

Salud familiar en las Américas

Medwave 2014;14(5):e5975 doi: 10.5867/medwave.2014.05.5975

La medicina familiar y su práctica médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Family medicine and practice in the Mexican Social Security Institute

Autores: Donovan Casas Patiño^(1,3), Edgar Jarillo Soto⁽²⁾, Alejandra Rodríguez Torres^(1,3)

Filiación:

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca, México

⁽²⁾Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Académica Xochimilco, México

⁽³⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, México

E-mail: capo730211@yahoo.es

Citación: Casas D, Jarillo E, Rodríguez A. Family medicine and practice in the Mexican Social Security Institute. *Medwave* 2014;14(5):e5975 doi: 10.5867/medwave.2014.05.5975

Fecha de envío: 3/5/2014

Fecha de aceptación: 6/6/2014

Fecha de publicación: 26/6/2014

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: medical practice, family medicine, structural functionalism

Resumen

Los ejes de este trabajo se remiten a nociones sobre la práctica médica de especialistas en medicina familiar, en los que se trata de ubicar los significados de esta práctica, su origen, problemas, características, procesos, gestiones, alcances, virtudes, limitaciones, extensiones y pertenencia; para hacer visible la cotidianeidad de la práctica de la medicina familiar en la atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta aproximación requirió de una investigación cualitativa de tipo hermenéutica, apegada a la teoría de funcionalismo estructural. Dentro de este marco teórico, la práctica médica se interpretó como la ecuación significado = acción + función/estructura. Con ello se ofrece un acercamiento a la realidad a partir de entrevistas y observaciones en cinco categorías: identidad, actividad, propósitos, valores/normas, poder/relación. La medicina familiar en su práctica está delimitada a un acto médico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Dicho acto se reduce a un breve interrogatorio y a emitir receta, condicionándolo a una atención efímera, corta y medicalizada. De esta forma se reproduce un imaginario social negativo por parte de los individuos respecto del médico, de los usuarios y en toda la sociedad.

Abstract

The central ideas of this research paper are related to the practice of family medicine as a specialty. It focuses in its origins, problems, unique characteristics, limitations, scope, management, and processes within the context of primary care of the Mexican Social Security System. This approach was based on a qualitative, hermeneutical study closely related to the Structural Functionalism Theory. Within this framework, medical practice is seen as an equation: Meaning = action + function/structure. This offers an approach to the understanding of reality through surveys and observations in five categories: identity, activity, purpose, values/norms, and power/relationship. The practice of family medicine is defined as a medical act in the Mexican Social Security Institute. This act is limited to a brief encounter and a prescription, which makes it a short, fleeting, medicalized interaction. The result is a negative social imaginary of the physician, the patient and the whole of society. Thus, individuals and society host a negative social imaginary bestowed on doctors and users of the health system.

Introducción

El presente artículo se lleva a cabo desde la corriente del pensamiento de la salud colectiva, que busca una nueva mirada sobre las condiciones de salud de las colectividades. Este pensamiento propone que "la intervención no sea sobre meros individuos, sino en sujetos sociales y centrada en una práctica de la salud" [1],[2]. Su visión del proceso salud/enfermedad es desde lo colectivo con elementos teóricos, conceptuales y metodológicos que incorporen la trama compleja de las dimensiones sociales y biológicas donde tiene existencia el proceso mismo. De esta forma se otorga un peso importante a la sociedad respecto al proceso de salud/enfermedad, enfatizando que "el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales" [3],[4]. ¿Se debe considerar a la medicina familiar como un elemento social de gran importancia para la colectividad o sólo debe entenderse su instauración como fenómeno social dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social?

El establecimiento de la medicina hegemónica como eje de poder científico médico se debe a una necesidad social en salud y como un elemento controlador del Estado. Estas dos vertientes construyeron a la medicina familiar en México. Se trata de una práctica médica que se instaló en la atención primaria de salud [5],[6],[7]. En consecuencia, está condicionada por reglas y normas de estructuras institucionales en salud donde preexiste y, a su vez, forma parte de una estructura social que existía de facto antes de su conformación. Además, esta medicina ha dado lugar a grandes campañas políticas en salud como las de control prenatal de los años setenta.

Es en este nivel donde se instaura la medicina familiar, donde se realizan y conforman acciones preestablecidas para la atención médica integral de primer contacto, basada en un modelo biomédico hegemónico curativo que se ejerce de manera uniforme en las unidades médicas de atención primaria, o unidades de medicina familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta medicina familiar tiene entramados de significados y signos que la hacen única dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya estructura organizacional es muy compleja.

