



Entreciencias: diálogos en la Sociedad del
Conocimiento
ISSN 2007-8064
entreciencias@enes.unam.mx
Universidad Nacional Autónoma de México
México

La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva

Jarillo-Soto, Edgar C.; Casas-Patiño, Donovan; Contreras-Landgrave, Georgina

La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva

Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 4, núm. 11, 2016

Universidad Nacional Autónoma de México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457647810006>

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial Sin Obra Derivada 4.0 Internacional

La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva

Edgar C. Jarillo-Soto ^a / jsec6322@correo.xoc.uam.mx
Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México

Donovan Casas-Patiño ^b / capo730211@yahoo.es
Universidad Autónoma del Estado de México, México

Georgina Contreras-Landgrave ^c / gcontrerasl@uaemex.mx
Universidad Autónoma del Estado de México, México

Resumen: En este trabajo, se presenta una reflexión desde la salud colectiva sobre las tecnologías de gestión introducidas en la medicina institucional y sus consecuencias en la formación de los profesionales de la medicina. Se plantean tres niveles de análisis: *a)* las condiciones estructurales y la reforma neoliberal con sus consecuencias en el sistema de salud y los determinantes sociales de la salud; *b)* la medicina institucional, su complejidad y cambios de gerenciamiento para cumplir metas e indicadores; y *c)* la práctica de los profesionales de la medicina en ese contexto. Todo ello concerniente al ámbito mexicano. Con la perspectiva de la determinación social de los procesos sanitarios de la salud colectiva, se concluye que médicos especialistas de la medicina # durante su formación #, desplazan su instrucción técnica y se someten a la tensión de la complejidad institucional en donde se encuentran insertos.

Palabras clave: medicina institucional, profesionales de la medicina, formación médica, medicina gerenciada, tecnologías de gestión.

Abstract: This paper presents a reflection from a collective health perspective on management technologies introduced into institutional medicine and its consequences for the training of medical professionals. Three level of analysis are proposed: *a)* structural conditions and the neoliberal reform with its consequences on the health system and on social health determinants; *b)* institutional medicine, its complexity and the management changes that are necessary in order to achieve targets and indicators; and *c)* the practice of medical professionals in that context. All this within the Mexican context. Though the perspective of social determination of collective health processes, the conclusion is that medical specialists # in the course of their training- put aside their technical Knowledge and are subjected to the stress of the institutional complexity in which they are involved.

Keywords: institutional medicine, medical professionals, medical trainingmanagement changes, management technologies.

INTRODUCCIÓN

La salud colectiva, es un área de conocimiento con un prolífico desarrollo en las últimas cuatro décadas, interpreta el proceso salud-enfermedad y la forma como la sociedad se organiza para darle respuesta. La salud colectiva tiene dos objetos de conocimiento: *a)* los problemas de salud-enfermedad y *b)* las prácticas sociales para enfrentarlos. Ambos objetos de conocimiento insertos en su dimensión social. Sin obviar sus componentes orgánicos e individuales, da primacía explicativa a las condiciones económicas, sociales y culturales de la sociedad. Así,

Edgar C. Jarillo-Soto, Donovan Casas-Patiño, Georgina Contreras-Landgrave.

La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva

Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 4, núm. 11, 2016

Universidad Nacional Autónoma de México

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial Sin Obra Derivada 4.0 Internacional

Recepción: 07 Abril 2016

Aprobación: 21 Octubre 2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.21933/J.EDSC.2016.11.187>

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457647810006>

establece como categoría central, la determinación social y económica, y la explicación de las variaciones que se presentan en la salud de los colectivos humanos y en las personas a partir de los determinantes sociales.

La fundamentación teórica de la salud colectiva, pone en el centro, la forma como la sociedad se organiza para la producción y distribución de los bienes económicos, y con ello, la conformación de clases sociales, supeditando las condiciones materiales de vida y los estilos de vida a la racionalidad del modo de producción existente en una sociedad en un momento determinado (López y López, 2015; Berlinguer, 2007; Granda 2004).

Por ello, la forma como se da respuesta social e individual a los problemas de salud, constituye en sí mismo un objeto de conocimiento, el cual está inserto en una perspectiva de determinación social, donde las características del Estado resultan preponderantes en los mecanismos para garantizar la salud y el acceso a la atención médica de la población, con la formulación de políticas públicas, la creación de instituciones y, en su caso, la gestión de ellas, así como asegurar el financiamiento para su operación y funcionamiento óptimo.

La exigibilidad social para orientar las políticas públicas hacia el perfeccionamiento de las condiciones estructurales para alcanzar cada vez mejores niveles de salud, constituye una garantía de la participación social, para incidir en la dirección de la acción estatal y disponer de un sistema de acuerdo con las necesidades de salud - enfermedad de la población y para que ésta cuente con las condiciones que permitan su pleno desarrollo de capacidades.

Los soportes conceptuales de la salud colectiva tienen antecedentes en América Latina y se remonta a las décadas de los sesenta y setenta, según se consideren los eventos significativos, con aportaciones teórico-metodológicas planteadas en Brasil y México y, posteriormente, en otros países del continente (Iriart *et al.*, 2002; Waitzkin *et al.*, 2001; Castro, 2001). Así, la salud colectiva se constituye en un campo de conocimiento donde confluyen distintas disciplinas y:

Para entenderla como un campo en el cual la salud y sus determinaciones histórico-sociales, estructurales y políticas son el núcleo central de interés, en el sentido en que comporta la comprensión fundamentada por los conceptos de colectivo, social, público e institucional (Nunes, 2014, p.63).

De forma que los desarrollos logrados en la comprensión, investigación, propuestas de acción pública, y en las intervenciones, han sido prolíficos y diversos. Con la población y los colectivos humanos con características específicas y circunstancias concretas como centro de su atención, tomando distancia de la salud pública y la epidemiología tradicionales (Granda, 2004; Iriart *et al.*, 2002); para centrarse en prácticas sociales, más que en acciones focalizadas en individuos (Arango, 2008). Bajo esta perspectiva de una nueva mirada a las condicionantes de salud de las colectividades humanas, es posible analizar de manera distinta, generando propuestas de acción dirigidas a toda la población, contrarrestando las miradas limitadas y restrictivas para el Estado y para los individuos. Ambas perspectivas hoy día se contraponen en el debate para el diseño del futuro

de las condiciones óptimas de la salud y de las instituciones públicas para su atención (López y Jarillo, 2016).

