

Réquiem médico. Un pasado acabado:

Absurdos de la medicina actual

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Alejandra Rodríguez Torres

Compiladores

**Réquiem médico. Un pasado acabado: absurdos de
la medicina actual**

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Alejandra Rodríguez Torres

Compiladores

DIRECTORIO

RECTOR

Dr. En D. Jorge Olvera García

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS

Dra. Ángeles Ma. Del Rosario Pérez Bernal

COORDINADOR DE LA UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL

Mtro. En E.U.R. Héctor Campos Alanís

COMPILADORES

Dr. Donovan Casas Patiño

Dra. Ma. Luisa Quintero Soto

Dra. Alejandra Rodríguez Torres

Apoyo Logístico

María del Rocío Mar García

Primera Edición, Noviembre de 2016

Tiraje: 100 Ejemplares

ISBN: 978-607-422-777-2

Edición a cargo de los compiladores

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso en México

Advertencia

El contenido de cada uno de los temas abordados aquí, no refleja necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de México

Contexto Nacional México

Capítulo 1.- Iniciando el camino, vocaciones, voluntades y sueños

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Andreia Poschi Barbosa Torales

William Alves de Oliveira

Capítulo 2.- La Especialidad Médica: una nueva oportunidad de vida o sometimiento laboral

Alejandra Rodríguez Torres

Isaac Casas Patiño

Jessica Nayeli Cervantes Herrera.

William Alves de Oliveira

Capítulo 3.- Imaginarios Sociales en Salud: re-significaciones para un modelo tiránico de ciencia médica

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Pedro Silberman

Capítulo 4.- El proceso Salud/Enfermedad/Atención como parte de la cultura de sometimiento

Alejandra Rodríguez Torres

Georgina Contreras Landgrave

Jessica Nayeli Cervantes Herrera

Donovan Casas Patiño

Capítulo 5.- Medicina sin práctica social

Donovan Casas Patiño

Jaime Esteban Camacho Ruíz

María del Consuelo Escoto Ponce de León

Capítulo 6.- Miserias e infamias del sistema de salud mexicano

Donovan Casas Patiño

Ana María Durán Ibarra

María Luisa Quintero Soto

Andreia Poschi Barbosa Torales

Capítulo 7.- Epidemiología de la pobreza, un predictor de falla estatal

Donovan Casas Patiño

María de los Ángeles Maya Martínez

Alejandra Rodríguez Torres

Capítulo 8.- Profesionales de la salud, en un país con pobreza extrema

Donovan Casas Patiño.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Georgina Contreras Landgrave

Luiz Eduardo Oliveira

Capítulo 9.- Factor género y familia en la diabetes mellitus

Alejandra Rodríguez Torres

Isaac Casas Patiño

Jessica Nayeli Cervantes Herrera

William Alves de Oliveira

Capítulo 10.- Formación del capital humano en salud una oportunidad para la reflexión y la crítica: caso Estado de México

Alejandro Hernández Morales

Donovan Casas Patiño

Ranulfo Pérez Garcés

Omar Ernesto Terán Varela

Roberto Moreno Espinosa

Contexto Internacional La Argentina.

Capítulo 11.- La profesión médica, en un modelo de análisis

Pedro Silberman

Donovan Casas Patiño

Capítulo 12.- La enseñanza de la medicina como trabajo vivo en acto

Pedro Silberman

Introducción

Este libro invita a la reflexión en temas de la medicina actual, donde el análisis crítico en el área de la salud nunca vislumbra la totalidad de la realidad, sometiendo los análisis en el área de la salud a simples miradas acotadas de los aspectos curativos, organizacionales y de indicadores médicos. Aquí se recopilan un gran número de ensayos críticos de la práctica médica, la formación y el sistema asistencial, de esta manera se pretende crear una mirada a la medicina actual, desde una realidad no ordenada, así Réquiem Medico hace su presentación para lectores críticos en búsqueda de lecturas contestarías del área de la salud.

Capítulo 1.- Iniciando el camino, vocaciones, voluntades y sueños

Donovan Casas Patiño

María Luisa Quintero Soto

Andreia Poschi Barbosa Torrales

William Alves de Oliveira

*Recorrer los pasos de la vida,
es volverse a bañar en los aromas del ayer,
las sonrisas inocentes del futuro incierto,
saben a victoria de tenerlo todo,
la fragilidad de las emociones,
se volverán con el paso de los años,
en un enojo gradual de una vida,
que se fue sin voltearme a ver,
recorrer los pasos de la vida,
es volver al inicio de donde todo comenzó,
mi yo.*

Resumen

Esta es una reflexión, respecto a la vida que se recorre en la formación del profesional en salud, en este caso al médico/a, al igual que otras profesiones está repleta de currículos, los cuales termina por conformar un profesional con ciertas características en su ejercicio y práctica, así es que muchos de los aprendices de la medicina terminan por adoptar las características ocultas del curriculum, y de esta manera dan vida a la creación del médico/a domesticado en aras de una ciencia coaptada y sumisa.

Introducción

La cita hacia la incertidumbre no era tan clara, en cambio la formula administrativa en créditos y áreas formativas dictaba que al terminó de 6 años se obtendría un título universitario de Médico Cirujano General, la etapa vivida antes del ingreso a tan esperada cita, estaba repleta de infortunios

de pubertad y adolescencia, el rompimiento del primer amor o la primera experiencia extrasensorial con algún psicotrópico o la resaca de las primeras fiestas de graduación de bachillerato, de repente la cita con el futuro se acercaba, decisiones entre Química, Bioquímica o Ciencias, o por si acaso Biología Marina, así es que en la búsqueda de un probable sueño de ayudar al otro, o ser como algún pariente cercano a la Medicina se presentaba.

Esto se podría volver una realidad y al fin poder alcanzarla, además la Carrera de Medicina otorga ese tan anhelado estatus social que marca una categoría muy especial de entre todas las profesiones que se puedan ofrecer en alguna universidad, el estudiar esta carrera la oportunidad de que siempre haya algún enfermo por ahí que necesite atención es una opción muy atinada, cabe mencionar que no todos entran con esta cosmovisión general, puesto que hay de entre todos los estudiantes aquellos que solo la cursan para poder heredar alguna clínica o especialidad de prestigio o algún puesto político ya acordado, así es que son pocos los que ya tienen una herencia que les espera al concluir este tan tortuoso y complicado camino, llega el momento de toda una vida por hacer, el futuro y el presente se entremezclan para elegir un rumbo sin retorno, que en muchas de las veces es el correcto o al paso de los años la tumba en vida del profesional, no hay más carga en decisiones de vida que la realizada ese día, la elección de ingreso a la Facultad de Medicina.

Bienvenido a la historia de tu vida, aquí se escribe entre las primeras horas infinitas de encierro en aulas con luz fluorescente que al paso de los minutos se convierte en un estado inanimado de repetición de sombras y conatos de angustia, el reloj se paraliza no avanza, estática permanente en la mirada, el cuaderno se inunda de notas, escritos que desbordan las orillas de la hoja, aumenta el vaivén de múltiples términos renombrados y especializados, al igual que el incremento de actividades extraescolares [tareas], orilla a muchos a ir desertando de tan inigualable escenario, el día no alcanza para tan demasiada carga académica, así es que el día que consta de 24 horas lo convierte uno en 48 horas, se duerme mal, se consiguen notas reprobatorias en muchos de los casos, y casi siempre se presentan finales a pesar de dedicación completa, la frustración se hace presente en cada momento, es presa de todos y cada uno de los que conforman el aula, se someten a un ritmo académico, formativo y de sometimiento, en aras de obtener el máximo galardón del conocimiento médico.

La anatomía se vive entre cadáveres y memorización de tecnicismos, Fisiología y Bioquímica se vive de los ayunos prolongados que cada estudiante realiza, las cascadas formadoras de ATP se entienden, en la Farmacología se aprecia lo manipulable que es una célula, esto de acuerdo a los diferentes receptores de membrana donde a estímulos químicos puede responder, Microbios y Bacterias se suman al conocimiento acumulado del entendimiento de un entorno complejo donde la Inmunología hace alarde de las respuestas del cuerpo entre inmunoglobulinas y células natural Killers, la Salud Pública trata de añadir una mirada no tan positivista a esta cosmovisión pero el tren va repleto de conciencia cientista consumada, de esta forma dos años se anexan a la vida del estudiante, donde experiencias académicas y personales, con dotes científicos se desbordan por el solo hecho de culminar esta fase en su formación inicial.

La bienvenida a los centro hospitalarios se vive como un nuevo amanecer, la angustia y ansiedad se depositan en los nuevos aprendices que han llegado a la fase de Propedéutica y Fisiopatología, los pasillos largos, camillas repletas con pacientes crónicos, sangre derramada por accidentes de toda índole, amputaciones de miembros, embarazadas y puérperas con niños amamantando, toma de muestras sanguíneas y de todo tipo de secreción humana, olores y barnices del cuerpo que se entremezclan con las fragancias de jóvenes que impetuosos viajan de un lado a otro del hospital, por pasadizos de fantasmas que han arrojado a la enfermedad, la cual se ha convertido en un ente que transita entre cada rincón del Hospital, en Medicina Interna la Cardiología con la Nefrología y Hematología con sus grandes variedades de Cáncer redescubren el frágil conocimiento del aprendiz, al paso por Cirugía General entre campos estériles, bisturí y propofol, la Ginecología se presenta como el hecho más representativo de la vida en su origen con la delgada línea de la Terapia Intensiva, el tiempo pasa por otros dos años más los cuales aumentan la gran cantidad de conocimientos, en todas las áreas de la medicina, la metodología es una herramienta tan útil en momentos de tanta especialización que se llega a pensar, que esto ha valido la pena, aunque la desfragmentación familiar, soledad, adicción, abandono de festejos navideños o de año nuevo, así en el olvido de la propia existencia emocional, se busca una realidad que se va oscureciendo de aquel ahínco soñador de ayuda al otro, puesto que el adoctrinamiento de combate a la enfermedad se va conformando como un ente de principio y solución intervencionista.

Entre la llegada de un nuevo año y la pérdida del año viejo, la tradición manda que el nuevo interno ingrese el primer día del nuevo año a un servicio troncal del Hospital, ya sea en Cirugía General, Urgencias, Medicina Interna, Ginecología o Pediatría, el interno toma por vez primera y sin conocimiento previo de gestión administrativa de un servicio las riendas y decisiones de este. El interno es llamado así por cursar el Internado Médico de Pregrado que en su quinto año de carrera lo manda el currículo de toda Facultad de Medicina a cursar, es así que se presenta ante una Institución en Salud, la cual es elegida por promedio académico, así cada quien elige su propio destino de acuerdo a convencias de todo tipo, esta etapa dura 1 año, con un horario laboral que rompe con todo contrato colectivo laboral 90 horas semanales, se conocen como ABC, en el día A se entra a las 7:00 am con salida el día B a las 15:00 pm, en el día C se entra a las 7:00 am para salir a las 15:00 pm, esto de manera continua, en fines de semana y días festivos se entra a las 7:00 am para salir a las 7:00 am del otro día, cabe mencionar que las visitas en piso con médicos de base en los servicios troncales se realizan a las 7:00 am lo que condiciona que el médico interno debe tener conocimiento del paciente, su tratamiento, sus pendientes y pronóstico, lo cual orilla a que la entrada sea de una hora antes del horario programado, el interno no tiene horarios de comida, no tiene derecho a dormir en servicio, no tiene derecho a faltar o separarse del servicio, pero si tiene derecho a una beca quincenal de \$ 450.00 pesos mexicanos (25 dólares americanos). Además de esto la vida se convierte en sobrevivir de relaciones de poder las cuales están implícitas en el acto y el ejercicio médico, el humillar y amenazar al interno es un arte milenario así se hace parecer y es aceptado por muchos. El abusar de los más débiles en conocimiento con afirmaciones menospreciativas del tipo "mira allá abajo a la que vende comida, le sirves más a ella que a mí. ¡Retírate de este servicio y no regreses jamás!" es el conocimiento que da poder a otros a costa del que menos conoce. Cabe mencionar de que nadie nace sabiendo todo, la indignación en este tipo de conductas es reforzada por los organismos internos de las instituciones de salud y universidades. Si alguien osa quejarse ante este tipo de vejaciones, estos organismos las dictaminan como casos aislados, la baja del internado clínico por humillación es inapelable y proponen como solución al reclamante que cambie de sede si así lo desea o se de, de baja temporal. Nuestras autoridades viven siendo incuestionables y los médicos internos no tienen un órgano colegiado que los respalde ante estas situaciones de abuso de poder del interno, solo espera si bien le va terminar el año que puede ser parte formativa importante de su integración como profesional, pero lo marcara para toda

una vida, donde en el momento de abusar de otro probablemente lo haga o a lo mejor recapacite, de esta etapa de abuso de poder rompiendo esta cadena de hostigamiento y sumisión.