Este modelo médico hegemónico se constituyó a partir de una necesidad: conservar la salud de los trabajadores en un momento histórico de su desarrollo social. La medicina familiar surge en México en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se inicia en consultorios y clínicas improvisadas, sin una metodología teórica. Se definía de manera operacional para dar respuesta a las demandas de atención de la población, sin un planteamiento conceptual sobre el médico familiar quien se erigió como respuesta a una instancia mediática social. El servicio se otorgaba como consulta externa, visita a domicilio y hospitalización. En 1955 se establece en el Instituto Mexicano del Seguro Social el "sistema médico familiar" [8],[9], basado en la adscripción de un grupo determinado de población derechohabiente a un médico. Un año más tarde, en

1956, se publica el "primer instructivo que rige las actividades del médico de familia":

"En sus generalidades dicese que dicho médico, será el responsable ante el Instituto, tanto desde el punto de vista de las atenciones que imparta, como desde el punto de vista administrativo -expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.- de la población derechohabiente que se le encomienda, a la que atenderá en consulta externa como a domicilio. Su población adscrita será de 3.500 derechohabientes por médico, con una jornada de seis horas al día repartidas entre cuatro horas de consulta externa y dos horas de atención domiciliaria"[9].

En estas normativas institucionales el médico de familia iniciaba su práctica médica con un instructivo denominado sistema del médico de familia. Estaba constituido en un experimento médico-administrativo y económico-social sin precedentes. Ello dio vida a la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta especialidad ha sido practicada desde ese entonces dentro de los límites de un modelo biomédico institucional medicalizado, donde el proceso salud/enfermedad es visto desde una perspectiva biologicista, curativa y reduccionista que en su búsqueda de identidad propia ha tratado de tener una mirada diferente: la terapia familiar [10].

El médico familiar se convierte así en terapeuta familiar, llenando el vacío psicosocial de esta especialidad en México [10]. A la familia se le instituye desde la formación de posgrado como el objeto de estudio de la terapia familiar. Al especialista, también se le hace rotar en su formación por múltiples servicios de especialidades troncales como pediatría, neonatología, infectología, terapia intensiva, urgencias, ortopedia, traumatología, urología, nutrición, entre otras, desvirtuando su identidad y pertenencia al tratar de ser un "especialista de todo". De esta forma se crea un sujeto vacío de significaciones, con un imaginario biomédico institucional medicalizado, enfocado en la enfermedad de los individuos y el colectivo. Su conocimiento científico se debate día a día en la búsqueda de la enfermedad, aunque ésta no coexista en el individuo.

A la medicina familiar la podemos entender también como una práctica social que se instala en la atención primaria de salud, condicionada por reglas y normas estructurales de las instituciones sanitarias donde existe y que a su vez forman parte de estructuras sociales. Asimismo a la medicina familiar se le puede comprender en el marco de las organizaciones complejas, ya que por su magnitud requiere la instauración de procesos normalizados que permitan alinear todas las acciones individuales bajo una orientación específica. De esa forma definen la actuación de los profesionales de la medicina, matizando y orientado sus acciones técnicas, sin dejar de responder a la función específica de esa forma de práctica social [11]. Con ello se articulan los procesos determinados por la institución para normar sus mecanismos de atención médica.

La práctica médica es la operación que implica a un conjunto de conocimientos científicos, médicos y técnicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos, entre ellos el cuerpo, el individuo y la persona. En medicina familiar esta práctica se realiza en el primer nivel de atención del sistema nacional de salud. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social dicha práctica se ejecuta en las unidades de medicina familiar, unidades auxiliares de salud y hospitales regionales. En ellas el atender el proceso salud/enfermedad del individuo, familia y comunidad es pretender explicar su permanencia dentro de la estructura social de este instituto.

En el sistema social los individuos negocian estructuras de significado entre ellos, se toman en cuenta, crean y exhiben imágenes de sí mismos y de otros. Todo esto da como resultado un significado que se deriva del proceso de la interacción social y no de procesos mentales. 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, por ende el significado reside dentro del acto social y está estrechamente relacionado con el sistema social. Dicho sistema "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" [12]. El significado de un objeto (acción) particular es lo que lo distingue de otros objetos (acciones) posibles. Si no 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 éste siempre se refiere a otro significado. Ello quiere decir que sólo el objeto (significado) puede cambiar el contenido semántico, el que suele producir más significados. 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 el significado de esta situación dada por el actor en la práctica médica de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social?

Objetivo del estudio

Conocer y describir el significado de la práctica profesional de los/as médicos/as del área de medicina familiar de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Metodología y diseño de investigación

El trabajo se orienta a conocer y describir el significado de la práctica de la medicina familiar como eje central en el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que delimita y

define el problema de la investigación. Sin embargo, es manifiesto que la mayoría de las investigaciones en medicina familiar se realizan con un perfil biomédico curativo, con tintes o barnices de terapia familiar.