La salud-enfermedad ocurre en individuos y colectivos humanos y, para su comprensión, se requiere la interpretación que incorpore la dimensión orgánica propia de los procesos biológicos, y la dimensión social donde existen y se constituyen los individuos. Este doble proceso tiene lugar en un mismo ente: el ser humano. Otorgarle peso específico a la sociedad en la génesis y distribución del proceso de salud-enfermedad, es necesario para su comprensión científica porque “el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere [...] más que la simple intervención médica y tiene que involucrar [...] cambios sociales” (Laurell, 1994, p. 6). Todo cambio social implica la acción de los sujetos sociales, y esa acción se materializa en las condiciones de desarrollo de toda la sociedad. La salud colectiva, ofrece una comprensión analítica de mayor amplitud y, simultáneamente, la incorporación de posibles acciones técnicas y políticas, tema que se encuentra en el centro de los debates actuales del ámbito sanitario, tanto en lo que se refiere a las condiciones de salud-enfermedad (Berlinguer, 2007), como en la respuesta social para enfrentarla (Almeida-Filho, 2006). Las políticas públicas de salud, las instituciones de salud y seguridad social, y la forma cómo actúan los profesionales de la salud para realizar acciones y prácticas dirigidas a promover, prevenir, atender y rehabilitar la salud-enfermedad de los individuos y la población; constituyen el horizonte de intervenciones técnicas donde se sitúa la dimensión singular de la práctica de los profesionales de la salud en sus instituciones. Analizarlos desde la postura de la salud colectiva, implica superar los límites voluntaristas e individuales de esa práctica de los profesionales, para situarla en sus mediaciones estructurales y en sus determinaciones sociales (Jarillo, Mendoza y Salinas, 2015). El concepto de “medicina institucional”, se refiere a la existencia de una institución de seguridad social que brinda servicios de salud y, por tanto, define la práctica de los profesionales en sus funciones de atención médica, como practica social (Hernández y Ordoñez, 2011).

El objetivo de este trabajo, es presentar una reflexión sobre la práctica de los profesionales de la medicina en un contexto institucional particular, a partir de cambios gerenciales introducidos en años recientes, y se explican por las circunstancias económicas, políticas y sociales del país.

Para ello, se plantea una perspectiva desde el marco de la salud colectiva, articulando los procesos de la práctica y formación de los profesionales médicos, como fenómeno singular determinado socialmente. Se explicitan referentes empíricos y conceptuales en tres niveles de análisis: *a)* el más general corresponde a la determinación social como contexto económico, político y social; *b)* el intermedio, donde se ubica a la medicina institucional, en tanto se ve afectada por el nivel general, y es el espacio particular donde se expresan esos cambios; y *c)* Tello e Ibarra, 2012 el singular, de la práctica de los profesionales de la medicina, como resultado de la aplicación de políticas de salud y laborales. Al situar estos tres niveles, se espera mostrar al final del

trabajo, que además del fundamento técnico bajo el cual se esgrimen los cambios en la medicina institucional, existe una racionalidad basada en los procesos estructurales ocurridos en México, especialmente a partir de la conformación de una economía de mercado en la fase del neoliberalismo (Tello e Ibarra, 2012).

LOS PROCESOS ESTRUCTURALES

En México, la transformación económica y sociopolítica de los últimos 35 años, configuran un país cada vez más subordinado a la economía de los Estados Unidos, con su soberanía progresivamente restringida en sectores estratégicos para su desarrollo, vulnerando su viabilidad como nación independiente. Los tratados de libre comercio son perjudiciales para el país, saturan el mercado interno con productos extranjeros, rompen cadenas productivas, desindustrializan la producción nacional orientada a los mercados locales y deprecian aceleradamente el valor de la fuerza de trabajo. Todo ello como consecuencia de cambios en los procesos de producción, la apertura comercial y la subordinación a los mercados trasnacionales como pautas de la modernización económica (Gilly, 2014). El deterioro de la producción agrícola abre camino al cultivo de drogas, genera desplazamiento y criminalización de la población rural además de contribuir al despojo de territorios, permitiendo el auge de mega-proyectos de extracción minera, comerciales y turísticos, que condensan una de las principales características del capitalismo contemporáneo: el despojo territorial y la apropiación privada de recursos que producen severas devastaciones sociales y de los ecosistemas (Paz, 2012; Toledo, 2015).

La militarización de la seguridad pública (Méndez, 2014) consecuencia de la economía criminal, en particular el narcotráfico, se expande en el país configurando un Estado policiaco. La estrategia de guerra contra el narcotráfico y el incremento de la violencia de Estado, provoca inseguridad, miedo, violencia creciente y criminalización indiscriminada, con graves efectos sobre la seguridad y la vida de las personas, una de las expresiones más dramáticas, es la disminución de la esperanza de vida (Cárdenas, 2014). En el periodo 2005-2010, la esperanza de vida promedio de los varones pierde siete años de avance al ubicarse en 2010 en el mismo nivel de 2003, con un efecto negativo sobre la esperanza de vida general con una pérdida de poco más de medio año (0.67 años).

La desregulación económica y la liberalización comercial es resultado de los intereses privados de los sectores dominantes en el aparato estatal. La perspectiva de libre mercado se impone y la dinámica política se basa en un discurso de modernización y reforma del Estado sin modificar de fondo su carácter autoritario, corporativo y clientelar (López, Blanco y Rivera, 2015). La reforma del Estado compacta estructuras gubernamentales y desmantela, selectivamente, instituciones públicas. El Estado limita sus propiedades al vender activos públicos estratégicos como el petróleo, reduce su papel redistributivo y disminuye

su capacidad para regular las relaciones de clase y el conflicto social (López y López, 2015).

La lógica neoliberal en el país, profundiza el deterioro de la calidad de vida y trabajo de las mayorías, con un aumento de la población en condiciones de pobreza y con desigualdad cada vez mayor (Esquivel, 2015). El trabajo precario aumenta y cerca del 60 por ciento de las personas ocupadas se encuentran en condiciones de informalidad laboral y, por tanto, no cuentan con seguridad social (Informe Alternativo de la Sociedad Civil [IASC], 2014). El retroceso salarial sostenido por más de 30 años (Delgado, 2016) repercute en la capacidad adquisitiva profundizando carencias sociales, afectando en mayor grado a grupos y territorios vulnerados, impidiendo su acceso a satisfactores esenciales para la vida (Coneval, 2014). En la mayoría de los países de América Latina, la pobreza y la indigencia disminuyeron en el periodo 2010-2014, sin embargo, en México la pobreza se incrementó afectando al 53.2 por ciento de la población en 2014 y la indigencia ascendió a un 20.6 por ciento en ese año. México ocupa el lugar 13 con mayor pobreza de entre los 15 países de la región, con un aumento de 2.9 por ciento de la población en condición de pobreza (CEPAL, 2016a; 2016b).