El ahínco, dedicación y sumisión, son correspondidos con la finalización del Internado Clínico de Pregrado, para dar paso al Servicio Social aquí nuevamente la incertidumbre en la búsqueda de un lugar específico se hace presente, el promedio obtenido es una herramienta de combate para obtener un buen lugar entre tantos participantes, hay lugares en toda la República Mexicana desde el Norte al Sur y del Pacífico al Golfo, las historias informales recorren los pasillos de las Facultades antes de la toma de plaza, hay buenas historias de aventura, romance, dinero y parranda, y existen algunas donde el miedo hace presa de todos los habitantes de los pueblos incluidos los pasantes en salud, donde el robo, intento de violación o amenazas de muerte están al día, de esta manera se termina por elegir un lugar, tal vez el más lejano de alguna ciudad o el más cercano a una comunidad, la llegada a ese lugar figurado es provisto de una asesoría de capacitación en el Sector Jurisdiccional en Salud correspondiente, ahí todo es configurado hacia las acciones en salud ejercidas por los múltiples programas en salud ofertados a las comunidades, todos los encargados obligan de manera operativa su apego como si fuera la única actividad del Médico Pasante, después de más de un día o dos de capacitación, se hace entrega del oficio de bienvenida a la comunidad, la llegada en la gran mayoría de los casos es maravillosa, el rumor de arribo del nuevo pasante al pueblo hace que los niños corran detrás de este, las ventanas y las puertas se entreabren al paso de la gente, aquel rincón donde se encuentra la clínica será la casa por un año, donde se reflexionará, llorará, sonreirá, sufrirá en soledad y vivirá la realidad de un mundo el cual no ha parado; las enfermeras como siempre dan la bienvenida de manera amigable y formal, otorgan los momentos difíciles de médicos pasantes anteriores como sus grandes logros, terminado por expresar que el pueblo espera mejor servicio que el ofertado por el del año anterior, de esta manera el nuevo pasante repleto de grandes retos asiente con la cabeza e interioriza, realizare mi mejor esfuerzo.

Los primeros días, se convierten en realizar las actividades sociales en el pueblo, están repletos los días de invitaciones a desayunar, comer y cenar, salidas con los pobladores a los lugares más hermosos del pueblo, el jaripeo, las fiestas del pueblo y de los otros pueblos no faltan entre invitaciones formales e informales, no hace falta un solo peso la gente ofrece todo y con orgullo al médico pasante del pueblo, los que pretendientes se enfilan para poder conocer algo fuera de este

lugar o poder enamorar al médico o medica pasante. Una como garantía nacional o tradición es que el medico pasante debe apadrinar a los alumnos de sexto año que pasaran a la secundaria y de paso a los niños de kínder que pasaran a primero de primaria, aquí el salario del médico pasante que oscila en \$ 1100.00 pesos mexicanos mensuales (61 dólares americanos) es destinado a los suvenirs de más de 40 niños y niñas del pueblo, así que llegado el término del ciclo escolar, las invitaciones a diferentes fiestas se hacen imposibles de cubrir, el platillo tradicional se hace costumbre, la atención médica ofrecida al pueblo se hace rutinaria, no hay más actividades preventivas, de promoción o de educación para la salud que los pobladores desconozcan, la estancia en la comunidad se hace asfixiante, esporádicamente llegan supervisiones de la Jurisdicción a revisar indicadores o actividades educativas con los pobladores, y muchas de las veces olvidan a los actores principales del acto en salud, enfermeras, promotores y medico pasante son borrados, así sus condiciones en las que laboran son excluidas de algún reporte o simplemente destinadas al olvido.

Los días a pesar de todo drama vivencial, está repleto de ese tan anhelado precepto mítico de ingreso a Medicina, ayudar y procurar al otro al más necesitado, las mujeres embarazadas con condiciones de alto riesgo son atendidas en parto natural en estas unidades, diabéticos e hipertensos descontrolados con urgencia son estabilizados, picaduras de alacrán o víbora con intoxicación grave son atendidos, extracción de lipomas, colocación de dispositivos intrauterinos, resección de verrugas, atención de retenciones urinarias, tratamiento paliativo de cáncer, todo esto y más, atendido por no contar por un lado con otro lugar a donde acudir a más de 100 kilómetros a la redonda y por el otro, por no contar con dinero para la atención, entre ausencia de medicamentos y ambulancia para traslados, el año pasa, para algunos la experiencia es fabulosa y para otros el ánimo esta abatido, ahora el principio laboral empieza y la competencia para obtener una plaza de especialidad hace su aparición.

Dedicado: A todos aquellos médicos/as que buscan un mundo mejor.

Capítulo 2. La Especialidad Médica: una nueva oportunidad de vida o sometimiento laboral

Alejandra Rodríguez Torres

Isaac Casas Patiño

Jessica Nayeli Cervantes Herrera

William Alves de Oliveira

Resumen.

Este artículo, describe la situación real de los médicos residentes en formación en México, lo cual es un tema olvidado por el Sistema de Salud, otorgando esta actividad prioritaria del país a un organismo centralizado dependiente de la Secretaria de Salud la llamada Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, la cual ha estado envuelta en casos de corrupción y desvíos de fondo, y que además ha hecho oídos sordos de los reclamos de los médicos residentes, los cuales han sido desde hace más de 30 años utilizados como mano de obra barata en el sistema de salud, este artículo da pie a una reflexión olvidada, en el discurso en salud, donde los médicos residentes se ahogan en sus desgracias de formación académico-institucional.

Introducción

México tiene una gran historia y tradición respecto a la formación de médicos/as residentes, pero: ¿qué sucede detrás de lo que no podemos observar?, esos entramados sociales de la práctica médica cotidiana en su formación de posgrado, donde se crean y reproducen relaciones de poder implícitas y no implícitas, inadvertidas por las instituciones universitarias y de salud, de esta manera el médico residente en formación académico-científico está sumergido en una vorágine deshumanizada dentro de instituciones fácticas que dogmatizan su aprendizaje, y su vivir futuro, donde todas las expectativas de vida son glorificadas como un mundo mejor, esta formación no solo es parte de un momento del desarrollo social del proceso salud/enfermedad, la evolución de la formación que se ha venido dando desde hace varias décadas, ha determinado la existencia de ciertas características de alineación y practica medica de estos nuevos aprendices del arte de la especialidad médica, dogma o resistencia es a lo que se enfrenta el especialista médico, al tratar de obtener esta alineación científica.

En México los indicadores de disponibilidad de Recursos Humanos para la Salud (RHS) aumentan año con año, sin embargo es bajo en comparación con el promedio recomendado por organismos internacionales. El número actual de médicos por 1,000 habitantes es de 2.2 y de enfermeras por 1,000 habitantes es de 2.7 (Peña, E, 2013); la OMS recomienda 2.5 médicos por 1,000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por 1,000 habitantes y 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes; para llegar a los mismos estándares se debería incrementar 50% la cifra de médicos y más que triplicar la cifra de enfermeras. El alcanzar estas cifras no garantiza una cobertura total en la población y una disminución en los problemas de salud de los colectivos, ya que existe una mala distribución de los RHS, así encontramos ausencia de este personal en zonas rurales, semiurbanas, marginadas y además en hospitales o clínicas de alta especialidad, así como plantillas de recursos humanos con perfil en formación inadecuado para el área operativa en donde se desempeñan, originándose de esta forma una vinculación inadecuada del personal que se forma y las instituciones en salud en las que darán servicio.

Esta situación la observamos claramente en las cifras que presentan el Sector Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), donde reportan que hay 259 mil médicos en todo el Sistema Nacional de Salud, de los cuales alrededor de 38% corresponden a médicos especialistas, es decir, 95 mil. Pero la mayoría de ellos son especialistas en enfermedades que ya no son las de mayor demanda de la población. Por ejemplo en geriatría, en todo el país sólo hay 400 especialistas conforme a datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), es decir 400 geriatras para una población de más de 10 millones de adultos mayores, que representa el 9% de la población total que requiere cada día una atención médica más especializada. (Rodríguez, 2014).

Actualmente la formación de RHS en México, está a cargo de dos secretarías de estado (Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación), organismos que establecen los criterios y lineamientos para la formación e integración de RHS a partir de esquemas políticos, económicos y sociales que buscan dar respuesta a estándares internacionales, debilitando la vinculación de dichas instituciones, lo que impide la coordinación de los esfuerzos para llevar a un buen término esta encomienda.

En el caso de la profesión médica los criterios para definir matriculas en las escuelas y facultades de medicina no corresponde a una planeación basada, por ejemplo, entre otros factores, en los cambios

demográficos y epidemiológicos de las entidades federativas y las regiones. El número de estudiantes que se admiten en cada caso se determinan sobre todo con base en factores de infraestructura, presupuesto, campos clínicos disponibles y, en algunos casos, por cuotas otorgadas a grupos de presión. Resulta preocupante que en muchas entidades federativas se impongan criterios políticos en la conformación de la matrícula. En México no existe ningún fundamento jurídico que obligue a una planeación coordinada de todas las instituciones de educación superior, ni a las escuelas de medicina; la normativa existente se enfoca más en aspectos metodológicos, de contenido temático y de la disposición de campos clínicos (Nigenda y Ruiz, 2010).

Para las especialidades médicas y el servicio social, la planificación de plazas disponibles la efectúa la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), las vacantes de puesto y el entrenamiento está a cargo de las Instituciones de Salud como, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), hospitales privados, etc., la titulación es realizada por las universidades, la certificación se hace por los consejos médicos o academias dependientes de la Academia Nacional de Medicina y la autorización para el ejercicio profesional la otorga la Dirección General de Profesiones, dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP). (IMSS, 2014).

Cabe aclarar que la CIFRHS de lo único que se encarga es de coordinar cuantas plazas existen para cada médico, puesto que si se encargara de supervisar los procesos formativos y académicos terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, puesto que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas (Casas, 2013). Dentro de los objetivos educativos se encuentra el elevar la calidad de la educación en todos los niveles, vincular la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, elevando la calidad del personal médico y de salud propiciando el incremento de la investigación. Asimismo, es un órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, así como de otras dependencias e instituciones del Sector Público, pero la realidad operativa queda a merced de un mundo ficticio lleno de desencuentros e inadecuados acuerdos de vinculación operativa, así el CIFRHS está articulado pero mal operacionalizado.

De esta manera se plantea una necesidad urgente respecto a la conformación y formación de los recursos humanos en salud, el caso especial de los médicos residentes en México. Este personal que en su formación y capacitación académica, es utilizado por los sistemas de salud privado y público, como mano de obra barata, en condiciones de alimentación inadecuada, con abuso físico en sus horarios laborables y sometido a una alta presión académica, con un sueldo beca que humilla toda la labor ejercida por este médico en formación, es por esto que debemos replantear, ¿qué médicos necesitamos en el país? (Martínez, 1995), es labrar un camino nuevo e innovador en la reconformación de estos profesionales de la salud.

La CIFRHS en lo que respecta a la formación de recursos humanos, trata de conciliar la cantidad con la calidad, esto es la matrícula con la capacidad del Sistema Nacional de Salud para la instrucción clínica (especialización médica), en el 2012 oferto 6900 plazas en 28 especialidades de entrada troncal, para una demanda que superó los 35000 médicos (CIFRHS, 2012), en el 2013 oferto 6939 plazas en 28 especialidades de entrada troncal, para una demanda de 38000 médicos (CIFRHS, 2013); es prudente mencionar que esta comisión ha estado envuelta por años en múltiples fraudes respecto a la venta del examen nacional de residencias médicas y de plazas (Leal, 2011; Martínez, 2011; Ramírez, 2013), en el 2015 se asignaron 7500 plazas con una demanda de más de 40000 médicos, este aumento en plazas fue por un análisis de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en el cual el Instituto Mexicano del Seguro Social ofreció un aumento en el área de Medicina Familiar (Cruz, 2015), en ningún momento se pidió consultar con la CIFRHS. Otro momento crítico de esta organización han sido sus escándalos de corrupción en su interior con la venta de exámenes para concursar por una plaza (Leal, 2011), por lo cual fue hasta el 2012 que se implementó la aplicación de manera electrónica, y aun así se detectó venta electrónica del mismo examen (Cruz, 2011). Si la CIFRHS no certifica calidad educativa y está inmersa en fraudes en la compra de plazas, ¿qué importancia tiene como organizador de las especialidades médicas?