Existen pocos antecedentes enfocados a los aspectos formativos y de práctica, así como sobre los significados de esta especialidad. Ante ello se decidió orientar el trabajo a técnicas etnográficas porque éstas ofrecen elementos y enfoques que permiten dar cuenta de lo que se pretende explicar e interpretar, expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie, y que permiten entender los procesos sociales. En este sentido Geertz, refiere que "si uno desea comprender lo que es ciencia, en primer lugar debería prestar atención, no a sus teorías o a sus descubrimientos y ciertamente no a lo que los abogados de esa ciencia dicen sobre ella; uno debe atender a lo que hacen los que la practican" [13].

La metodología empleada en este estudio corresponde a la utilizada en la etnografía, tomada de la antropología cultural. Lo que se busca en realidad es conversar con los otros y, desde su función teórica, suministrar un vocabulario en el cual se pueda expresar lo que la acción simbólica tiene que decir sobre sí misma. En este caso sobre el papel de la cultura en la vida humana. La etnografía es una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales. Recrea para el lector las creencias compartidas, prácticas, artefactos, conocimiento popular, significados y comportamiento de un grupo de personas [14],[15],[16].

La etnografía en este estudio se apoyó con la interpretación de la teoría del funcionalismo estructural. Este enfoque de las ciencias sociales aplica un método y teoría que se ocupa de analizar en particular las grandes estructuras e instituciones sociales desde el lenguaje, la cultura y la sociedad que la conforma. De esta manera, el significado de los médicos familiares respecto a su práctica médica está contenido en la acción y en la interacción de las estructuras e instituciones sociales.

En este contexto, la apuesta teórica del funcionalismo estructural es de gran ayuda pues permite entender el significado en esta investigación, junto con explorar las interrelaciones de las estructuras a través de las cuales se produce el significado dentro de la cultura institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (Figura 1).

La práctica médica se expresará en el significado de los actores médicos en la atención primaria a través de la ecuación: significado = acción + función/estructura. Este será el punto estratégico de análisis y búsqueda de la información que remita a la realidad de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los ejes de este trabajo de investigación se remiten a nociones como práctica médica de especialistas en medicina familiar, para hacer visible la vida cotidiana de su ejercicio profesional en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En estos ejes se trata de ubicar los significados de su práctica médica, su origen, problemas,

características, procesos, gestiones, alcances, virtudes, limitaciones, extensiones y pertenencia.

En la investigación se trabajó con datos no estructurados y su análisis implicó la interpretación de significados a partir de entrevistas semi-estructuradas. Además el trabajo de campo incluyó la observación participante de médicos familiares, con el fin de disponer de reflexividad contextual. Entre los aspectos observados se incluyen la interacción social que se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar, las negociaciones consensuadas, las complejidades del trabajo clínico y práctico, las tipificaciones, así como las relaciones entre medicina hegemónica y liberal. Éstas no son características exclusivas de la etnografía, pero sí están consensuadas por varios autores [17],[18],[19],[20].

Para construir el instrumento de observación y de entrevista se elaboró un cuestionario orientado a obtener el significado de la práctica de la medicina familiar, a partir de las categorías del significado basadas en la teoría funcional estructural. Estas categorías son identidad, actividad, propósitos, normas y valores, posición y relación. Las preguntas fueron revisadas por expertos en el área de atención primaria de la salud, con cinco expertos en ronda de tres. De allí se obtuvo una versión preliminar de guía de observación y entrevista (véase Figura 2). Para la validación del instrumento se aplicó a un grupo piloto de cinco médicos familiares de una unidad de medicina familiar. Luego se generó una versión final que se aplicó en la Zona los Reyes la Paz del Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social (la zona comprende de Amecameca a Ecatepec), en 10 unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (Chalco, Nezahualcóyotl, Chimalhuacán, Chicoloapan, Valle de Chalco, Ixtapaluca, Ayotla, Amecameca, Ozumba y Texcoco). En todas estas aplicaciones se ejecutó una estrategia observacional de tipo descriptivo-encuesta, de corte transversal.

A los médicos/as especialistas de medicina familiar de las respectivas unidades, previa firma de consentimiento informado, se les aplicó una entrevista semi-estructurada y cédula de observación en un lapso comprendido entre los meses de julio y diciembre de 2013. (ver Anexos 1 y 2) En el trabajo de campo la obtención de información constó de 20 cédulas de entrevista (de 30 a 45 minutos de duración cada una, aplicada por un licenciado en comunicación), y 20 cédulas de observación (Figura 3 y 4). Éstas últimas se realizaron a través de la captura de datos en la cédula por parte del investigador. Se obtuvo un 100% de aleatorización de los médicos estudiados. La relación de género de mantuvo dos a uno, predominando el sexo femenino.