Estas condiciones, expresión de la determinación social de la salud, son las causas de la compleja carga de las enfermedades en el país con patología evitable, discapacidades y muertes prematuras (Lozano *et al.*, 2014) junto con problemas carenciales e infecciosos; en coexistencia con patologías crónico-degenerativas, lesiones accidentales e intencionales, trastornos mentales, adicciones y nuevas y viejas epidemias. Al mismo tiempo, persisten las brechas socio-sanitarias con profundas inequidades, la polarización epidemiológica y la regresión sanitaria (López, Rivera, Delgado y Blanco, 2010). La polarización epidemiológica se caracteriza por el incremento en los diferenciales de morbi-mortalidad entre regiones, estados, municipios y grupos poblacionales específicos y, en el aumento de esta desigualdad en el tiempo, lo que conduce al distanciamiento de los indicadores de riesgo/daño y al incremento de las brechas sanitarias. La regresión sanitaria, se entiende como el resurgimiento de enfermedades erradicadas o controladas, convirtiéndose nuevamente en problemas colectivos de salud, tal es el caso del paludismo, el cólera y el sarampión en las décadas de 1980 y 1990; el dengue y la tuberculosis pulmonar que reaparecieron en la década de 1990 y más recientemente, la tosferina en 2010 (Linares y López, 2009).

El sistema de salud mexicano se ha ido transformando desde los años ochenta a partir de las reformas neoliberales iniciadas en el país en el ámbito social y sanitario, siguiendo la lógica de privatización, con base en el mercado y la focalización. Con ello, se redefine la conformación de los sistemas de protección social y se modifica la relación público-privada (Laurell, 2007).

En el sector público de salud, se incorpora paulatinamente la lógica mercantil, se implantan discursos tecnocráticos, restando validez a los atributos políticos del campo sanitario y se priorizan las propuestas que asignan menor responsabilidad al Estado como garante de los derechos

humanos fundamentales, trasladando a los individuos y las familias la gestión de riesgos para mejorar su salud (López y Blanco, 2010).

MEDICINA INSTITUCIONAL

La medicina institucional constituye el conjunto de definiciones, procesos organizacionales y prácticas articuladoras de las acciones propias de la atención médica para la provisión de servicios. Ocurre en un espacio definido por las características de una determinada organización debido a: políticas públicas, definiciones legales, procesos organizacionales, complejidades propias de la magnitud y dimensiones del volumen de servicios ofrecidos, su carácter público o privado; todo ello resultado de procesos complejos propios de la organización social actual (Hernández y Ordoñez, 2011; López y Jarillo 2016).

Con la incorporación al mercado global en México y otros países, se han aplicado un conjunto de políticas públicas en diversos sectores para hacer coincidir lo propio del país con el marco internacional de mercado. La propuesta de cambio más importante en el sistema de salud fue el diseño y puesta en operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular (Contreras, Tetelboin y López, 2013). Las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado y los servicios de salud de Petróleos Mexicanos) han mantenido su diseño básico, pero han introducido un conjunto amplio y diversificado de procesos operacionales y de gestión bajo diversos enunciados, donde destacan las “tecnologías de gestión” (Martínez y Perdomo, 2014, p.76) para la instauración de múltiples procesos normalizados dirigidos a delimitar todas las acciones individuales bajo una orientación específica y en la obtención del resultado propio de su naturaleza, en el caso de las instituciones de salud: la provisión de servicios de atención médica. Bajo esas consideraciones, la actuación de los profesionales de la medicina, puede superar la atribución de las particularidades de sus acciones técnicas al marco circunscrito de la habilidad personal, incorporándolas en una dimensión propia de las consecuencias de los procesos institucionales que intervienen en su generación y prestación (Jarillo, 2007).

En cada institución, pueden identificarse rasgos particulares que le son propios y otros generales en sintonía con instituciones de su misma naturaleza, esto adquiere mayor relevancia en las instituciones públicas, donde las particularidades acopladas a los objetivos, funciones; formas jerárquicas; presencia y uso de la tecnología médica; la especialización y subespecialización médica; los procesos de gestión y gerencia médica y la influencia de la mercadotecnia farmacéutica; son aspectos determinantes en la forma que adopta la práctica de los profesionales de la medicina (Azeredo y Schraiber, 2016; Pardell, 2003), que no por ser específicos impiden generalizarlos, una forma de entenderlo es lo que Menéndez (1992) denomina “Modelo Médico Hegemónico”, por sus características: biologicista, parcializante, deshumanizado, mercantilista, ahistórico y asocial.

La medicina institucional en la actualidad, puede ubicarse en el contexto del desarrollo de instituciones complejas de producción, donde concurren procesos articulados en torno a un mismo fin.

Todos esos elementos articulados para disponer del bien o servicio, suponen la existencia de materiales o insumos necesarios, equipos, tecnología y la participación de personal altamente calificado (Asenjo, 2014). El sentido último de la producción del bien o servicio, está en las características de lo que define a la institución: los servicios al pasajero, en el caso del aeropuerto, o los servicios de atención médica, en el caso de una institución de salud. La valoración de la institución debe estructurarse sobre esa base.

Las instituciones de salud, se caracterizan por: *a)* flujo continuo de pacientes, quienes son los sujetos receptores de todas las actividades y dan sentido a la institución misma, *b)* capacidad instalada, dimensión y complejidad; *c)* recursos tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento; *d)* insumos cotidianos de operación, desde sustancias de limpieza hasta reactivos para las tecnologías de medicina nuclear y, finalmente, quien opera y ejecuta todas las actividades cotidianas realizadas en las instalaciones, recursos e insumos: *e)* el personal de salud de las distintas áreas: administración, apoyos generales (mantenimiento, limpieza, vigilancia), profesionales de atención a la salud (medicina, enfermería, trabajo social, nutrición, ingeniería biomédica, psicología, etc.). También se requiere un conjunto de procesos definidos para hacer que todo funcione, en este rubro, los procesos de gestión y gerencia son los que se encuentran en la cúspide para armonizarlos. Todos estos elementos por sí mismos implican dimensiones de diversa naturaleza pero son necesarios para la producción de servicios, por lo tanto, todas las unidades de atención médica implican complejidad, incrementada en diversos grados cuando se refiere a unidades que responden a procesos propios de una institución múltiple y diversificada, como es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que suma las políticas institucionales, la gestión, la administración, y la normativa general propia del sector salud y sus instrumentos para garantizar la operación institucional.

A continuación se expone una semblanza de los cinco componentes que dan sentido a su complejidad.

Flujo de pacientes

Sin duda constituye el elemento más significativo y trascendente de la institución, ya que se trata de personas en su dimensión social, así como también, en su demanda de servicios, generalmente de carácter curativo. Los atributos de derechohabiencia incluyen el estatuto legal para el acceso a los servicios de la institución, y la organización de la demanda por asignación a los profesionales que la atienden: 2,500 derechohabientes por médico, familiar (IMSS, 2014), aunado a la organización de la atención en niveles: Unidades de Medicina Familiar (UMF) (técnicamente primer nivel y vía de entrada al sistema institucional), los Hospitales Generales de Zona (HGZ), Regionales (HGR) de segundo nivel; las Unidades Médicas

de Alta Especialidad (UMAE) y los Centros Médicos (CM) en el tercer nivel de atención.