El Médico Residente (MR), es por definición operativa el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica (especialidad), la cual está

caracterizada por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes, que además estos deben estar avaladas y supervisadas por una institución universitaria e institucional, ¿pero quién coordina esta actividad?

El MR al ingresar a la institución en salud, obtiene una beca mensual de 770 dólares como Residente en su primer año (RI), y cada año académico sube el sueldo significativamente a 76 dólares, un RII gana 846 dólares mensuales y así sucesivamente, cabe mencionar que el discurso oficial revela que el sistema de salud mexicano gasta 77 millones de dólares anuales solamente en sueldos para médicos residentes (Graue, 2010), esta cantidad de dinero debería alcanzar para pagar a 9000 residentes los cuales no existen. El último censo de médicos residentes es de 8000 en 495 cursos de especialización en 89 sedes hospitalarias, ¿dónde está invertido el demás presupuesto?.

Los sueldos de los MR están avalados y homogenizados a nivel nacional desde el 2001, esto fue resultado de un grupo contestario de médicos residentes que se inconformo por el conocimiento público de los estratosféricos aumentos de sueldo mensual que se autoaprobaron los directivos del IMSS y del incumplimiento de acuerdos pactados en el año 2000 entre médicos residentes, IMSS y sindicato, los cuales exigían: alimentos saludables en la dieta, lugares para descanso y lectura para las jornadas de guardia médica, uniformes y zapatos, pago por riesgo de infectocontagiosidad o emanación radioactiva, acceso a bibliotecas virtuales (González, 2001), después de más de 10 años de esa lucha, los MR siguen hacinados en sus cuartos de hospital, su dieta sigue siendo inadecuada, puesto que los horarios en el comedor son incompatibles con su jornada académica y formativa, consumiendo alimentos de alto contenido energético, no se tiene hasta este momento un lugar físico donde al MR se le procure alimentos adecuados fuera de los horarios del comedor en el hospital, incumpléndose así una normativa laboral jurídica en beneficio del trabajador; empresas como FORD (FM 105, 2013) procuran alimentos sanos, de buen sabor y nutritivos a sus empleados en las armadoras, y si el empleado no puede acudir por cuestiones laborales al horario del comedor, este tiene la oportunidad de acudir por un refrigerio que está disponible las 24 horas del día, ¿por qué no tomarlo como ejemplo?. El MR labora más de 24 horas al día con personas que sienten y sufren, ¿por qué no procurarle una dieta en mejores condiciones?. Pareciera que la satisfacción

laboral del MR en las instituciones de salud no tiene prioridad, puesto que una mala dieta en un trabajador corresponde a una baja productividad y consecuencias de su salud a largo plazo (Donati, 1994). El MR ocupa un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano y esto no lo han vislumbrado las instituciones en salud, ni mucho menos las universitarias.

Siguiendo en la misma línea, la práctica clínica de los MR muchas de las veces no es supervisada ni retroalimentada (Graue, 2010), puesto que estos controles de calidad formativa exceden el número de residentes por número de profesores titulares y adjuntos, además las instituciones universitarias y en salud, no tienen una articulación operativa y financiera para llevar a cabo controles formativos básicos, y sólo exponen los resultados de supervisión a partir de exámenes de aprendizaje, dejando a un lado la conformación integral del médico residente; en ese tenor debemos cuestionar si todos los profesores de las especialidades médicas tiene la capacidad y herramientas didácticas para la enseñanza, además debemos discutir si las unidades receptoras de residentes cuentan con los espacios físicos, aulas, auditorios, computadoras, red de internet, lockers, también de personal capacitado y certificado para impartir las materias de la especialidad.

Aunado a lo anterior las guardias complementarias así llamadas para no crear alarma social, siguen siendo cada tercer día (A B C) con un horario de entrada a las 16:00 pm y salida a las 7:00 am de lunes a viernes, días festivos y fines de semana de 8:00 am a 8:00 am (24 horas continuas), esta situación sumerge al MR en un esclavo de las instituciones de salud el cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser, a costa de su propia salud “la medicina con hambre y fatiga se aprende”, se debe mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, que se debe determinar, por un lado, por el límite físico del trabajador (fuerza de trabajo) y dos, por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales (Marx, 2007).

Respecto al aprendizaje, a este lo encontramos repleto de relaciones de poder dentro de un “currículo oculto”, el cual es aprovechado en ocasiones por los médicos en formación de más rango (RII, RIII, RIV, etc.) o por médicos adscritos a los servicios, aquí convergen aspectos informales respecto a una formación académico científica: acoso sexual, acoso laboral, discriminación sexual, despotismo (no se le puede dirigir la palabra a un residente superior en rango y mucho menos al

médico de base, nunca se debe cuestionar una orden), castigos físicos (guardias de castigo), castigos económicos (comprar alimentos para todo el servicio), injurias, etc. (Cruz, 2011).

La vida en un aspecto tan fundamental formativo y académico de un profesional, se mezcla con relaciones de poder, las cuales terminaran influyendo en la práctica clínica diaria, médicos especialistas o subespecialistas que en su relación de médico-paciente terminan por ofrecer: despotismo, apropiación del cuerpo, desvanecimiento de la otredad, desvirtuación del individuo en su padecer, y creador y reproductor de verdades absolutas. Estas relaciones de poder están implícitas en el acto y el ejercicio médico, pero humillar y amenazar al aprendiz de un arte tan milenario (Camacho, 2013), es nuevamente el abusar de los más débiles en conocimiento (mira allá abajo a la que vende comida, le sirves más a ella que a mí, ¡retírate de este servicio y no regreses jamás!) , cabe mencionar que nadie nace sabiendo todo; y sobre todo la indignación en este tipo de conductas es reforzada por los organismos internos de las instituciones en salud y universidades, que al momento de confrontar esta realidad lo dictaminan como casos aislados dando el carpetazo, siendo inapelable la baja a la residencia (por humillación o vejación), y proponen como solución al quejoso presentar nuevamente el examen de aspirante a residencia médica (Vitela, 2012), nuestras autoridades viven siendo incuestionables, y los MR no tienen un órgano colegiado que los respalde ante estas situaciones de abuso de poder.

Continuando con el abuso de poder, los MR están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que condiciona: Depresión y Ansiedad (Aguirre, 2011; Arenas, 2006), Síndrome de Burnout (López, 2007; Shanafelt, 2002), relaciones interpersonales inadecuadas entre coetáneos y reproducción social de la cultura de poder de la especialización (Cumplido, 2007), además se ha encontrado asociación con uso de drogas médicas como: analgésicos narcóticos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas/estimulantes; y no medicas: marihuana y cocaína, aunado a alto consumo de alcohol por parte de médicos residentes (Martínez, 2004), además de aumento de errores en la interpretación de resultados médicos así como técnicos asistenciales secundario a deterioro importante de la capacidad psicomotriz (Friedman, 1971; Eastridge, 2003; Samkoff, 1991), estos errores médicos por privación del sueño condicionan una mala evolución del paciente (Wu, 1991), que en ocasiones conlleva la muerte de este; podríamos continuar con la cascada de consecuencias físicas y psicológicas que condiciona la residencia médica en el MR, que al final de

su formación académico-científica reproducirá una conducta asistencial repleta de trastornos emocionales y de poder, donde la relación médico-paciente quedara completamente deshumanizada y condenada en esta vorágine de la deformación de los recursos humanos en salud.

A manera de conclusión, es fundamental que el Estado mexicano a través de sus instituciones reguladoras, determine la cantidad de profesionales en salud que se necesitan a través del perfil epidemiológico en proyecciones futuras, y no solo por el mercadeo, además la orientación en la formación debe tener: instituciones educativas que supervisen y evalúen al personal que en las instituciones de salud forman a los médicos residentes, y así mismo tener un papel primordial en favor de las condiciones generales en las que se forman, lo cual condicionara su actuar con el colectivo mexicano.

Bibliografía:

Cruz A. El IMSS aumentará 20% las plazas para médicos residentes. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 20 de octubre del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2015/10/20/sociedad/035n1soc>

Leal G. El fraude como norma en el ENARM. La Jornada Sección Opinión. 15 de octubre del 2011. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/15/opinion/016a1pol>

Cruz A. Ofrece hacker residencias médicas al modificar exámenes de la Ssa. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 22 de julio del 2011. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/07/22/sociedad/040n1soc>

Peña, E. Programa Sectorial de Salud. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Rodríguez, R. (2014). México, sin especialistas contra males crónicos. El Universal. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-cronicos-217240.html>

Nigenda, G. y Ruiz, J. (2010). Formación, empleo y regulación de los Recursos Humanos para la Salud. Bases para su planeación estratégica (1ª Ed). Cuernavaca, Morelos: INSP. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/planificacion_rhus_gnigenda.pdf

IMSS. (2014). La formación de recursos humanos para la salud de cara al futuro. Bol Coleg Mex Urol, XXXIX(1): 5-7. Recuperado de: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100174&id_seccion=1494&id_ejemplar=9757&id_revista=104

Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Médicos residentes en México: tradición o humillación. Medwave 2013; 13 (7):e5764 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5764 Link: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5764>

Martínez P. El médico que el país necesita. Salud Pública de México 1995; 37 (5): 472-476.

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Número de plazas ofertadas para médicos residentes mexicanos 2012. XXXXVI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2012.
http://cifrhs.salud.gob.mx/2012_enarm/E36_num_plazas_y_lugares_ofertdas.pdf

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Número de plazas ofertadas para médicos residentes mexicanos 2012. XXXXVI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2013.
http://www.cifrhs.salud.gob.mx/2013_enarm/e37_plazas_lugares_ofertados_2013.pdf

Leal G. El fraude como norma en el ENARM. La Jornada 15 de Octubre del 2011. Sección Opinión. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/15/opinion/016a1pol>

Martínez A. Denuncia de fraude en el ENARM. La Jornada 22 de Julio del 2011. Sección Justicia y Sociedad. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/07/22/sociedad/040n2soc>

Ramírez M. Suspende SSA Examen Nacional para Residencias Médicas; aspirantes pagaban \$80 mil por la prueba; doctores cuentan cómo se la ofrecían. La Crónica 11 de Febrero del 2013. Sección Notas. Link: <http://www.cronica.com.mx/notas/2007/321627.html>

Graue E, Sánchez M, Durante I, Rivero O. Educación en las residencias médicas. 1ed. Editorial Editores de Textos Mexicanos S.A. de C.V. México, D.F. 2010.

González J. La eterna lucha de los residentes del IMSS. Imagen Medica Revista Electrónica de información 24 de septiembre del 2001. Sección País. Link: <http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php/reportajes-menu/reportajes-2001/104-septiembre-2001/533-la-eterna-lucha-de-los-residentes-del-imss>

FM 105. Entrega Cofetur distintivo "H" a planta Ford por calidad de alimentos en comedor industrial para trabajadores. FM 105 Noticias Sonora Hermosillo 13 de Junio del 2013. Sección Noticias Estado. Link: <http://www.fm105.com.mx/detallenoticias.php?dID=665693329>

Donati P. Manual de Sociología de la Salud. 1ed. Ediciones Díaz de Santos, Madrid España 1994.

Marx C. El Capital: tomo I. XXXII ed. Edición Fondo de Cultura Económica, México, D. F. 2007: 175-177.

Cruz A. Residentes del Inper, expuestos a hostigamiento de médicos. La Jornada 31 de Octubre del 2011. Sección Sociedad y justicia. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/31/sociedad/036n1soc>

Camacho F. Amenazas y humillaciones, parte invisible del currículum médico. La Jornada 09 de junio del 2013. Sección Sociedad y justicia. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/06/09/sociedad/036n1soc>

Vitela N. Llevan queja a CNDH residentes de la Raza. Periódico Reforma 12 de Diciembre del 2012. Sección Primera. Link: <http://www.emedios.com.mx/saiweb/viewer.aspx?file=4ejBjxeato5yStCGOR9vKkb1i962fQeJoW8eYDxuGRGM8DHqNVDm1/g1BL05II@@vWNaeG5QvxD6HJmbJE1V2sQ==&opcion=0&encrip=1>

Aguirre R, López J, Flores R. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente 2011; 3 (8); 28-33.

Arenas J. Estrés en médicos residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel. Cirujano General 2006; 28 (2): 103-109.

López A, González F, Morales M, Espinoza C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2007; 45 (3): 233-242.

Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Inter Med 2002; 136: 358-367.

Cumplido G, Campos M, Chávez A. Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes. Rev Med Inst Seg Soc 2007; 45 (4): 361-369.

Martínez P, Medina M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Salud Mental 2004; 27 (6): 17-27. Link: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12885>

Friedman R, Bigger J, Kornfeld D. The intern and sleep loss. N Engl J Med 1971; 285: 201-204.

Eastridge B, Hamilton E, O'Keefe G. Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. Am J Surg 2003; 186: 169-174.

Samkoff J, Jacques C. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents performance. Acad med 1991;66 (3): 687-693.

Wu A, Folkman S, Mcphee S, Lo B. Do house officers learn from their mistakes?. JAMA 1991; 265 (2): 2089-2094.

Capítulo 3.- Imaginarios Sociales en Salud: resignificaciones para un modelo tiránico de ciencia médica

Donovan Casas Patiño

Maria Luisa Quintero Soto

Pedro Silberman

*La realidad se ha ido desvaneciendo,
entre lo real y lo irreal,
la búsqueda del sentido permanece ausente,
ante una ciencia,
que cada día se aleja del que padece.*

Resumen

Este capítulo, ofrece una nueva mirada al proceso del padecer y la mercantilización en salud, donde un nuevo modelo tiránico de ciencia médica hace su aparición, orquestado desde las Academias y Facultades de Medicina en contubernio con las grandes empresas farmacéuticas, la medicina de ciencia tiránica tiene como objetivo el paliar el padecer a través de la mercantilización, donde en esta época de hipermodernidad ¿Cuánto cuesta tu salud?

Introducción

Cabe mencionar que los imaginarios sociales en salud son parte de los entramados y significaciones creados en las estructuras fácticas del poder, ahí se construyen: signos, símbolos, consensos, diálogos, sueños, ideas en común, significados, conductas, lenguajes, etc., esto a partir de las relaciones que se comparten entre los individuos de un colectivo, ya sea los trabajadores de la salud en una Institución Privada o Pública, o los mismos usuarios o pacientes que entre pasillos, salas de espera o en reuniones familiares, contraponen la ejecución de cosmovisiones de una realidad imperante, así los imaginarios son parte de todos, porque la personas imaginan su entorno social en salud a través de la vivencia, imágenes, historias o relatos, además, estos imaginarios sociales de la salud se comparten entre amplios colectivos de diferentes estratos o culturas, donde por si fuera

poco a través de estos se hace posible las practicas comunes legitimadas, entre los grupos, así un comportamiento estructural de poder hegemónico en salud, conlleva por ende reacción y contracción grupal a través del imaginario social, el mencionar que a partir de los próximos años la tarjeta de gastos médicos va a ser un referente para la atención médica [Caso México], es crear alrededor de esto una legitimidad de beneficios únicos, y por otro, surge la inequidad en salud arrebatada por la legitimidad del poder, así el imaginario social en salud incorpora ideas de expectativas normales que realizamos respecto a nuestra vida social que al final se apropian para generar ideas comunes, y apropiándose por completo del significado colectivo.

Así a nivel de políticas en salud, el constructo del colectivo se construye sin los actores claves como usuarios y prestadores de servicio, estos colectivos con sus discursos son apropiados y ajustados por el bloque hegemónico en salud, creando un mundo paralelo entre lo que normalmente debería funcionar en beneficio colectivo y el otro mundo creado para beneficio de algunos a costa de muchos otros, demostrándose que la administración en salud con sus políticas reduccionistas, se crean a través de imaginarios sociales en salud inválidos para la realidad de los colectivos, así el funcionamiento estructural en Salud por parte del Estado identifica necesidades reales de los colectivos ofreciendo contra reacción inversa para las mayorías, ocasionando realidades ordenadas entre el sometimiento y el olvido.

Ahora bien, dentro de las estructuras fácticas en salud, que dependen directa e indirectamente del Estado se crean aparatos de control y vigilancia para los actos en salud, así los médicos/as o enfermeros/as y odontólogos/as son sometidos de manera vertical y autoritaria a seguir reglas, normativas y estatutos en un acto el cual conlleva entendimiento incompleto del ser humano, así a estos personajes de la salud, se les controla por medio de número de usuarios vistos en un tiempo determinado, número de procedimientos realizados, número de medicamentos prescritos o utilizados, así como número de servicios solicitados [rayos X, laboratorio, ultrasonografía, etc.], supervisándose esta actividad a través de la captura de datos en la nota médica o de enfermería, contrastando lo escrito entre Normativas Clínicas Nacionales [Guías de Práctica Clínica], de esta manera se crea un paradójico logaritmo administrativo en salud: **número de actividades + procedimientos + Usuarios verificados + supervisión = sometimiento laboral**; cabe mencionar que: **no existe una relación más humanizada que la atención medica que cualquiera quisiera**

recibir en un momento de padecer [físico, mental, orgánico, no orgánico, etc.] (Casas, 2014), en ese tenor el actuar del personal del área de la salud, es visto como objeto y no como sujeto de acciones, estos actores que son necesarios para una transformación desde la base del que padece, **se les estigmatiza como trabajadores de preservación de la salud**, ganando lugares entre manipuladores del dolor y la verdad efímera a través de diagnósticos clínicos, así los discursos colectivos se sumergen entre pacientes sometidos en la maravilla de la medicina occidental, acudiendo en solicitud de: ¡quítame esto, aquello, compóngame, mejóreme! ¡por eso vengo con usted! ¡atiéndame! ¡escúcheme primero, y luego me regaña!, ¡no tiene otra cosa que me pueda ofrecer!, ¡yo no puedo no ve que trabajo!, ¡será muy caro el medicamento, porque yo no tengo dinero!, ¡deme otra cosa más barata! *, esta función profesional se ha tecnificado, se le ha otorgado el ser controlador del cuerpo de otros, manipulador de la corporeidad, solo por ser conocedor del funcionamiento corporal, así se crean verdades absolutas que domestican al otro a través de diferentes métodos: **lenguaje tecnificado** [fibromialgia, aterosclerosis, estatinas, ácido tranexánemico, confección, raquiestenosis, hidrops, atópico, etc.], **conocimientos médicos** [obtenidos en capacitación continua: congresos financiados por Farmacéuticas Transnacionales, revistas de moda científica, en reuniones de Academias o Consejos perpetuos de verdades no cambiantes, etc.], **hospitales** [concentradores de enfermedad, por niveles de especialidades y por núcleos de enfermedades], **tecnología** [colposcopia, genética, radioterapia, tomografía de positrones, etc.], **medicamentos** [genéticos específicos, para receptores de membrana, de una sola toma, de amplio espectro, etc.], así sin comprender por completo todas aquellas aristas del mal vivir de los colectivos [determinación social], se deposita en el gremio de profesionales de la salud la obligación perpetua y sublime de curar por curar a base de las herramientas predispuestas por la ciencia verdadera, dando paso a un **modelo tiránico de la ciencia médica**, el cual carece de aproximaciones completas a la realidad de las condiciones laborales de estos personajes en salud y de mal vivir de los colectivos, así la calidad en el desempeño clínico de laborar en estructuras fácticas del poder está sujeta a múltiples niveles que impiden a veces el desarrollo completo de estos profesionales, evaluando su cometido a través de indicadores médicos falseados por la gerencia (Casas, 2015).

En esos niveles esta cautivo el gremio de profesionales de la salud, donde un marco prejuicioso y normativo domina el acto de su proceder, el cual es vigilado desde una panóptica de guardia, castigo

y olvido, todo movimiento técnico curativo de intervención al individuo es custodiado, a través del compendio de conocimientos creado por la secta bíblica del saber: **Grupos de Desarrollo** [Jefes de Enseñanza, Jefes de Servicio de Hospitales de Tercer Nivel y Segundo, Academias y Consejos de Medicina, IMSS, ISSSTE, SEDENA etc.] los cuales a través de metodologías consensuadas integraron únicas verdades donde el conocimiento compactado en aras de atención clínica y gerencial dan fe para la toma de decisiones en cada individuo, fundando así el gran monstruo hostigador del acto médico la **Guía de Práctica Clínica** (Catalogo Maestro de GPC, 2015), la cual no está en beneficio del colectivo sino en la búsqueda de minimizar recursos financieros de las instituciones en salud a través de la atención médica gestada por el gremio de profesionales de la salud, en un marco de verdades absolutas que rigen el propio actuar de los profesionales so pena inmediata del no apego a condicionamiento de castigo por Notas de Demerito o en algunos casos reposición económica de la prescripción por parte del servidor en salud [pago o reposición del mal empleo de: medicamentos, o estudios de gabinete, no concordantes con Guía de Práctica Clínica en turno del padecimiento]; aquí surgen varios casos que caminarían entre la línea delgada de la ética en práctica médica, teniendo un marco situacional dentro de la atención primaria a la salud el primer caso sería; pacientes masculinos mayores de 50 años, los cuales cursan con sintomatología difusa de astenia, adinamia, baja de peso y polaquirias, a los cuales se les debe realizar un diagnóstico diferencial entre otros con **Cáncer de Próstata**, de esta manera, se procede a la ejecución de Tacto Rectal y solicitud de Antígeno Prostático para envió a Segundo Nivel de Atención, de acuerdo a la GPC para atención de Cáncer de próstata (GPC: Prevención y detección de cáncer de próstata, 2012), la realidad clínica en este nivel es desanimo total al no contar con este reactivo, quedando por un lado lo escrito en documentos oficiales como las GPC y por el otro la limitación en el acto médico, y en una vertiente amorfa el paciente en ausencia de dichos marcos normativos regulatorios éticos y administrativos, es borrado de todo beneficio en pro de su salud y en contra de todo acto médico; el segundo caso: en México la Obesidad y el Sobrepeso en niños y adolescentes es alarmante, datos de la ENSANUT 2012 (Encuesta Nacional en Salud y Nutrición) en niños menores de 5 años es de 34.4% nacional y de adolescentes es 35% nacional, esto significa que de cada 10 pacientes en esta edad 3 tienen esta patología, si en un turno laboral en una clínica de Atención Primaria a la Salud de 8 horas en una consulta ya sea nutricional, de enfermería o médica, se tiene que elaborar, una Historia Clínica [*tipo de alimentación, consumo excesivo de carbohidratos simples y complejos, trastorno de la conducta, actividad física, edad de inicio de obesidad, etc.*], para dar

