuentra delimitada y secuestrada por los lineamientos organizacionales de cada institución de salud. Además, refieren que el sueldo es muy bajo, es por eso que manifiestan multiplicidad laboral, contemplan que con la Universalidad en Salud, tendrán mejores percepciones laborales y valor social, no se contempla que esta situación brindará al Estado el apoyar la explotación de la práctica médica de una manera más sofisticada a través de contratistas (outsourcing) donde el mercado es amplio, las ganancias al trabajador pocas y al empresario lucrativas (Napoleón, 2014), la gravedad de esta situación es que se condicionarán modelos agobiantes de trabajo sin prestaciones sindicales, económicas y de pensión, que pondrán de manera desolada a una profesión médica destinada a su propio suicidio (Sánchez, 2009).

Se puede mencionar también, que la asociación entre los discursos de *normas/posición* se devela, que no existen diferencias estatales entre especialidades médicas puesto que todos obtienen la misma percepción económica con lo cual no existe categorización dentro de la institución; aunado a ello, existe un interés por el *otro*, donde a este se le dignifica como fin último de esta práctica médica, pero la estructura organizacional no cumple con la función de otorgar a ese otro el reconocimiento, puesto que ante la falta de medicamentos y espacio para la atención, se desvirtúa su acto médico, el cual comentan está dado por condiciones estratégicas en economía para el destino final que es la universalidad en salud. Esto ha condicionado que los pacientes se conviertan en entes agresivos y demandantes de un servicio médico que no está en sus manos resolver porque esto los rebasa; comentan que la atención médica debería redireccionarse a las necesidades reales de los pacientes y no así al cumplimiento de políticas en salud que solo miran y se evalúan por indicadores, agregando que están limitados en su práctica médica puesto que los lineamientos internos y nacionales, son los que establecen los protocolos de atención médica mediata e inmediata, olvidándose de que se desvirtúa el que cada individuo es un ente diferente, esta aproximación al fenómeno de la práctica médica nos invita a reflexionar a partir del clásico proverbio que aconseja conocer quiénes somos y de dónde venimos, a dónde nos dirigimos y, en caso de necesidad, reconducir el rumbo (Sánchez, 2013)

de esta práctica médica.

Por otro lado la privatización de los servicios de salud es vista por los médicos como la salida a esta realidad en la era de hipermodernidad y neoliberalismo, la búsqueda de su individualidad y posicionamiento social, enmarcan un canibalismo social que mantiene expectativas sociales que dan vida a la estructura que re-estructura al colectivo médico en la búsqueda del sentido primordial que se ha constituido en aras de esta profesión, el estatus económico/social, con su atmósfera de confort llena de simbolismos y representaciones de la cultura médica, donde los valores comunes (Bauman, 2001: 2006) que dictaban la ética médica se han desvirtuado por el mercadeo indudable del dinero. En esta ausencia de valores en común, la práctica médica ha transformado su contexto, su origen y su búsqueda en una sociedad que evoluciona se desarrolla y cambia, la práctica médica se ha desvirtuado desconociendo que se encuentra inmersa en una deformación de supuestos que pueden ser coherentes o no de la realidad misma (Fuente, 2014), es aquí donde a través de esta práctica médica se conforma la nueva era médica de nuestros tiempos, atestada de tecnologías, impersonal, acartonada, desvirtuada del sentido de humanístico, ética y ontologismo, he aquí un fragmento lleno de discursos de un fenómeno social que ha todos compete, el acto médico en nuestra sociedad.

CONCLUSIÓN

Este es un artículo que apenas comienza, puesto que el camino que hay que develar es amplio, lleno de laberintos y presiones, es por esto que el plasmar una parte de historicidad es tener el acercamiento con los actores de esta realidad, a través de su interpretación del mundo y no del indicador en salud controlado y manejado por el poder estatal. Cabe señalar que esta investigación es única en su tipo por lo cual no se cuenta con artículos previos con los cuales podamos contrastar o comparar los resultados obtenidos. El plasmar la realidad social de una práctica médica estatal institucionalizada, es acercarse a una realidad llena de laberintos sociales contruidos a través de los mismos personajes que dan vida a estas estructuras en salud.

La práctica médica en esta época de la hipermodernidad, tiene tres niveles: el primero es el sometimiento laboral de la práctica médica a una homogenización del acto médico que es controlado a beneplácito de las instituciones regidas por el Estado. Este acto es descrito como impersonal, acartonado, breve, y con sobrecarga laboral, y además sumemos a este la falta de insumos. El segundo

nivel es su eminente privatización condicionada por las políticas neoliberales en salud, lo que ocasiona una práctica médica institucional impersonal condicionada por sobrecarga laboral, que ejecuta una falta de reconocimiento social por parte del colectivo.