El ingreso al sistema ocurre generalmente por dos accesos: la consulta general o urgencias. La primera puede ser espontánea ante el malestar y enfermedad manifestada por la persona, la segunda, ante eventos fortuitos médicos o quirúrgicos cuyo acceso sucede por las áreas de urgencias en los tres niveles de atención. Por su relevancia, la consulta externa incluye técnicamente tres procesos: 1) diagnóstico y tratamiento médico y farmacológico, en donde el paciente ingresa al sistema y regresa a su vida cotidiana, con algunas variaciones; 2) el diagnóstico y derivación a otro nivel de atención (normativamente debe ser al segundo o tercer nivel), y 3) diagnóstico y atención especializada, o atención de urgencias médicas y quirúrgicas en el tercer nivel de atención.

La estandarización de este proceso, requiere gestionar la complejidad, ya que aun cuando ocurra, no puede ser aleatorio ni selectivo, por el contrario, supone tener en armonía otros aspectos en confluencia para ser exitoso. Por ejemplo, disponibilidad de medicamentos para el tratamiento farmacológico, técnicamente adecuado, financieramente sustentable y disponible en el cuadro básico de medicamentos de la institución, que por su dimensión, debe garantizar licitación, adjudicación, compra, abastecimiento y disponibilidad oportuna y suficiente; todo ello calculado con base en el perfil epidemiológico de años precedentes y con proyecciones actualizadas. Por otro lado están los servicios auxiliares de diagnóstico: análisis de sangre e imagenología, que requieren operatividad y funcionamiento técnico, capacidad instalada, volumen de pruebas con oportunidad, registro y distribución óptima de resultados.

Al mismo tiempo, el volumen de demanda de 128.6 millones de consultas y más de 2 millones de egresos hospitalarios en el año 2014, es superior a la capacidad instalada total y geográfica de la institución, la cual debe acompañarse con la disponibilidad de horas de los profesionales necesarios para su atención, así, pueden generarse criterios normativos para la atención de pacientes y establecer como promedio de tiempo de consulta 15 minutos por paciente (cuadro 1a y b). El flujo debe ser incesante y continuo para satisfacer la demanda, lo que produce múltiples insatisfacciones y alteraciones en la atención oportuna de pacientes, expresadas, por ejemplo, en el diferimiento de atención con especialistas de segundo y tercer nivel y la realización de exámenes y pruebas diagnósticas complementarias. Las investigaciones al respecto, permiten situar una dimensión institucional (Meyer y Naor, 2005) y una dimensión de la relación de los profesionales con los pacientes (Rojas, 2016).

Cuadro 1
 Volumen y magnitud de servicios, instalaciones y productos
 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2014

Concepto		Número
Derechohabientes	Adscritos a Médico Familiar	43,956,590
Consulta Externa	UMF	87,427,606
	2do Nivel	37,373,696
	3er Nivel	3,821,383
Egresos Hospitalarios	1er Nivel	23,645
	2do Nivel	1,681,694
	3er Nivel	347,501
Intervenciones Quirúrgicas	1er Nivel	0
	2do Nivel	1,249,655
	3er Nivel	250,116
Parto Distócico	1er Nivel	10
	2do Nivel	189,014
	3er Nivel	30,032
Parto Distócico Abdominal	1er Nivel	0
	2do Nivel	183,688
	3er Nivel	25,333
Unidades de Atención	1er Nivel	1,503
	2do Nivel	246
	3er Nivel	36
Camas Censables	Total	32,941
Cunas de Pediatría	Total	1,442
Camas no Censables	Total	18,897
Consultorios	Total	17,747
Aparatos de Tomografía Axial Computarizada	Total	129

Cuadro 1

Volumen y magnitud de servicios, instalaciones y productos del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2014.... continuación

Concepto		Número
Aparatos de Rayos X Fijos	Total	922
Mastógrafo Analógico	Total	149
Mastógrafo Digital	Total	87
Aparatos de Ultrasonografía	Total	996
Consultas Otorgadas	Medicina Familiar	82,872,347
	Especialidad	19,942,859
	Urgencias	21,075,507
Personal Laborando	Médicos	75,952
	Enfermería	107,374
	Asistentes médicas	23,907
	Laboratoristas	3,724
	Trabajo Social*	3,844
	Técnico Radiólogo	3,546
	Terapista Físico	1,086
	Administrativo	23,282
Laboratorio Clínico (Total de estudios o sesiones)	1er Nivel	38,800,646
	2do Nivel	110,230,736
	3er Nivel	24,531,138
Auxiliar de Diagnóstico (Total de estudios o sesiones) (Radiodiagnóstico, Resonancia Magnética, TAC, etcétera)	1er Nivel	44,421,977
	2do Nivel	126,117,035
	3er Nivel	29,497,590
Auxiliar de Tratamiento (Total de estudios o sesiones) (Quimios, Hemodiálisis, Fisioterapia, Inhaloterapia, etcétera)	1er Nivel	1,436,949
	2do Nivel	37,478,769
	3er Nivel	5,203,175

Nota: *Incluye becarios

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Planeación en Salud-División de Información en Salud. Recuperado de: <http://11.22.41.169/poblacion/interfazPoblacion.aspx?origen=infoSalud>

Puede señalarse que la disponibilidad de recursos de infraestructura y personal (camas censables por habitante, personal de salud por habitante) es inferior al promedio de los países de la OCDE (2016). Sin embargo, la producción de servicios es elevada, lo que significa alta productividad y rendimiento de los recursos, principalmente del personal de salud.

Como puede suponerse, gestionar y administrar una institución de tal magnitud y complejidad requiere de un gran soporte administrativo y de gestión # lo que implica a un conjunto de procesos que pueden entorpecer e incluso, pueden adquirir autonomía dificultando mucho más la atención a los pacientes (Schraiber, 2008). En una institución compleja, esto parece mucho más necesario al incrementar su tamaño.

Capacidad instalada

Se refiere a las instalaciones físicas y de recursos de atención: camas, laboratorios, equipamiento e insumos necesarios para la atención ambulatoria y de hospitalización en todos los niveles de atención. La magnitud, complejidad y suficiencia es creciente del primer al tercer nivel, ello implica que la complejidad y magnitud de los recursos sea mucho mayor y más especializado conforme se va ascendiendo de nivel, ya sea por la complejidad de los procesos técnicos implicados, como por la amplitud socio-espacial de la atención que supone un volumen creciente de la población con acceso y, por lo tanto, una cobertura poblacional mayor.

La planeación, distribución, equipamiento, dotación y operación de la capacidad instalada, requiere de procesos complejos en distintos niveles de la institución. La mayoría de los primeros ocurren en el nivel central de la gestión y para ello, la toma de decisiones implica diversos actores con responsabilidades diversas: infraestructura física, recursos financieros, capacidad política y valoraciones técnicas. Algunos suceden en el nivel operativo de las instalaciones, desde la dirección, hasta los servicios médicos y de servicios generales de cada unidad de atención. Y otros, conjuntan ambos niveles de gestión, por ejemplo, el abasto de medicamentos requiere armonizar dinámicas de niveles centrales: establecer catálogo de medicamentos, compras consolidadas, criterios de almacenamiento y distribución a las unidades, disponibilidad financiera; con niveles de operación y otorgamiento de servicios complementarios, abastecimiento de medicamentos en número y clave, además de disponibilidad presupuestal. En esos procesos interviene personal administrativo con responsabilidades asignadas bajo una lógica funcional y un sistema de información cuya base radica en el tipo, magnitud y perfil epidemiológico de la población atendida.