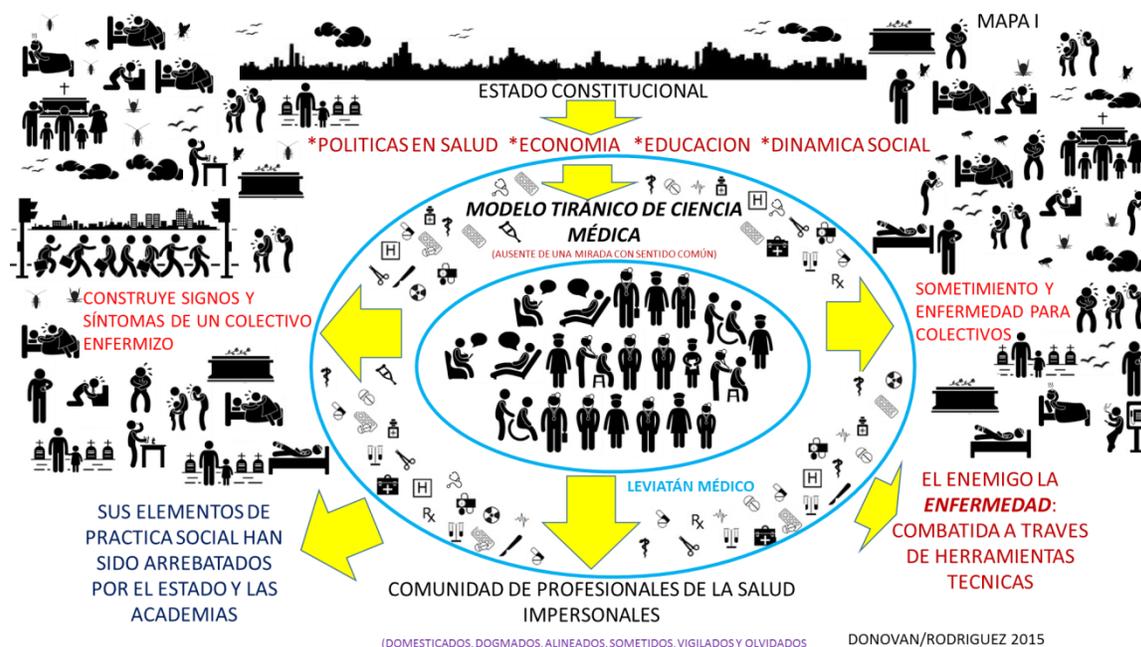
paso a una Exploración Física [que en la nota aparte del motivo de consulta se debe colocar: peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial –no se cuenta con baumanometro pediátrico en unidades médicas-, acantosis nigricans, desarrollo puberal –estadio Tanner-], con solicitud de laboratorios [Proteína C Reactiva, radiografía de cadera, ultrasonografía hapatobiliar –no hay medico de ultrasonografía en atención primaria a la salud-, pruebas de funcionamiento hepático – aspartatoaminotransferasa, alaninoaminotransferasa-, insulina en ayuno], y prescripción de medica [sibutramina, fentermina, amfepramona, metformina, utilizados solo y únicamente por centros especializados], esto representa que mucho de lo normativo de la GPC no se lleve a cabo, número uno, por no contar con insumos, personal capacitado, reactivos y lo más grave tiempo de consulta médica para realizar todas y cada una de las actividades auditables (Casas, 2014), por norma o guía normativa institucional, el personal en salud queda coaptado en actos inútiles de una realidad de servicio profesional acabado, así las actividades de un proceder único de atención queda en el olvido de una práctica efímera y controladora de realidad de colectivos maniatados, donde la búsqueda de mejorar la situación social se desvanece por el discurso oficial en salud (López, 2015), y en ocasiones son acusados de ser “desleales” a las Instituciones donde prestan la atención, alegando las Instituciones que con dolo niegan medicamentos a los pacientes, de esta manera el sistema crea sus propias verdades, donde no existe más verdad que la realidad de los colectivos, los cuales en protestas por esta acusación Estatal marcharon para exigir a través de batas blancas (Guzmán, 2015), apegarse a la necesidad de ambas partes: necesidades del gremio en salud para desempeñar su trabajo y resolver las necesidades de los colectivos; la respuesta del Estado fue despido de estos médicos, así se afirma que entre realidad y necesidad política, el factor administrativo económico en salud prevalecerá a pesar, de colectivos esperanzados de que algún día su vivir será otra realidad.

De esta manera lo que comienza como una práctica común, cotidiana y ampliamente compartida por un gremio del área de la salud, se filtra entre sus integrantes dominando al final al colectivo en salud, estos imaginarios sociales de domesticación de una práctica en el área de la salud, se han construido para beneplácito de la administración mercantil en salud, que de acuerdo a todo lo complejo que puede ser una idea colectiva está sometida al biocontrol total de la vida profesional de todo un gremio y vida social de colectivos maniatados, ahora estas ideas compartidas son normales y normativas de una conducta total dentro de una práctica en el área de la salud, uno acepta su

control [otredad] y el otro acepta ese control del otro [alteridad], de esta manera la vida laboral del gremio en salud está condicionada por una práctica colectiva que nos abduce a lo que otros desarrollan en su actuar dentro de las estructuras en salud, la alineación conductual que se domestica entre imaginarios colectivos es la conducta buscada dentro de las estructuras fácticas en salud, la cual es lo idóneo en un sistema de biocontrol mercantil, cabe señalar que todo actor del área de la salud conoce, entiende y vive, la realidad de un sistema en salud que remite, vigila y reconoce a un colectivo enfermo, y así mismo crea en su interior la necesidad de cómo se debería funcionar y la existencia de desviaciones ilógicas en un sistema que no mira la realidad de ambas partes: el trabajador sometido a una labor reglamentada, vigilada y limitada [gremio del área de la salud] y la necesidad del necesitado en un mundo donde el vivir es complejo repleto de complejidad [paciente, derechohabiente, usuario, como quiera llamársele], parte de este razonamiento radica en profesionales apegados a normas institucionales o pólizas de gastos médicos, donde el gran número de profesionales se domestican a lo establecido en congresos, normas, guías o pólizas, y estos son premiados [maiceados] con bonos de productividad [por reducción de: procedimientos, envíos a otro especialista, prescripciones, etc.] o invitación todo pagado cuando se prescriben medicamentos de ciertas marcas [congresos todo pagado a cualquier parte del mundo, por prescribir cierta marca de medicamentos], por otro lado, tenemos a profesionales no domesticados los cuales apuestan por la necesidad del que padece confrontándose contra lo hegemónico, esto les ocasiona nulos bonos y en ocasiones no son considerados para competir por un lugar a congresos, así la estructura fáctica en salud vigila, castiga y domina.

Los imaginarios construidos dan concepciones normadas para reconocer una práctica colectiva como propia y única, aquí la idea de bata blanca impecable, con logos institucionales privados o públicos de prestigio, colgando a cuello un estetoscopio marca Littmann, gafete colgando de bolsillo alto, con palm o tableta con touchpad con todas las aplicaciones normotécnicas del momento (Casas, 2014), profesionales construidos a través de un imaginario dogmático que no hace más que continuar con otredad del que padece sumergido a los pies de la alteridad de Consorcios, Academias, Consejos y Políticas, así el profesional en salud es un trabajador más que permanece domesticado entre biocontrol y normatividad, hasta cuando se tendrá una mirada contestaría a este régimen estructurado que domina el acto en salud.

Los profesionales de la salud tienen ahora más que nunca que trabajar en un entorno, cada día desconocido donde las estructuras fácticas son entes cómplices del poder que rige los ordenamientos de dinámica social del colectivo, el profesional conoce el entorno donde se desempeña pero el mapeo que rige el área es cambiante y desafiante entre tantas normativas y alineamientos, el sometimiento es parte sutil de persuasión hacia el profesional donde la vigilancia y el castigo es parte de una práctica constante en aras de la búsqueda de una **tiranía científica** que permite el doblar la rodilla para la obtención de un profesional dócil, adoctrinado con poca paga, dogmatizado a estándares estructurales, además sujeto a procedimientos y prescripciones de orden transnacional, así los profesionales de la salud se alejan de una percepción de pertenencia de lugar, espacio y tiempo, viviendo a las sombras del **modelo tiránico de ciencia médica**, distanciados por completo de la otredad del colectivo, así la relación de la historia al parecer es arrebatada a estos entes, donde el relato histórico de cómo hemos llegado a ser lo que somos, se borra por completo entre signos y síntomas de un colectivo enfermizo donde el aprendizaje de cura es la prescripción de combate a la enfermedad, la acción común es anulada por completo entre Sindicalismo, Academias y Consejos, el profesional es hoy parte fundamental de un **modelo tiránico en salud que apremia a la búsqueda de lo más In en ciencia médica**, para dar continuidad a profesionales de la salud impersonales, donde la única verdad al padecer es el leviatán médico construido a través de la ciencia para proteger la cosmovisión positivista de la cura por única vía el **modelo tiránico en salud** [Mapa 1].



Ese **modelo tiránico de ciencia médica**, se constituye a través de pensamientos creados a través de que el progreso de esta ciencia que se ha vendido en beneficio de la humanidad y que estos hechos son notables e históricos, además se muestra que muchas de las enfermedades pueden ser detectadas y curadas del que padece, así mismo esta ciencia se ha encerrado a dogmatizar a los aprendices dentro de dos estructuras funcionales para el acto de esta práctica: Escuelas de Medicina y Centros Hospitalarios, ahí se aprende y descubre al cuerpo humano con su funcionamiento, desde células, tejidos, aparatos y sistemas, se crea un conocimiento único lleno de verdades alineadas respecto al funcionamiento del cuerpo, en aras de beneficio en combate a la enfermedad, el ente a combatir: el monstruo enfermizo que rodea a cada cuerpo, aunado a lo anterior las herramientas tecnológicas se suman de manera complementaria al combate a este ente del enfermar por enfermar, y por último el conglomerado de marketing farmacéutico que da fe de la verdadera cura del cuerpo a través del medicamento [placebo] donde la dolencia no tiene cabida en este momento histórico, así un analgésico o un antidepresivo son parte de la normalidad científica, donde la ansiedad, angustia y depresión, trastornos emocionales del vivir son adaptados a un sinfín de fármacos que controlan la manera de vivir, de esta manera todo aquello que es la subjetividad del individuo ha sido olvidada por completo destinándolo a las artes de la religión y curandería, así lo que cura en cuerpo es la ciencia oficial, cabe mencionar que esta ciencia aprendida es una tiranía, puesto que este acumulo de conocimientos ha ocasionado abuso de poder y superioridad, lo que existe es únicamente lo reproducido por parte de los magnates de esta ciencia, y como guardián de esta ciencia el **leviatán médico** que se alza para perpetuación y reproducción infinita de actos en la práctica en salud, creado como un bien de beneficio corporativo mercantil en salud, este ente preserva a través de cadenas artificiales parte de la convivencia entre ciencia médica y herramientas técnicas [Rayos X, Ultrasonografía, fármacos, etc.] de uso común, para la perpetuación y reproducción del acto en salud a través del mismo profesional que coadyuva a esta protección y además da fe de esta realidad única, **el combate a la enfermedad**.

Así este **modelo tiránico de ciencia médica**, podría tener otros frente de combate, los **determinantes sociales [lo económico, político, social, educativo, etc., lo cual repercute en la salud]** estos pueden considerarse parte directa o indirecta del comportamiento del enfermar de los colectivos, y si una ciencia es parte fundamental del desarrollo de la humanidad, este **modelo tiránico** está mirando hacia el panorama económico redituable, **entre padecer y bien mercantil**,

como ejemplo bastaría mencionar qué: las Enfermedades Crónico No Transmisibles (ECNT) en el Mundo son parte cotidiana del día a día, donde la referencia de síntomas y signos de estas patologías determinan la continuación de un diagnóstico y tratamiento, que bajo la mirada **modelo tiránico de ciencia médica**, origina indicadores que a su vez, construyen datos económicos de cada enfermedad. En ese sentido cada patología de las ECNT debe tener un indicador económico de inversión a largo plazo, puesto que las ECNT son persistentes y además se ha construido alrededor de éstas la necesidad imperiosa de la atención médica y demás tecnologías para su combate y abatimiento. Es en este punto donde las transnacionales en medicamentos y servicios pueden invertir cómodamente y sin restricciones de por medio, puesto que éticamente velan por las enfermedades que atacan a los colectivos. Qué mejor inversión a largo plazo que las complicaciones de las ECNT; qué mejor visión y misión que abatir sus complicaciones, así un **modelo tiránico de ciencia médica** es parte del poder factico del momento, en aras de más sometimiento y enfermedad para colectivos y la crueldad del sometimiento de una ciencia con sus practicantes en acciones acotadas hacia una curación dirigida y dogmada.

De esta manera los Imaginarios Sociales de la Salud, se construyen a partir de los actores que son parte de una realidad inserta en el desarrollo social del momento, los profesionales, así como colectivos perpetúan una reproducción de practica social, por un lado, en un primer eje, uno opta por el control total de su cuerpo, admitiendo sumisión al acto de practica social en salud, en segundo eje las estructuras fácticas juegan el papel controlador normatizador el actuar del profesional, otorgando por sumisión administrativa en salud, los lineamientos y procedimientos admitidos por el eje del poder factico en salud, El Estado Constitucional, y en un eje transversal se estructura el modelo tiránico en salud el cual a través de un leviatán médico, se controla todo acto que se lleve a cabo dentro de la práctica profesional en salud, limitando actos humanos y emocionales en el pacto paciente-enfermo, desdibujando las características fenomenológicas de la determinación social, de esta manera el proceso salud-enfermedad, es visto con inmovilidad, en pausa y como consecuencia de un cuerpo inestable por secuela plenamente fisiológica, olvidándose por completo de toda la carga social que determina el equilibrio del mismo proceso, así las **estructuras fácticas y el modelo tiránico de ciencia médica** construyen imaginarios sociales en salud que influyen en ideas colectivas de repercusión total, y que deben ser parte de una nueva mirada en el actuar del profesional en salud, todo acto en salud por parte de un profesional de esta rama debe tener una

contra reacción y resistencia al modelo actual de ciencia médica, no se puede seguir a través de un camino lleno de más desequilibrio social, donde los profesionales en salud y colectivos son borrados de todo actuar, así al actuar en salud debe ser conciencia y practica social.