Una vez obtenida la información, se transcribieron las entrevistas y observaciones, aplicándose códigos en cada categoría para el respectivo análisis. Los códigos usados para las entrevistas y observaciones fueron identidad/actividad/propósito/normas-valores/posición-relación. Las transcripciones se analizaron en ATLAS.ti V17. Con los códigos conformados, se inició el análisis

discursivo a través de las asociaciones del significado de la práctica médica. En el segundo momento se obtuvieron mapas de asociación entre significado de práctica médica, tanto en las entrevistas como en las observaciones.

Resultados

Entrevista: la voz de los actores

[Anexo 1: Guía de entrevista](#)

[Anexo 2: Guía de observación](#)

En la búsqueda de una identidad encontramos descripciones sin vitalidad, significados repletos de sombras y poco elaborados. La familia se reitera como objeto de estudio y práctica sin precisar su método y enfoque. La opinión vertida sobre lo que representa ser médico familiar se limitó al estatus social, a la realización profesional en la que se insiste en determinar la diferenciación de una profesión más que a una función social. Ese prestigio social pragmatizado en el logro personal, seguridad económica y laboral, se visualiza más en el ámbito social que en el institucional dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Respecto a la elección de medicina familiar como especialidad médica, la gran mayoría optó por esta especialidad como segunda alternativa. Ello se debería a que no pudieron ingresar a una especialidad distinta con mayor prestigio.

Las expresiones vertidas acerca de la diferencia entre medicina familiar y otras especialidades, se pueden clasificar en cuatro grupos:

- **Grupo 1:** la exclusividad de familia como objeto de análisis y práctica.
- **Grupo 2:** la medicina familiar se yuxtapone como algo completo frente a otras especialidades que escinden al sujeto, fragmentándolo y parcializándolo.
- **Grupo 3:** la especialidad se interpreta como algo integral, completo y abarcativo.
- **Grupo 4:** no se establece diferencia de la medicina familiar con cualquier otra especialidad médica.

Llama la atención que las expresiones vertidas denotan que la medicina familiar se encarga del sujeto en su pertenencia a un núcleo de más integrantes, y no como ocurre en otras especialidades médicas que se dirigen a un órgano o sistema anatómico.

En relación a la expresión de la actualidad de la medicina familiar, la falta de reconocimiento por parte de los pacientes, de los profesionales de la medicina y de los mismos médicos familiares, denota ausencia de prestigio hacia esta especialidad. A ello se suma que la tecnología introducida en 2004 para la mejora de la medicina familiar, en este caso el Sistema Informático en Medicina Familiar (SIMF)*, mostró algunas coincidencias en este sentido. Por una parte facilitó el trabajo de los médicos familiares y, por otro, se tradujo en una consulta médica impersonal donde la captura de notas médicas en el

expediente clínico desplaza la anamnesis** y la exploración física.

La expresión sobre el futuro de la medicina familiar es de poca claridad. Se percibe incertidumbre y dificultad para su continuidad como especialidad en el entorno de la institución. Se entiende que la medicina familiar no tiene proyección, donde los especialistas observan esta realidad como acabada y sin salidas.

Asimismo, el tiempo disponible para la consulta en medicina familiar se considera insuficiente. Los médicos familiares perciben que el número de pacientes atendidos en la jornada laboral, es una carga condicionada por el sistema de salud. A ello se agrega que el tiempo de consulta médica está restringido a 12 minutos por paciente en promedio, con 26 a 32 pacientes por turno. Ello limita el ejercicio médico a tiempo por consulta, como parte del esquema de trabajo dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estos especialistas comentan que existen tres factores que determinan el tiempo de atención para cada paciente: uno es el padecimiento por el cual el paciente acude a solicitar opinión o ayuda respecto a un mal, malestar o dolor; otro es el tiempo para la consulta que tiene cada médico para atender a un número determinado de pacientes; y por último, el número de pacientes que demandan atención. Como contraparte, los facultativos manifiestan que podrían aplicarse criterios para definir un valor promedio de duración de la consulta médica. Para ello se plantea:

- a) Categorizar el padecimiento, según si es grave o menor.
- b) Considerar el número de pacientes en espera.
- c) Contemplar la disponibilidad de médicos/as para la atención.