Lo anterior, supone un conjunto de intervenciones propias de los actores con base en criterios estandarizados y normados que frecuentemente se autonomizan de su función central: la atención médica a los pacientes.

Recursos Tecnológicos

Constituye el equipamiento y soporte para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas atendidas. Debido a la velocidad del cambio tecnológico, se requiere la evaluación constante de la potencialidad de las innovaciones, tanto en sus componentes técnicos, como en su viabilidad financiera para su adquisición y mantenimiento. También implica capacidad en el manejo de la tecnología y de la interpretación de los resultados que ofrece, para garantizar su uso dirigido por la pericia profesional en función de las necesidades de los pacientes y no, la autonomización de ella respecto de los pacientes. Los recursos tecnológicos también tienen un uso intensivo y extensivo creciente de acuerdo a los niveles de atención.

Insumos

Los recursos de todo tipo para garantizar la operación y funcionamiento adecuado de la capacidad instalada, los recursos tecnológicos y los procesos de gestión, administración y atención médica, consumen una gran variedad de insumos: desde hojas de papel, tinta para impresión, medicamentos, reactivos para pruebas diagnósticas, hasta reactivos nucleares para imagenología de alta calidad. Aquí también, como en el caso de los recursos tecnológicos, la concurrencia de los niveles centrales, regionales y operativos es fundamental.

Personal de salud

Finalmente, la participación del personal de salud (medicina, enfermería, trabajo social), servicios generales (ingeniería biomédica, mantenimiento, limpieza) y de apoyo (administración, vigilancia, conducción) resulta fundamental. Quienes detonan la participación de todos, es el personal de salud, y en ellos recae la responsabilidad de armonizar la operación institucional con la atención médica a los pacientes, finalmente son, a quienes se identifica como los responsables de lo que ocurre en las instituciones de atención médica.

De esta forma, aludir a las instituciones de atención médica como organizaciones complejas, no se refiere solo a su tamaño, como es el caso del IMSS, que atendió a casi 44 millones de personas en 2014, sino que implica considerar, la variabilidad de intervenciones técnicas, la magnitud y diversidad de funciones de los actores, el tipo de estructura funcional y operativa, y la alta especialidad de conocimiento y pericia técnica de los profesionales que intervienen en ella (Deaton, 2015).

PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA

En el plano profesional, las características técnicas de la profesión médica se ha visto transformada de forma radical por la tecnología, en la interposición entre el sujeto que atiende y el sujeto que es atendido (Outón, 2011), con ello, se ha desplazado la suficiencia del “ojo clínico” en la habilidad basada en las capacidades de diagnóstico sustentada en la experiencia clínica, por el registro y los auxiliares de diagnóstico electrónico para realizar una práctica intervencionista (Varela-Rueda *et al.*, 2016). El conocimiento médico, ha logrado avances mayúsculos en la validación científica de sus preceptos, así como también, ha generado modificaciones radicales en las formas de ejercicio de los profesionales de la medicina; por ejemplo, la creciente especialización y subespecialización con la consecuente fragmentación del conocimiento y de las intervenciones técnicas con alto contenido tecnológico (Fuchs *et al.*, 2016), en confluencia con, entre otros, la mercadotecnia farmacéutica que simultáneamente ofrece soluciones

terapéuticas y crea nuevas percepciones respecto a las enfermedades y estados de salud de las personas (Moynihan y Cassels, 2006), generando, frecuentemente, una dependencia de las intervenciones técnicas a la disposición de recursos diagnósticos y terapéuticos.

La organización de la atención médica también ha requerido transformar procesos e intervenciones profesionales y de apoyo, transitando de una definición aislada del profesional, a la atención masiva de personas; de la intervención casi única del profesional a la intervención de una gran cantidad, del espacio circunscrito del consultorio a la amplitud y diversidad de instalaciones. Todo ello, ha dado como resultado, el desarrollo de la gerencialización de los servicios de atención médica para la administración de recursos y la provisión de servicios (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2001). De forma paralela a las necesidades inevitables de gestión de una organización tan compleja, han surgido criterios de rentabilidad focalizados en el proceso de gestión, válidos y necesarios, pero no únicos (Avilés y Lobo, 2010). Ese criterio necesario puede tornarse casi exclusivo y dominante, aún más como consecuencia de la implantación de los cambios producto de las reformas en los servicios de salud instalados durante los últimos años (López y Blanco, 2010); con lo cual se soslaya la centralidad de la prestación de servicios en la resolución de los problemas de salud y se impone el funcionamiento eficiente de la institución como criterio primordial.

Una implicación necesaria de mencionar es la educación médica, la cual se tiene como escenario de práctica profesional a los servicios de atención médica, donde la medicina institucionalizada se torna en un modelo a seguir en el ámbito educativo, y en éstos se reproducen las condiciones y criterios de los servicios donde ejercen los profesionales de la medicina (Oteo, 2005). Así la práctica médica institucional es una práctica hegemónica a nivel local y nacional en las instituciones de salud y también en el ciclo de reproducción de los mismos profesionales (Ruiz, 2004; Passi *et al.*, 2010).

El espacio privilegiado para la formación de los recursos humanos son las instituciones de salud (Jarillo, Mendoza y Salinas, 2015), allí se desarrollan las capacidades técnicas y científicas de los futuros profesionales, con sesiones académicas formales, pero principalmente, por la práctica en servicio se obtienen comportamientos definidos en el contexto de la institución donde transitan por periodos prolongados. Así, la formación no solo se circunscribe a los dominios de las ciencias médicas, sino también, de la cultura profesional y de los procesos institucionales. En la operación cotidiana, las ausencias de los profesionales de la salud son cubiertas por personal en formación sin que cuenten con la capacidad de respuesta completa, pero deben cumplir con todos los requerimientos administrativos y gerenciales, asimilándose a los lineamientos generales que orientan la función institucional, donde la satisfacción de los indicadores de operación y desempeño, no pueden dejar de cumplirse, por lo tanto, también se adquiere e incorpora ese criterio a la práctica profesional.

La formación durante ese tránsito por instituciones de salud, pone en tensión el esfuerzo de las instituciones académicas para ofrecer educación con perspectivas y valores transformadores de la atención médica por un lado, y por otro, la necesidad de garantizar la atención al volumen de pacientes que ocurren a la institución. Así, los programas académicos de las universidades y de las instituciones de salud, transitan por rutas paralelas, donde cada cual, otorga valor diferente a los procesos formativos, ocasionando una preeminencia de la acción práctica de la institución de servicio, frecuentemente discordante con las pretensiones formativas del personal de salud postulados por las instituciones educativas (White y Gallagher, 2016).