A manera de conclusión, se debe considerar que es posible una transición donde exista una soberanía del profesional en el área de la salud y el colectivo con todo su poder de otredad, traducir ese poder de idealización de una práctica en salud desde una participación social, que promueva y mueva conciencias de estilos de vida saludable, derrotando toda aquella determinación social que domina y abduce a los colectivos, es ir en contra de toda aquella practica en salud que por imposición, improvisación o adopción se inserta dentro de la misma concepción del enfermar y curar a través del imaginario social en salud construido por el poder, así debe existir una resistencia de la propia ciencia médica en contra de su propia anti-natura, esto dará teoría y práctica en salud donde el imaginario social en salud, sea el hecho factico de una ciencia sin arrogancias de verdades absolutas, una ciencia médica en pro de los colectivos y no solo en individuos, **teoría y práctica de una salud repleta de concientización de estilos de vida saludable.**

*Discursos de la Investigación: padecer, dolor y medicina occidental.

Bibliografía:

López R. Denuncian trabajadores del sector salud de Tabasco carencias de insumos y equipo: la situación de clínicas y hospitales, "igual o peor" que con Andrés Granier. La Jornada Sección Estados. 14 de diciembre del 2015. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/2015/12/14/index.php?section=estados&article=038n1est>

Guzmán A. Denuncian médicos de Tabasco deficiencias en infraestructura hospitalaria. Revista Proceso Sección Noticias. 13 de diciembre del 2015. Link: <http://www.proceso.com.mx/?p=423460>

Casas I, Casas D, Rodríguez A. La antropología Médica en México; una propuesta de acercamiento al otro. Archivos de Medicina Familiar y General 2014; 11(2): 13-18. Link:

<http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/168/140>

Casas D, Rodríguez A, Casas I. Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado. MEDWAVE-Chile. 2015 Mar; 15 (2). Link:

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/6106.act>

Casas D, Jarillo E, Rodríguez A. Significado de la Practica de la Medicina Familiar en México. Medwave 2014; ISSN 0717-6384. 14(5). Link:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5975>

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). CMGPC: nacional de Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Guía de Práctica Clínica. Prevención y detección temprana del cáncer de próstata. Catálogo Maestro de GPC: SS-021-08. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Impreso en México, Secretaría de Salud 2012. Link:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/021_GPC_CaProstata/SSA_021_08_GRR.pdf

ENSANUT 2012 (Encuesta Nacional en Salud y Nutrición). Resultados nacionales 2012. 1era. Edición, DR Instituto Nacional de Salud Pública, Impreso en Cuernavaca Morelos, México. Link: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Capítulo 4.-El proceso Salud/Enfermedad/Atención como parte de la cultura de sometimiento

Alejandra Rodríguez Torres

Georgina Contreras Landgrave

Jessica Nayeli Cervantes Herrera

Donovan Casas Patiño

Resumen

Este capítulo, parte del hecho factico de que el proceso salud-enfermedad es parte innata de una cultura colectiva, donde *el enfermar se ha convertido en una condición del mal vivir y del mal morir*, así los modelos biomédicos curativos han permanecido, crecido y perpetuado tratando de paliar las múltiples patologías del mal vivir, descuidando por completo la determinación social en salud, marginando a los colectivos a la desgracia de una salud arrebatada.

Introducción

La salud en sí misma es una construcción social ya que de ella participan no sólo actores sociales sino también su cultura, su historia, su contexto, su política, su economía, etc., esta interpretación dialéctica del fenómeno **salud-enfermedad** ha intentado buscar la explicación en niveles primarios de organización material y ha desconocido la particularidad cualitativa del hombre como unidad biológica, orgánica y funcional pero sobre todo, social. La salud como valor humano ha adquirido según la época histórica distinta significación social de acuerdo al sistema socioeconómico.

Desde el punto de vista social, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que son el parte aguas de las relaciones humanas, dando forma al comportamiento social y por ende condicionando la experiencia colectiva.

La cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías: desde un punto de vista local, la cultura puede moldear el comportamiento de las personas, esto implica que la población este propensa a adquirir determinadas enfermedades. La segunda es que desde un punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales conducen a las personas a ciertas actividades interactuando con el medioambiente de manera que pueden afectar a la salud.

La cultura es considerada como un pensamiento en acción y proceso dialéctico de conocimiento, producción y transformación del yo, dentro de un campo de fuerzas históricas (Gramsci A, 2004). Es así como todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas y reducidas culturalmente. La cultura por ende modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales, los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. Esta cultura contribuye a la conformación y reconfiguración de la identidad, donde se presupone un rediseño en el estilo de vida actuales del colectivo, donde estos se convierten en un concepto dinámico cambiante -dialéctico-, donde los hombres se reinventan y transforman dando paso a nuevas generaciones que dictan sus propios estilos de vida saludable apropiados por la cultura.

Aunado a lo anterior la enfermedad es un hecho existencial contra el cual todos los grupos humanos le han hecho frente, hasta antes de la revolución científica, las creencias y prácticas médicas estaban generalmente relacionadas con los fenómenos sobrenaturales, sin embargo con el avance de la ciencia médica en el siglo XIX, un modelo alternativo de terapia emergió basado en las premisas ajenas a los regímenes de terapia tradicional.

Con la aplicación del método científico de investigación en patología clínica, se pudo llegar a la conclusión que muchas enfermedades provenían de diferentes causas (teoría multicausal) que era preciso conocer, ahí nace el éxito de la medicina científica del presente siglo, despojándola así del residuo mágico y fetichista, se dio pauta al siglo de la medicina positivista.

Si bien estos avances tecnológicos se circunscriben dentro del discurso de la modernidad el cual enarbola la idea de la emancipación del ser humano a través de la ciencia, este proyecto trae consigo una serie de cambios en las creencias, ideas, constructos y prácticas médicas, por parte de todos aquellos que participan de manera directa o indirecta dentro del proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a) y por ende se ve trastocada la concepción y reconocimiento del otro.

Actualmente en México y en gran parte del mundo se practica una medicina institucionalizada hegemónica al servicio del Estado y de empresas transnacionales en salud –farmacéuticas, aseguradoras médicas, etc.,- tomando en cuenta esto desarrollaremos dentro de este ensayo algunas ideas que buscan mostrar como el enfoque científico positivista de la medicina institucionalizada se practica dentro de las instituciones de salud, donde específicamente reducen al otro a un sistema completamente biologicista arrebatándole por completo su identidad.

Así las estructuras fácticas del poder estructuradas como iconos necesarios de la vida misma, están hechas para someter o domesticar a las sociedades, conduciéndolas en los diferentes extractos sociales a una cultura de vida humana que pueda dejar una ganancias económicas a través de satisfacer necesidades sociales como la misma construcción azarosa de la enfermedad, así esta necesidad se convierte en un bien necesario que origina un bien mercantil elaborado a través de la misma satisfacción imprescindible del bien rentable en salud, ¿cuánto dinero está usted dispuesto en invertir en su salud y en la de sus seres queridos?, la salud como bien mercantil de construcción cultural de idolatría social ha hecho de su propia búsqueda una necesidad necesaria en un mundo con hipermodernidad, y de exclusión social, el que no tiene dinero para solventar su enfermedad, queda fuera de toda estructura social benevolente, para afrontar con sus seres queridos la misma muerte, con su desgracia, cronicidad y olvido.

La falacia que esta incrustada en el colectivo condiciona de manera progresiva la tendencia indudable del sometimiento científico a través del proceso s/e/a, donde el fenómeno crucial de desenlace terrenal se convierte en el posicionamiento económico de disponer de capital monetario para el combate a la enfermedad, años pasaran dedicados a la producción económica del colectivo donde satisfacer las necesidades prioritarias encrudecen el proceso salud-enfermedad **-el enfermar es condición innata del mal vivir-**, así los factores sociales involucran condiciones paupérrimas de resignación con propensión a un gasto más en salud por parte del que menos tiene, aumentando de esta manera una reproducción económica neoliberal a través de un bien que representa la necesidad universal del derecho a la salud, educación, trabajo, seguridad, alimentación, vestido, etc., no solo es el aspecto no concretizado de la búsqueda en salud, es necesario materializar la cosmovisión centrada en el modelo medico hegemónico curativo, donde la existencia propia de la medicina es el combate a la enfermedad apropiándose del cuerpo implementando la manipulación

terapéutica invasiva o no para la erradicación del mal funcionamiento corporal, electrolitos, moléculas de glucosa, colesterol triglicéridos o enzimas cardíacas juegan el papel detonante de la normalización médica en favor del bien capital en salud.

A manera de conclusión, ¿en un país con pobreza extrema es redituable la salud como bien mercantil?, si miramos a la pobreza desde diferentes estudios que confirman relaciones directas e indirectas con: desnutrición, talla baja, bajo peso, anemia crónica, enfermedad diarreica, respiratoria (Hernández, 2003), obesidad, diabetes (Beltrán, 2014), hipertensión, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Hernández, 2007), etc., podemos observar un horizonte lleno de múltiples patologías las cuales son en su gran mayoría prevenibles con promoción de estilos de vida saludable [una dieta saludable de calidad, suficiente y nutritiva apegada a la regionalización de productos cosechables] y accesibilidad real no a dinero sino a derechos universales, cabe mencionar que en México en el 2015 1 de cada 2 mexicanos es pobre ósea 53.5 millones están viviendo en la marginación (Enciso, 2015), y proporcionalmente a esto el Estado destina más dinero en el sector salud sin lograr la cobertura total de la población y sin abatir problemas pandémicos graves (Arellano, 2015), así extrapolando esta situación al Mundo entero, hoy en 2015 existen en el planeta 7.324.782.000 de habitantes, y de esos 895 millones de personas viven con menos de dos dólares al día, originándose así en el Mundo un fenómeno de escala global pobreza + inequidad social= sometimiento social en beneficio mercantil usurero de la vida total, “nuestro sueño es un mundo sin pobreza” (Leary, 2012), ficción, realidad o cinismo como pobreza e indicador a un dólar que no indica la realidad cotidiana de una realidad de Mundo coaptada por el poder factico, así la pobreza se vuelve extrema y violenta contra el que menos respuesta tiene, sometido en azarosos destinos de enfermedad, lamento y cronicidad.

Bibliografía

Arellano C. Se duplico gasto en salud en 9 años pero sin lograr cobertura universal. La Jornada Sección Sociedad y Justicia, 13 de julio del 2015. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/07/13/gasto-salud-1343.html>

Beltrán J, Saldívar A, Vázquez F, Martínez G. Obesidad, Diabetes Mellitus y Pobreza. Medicina, Salud y Sociedad Revista Electrónica, 2014; 4 (2): 257-264.

Hernández D, Barberena C, Camacho A, Vera H. Desnutrición infantil y pobreza en México. Serie Cuadernos de Desarrollo Humano 12, Secretaria de Desarrollo Social, Hecho en México, octubre del 2003. Link: <http://bvs.per.paho.org/texcom/nutricion/sedesol.pdf>

Hernández R. Una prospectiva de la salud en México. Revista Alegatos 2007; 65 (3): 47-56.

Gramsci A. Los cuadernos de la cárcel (1924-1935). 1era Edición del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana. México, D.F. 2004.

Enciso A. uno de cada dos mexicanos es pobre: Coneval. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 23 de julio del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/07/23/dos-millones-mas-de-pobres-en-primeros-dos-anos-del-sexenio-coneval-7560.html>

Leary M. Pobreza: Panorama general; contexto, estrategia y resultados. Banco Mundial 2012. Link: <http://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>

Capítulo 5. Medicina sin práctica social

Donovan Casas Patiño

Jaime Esteban Camacho Ruíz

María del Consuelo Escoto Ponce de León

*En que fracasamos si lo único,
que hicimos fue dedicarnos a vivir,
colocando en ellos el poder,
de toda nuestra apatía.
Cinismo y Lamentos.*

Resumen

Aquí se presenta una reflexión puntual respecto al ejercicio profesional de los médicos/as, los cuales juegan en un nuevo terreno el cual es desconocido y cambiante, donde manejan una práctica médica basada en ausencia de crítica social aunada a un biocontrol administrativo en salud, donde la única forma de permanecer en la estructura laboral, es el sometimiento profesional de su práctica, así se conjuga para la reflexión de este análisis una autocrítica que puede fracturar la realidad otorgada dentro de las estructuras fácticas en salud, en la búsqueda de una medicina con practica social.