Las opiniones acerca del propósito se centran en la curación y prevención del padecer del paciente y su familia. Subyace en ello el pensamiento biomédico de la práctica médica, que concibe la mejora en la calidad de vida de los individuos y de la sociedad como resultado de la intervención profesional de la medicina familiar. El propósito se restringe a lo biomédico y la estructura del Instituto Mexicano del Seguro Social refuerza el propósito incuestionable de la curación y la prevención para la medicina familiar.

Las expresiones acerca de los valores muestran que el respeto al paciente está implícito en la relación del médico familiar. Aunque no se vislumbra la comprensión del otro (otredad), sí se presentan principios básicos de esta cualidad como la necesidad de comprender y escuchar al paciente, valor que es adquirido desde la fase de formación. Es significativa la percepción de los pacientes respecto del médico, con poco respeto para ellos. Esto genera una respuesta recíproca que vulnera al individuo y que justificaría una relación de alteridad de los profesionales de la medicina.

Las expresiones sobre la libertad del médico/a familiar en la práctica de la profesión se basan en los conocimientos que permiten ejercer la propia voluntad del médico. Por esta razón, la limitación del tiempo en la consulta deviene en un factor que ata al ejercicio médico debido a la organización gerencial. Así el acto médico no es libre por completo, está limitado y secuestrado por la demanda de atención en la organización institucional.

Respecto a posición y relación de la autoridad en la consulta médica familiar, los médicos opinaron que es el jefe del departamento clínico a quien se le reconoce como el solucionador mediato de los problemas de la consulta. No obstante en el orden de una estructura jerárquica, no definen como es su autoridad ni si ésta tiene límites o a qué tipo de autoridad corresponde.

Observación de los actores

Las observaciones realizadas en la búsqueda de una identidad, algo que los hiciera diferentes a otras especialidades médicas o que la población los distinguiera de otros médicos, puso de manifiesto que los instrumentos de uso en esta práctica de la medicina familiar son la computadora, baumanómetro o esfigmomanómetro, estetoscopio y lámpara manual o de chicote. Estos elementos son utilizados ilimitadamente y de manera repetitiva en esta práctica médica. Sin embargo, no son exclusivos de la medicina familiar sino que son instrumentos universales del ejercicio médico, por lo tanto son parte de las actividades de cualquier especialidad médica.

Una observación muy importante fue el uso de la bata blanca, un objeto con una carga simbólica muy fuerte porque está llena de significados impregnados por la sociedad. Las observaciones fueron que la bata blanca se lleva limpia y arreglada, pero el logo que la identifica no corresponde al del Instituto Mexicano del Seguro Social, sino que es de otras instituciones como el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto de Salud del Estado de México, Fundación Best AC, Universidad Nacional Autónoma de México, Médica Sur y algunas otras sin logo. Todo ello resulta relevante ya que se destaca con ese identificador institucional la falta de pertenencia a la institución donde laboran. Además, comunican a sus pacientes que la atención y práctica brindada por ellos no los compromete con su institución, sino que ellos pertenecen a otra distinta.

El escritorio del consultorio de medicina familiar se encontró en todos los casos invadido por la computadora, impresora y papeles. Dichos elementos limitan la comunicación verbal y no verbal con los usuarios, desgastando la relación médico-paciente y comunicando la saturación e indiferencia por parte del médico hacia él. Consecuencia de ello es la degradación constante de la identidad propia dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Todo esto remite a una construcción de la identidad del profesional de la medicina familiar repleta de símbolos negativos.

La actividad que se observó en el médico de familia en la práctica de la consulta, de mayor a menor frecuencia, fue: interrogatorio médico, uso ininterrumpido de la computadora para registro de la información del paciente y de la actividad médica, la emisión de la receta con indicación terapéutica farmacológica sin explicarse de manera amplia al paciente o familiar, exploración física concretada en toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca (constantes vitales), y por último la interpretación de estudios de laboratorio y gabinete. Estos últimos no se explican al paciente o al familiar, probablemente debido a la falta de tiempo en la consulta.

La atención hacia el paciente en la práctica de la medicina familiar se ve interferida y casi anulada por diversas acciones. Entre estas destacan la interposición del uso de la computadora, escuchar música, jugar ajedrez, revisar el correo electrónico y la sobreutilización del teléfono celular. Todo ello distrae severamente la atención de lo que expresa el paciente. En otros casos los médicos/as sí prestan atención completa al paciente, pero el diálogo es unidireccional con lo que se demuestra una relación de poder a expensas de un saber médico.

La observación sobre el propósito se definió con un breve interrogatorio al paciente y la emisión de una receta con tratamiento farmacológico. Este ritual parece estar asumido y aceptado por ambos actores, y su encuentro en el consultorio de atención primaria no ofrece alternativas. Las visitas médicas recurrentes de los pacientes se tornan rutinarias en las actividades del profesional y generan desencanto en los pacientes. La observación sobre el acercamiento del médico al paciente expresa actitudes que van desde la superioridad manifiesta, pasando por el desdén, hasta rozar el autoritarismo disfrazado de paternalismo.