La sustitución de personal profesional, por personal en formación, tiene una vertiente en las retribuciones económicas, ya que las becas alimenticias, manutención y transporte para un profesional de la medicina en formación en cualquier especialidad es muy inferior al salario profesional, una retribución económica escasa justificada con el argumento de que no son profesionales plenos sino en proceso de formación; sin embargo, la demanda de responsabilidad y trabajo profesional no dista mucho de la que se le exige a un profesional graduado. Agregada la ausencia de estímulos económicos o académicos a los profesionales en ejercicio de profesores en las instituciones de salud, produce desincentivos a su participación y compromiso reduciéndose al cumplimiento formal y, en pocas ocasiones, se asume por compromiso y vocación individual.

La práctica médica institucional bajo la perspectiva de la gerencialización, transforma su esencia de brindar la mejor atención médica con capacidad técnica resolutive, para convertirse en un proceso de producción de actividades que, además de lo propio y específico, debe atender procesos diversos, como el registro minucioso de las actividades para satisfacer referentes empíricos establecidos en parámetros e indicadores de desempeño de cada uno de los prestadores de servicios, de la unidad de atención médica y del conjunto institucional. Así, hoy día, las acciones cotidianas de orden técnico quedan subordinadas a la necesidad de satisfacer y cumplir con el “indicador” (Iriart *et al.*, 1994; Merhy, Iriart y Waitzkin, 1998; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1996).

Así, la práctica médica basada en la experiencia clínica, la prescripción médica, e incluso la aptitud clínica, como componentes de la capacidad técnica,, dejan de ser una pretensión individual de la prestación de servicios de los profesionales para desplazarse hacia el registro del dato que satisfaga el “indicador” en el registro informatizado, ante la necesidad de estandarizar procesos que conviertan la individualidad de los profesionales en conductas y actividades comunes, similares a todos los que realizan la misma función. Pero esa derivación de registro y valoración del dato, indudablemente necesaria, adquiere una nueva dimensión bajo la direccionalidad impuesta por el sistema de gerenciamiento derivado de la introducción de dispositivos de gestión bajo un marco de reforma del sector salud. Así, de un proceso de administración y gestión necesario, se pasa al establecimiento de criterios de cumplimiento de funciones y

actividades, a la definición de valores de rendimiento y productividad, por múltiples y diversas funciones de producción, resultado de la intervención clínica y médica. Todo es susceptible de medir, de alcanzar en unidad de tiempo y valores de cumplimiento o, en su caso, sanciones derivadas de su falta de alcance. La gerencia institucional introducida trastoca el medio y el fin sustancial de la atención médica, para convertirse por sí mismo, en el fin último de la unidad de atención médica y de toda la institución, arrastrando en esa lógica a cada uno de los actores directos de la provisión de servicios (Laurell, 2016).

La evaluación de toda actividad institucional es un requerimiento técnico de la planeación y operación, y para ello, es requisito disponer de mediciones de acuerdo al modelo de evaluación que se use, desde el clásico de Donabedian (1984) hasta los más cualitativos (Minayo, Goncalves y Ramos, 2005); sin embargo, con la introducción de los dispositivos de gerenciamiento, se incluyen metas de cumplimiento con base a indicadores cuantitativos, que se convierten en el fetiche a alcanzar con las consecuentes distorsiones en la provisión de servicios a la atención médica.

Un resultado de ese proceso de registro y estandarización, implica que todo aquello que no pueda ser capturado en los modelos del sistema computarizado, se soslaya o no tiene existencia, aun cuando pueda ser relevante para la prestación del servicio como: el buen trato médico, el respeto inherente a la relación médico paciente, la relación cordial, el trato personalizado, entre muchos otros; se esfuman tanto en su concreción porque se carece de opciones para su registro en el “indicador”, ya que son parte de la subjetividad de quienes intervienen en el proceso de atención. La subjetividad, está ausente en el “indicador” y, por ejemplo, el tiempo de consulta para todos los médicos de una institución se acorta, la carencia de recursos aumenta, la insatisfacción del paciente se hace cada día más evidente, con lo cual, la práctica de los profesionales queda incluida en una práctica médica institucional encubierta por los procesos de funcionamiento administrativo de la institución donde tiene lugar (Spinelli, 2010).

La práctica de la medicina al interior de las instituciones, ocurre en un espacio circunscrito inserto en el contexto de sus determinaciones, las cuales se reproducen en todas las instituciones de salud. Todo el sistema de salud, dada su complejidad, tiende a la estabilidad de sus procesos e incluso, a la mejoría de los mismos, pretensión totalmente justificable, no sólo desde la propia institución, sino desde el cumplimiento de su función social; el riesgo está, en convertir ese enunciado general, en el fin exclusivo obviando su trascendencia para la satisfacción de las necesidades de salud de la población a quien atiende esa institución, como parece ocurrir con frecuencia.

La preeminencia del cumplimiento de indicadores de desempeño, ha adquirido mayor presencia a partir de los procesos de reforma en el sector salud, con las políticas gestadas desde el neoliberalismo, como puede constatarse en países como Colombia y Chile (Martínez *et al.*, 2011), donde esta práctica se erige hegemónica y, muchas veces, el apego a

programas o lineamientos que maximizan el beneficio, produce un *habitus* médico deformado que se aleja de los principios de capacidad técnica resolutive y acción humanista para ser mucho más cercano a los valores de eficiencia dominantes en el mercado de servicios médicos.

Un elemento observable en el contexto de la medicina institucional, con un papel central en la generación de los mercados sanitarios, a partir de la puesta en marcha de las políticas de reforma en salud, se refiere a la calidad de la atención médica. Aquí, la medicina institucional es objeto privilegiado de críticas y cuestionamientos porque presenta múltiples aristas propicias para evidenciarla, sin entrar en la discusión detallada de lo que implica la calidad de la atención, pueden mencionarse dos elementos: uno, referido a la magnitud de instalaciones y volumen de atención y, dos, el carácter de la subjetividad subyacente en la valoración de la calidad recibida.

La dimensión subjetiva para evaluar el proceso de la calidad de la atención médica, especialmente para dimensionar la satisfacción de los usuarios, se da a partir de la valoración que realiza el sujeto e incluye expectativas, experiencias, interpretaciones, cultura, entre otras. (Fuente y González, 2014)

En esas valoraciones se consideran: la oportunidad de la atención, donde la accesibilidad geográfica, económica y asistencial a los servicios es relevante; además, el tiempo necesario para obtener una cita o para recibir atención médica o quirúrgica; la disponibilidad y acceso a medicamentos y otros recursos terapéuticos; el trato personalizado y amable de todo el personal de las instituciones de salud, desde el vigilante de la puerta de acceso, hasta el personal de atención médica; accesibilidad a la información comprensible y pertinente para el paciente y familiares sobre la situación de salud-enfermedad; el plan a seguir y, en su caso, el pronóstico; el ambiente e instalaciones físicas adecuadas para el público usuario; procedimientos médicos correctos de acuerdo a normas institucionales; conocimientos actuales y científicamente validados de la medicina; uso adecuado de la tecnología (Repullo, 2014). Todo ello representa una complejidad institucional que supera el apego al expediente clínico, la atención personal con calidad, o la eficacia terapéutica.