Introducción

La instauración de la medicina hegemónica como eje de poder científico medico es debida, por un lado a una necesidad social en salud y por otro como elemento económico controlador del Estado. Esta medicina hegemónica está construida: en primer lugar para tener individuos altamente productivos, que realicen actividades laborales más rápido y en menos tiempo, aquí se olvida y arrebatada la esencia del individuo. El camino al éxito de esta medicina es arrebatar la enfermedad del cuerpo; y en segundo lugar controlar las necesidades construidas alrededor de la preservación de la salud del cuerpo, los cuales van desde la formación de recursos humanos en salud para la continuidad de servicios médicos de alta especialidad (Casas, 2013), pasando por licitaciones públicas en bienes en salud amañadas como construcción de hospitales inconclusos (Torres, 2013), así como fármacos de mala calidad (García, 2013; Cruz, 2010), además de organizar de

manera autoritaria y corrupta las decisiones en salud para toda la colectividad ocasionando descontento social y quejas múltiples, orillando a la colectividad al gasto de bolsillo en salud, creando así una economía de servicios médicos privados (Cruz, 2011). Además se ofrece a los medios de comunicación la oportunidad de vender la salud a partir de medicamentos mágicos sin control regulador por parte del Estado, todo esto genera una medicina hegemónica sin credibilidad llena de dudas y de sospecha.

Ésta medicina hegemónica se ejerce a través de la práctica médica, la cual ha reagrupando a la enfermedad dentro de centros burocráticos hospitalarios, tratando a la enfermedad como un ente al cual se le debe exterminar. Aquí el medico en recién formación perpetua a la enfermedad como el horror de la existencia humana, y como magnate de este preámbulo anunciado las farmacéuticas transnacionales y aseguradoras en salud originan la construcción de una medicina hegemónica de interés capital, causando una medicina carente de práctica social alejándola de los ejes de una vida saludable para los integrantes de la colectividad, sometiéndolos a la necesidad de una medicina hegemónica biomédica destructora de toda reflexión y critica de la instancia primaria a la enfermedad; olvidando que antes de todo eje de enfermedad y padecer existe un espacio paralelo que está condicionado por ciertas características sociales donde la colectividad no es adicta al fetichismo biomédico, este espacio es el buen vivir.



Foto 1; Acto médico secuestrado sin practica social I (fuente propia).

La medicina actual carece de practica social, manifestada por un estado de problema intelectual relativo a los conflictos del México actual, concerniente a la esfera político-económico-sociocultural, el efecto de éstos en el campo intelectual es la idea de un mundo alejado de la realidad en que vive la sociedad mexicana, extrayéndole su identidad y sentir a los individuos de la colectividad. La medicina afronta esta inmediatez social desde una postura acrítica, alejada de toda reflexión, contrapone solo y exclusivamente su status social con su decadente domesticación por el eje de poder, donde maniatada trata de competir por credibilidad médica, así con esta cotaniedad es vulnerada en sus elementos básicos: la privación ilegal de su libertad en su ejercicio profesional.

La medicina actual es acrítica, nunca se contrapone a la política regulatoria del sistema de salud orquestado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la cual hasta la fecha no es incluyente de los más básico de toda sociedad sus individuos (concedores y vividores de su

problemática en el proceso salud-enfermedad) y en segundo al gremio médico (conocedor de la problemática real gestada alrededor del proceso salud-enfermedad de la sociedad en conjunto). Por todo esto se reproducen conductas repletas de corrupción y desfalcos inauditos en los políticos (Leal, 2013-c), obligando a los profesionistas de la salud a navegar en los mares infinitos del neoliberalismo y la ignominia, donde la práctica social de la medicina se desvanece entre organismos certificadores de la profesión y consejos amañados de corrupción.

La colectividad en la búsqueda de algo que cure, sane o atenúe toda la gama de síntomas sociales - depresión, ansiedad, angustia, dolor, pérdida de la memoria y vitalidad, astenia, anomia- comete el error de caer al sometimiento de un control médico hegemónico, que perpetua conductas de biocontrol, donde el diagnóstico de estos síntomas se traduce en: tratamiento medicalizado que en la mayoría de los casos ocasionan adicción farmacéutica, o tratamiento no medicalizado como terapia de grupo o individual que condiciona visitas subsecuentes y recurrente a un medio burocrático hospitalario. Esto desencadena un biocontrol sobre la colectividad donde la medicina es elemento fundamental de este terror social, que en esta época se estructura para albergar dentro del cuerpo de la colectividad el software de la medicina hegemónica del biocontrol, donde al individuo que no padezca un síntoma social se le arremete en su contra para capturarlo dentro de la gran gama de nuevos síntomas sociales, para entonces dar continuidad al ciclo demandante de la terapéutica antinatural.

La idea y promulgación de una ciencia cada día más arrogante donde los científicos buscan la verdad absoluta dentro de las macromoléculas del ADN-RNA con ayuda de la nanotecnología tratando de descubrir y modificar al llamado microcosmos; donde las grandes epidemias o pandemias del siglo como la diabetes, obesidad e hipertensión se combaten con medicamentos específicos para un buen control biomédico, donde lo único que importa es la medicalización-tecnificada. Al sujeto se le despoja de su cuerpo el cual se le controla en esta vorágine de insulinas, lipolíticos, trasplantes de células pancreáticas e hipertensivos específicos, fortaleciendo el vínculo tecnificado de la medicina como consumo y bien mercantil, con el valor agregado de la búsqueda de su propia salud, donde la avalancha de info-comerciales se basan en la siguiente pregunta hacia la colectividad: ¿Cuánto dinero usted está dispuesto en gastar en su salud?, bienvenida esta medicina acrílica y hegemónica de comportamiento aplanado e insensible.

La medicina expresada a partir del médico con su acto médico, es redefinida y convertida en un simple objeto de fuerza de trabajo, ya sea en el ámbito del sistema de salud público o privado, el médico es transformado en un trabajador que se desenvuelve dentro de la estructura social en salud. En este modelo el trabajador médico se instala dentro de un lugar de trabajo Hospital o Clínica, donde realiza actividades laborales que producen bienes mercantiles tales como: consulta médica, prescripción médica y procedimiento quirúrgico intervencionista, estos son reglamentados por instituciones privadas y públicas, asentados en modelos económicos administrativos en salud, donde todo aquello que no esté normado no existe por cuestión económica de la institución o del individuo (Rodríguez, 2013-a/b). Así el médico es condicionado, sometido y fragmentado en su trabajo, esclavizado a dobles jornadas laborales donde termina desarrollando tareas delimitadas, donde su trabajo es cuantificado, medible, predecible, supervisado, controlado, con la posibilidad en cada momento de ser suplantado por otro trabajador médico. El trabajo médico se ha vuelto robotizado y computable, a medida que el trabajador médico realiza sus actividades cotidianas es desprovisto de la crítica social, de su vida laboral, erosionando sus cualidades humanas en pro de una estructura social hegemónica que domina su vida laboral y personal. Además este trabajador médico se debate en esta transformación biomédica mercantil como protagonista final del rechazo social de la medicina occidental.

Es necesario y urgente que el trabajador médico mire no solo el escenario de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, sino que mire los procesos que existen antes de la presentación de la enfermedad, para así combatir los preludios sociales de la humanidad (pobreza, marginación, hambruna, guerra) desde la mirada científica de la medicina, una medicina a gran escala con filosofía de práctica social y no solo un espacio de consultorio médico prescriptor de medicamentos y manipulador quirúrgico.

A la medicina hegemónica actual se le necesita confrontar desde las academias de medicina pasando por los Institutos y políticas en Salud, llegando al origen de su aprendizaje en la Universidad, esto es necesario en momentos en los cuales la colectividad y los individuos, están manipulados por consorcios innegables de la hipermodernidad que han hecho de la medicina actual su cómplice en un sometimiento al poder cientista médico, donde la necesidad de algo mágico que cure las dolencias de la hipermodernidad, se traduzca en la receta mágica del producto farmacéutico

que levante los ánimos y convierta al individuo en un ser productivo para la sociedad, olvidándose esta medicina de la búsqueda integral de espacios sociales donde el individuo y la colectividad fluyan hacia un mundo mejor, donde el buen vivir sea estilos de vida saludables para una integración completa de una humanidad feliz.

A manera de conclusión, actualmente el mundo está a expensas de la producción y consumo en masa de productos innecesarios para la vida, donde la salud se ha convertido en un bien mercantil, así la colectividad se ha sometido a las grandes empresas transnacionales, donde los Estados Nación están comprometidos con empresas y no con su colectividad, vemos decisiones políticas incorrectas que solo benefician los intereses de los mismos políticos, perpetuando el poder entre amigos y familiares a expensas de la pobreza y marginación de nuestros pueblos, aquí la medicina debe tener practica social que orille a la reflexión de los colectivos hacia la búsqueda de examinar todo aquella política pública que afecte directa o indirectamente el proceso dialectico salud-enfermedad, puesto que este proceso no solo es la suma de todos los factores sino es el todo dentro de lo complejo que guarda complejidad, es así que la medicina actual debe levantarse de su letargo para volverse contestaría de este mundo que ahoga y estrangula a nuestros pueblos.

Una medicina crítica y contestataria, podrá ofrecer una nueva era de esperanza y alivio social, en esta era de marginación, puesto que si continuamos en este ritmo social “tendremos como gobierno más de lo mismo... con política económica para las élites y más ley de bronce para los salarios, más impunidad, más corrupción, más incompetencia” (Blanco, 2015), es momento que la medicina sea la parte angular de un todo que busca el ideal de nuestro colectivo, lo que se arrebató con descaro y mentira, la dignidad de la vida humana.

Bibliografía.

Blanco J., (2015). El iceberg verde. La Jornada Sección Opinión. 12 de mayo del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2015/05/12/opinion/015a1pol>

Casas D, Rodríguez A., (2013) ¿Are health services universal in Mexico?. Medwave; 13(5): e5709
doi: 10.5867/medwave.2013.05.5709. Link:
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5709>

Cruz A. (2010) Coludidos en el fraude contra el IMSS, funcionarios y laboratorios: suspenden la publicación de las bases para la licitación de un contrato por \$80 millones. La Jornada Sección Sociedad y Justicia 11 de noviembre del 2010. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2010/11/11/sociedad/047n1soc>

Cruz A. (2011) El gasto bolsillo para pagar servicios de salud es alto: Fernando del Río. La Jornada Sección Sociedad y Justicia 13 de abril del 2011. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/04/13/sociedad/048n1soc>

García C. (2013) Compra Guanajuato medicamentos de mala calidad a precios inflados: PVEM. La Jornada Sección Estados 19 de septiembre del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/19/estados/038n1es>

Leal G. (2013-c) ¿"Protección" o seguridad social? La Jornada Sección Opinión 14 septiembre del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/14/politica/019a2pol>

Rodríguez R. (2013-a) Lo + de 2013. Claroscuros del sector salud. El Universal Sección Nación 18 de diciembre del 2013. Link: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2013/impreso/lo-de-2013-claroscuros-del-sector-salud-211687.html>

Rodríguez I. (2013-b) Aprueba Senado de EU acuerdo sobre yacimientos que comparte con México. La Jornada Sección Economía 20 de diciembre del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/12/20/economia/031n2eco>

Torres K. (2013) Adame dejó 11 hospitales inconclusos: solo tres han sido terminados, el mayor gasto atiende a niños. El Universal Sección Estados 07 de mayo del 2013. Link: <http://www.eluniversal.com.mx/estados/90341.html>

Capítulo 6. Miserias e Infamias del sistema de salud mexicano.

*Donovan Casas Patiño
Ana María Durán Ibarra
María Luisa Quintero Soto
Andreia Poschi Barbosa Torrales*

Resumen

Este artículo refleja la realidad del sistema de salud mexicano, el cual está marcado por múltiples quejas de mal servicio, así como ausencia de medicamentos y recursos humanos en salud, por lo cual aquí se presenta una reflexión respecto a la continuidad de un Sistema de Salud, fragmentado y dañado por recortes de presupuesto el cual dará origen a la privatización por hecho factico, olvidándose por completo de las necesidades básicas en salud de los colectivos.