Las observaciones de valores y normas mostraron que el médico familiar goza de independencia en las decisiones médicas. Esta independencia se combina con autonomía, pero no con libertad en la toma de decisiones médicas ya que está limitada por procesos administrativos de la propia institución y supervisada por el jefe del departamento clínico.

El respeto hacia el paciente es escaso, puesto que desde el inicio no se permite la comunicación verbal del paciente. Cuando ésta ocurre resulta carente de interés para el médico, quien muestra poco interés por las opiniones y prácticas del paciente. Sólo en dos casos se observó tolerancia y respeto hacia lo expresado por el paciente, lo que denota una desvalorización del paciente en la práctica de la medicina familiar institucional.

Las observaciones sobre posición y relación en la práctica de la medicina familiar se centran en indicaciones médicas y administrativas. Las indicaciones médicas manifiestan dos relaciones de poder: la del médico familiar encargado del consultorio médico y la del jefe del departamento clínico encargado de la funcionalidad operativa de la unidad médica. En el plano administrativo se observaron tres relaciones de poder:

- a) Las políticas administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- b) Las que involucran al jefe del departamento clínico, quien es el operador del ritmo de la consulta médica, del número de referencias a segundo nivel y de la prescripción razonada en razón de los indicadores institucionales.
- c) Las que envuelven al médico familiar, que asegura el orden y la eficacia de los indicadores institucionales.

Discusión con los resultados con ATLAS.ti

La práctica de los médicos familiares demostró en la entrevista una asociación significativamente negativa con la identidad, esto en el nexo medicina familiar/familia que está vacío y carente de sentido conceptual. Sumado a ello, en la entrevista la actividad en la práctica médica demostró una asociación negativa en el tiempo de consulta médica. Éste está limitado a 12 minutos por cada paciente, para 30 a 32 pacientes en seis horas. Al parecer, la condición del tiempo determina el acto médico ocasionando que éste no sea libre por completo, que esté limitado y secuestrado por la organización institucional (en este caso el Instituto Mexicano del Seguro Social). Ello origina una percepción negativa por parte del usuario y una asociación negativa de la actividad realizada por parte de los médicos familiares, acentuando aún más la carencia de un cuerpo doctrinal y conceptual que los defina y los haga únicos en su práctica.

En la entrevista, el análisis de la asociación entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la práctica médica demostró que el tiempo en la consulta es limitado y considerado insuficiente para la atención médica de los pacientes. El aparato estructural y organizacional del Instituto Mexicano del Seguro Social condiciona una jornada laboral extenuante para el médico familiar, junto con ello la demanda de atención por parte del paciente se incrementa. En este punto se genera un círculo vicioso: el breve tiempo de consulta con los médicos, insatisfacción de los usuarios por largas filas de espera y una atención médica fugaz. Cabe mencionar que desde su creación y operación en 1942, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido el mismo problema: sobredemanda de servicios médicos, atención médica con tiempos de espera prolongados y breve atención.

En forma adicional, existe una asociación fuerte entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y la práctica curativa/biomédica, donde el acto médico está limitado y secuestrado por la misma organización institucional. En consecuencia, la estructura organizacional del Instituto Mexicano del Seguro Social conformó y agrupó a la medicina familiar en México, arrebatándole su desenvolvimiento en la atención primaria en salud.

La asociación que encontramos en las entrevistas entre práctica médica/medicina familiar/médico familiar/Instituto Mexicano del Seguro Social, se restringe a una actividad/propósito/posición-relación carente de cuerpo doctrinal y conceptual. Es decir se trata de un acto médico limitado por el tiempo por consulta, acotado a un

acto biomédico, breve, impersonal, despersonalizado, ausente de libertad de ejercicio y además carente de identidad propia. El Instituto Mexicano del Seguro Social refuerza todos estos elementos negativos, reproduciendo personal en salud carentes de pertenencia institucional e identidad, pero eso sí, dominados por su estructura organizacional donde el significado de la práctica se ciñe a lo biomédico.

Asimismo, la asociación demostrada en las observaciones entre práctica médica/medicina familiar/médico familiar/Instituto Mexicano del Seguro Social, refuerza una identidad/actividad/propósito/valor-norma desvanecida entre actos médicos interrumpidos por uso de la computadora, batas blancas con logos no correspondientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, discurso médico tecnificado, exploración física limitada a signos vitales, interrogatorio clínico breve y con una rápida prescripción médica. Este ejercicio se repite en escenarios similares de las unidades de medicina familiar y en cada rincón específico de los consultorios médicos.