CONCLUSIONES

Sin lugar a duda, la toma de decisiones para conducir la operación de cualquier institución, requiere disponer de indicadores para monitorear y evaluar el desempeño de los distintos componentes y actores participantes en la producción del objeto de la organización: en este caso, la provisión de servicios de atención médica; pero debe considerarse, que en las instituciones de salud, esos indicadores carecen de autonomía y son inductores de procesos distorsionantes de reproducción de la práctica médica. Así, a los atributos técnicos, sociales y culturales de la profesión médica, se añaden otros propios de la institución donde ésta ocurre, y de las circunstancias históricas cuando sucede. La reproducción de la

profesión incluye las características de una práctica hegemónica, y se agregan las expresiones del desempeño organizacional donde se realiza; el desempeño de los profesionales se valora a través de indicadores; generando con ello, tensiones entre la construcción social y simbólica de la profesión, afectando, entre otros, el prestigio médico derivado de la práctica artesanal o liberal de la medicina (Jarillo, 2007), resultando en el desprestigio institucional y de los procesos institucionales de organización compleja, con fragmentación de los procesos de trabajo, intervención controlada de las acciones humanas, y necesidad de rendición de cuentas por la responsabilidad social y sanitaria de la institución.

Lo anterior, genera subvaloración y desencanto en los profesionales, en los gestores institucionales y en los usuarios de los servicios, y con lo cual, se debilita la práctica médica y todo el aparato construido a su alrededor, afectando también a la propia institución, de acuerdo con Azeredo y Schraiber (2016) “Desde la década de 1990, con el desarrollo del modelo de la medicina tecnológica, las modalidades de interacción se transformaron, agravando los desafíos profesionales” (p. 17).

Las implicaciones para la medicina institucional en sus niveles micro y macro, son múltiples, desde la complejidad organizacional hasta la disponibilidad financiera consecuencia de las políticas de salud; visualizadas desde la salud colectiva (Breilh, 2013) adquieren relevancia en el contexto de las reformas neoliberales, porque constituyen bases argumentales para minar el prestigio e importancia social de las instituciones públicas de salud, más allá de sus dificultades, conflictos, ineficiencias y defectos; se construye paulatinamente una interpretación que justifica su desaparición y/o transformación en estructuras diversas de orden privado y lucrativo que tampoco transforman esa práctica hegemónica. Ante ello, es necesario que las instituciones de salud, orienten su práctica social con capacidad de articular las necesidades propias de su existencia como organización compleja, con las especificidades de las profesiones de la salud en consonancia con las necesidades de las colectividades a quienes se deben, y no solo por el perfil institucional.

Referencias

- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2 (2), 123-146.
- Arango, Y. (2008). Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (1), 19-24.
- Asenjo, M.A. (2014). Características de los modelos sanitarios. En J. Cabo (Dir.), *Gestión de calidad en las organizaciones sanitarias* (pp. 73-102). Madrid: Fundación MAPFRE-Ediciones Díaz de Santos.
- Avilés, R., y Lobo, A.F. (2010). La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. *Gaceta Sanitaria*, 24 (1), 120-127.

- Azeredo, Y.N., y Schraiber, L.B. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva* , 12 (1), 9-21.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública* , 33 (1),1-14.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 31 (1), S13-S27.
- Cárdenas, R. (2014). Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública. En C. Rabell Romero (Coord.) *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico III* (pp. 115-133). México: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, R. (2001). Sociología médica en México: el último cuarto de siglo. *Revista Mexicana de Sociología* , 63 (3), 271-293.
- Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2016a). *CEPAL pide proteger avances e impedir retrocesos sociales ante el potencial aumento de la pobreza en la región* . Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-pide-protoger-avances-i-mpedir-retrocesos-sociales-potencial-aumento-la-pobreza-la>
- Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2016b). *Panorama Social de América Latina 2015* . Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227_es.pdf?sequence=1
- Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. [Coneval]. (2014). *Medición de la pobreza. Anexo estadístico de la Pobreza en México* . Recuperado de: http://www.CONEVAL.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx
- Contreras, G., Tetelboin, C., y López, L. (2013). La opinión de los participantes sobre la reforma de la política de salud: un estudio de los servicios locales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* , 12 (24), 143-162.
- Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad* . México: Fondo de Cultura Económica.
- Delgado, O. (2016, marzo 24). Datos y resultados en el registro de la pobreza. *La Jornada* . Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/24/opinion/026aleco>
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica* . México: La Prensa Médica Mexicana.
- Esquivel, G. (2015). *Desigualdad extrema en México. Concentración del Poder económico y político* . Recuperado de: http://cambialasreglas.org/pdf/desigualdadextrema_informe.pdf
- Fuchs, S., Olberg, B., Panteli, D., & Busse, R. (2016). Health Technology Assessment of Medical Devices in Europe: process, practices, and methods. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* , 1-10.
- Fuente, M. del C., y González, M. (2014). Calidad percibida por los usuarios de las organizaciones sanitarias. En J. Cabo (Dir.), *Gestión de calidad en las organizaciones sanitarias* (pp. 763-778). Madrid: Fundación MAPFRE-Ediciones Díaz de Santos.
- Gilly, A. (2014). El Tiempo del despojo. Poder y territorio. *Observatorio Social de América Latina* , XV (35), 27-37.

- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es.
- Hernández, V., y Ordoñez, H. (2011). La mirada médica disciplinaria desde la perspectiva de la Medicina Social. *Salud Problema*, 4 (9), 50-58.
- Informe Alternativo de la Sociedad Civil [IASC]. (2014). *Primer informe de México al Protocolo de San Salvador. Observatorio de Política Social y Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/Informe-Alternativo-PSS.-México.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2014). *Memoria estadística*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2014>
- Iriart, C., Nervi, L., Olivier, B., y Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Iriart, C., Merhy, E., y Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, 52 (8), 1243-1253.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Elías, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 12 (2), 128-136.
- Jarillo, E.C. (2007). La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En E.C. Jarillo y E. Guinsberg. (Eds.). *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 327-346). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Jarillo, E.C., Mendoza, J.M., y Salinas, A.A. (2015). La formación de recursos humanos para la salud. En C. Tetelboin, J.A. Granados (Coords.), *Debates y problemas actuales en medicina social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación* (pp. 85 – 114). México: UAM.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M.I. Rodríguez. (Coord.) *Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101*, (pp. 1-12). Washington D.C.: OPS/OMS.
- Laurell, A.C. (2007). Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *International Journal of Health Service*, 37 (3), 515-535.
- Laurell, A. C. (2016). La muerte de la clínica y el malestar del médico. *Rev Argentina de Medicina*, 4 (9), 25-27.
- Linares, N., y López, O. (2009). Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*, 5 (2), 237-257.
- López, O.; Blanco, J., y Rivera, J.A. (2015). Determinantes sociales y derecho a la salud en México. En C. Tetelboin, y J.A. Granados. (Coords). *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación* (pp. 41-66). México: UAM.
- López, O., Rivera, J.A., Delgado, I., y Blanco, J. (2010). Crisis, condiciones de vida y salud. Nuevos retos para la política social. *Medicina Social/Social Medicine*, 5 (2), 165-170.