El tercer nivel es la hipermodernidad, la cual condiciona una cultura del "yo" a través del consumismo como integrador de la sociedad, donde se debe paliar la enfermedad a través de algún medicamento fetiche.

Ahora el médico juega en un terreno desconocido, agresivo para su medio y controlador. Aquellos tiempos de la práctica médica personal y humanizada, dan paso

a una práctica transitoria, efímera e imprecisa. He aquí el momento histórico del devenir de una práctica médica sometida por intereses económicos, he aquí el momento de reflexionar como gremio médico hacia donde viramos nuestros actos y nuestra práctica, de otra manera seremos responsables de nuestra propia destrucción.

REFERENCIAS

- Baudrillard, J. (1988). *Selected Writings* (2 ed). Estados Unidos: Editorial Cambridge.
- Bauman, Z. (2001). *En búsqueda de la política* (3 ed). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica,
- Bauman, Z. (2006). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil* (2 ed). Madrid: Siglo XXI.
- Casas, D. & Rodríguez, A. (2013). ¿Are health services universal in México? *Medwave-Chile*, 13(5):e5709 doi: 10.5867/medwave.2013.05.5709 Link: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5709>
- Cordera, R., Cortes, F., Fuentes, L., Rubalcaba, R., Tello, C., Ibarra, D. & Lomelí, L. (2013). Manifiesto por un nuevo modelo democrático de Estado de bienestar. Seminario Universitario de la Cuestión Social, UNAM en: *Revista México Social*, 2 (18): 3-6.
- Cruz, A. 30 de octubre 2011. Constante, el robo de fármacos en el sector público, acepta el ISSSTE. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/30/sociedad/033n1soc>
- Eibenschutz, C. (2007). Atención Médica, Neoliberalismo y Reforma Sanitaria en México. En R. Molina (Ed.), *La seguridad social retos de hoy* (pp. 78-89). México, D.F.: Editorial UAM-Iztapalapa
- Frenk, J., Knaul, F., Gómez, O. & González, E. (2013). Camino a la cobertura universal en salud. *México Social*, 2(27):30-39.
- Fuente, J. (2014). Fundamentos de la hermenéutica de la verosimilitud y sus implicaciones en la hermenéutica del diagnóstico clínico. *Revista Ergo Sum*, 21 (1): 85-91.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2012). *Universalidad de los Servicios de Salud: propuesta de Funsalud*. México: FUNSALUD.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2005). *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*. México: FUNSALUD. Recuperado de <http://portal.funsalud.org.mx/>
- Galván, E. 12 de noviembre 2012. Como salvar al IMSS? *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/11/12/opinion/010o1eco>
- Giddens, A. (2009). *Sociología*. 5ª edición. Editorial Alianza Editorial SA de CVI. Impreso España Madrid
- González, N. & Tinoco, A. (2005). *Salud y sociedad: sus métodos cualitativos de investigación*. Toluca, Edo Mex: Universidad Autónoma del estado de México.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). (2014Enero 13). *Estadísticas en Salud*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/tabla.aspx?Sru=moo-iðid>
- Kottow, M. (2012). Bioética crítica en salud pública ¿aguijón o encrucijada? *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(1): 38-46.
- Leal, G. (26 de abril 2014). Salud: el mito de la universalidad. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/04/26/politica/015a1pol>
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica* (2 ed). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Loría, E. & Díaz, A. (2013). Dos crisis de la economía mexicana: 1995 y 2009. Un análisis dinámico de estado estacionario. *Rev. Ciencia Ergo Sum*, 20 (1): 29-34.
- Napoleón, G. (24 de julio del 2014). Un país con extrema desigualdad es un país enfermo. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/24/opinion/018a1pol>
- Sánchez, P. (2009). La conciencia ecológica. El espejo de una civilización suicid. *Gaceta de Antropología*, 25. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G25_39Policarpo_Sanchez_Yustos.html

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los médicos que participaron en este estudio, por brindarnos su tiempo y su paciencia.

Sánchez, P. (2013). Decadencia y civilización. Alternativas a un presente agotado. *Revista Ergo Sum*, 20 (1): 61-62.

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.

Starr, P. (1991). La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América (1 ed). México D.F: Editorial Fondo de Cultura Económica.