La posición-relación observó actos médicos libres combinados con autonomía, pero no libertad en la toma de decisiones. Esto está coaccionado por la estructura organizacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde lo observado confirma un sujeto sometido a una estructura de salud. Dicho sujeto realiza una acción orientada y limitada por la misma estructura que lo domestica y alinea el acto hacia un final controlado. Se trata de un acto biomédico de atención primaria en salud, confirmado por el médico familiar y reafirmado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conclusión

El acto médico de la medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social se reduce a un breve interrogatorio y emisión de receta, lo que condiciona una atención efímera, corta y medicalizada. Con ello se reproduce un imaginario social negativo por parte de los individuos (médico y usuarios), y en toda la sociedad.

Este ordenamiento de la realidad representa la transformación reconfigurada del significado de la práctica médica, a partir de la estructura del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta práctica se caracteriza por la insatisfacción en la relación médico-paciente, el uso exhaustivo de la tecnología y sus múltiples aplicaciones que dejan de ser un elemento auxiliar y pasan a ser centrales, así como de las decisiones administrativas del flujo de la atención basada en la estructura piramidal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Todos estos elementos reconfigurados condicionan un significado carente de idea (función, actividad, propósito, visión, misión) y figura (personajes emblemáticos de la especialidad en medicina familiar). No existe una fuerza vital (identidad/pertenencia), borrándose así todo tipo de referencia respecto de la especialidad en medicina familiar. Con ello se generan fuerzas centrípetas que implosionan. La falta de coherencia entre los actos,

principios y valores que se expresan institucionalmente con reconocimiento parcial por parte de los especialistas en medicina familiar. Asimismo, desdibujan su consistencia y fortaleza poniendo en duda la continuidad de la medicina familiar como especialidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Al haber heterogeneidad de ideas y principios, e incoherencia de lo que distingue a los profesionales de la especialidad, sólo se vislumbran dos funciones: el apego a un modelo biomédico de la especialidad y de la institución, y la puerta de entrada a un sistema de salud.

Si el modelo continúa basándose en la especialización, la medicina familiar puede perder estas dos funciones que serían asumidas por otras especialidades. La referida especialización se ha constituido en el pensamiento dominante de los médicos familiares y los usuarios, quienes los asumen como algo dado no cuestionable y que es sugerido por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta entidad, que a pesar de ser una estructura conformadora de redes sociales, se ha convertido en un mar inmenso de turbulencia, agitación y sin sentido de la realidad de una seguridad social restringida al hecho hegemónico de la consulta médica, biologicista y curativa, debido a los malos manejos y continuas direcciones ejecutivas.

Es necesario y urgente que el médico mire no sólo el escenario de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, sino que observe los procesos que existen antes de la presentación de la enfermedad. De esta forma combatirá lastres sociales de la humanidad como pobreza, marginación, hambruna y guerra, desde la mirada científica transdisciplinaria de la medicina. En consecuencia, se necesita una medicina a gran escala, con filosofía de práctica social y no sólo un espacio de consultorio médico, prescriptor de medicamentos y manipulador quirúrgico.

Notas

*Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF). Registro electrónico; realizado directamente por el Médico Familiar en la atención médica prestada, registrado en expediente electrónico, con intercambio en línea al interior de la unidad de medicina familiar; uso de redes, HL/, SOAP, XML.

**La anamnesis es la parte más importante de la medicina, es la acción previa a cualquier estudio clínico, es el núcleo en torno al cual se desarrolla la relación médico-paciente, aquí se reúnen los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo, y no tener conflictos de intereses asociados a la materia del mismo. Los formularios pueden ser solicitados al autor responsable o a la dirección editorial de la revista.

Agradecimientos

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, a cada uno de los médicos familiares que intervinieron en esta investigación brindando su tiempo y confidencialidad, y a CONACYT por su apoyo, con lo cual se hizo posible concluir con esta investigación.