- López, O., y Blanco, J. (2010). Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En Peña F. y Parra B. (Coord.) *La medicina social en México II. Globalización neoliberal* (pp. 55 – 64). México: ALAMES-MX/Ed. Eón/ ENAH .
- López, O., y López, S. (2015). *Derecho a la salud en México* . México: UAM .
- López, O., & Jarillo, E. (2016). Is there a way forward for the Mexican healthcare system? A human rights perspective. *Social Medicine/Medicina Social* . 10 (1), 1-12.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Pelcastre, B., Ruelas, M.G., Montañez, J.C., Campuzano, J.C., Franco, F., y González, J.J. (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos* . México: Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud.
- Martínez, C., Carrasquillo, G., Guerrero, R., Gómez-Dantes, H., et al . (2011). *Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los Sistemas de Salud* . Salud Pública de México 53 (Supl. 2), s78-s84.
- Martínez, P.A., y Perdomo, A. (2014). La cultura en las organizaciones y servicios de salud: una aproximación teórica a sus implicaciones. *Salud Problema* , 8 (16), 75-87.
- Méndez, J.E. (2014). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* . Recuperado de: http://sintortura.mx/wp-content/uploads/2015/03/A_HRC_28_68_Add_3_SPA.pdf
- Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales. En E. Menéndez, *La Antropología Médica en México* (pp. 97-113), México: UAM - X .
- Merhy, E., Iriart, C., y Waitzkin, H. (1998). Atención Gerenciada: da microdecisa#o corporativa a# microdecisa#o administrativa, um caminho igualmente privatizante? En H. Burmester (Org.), *Managed Care. Alternativas de Gestão em Saúde* (pp. 85-115). São Paulo: Ed. Proahsa-Fundação Getulio Vargas.
- Meyer, S., & Naor, M. (2005). Linking Publicness to Operations Management Practices: A Study of Quality Management Practices in Hospitals. *Journal of Operations Management* , 23 (2), 209-228.
- Minayo, M.C., Goncalves, S., y Ramos, E. (Orgs). (2005). *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales* . Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Moynihan, R., y Cassels, A. (2006). *Comerciantes de Enfermedades en Medicamentos; ¿derecho o mercancía? Salud y comercio, laboratorios, patentes farmacéuticas y multinacionales* . Santiago de Chile: Editorial Aún creemos en los sueños.
- Nunes, E.D. (2014). Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud Colectiva*, 10 (1), 57-65.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1996). *Nuevas modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el Contexto de la Reforma sectorial: La atención Gerenciada* . Washington D.C.: OPS (HSP/ SILOS-40).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2016). *Sistema de salud mexicano* . Recuperado de: <http://68.142.243.205/search/srpsache?p=OCDE+salud&fr=yfp-t-726&ei=UTF-8&u=http://webcache.googleusercontent.com/search?q>

=cache:nMydnUBB9QkJ:https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm%20OCDE%20salud&icp=1&.intl=mx&sig=9MVFL0KaCiEE14qcSBshcW--

- Oteo, L. (2005). La organización y los recursos humanos en los servicios sanitarios. En J.M. Antequera, y E. Arias. (Dir.) *Sistema sanitario y Recursos Humanos. Manual para gestores y profesionales* (pp. 169-243). Madrid: Instituto de Administración Sanitaria-Ediciones Díaz de Santos.
- Outón, M. (2011). Éthos médico y techné. En: M.C. Chapela y M.E. Contreras. (Eds.) *Pensar el Futuro de México. La Salud en México* (pp. 35-50). México: UAM-X.
- Pardell, H. (2003). ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Revista Educacion Médica*, 6 (2), 63-80.
- Passi, V., Doug, M., Peile, E., Thislethwaite, J., & Johnson, N. (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int.J Med Ed*. (1), 19-29.
- Paz, M.F. (2012). Deterioro y resistencias. Conflictos socioambientales en México. En V. Tetreault, H. Ochoa, y E. Hernández. *Conflictos socioambientales y alternativas de la sociedad civil*. (pp. 27-47). Guadalajara, México: ITESO.
- Repullo, J.R. (2014). Gestión sanitaria para la calidad asistencial y excelencia. En: J. Cabo. (Dir.) *Gestión de calidad en las organizaciones sanitarias* (pp. 1053-1081). Madrid: Fundación MAPFRE-Ediciones Díaz de Santos.
- Rojas, S. (2016). La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud colectiva*, 12 (2), 189-201.
- Ruiz, L. (2004). Médicos y gestión. En L. Ruiz (Ed.), *Claves para la gestión Clínica*. (pp. 4-11). Madrid: Mc Graw Hill.
- Schraiber, LB. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6 (3), 275-293.
- Tello, C., e Ibarra, J. (2012). *La Revolución de los Ricos*. México: Facultad de Economía, UNAM.
- Toledo, V. (2015). *Ecocidio en México. La batalla final es por la vida*. México: Grijalbo.
- Varela-Rueda, C.E., Reyes-Morales, H., Albavera-Hernández, C., Díaz-López, H. O., Gómez-Dantés, H., y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México*, 152 (1), 135-140.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social Medicine. Then and Now: Lessons From Latin America. *Am J Pub Health*, 91 (10), 1592-1601.
- White, A.A., & Gallagher, T. H. (2016). How to Teach Error Disclosure to Students and Residents. En S. Mookherjee & E. M. Cosgrove (Eds.) *Handbook of Clinical Teaching* (pp. 205-213). Switzerland: Springer International Publishing.

Notas de autor

- a Médico, maestro en Medicina Social y doctor en Sociología. Investigador Titular C en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.
- b Doctor en Ciencias en la Salud Colectiva. Profesor - investigador de la Licenciatura en Nutrición y de la Maestría en Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Reconocimiento al Perfil Deseable PROMEP . Líder del Cuerpo Académico "Nutrición humana, educación y salud colectiva". Miembro del SNI nivel I.
- c Doctora en Ciencias en la Salud Colectiva. Profesora - investigadora y coordinadora de la Licenciatura en Educación para la Salud así como profesora de la Maestría en Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México. Reconocimiento al Perfil Deseable PROMEP . Integrante del Cuerpo Académico "Biopsicología, Salud y Sociedad". Miembro del SNI nivel I.

jsec6322@correo.xoc.uam.mx