Aspectos éticos

El presente trabajo contó con la aprobación del comité de ética institucional. El certificado correspondiente puede ser solicitado a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Arango Y. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev Cub Salud Pub.* 2008;34(1):19-24. | [Link](#) |
2. Granda E. ¿A que llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cub Salud Pub.* 2004;30(2):1-19. | [Link](#) |
3. Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: *Lo biológico y lo social - su articulación en la formación del personal de salud.* Washington D.C.: OPS-OMS, 1994:1-12. | [Link](#) |
4. López O, Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: *Tratado latinoamericano de sociología.* México D.F.: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 2006.
5. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México D.F.: Medicina Familiar Mexicana, 2002:90-102.
6. Irigoyen A, Morales H, Hamui A, Ponce R. La medicina familiar en iberoamérica: una reflexión histórica. *Bol Mex His Fil Med.* 2006;9(2):48-51. | [Link](#) |
7. González B. Los cuatro pilares de la medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2004;6(2):31-33. | [Link](#) |
8. Cárdenas P. Juicio crítico de la medicina mexicana en el siglo XX. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2000;45(3):149-160. | [Link](#) |
9. Cárdenas P. Medicina familiar en México, historia. México, D.F.: Progreso, 1974:12-165.
10. Casas D, Jarillo E, Contreras G, Rodríguez A. Collective health and family medicine. *Medwave.* 2013;13(4):e5666. | [CrossRef](#) |
11. Jarillo EC. La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En: *Temas y desafíos en salud colectiva.* Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 2007:327-346.
12. Ritzer G. Teoría sociológica moderna. Madrid: Mc Graw Hill, 2002:116-149.
13. Geertz C. El antropólogo como autor. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1989:23-35
14. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona, España, Gedisa: 2000:19-36.
15. Galindo C. Técnicas de investigación, en sociedad, cultura y comunicación. México, D.F.: Pearson Educación, 1998:42-56.
16. Hammesley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice.* New York: Taylor & Francis Group, 2007:3-18.
17. Guerrero S. Enseñanza y sociedad: el conocimiento sociológico de la educación. Madrid, España: Siglo XXI, 2003:273-274.
18. Guber R. La etnografía, método, campo y reflexividad. Bogotá, Colombia: Norma, 2001:43-44.
19. Savage J. Ethnography and health care. *BMJ.* 2000;321(7273):1400-2. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Schwartz H, Jacobs J. Sociología cualitativa, método para la reconstrucción de la realidad. Mexico, D.F.: Trillas, 1999:215-221.

Figuras

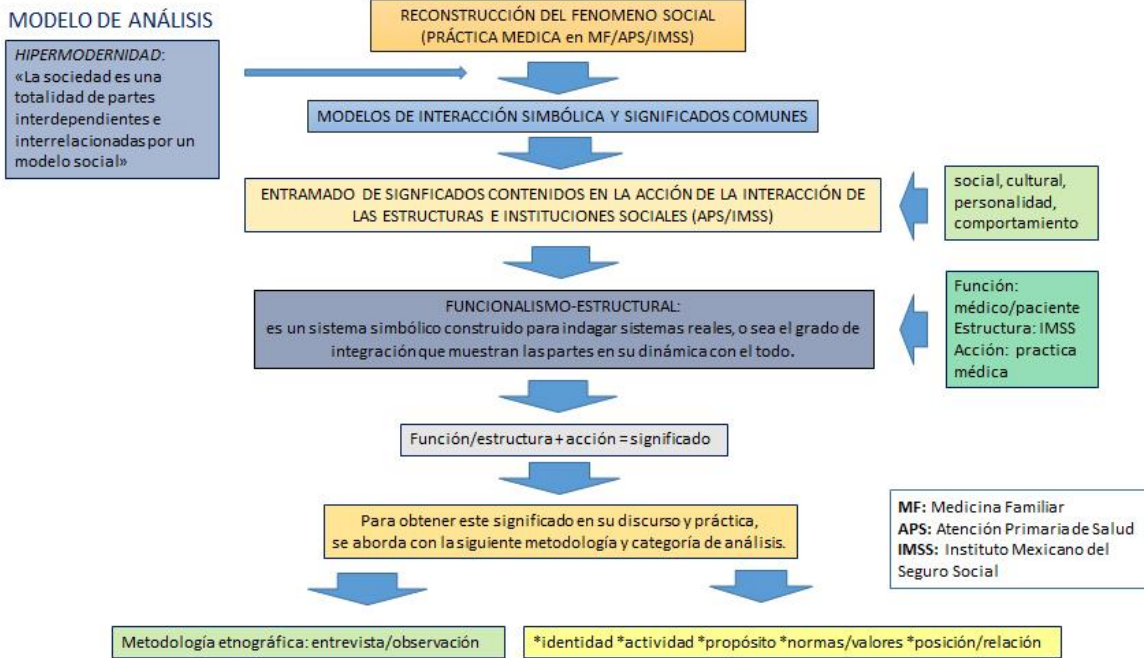


Figura 1. Flujograma explicativo del modelo teórico aplicado (funcionalismo estructural). Fuente: elaboración propia.



Figura 2. Guía de observación y entrevista. Fuente: elaboración propia.



Figura 3. Entrevista.



Figura 4. Entrevista.

Correspondencia a:
Carretera Amecameca
Ayapango Km 2.5
Colonia. Centro C.P. 56900
México



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.