Introducción

Una vez más la realidad de los servicios en salud en México está marcada por múltiples quejas del mal servicio el cual ofrecen los Hospitales Públicos, el desarrollo de la procuración en salud por parte del Estado mexicano, ha estado condicionado por dadivas y miseria, la cual ha ido escalando hacia situaciones irreales, así se va componiendo entre clamores que van desde el desabasto de medicamentos (*Cruz, 2014 a y b; Cruz, 2013; Medina, 2003; Henríquez, 2013 y 2014; Cruz, 2009; Valadez, 2014*), a largas filas y horas de espera, con hospitales sucios, ausencia de personal (*Covarrubias, 2014*), hasta la desgracia más grande de la llega de ciudadanos mexicanos **el parir en la calle o en los baños de los nosocomios** (*López, 2014 a y b; Manzo, 2014; Matías, 2013; Foto 1*) esto condiciona y origina complicidad por parte de los actores secundarios que procuran salud al colectivo desde una mirada hegemónica curativa, donde narrativas del actor primario (**paciente/Foto 2**) dan fe de una realidad operante en un país dantesco: **“el parto ocurrió a las 4:30 de la madrugada; sin embargo, los médicos de la clínica pretendieron ocultar el hecho, para evitar ser sancionados”** (*Pérez, 2013*); esto ha establecido un **sentido común de descontento hacia el Sistema en Salud el cual se considera por actores primarios y secundarios como fallido**. En ocasiones la incomprensión total de esta infamia en salud, conlleva a prácticas inadecuadas en el escenario en salud de una manera anómica, donde los actores juegan en la espera de una dadiva en salud por parte de una mísera atención en salud.



Foto 1 Revista Proceso Reportaje Especial: Irma López Aurelio en el jardín del centro de salud.



Foto 2 Fuente Propia: sala de espera de una Unidad de Medicina Familiar.

La situación del sector salud en México es crítica y acrítica, no hay los insumos suficientes ni el personal para atender la demanda de servicios de la población, cada día son más comunes las frases: ***“...no hay su medicamento pero, ahí está su receta”, “...nos tratan mal como si viniéramos a que nos regalaran la atención”, “...no hay citas hasta el año que entra...”***, ***“...no hay especialista nosotros le llamaremos cuando ya tengamos”, “...no hay rayos X, no hay laboratorio, no hay quirófano disponible”***, ***“...no hay lugar en esta sala, donde pongamos a su familiar, si gusta esperar”*** ***“para que, ofertan en televisión el mídete, pésate y muévete, sino no hay módulos de atención para uno”*** ***“...porque me envían a un lugar donde tengo que tengo...mmm que esperar tanto si solo vengo por mi medicamento, para que me salgan que no lo hay”*** ***“...esto es una burla siempre que vengo, no hay medico”*** ***“no hay.., no hay”****. Todos estos discursos conforman el entramado real del sentido común de un sistema en salud que está originando en los colectivos la idea grandiosa de terminar con estos servicios y dar paso a otra realidad, ¿Acaso esta realidad será la Universalidad del Sistema en Salud, que tanto quiere el Gobierno Federal?, solo falta el empuje mediático de los ejes de poder, la mesa esta puesta, la televisión iniciara en pocos meses esta gran tarea, donde con ayuda del colectivo amaniatado se buscara instaurar por orden divina de la democracia a la mexicana, la continuidad de la destrucción del sistema en salud la cual ha sido edificada desde hace años, cabe mencionar que los fracasos del Estado continúan, la reforma en energía fracaso, la reforma en cruzada contra el hambre paliara a esta pero la malnutrición de los colectivos continuara otra reforma más del fracaso continuo, la reforma en educación sin un modelo de nuevo paradigma educativo perpetuara hacia el fracaso, la reforma en procuración de justicia fracasara, la corrupción en el poder político aumenta su hambre

económica esta se ha convertido en una adicción económica, en este país fragmentado, ¿Quedan tres años de gobierno falaz?, solo les queda la **esfera mercantil en Salud**, aquí por todos los niveles en donde busquemos, encontraremos que hay gran cantidad de miles de miles de millones de dólares, los colectivos todos coaptados de su realidad en salud, quieren y buscan a través de la domesticación en salud un placebo mediático para el olvido miserable de su propia existencia, por lo cual surgirá un nuevo modelo en salud, coordinado por instituciones privadas en salud las cuales ofrecerán a costos bajos (de acuerdo a modelos económicos de primer mundo) atención médica asistencial con una mejor calidad, de esta manera la procuración en salud por parte del Estado tendrá un suspiro en sus finanzas, al deslindarse casi por completo de esta prestación, **condición para continuar con su fuga social**, establecida por las condiciones económicas mundiales del Neoliberalismo.

Cabe mencionar que los adeudos en procuración de la salud están en crisis, los Hospitales Públicos en México están maltrechos y en muchas de las ocasiones funcionan por voluntades ajenas, esto es legado, de entre muchas otras aristas, de la existencia desde hace muchos años de corrupción por parte de funcionarios públicos en Salud (*Leal, 2006; Gómez, 2003*), que en aras de ratificar su poder cegó al sistema mismo (*Cruz, 2010; López, 2013; Castellanos, 2004; Chávez, 2014*); ahora la consecuencia fáctica de estos actos, es la existencia de una eterna fila de espera por parte del que padece, en un modelo en salud completamente curativo agotado y fragmentado, así se han originado escenarios propicios para la aniquilación de estos servicios de salud, culpando a los mismos servidores del área de la salud, de no realizar sus actividades de una manera ética, responsable y apegada a lineamientos internos, la culpa de esta marginación en salud, es delegada a todos los actores que procuran un servicio en salud, sus altas pensiones, sus altos salarios, sus condiciones horarias de trabajo, sus prestaciones de ley (vacaciones, aguinaldo, utilidades, estímulos de asiduidad, puntualidad, etc.) marcan la catástrofe mediática del recorte laboral de miles de trabajadores del área de la salud, el final está cerca, las líneas del Estado serán dos: suspender laboralmente el contrato con todo el personal de manera definitiva otorgando un finiquito final de acuerdo a lo que convengan Sindicato y Empresa (Estado), o', recontractación laboral con modificaciones de ley, perdiendo todos los beneficios sindicales, aumento de edad y años laborables para jubilación, cuentas de ahorro para el retiro condicionados a empresas de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, todo esto en contubernio con Sindicato y Empresa (Estado),

ahora bien, y ¿el que padece?, todos y cada uno de los individuos serán presa de una nueva estructura que continuara con el mismo manejo hegemónico curativo, el cual ira en aumento en tecnología de punta, la cual condicionara más gasto bolsillo de los colectivos, lo que se vislumbra en una más de las infamias de una democracia reinante de partidos políticos corruptos, **colectivos y personal del área de la salud a merced de dadivas y miseria de un sistema en salud completamente saqueado.**

A manera de reflexión, la desesperanza e ignorancia de lo cotidiano está por todos lados del país, todo se mira como acabado, perdido o desolado, todos buscan soluciones en un estado **fallido; México vive a merced de líderes arrogantes, traicioneros, mentirosos, alevosos, corruptos e ignorantes de la realidad del país. Toda la política que realizan es entre pleitos de partidos políticos, agandalles electoreros, adjudicación de bienes comunes y debates de presupuestos infinitos para aquellos políticos que estén en patrocinio con el poder.** Esto influye en el acto de la realidad en salud de la colectividad, puesto que estos diputados y senadores en alianza con el poder de empresas privadas en salud, decretan la disminución en presupuesto directo en salud pública y seguridad social (Casas, 2010) ocasionando: deterioro de instalaciones médicas perjudicando condiciones laborales de trabajadores de la salud (desprofesionalización al trabajador en salud con flexibilización laboral), subrogando a los profesionales de la salud así como a los servicios de atención médica, creando falta de surtimiento de recetas médicas por falta de medicamento, produciendo largas filas de espera para ser atendido, entre otras causas; toda esta avalancha mínima de elementos mencionados ocasiona un **descontento social**, por un lado, la mala atención médica por parte de los servidores de la salud creado por sobresaturación de los servicios además de la ausencia de material médico así como de espacio para llevar acabo los procedimientos médicos, y por el otro, insuficiente capacidad del estado para la actividad preventiva, de promoción y educación en salud. Las instituciones públicas en salud están creando a propósito su propia autodestrucción e inutilidad, se crea la idea de servicios médicos múltiples ya sean privados y no privados, donde el estado solo controle los costos de servicios en salud por parte de estas instituciones y así no aportar ni un solo centavo en salud para la colectividad, dictaminando **que la salud no es un bien común sino un bien privado en la era de la agenda política neoliberal.**

Bibliografía:

Casas D, Casas I, Rodríguez R, Reséndiz S. (2010) Reflexiones sobre el habitus médico institucional. Archivos en Medicina Familiar; 12 (4); 106-108. Link: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719097001.pdf>

Castellanos A. Propician la corrupción legisladores y funcionarios públicos: Rodarte, se diseñan leyes favorables a intereses particulares, dice el director del CEESP. La Jornada Sección Economía 17 de mayo del 2004. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2004/05/17/021n1eco.php?origen=economia.php&fly=2>

Chávez M. Licitación irregular beneficio a esposa del secretario de salud de Querétaro, vendió camillas hechas en China a \$37 mil cada una, cuando su precio comercial es de \$9 mil: exdirector de mantenimiento del nosocomio. La Jornada Sección Estados 04 de diciembre del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/12/04/estados/041n1est>

Covarrubias J. Inmundicia hospitalaria. Revista Proceso Sección Jalisco. 3 de mayo del 2014. Link: <http://www.proceso.com.mx/?p=371293>

Cruz Á (a). Trabajadores del IMSS denuncian falta de medicamentos y acoso laboral: Director del Centro Médico Siglo XXI se niega a atenderlos. La Jornada 14 de mayo del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/14/sociedad/044n2soc>

Cruz Á (b). Pacientes refieren falta de medicamentos en clínicas y hospitales del Seguro Social. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 12 de abril del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/04/12/sociedad/034n1soc>

Cruz Á. Mal manejo administrativo provoca desbaste de medicamentos en el IMSS, asegura empresa. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 04 de enero del 2009. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/04/index.php?section=sociedad&article=029n2soc>

Cruz Á. Denuncian desabasto de medicamentos de control del VIH en el ISSSTE. La Jornada Sección Sociedad y Justicia 28 de marzo del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/03/28/sociedad/036n2soc>

Cruz Á. Coludidos en el fraude contra el IMSS, funcionarios y laboratorios: Mora Eguiarte, hoy ex coordinador de Adquisiciones y Bienes y Contratación de Servicios del instituto, contó con la participación de Carlos Abeleyra, directivo de la farmacéutica Stendhal. La Jornada Sección Sociedad y Justicia 11 de noviembre del 2010. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2010/11/11/sociedad/047n1soc>

Gómez C. Piden a Levy corregir irregularidades en la compra de fármacos: anuncian marcha. La Jornada Sociedad y Justicia. 21 de mayo del 2003. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2003/05/21/048n2soc.php?origen=soc-jus.php&fly=2>

Henríquez E. Falta de insumos y medicamentos semiparaliza hospitales de Chiapas: la mayor queja de los familiares de pacientes: ser obligados a comprar los fármacos a precios elevados. La Jornada Sección Estados 7 de abril del 2013. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/2013/04/07/estados/027n1est>

Henríquez E. Protestan por falta de medicamentos en Chiapas. La Jornada Sección Estados 25 de marzo del 2014. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/25/protestan-por-falta-de-medicamentos-en-chiapas-2279.html>

Leal G. Catapún: un levismo sin Levy. La Jornada Sección Opinión. Sábado 7 de enero del 2006. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/2006/01/07/index.php?section=opinion&article=016a2pol>

López R. Nuevas órdenes de arresto contra Granier y tres colaboradores. Les imputan delitos derivados al erario de Tabasco por más de \$2,400 millones. La Jornada Sección Estados 10 de noviembre del 2013. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/2013/11/10/estados/023n1est>

López R (a). Adolescente da a luz en la sala de espera de hospital de Villahermosa: solo había dos médicos: el resto estaban en paro por diferencias con la funcionaria despedida. La Jornada Sección Estados. 04 de marzo del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/03/04/estados/030n1est>

López R (b). Registró hospital de la mujer de Tabasco al menos 12 muertes por negligencia el año pasado. La Jornada Sección Estados. 12 de marzo del 2014. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/12/registra-hospital-de-la-mujer-de-tabasco-al-menos-12-muertes-el-ano-pasado-por-negligencia-medica-8605.html>

Manzo D. Cuarto caso de negligencia médica en hospital de Juchitán, Oaxaca. La Jornada Sección Estados. 26 de julio del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/26/estados/028n1est>

Matías P. Irma, la indígena mazateca que parió en el patio de un hospital. Revista Proceso Sección Reportaje Especial. 04 de octubre del 2013. Link: <http://www.proceso.com.mx/?p=354510>

Medina A. La salud, en manos de un engranaje institucional. Letras Libres. 3 de abril del 2003. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2003/04/03/ls-reportaje.html>

Pérez J. Mujer dio a luz en el baño de una clínica de Oaxaca. La Jornada Sección Estados. 17 de noviembre del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/11/17/estados/028n3est>

Valadez A. Señalan falta de medicamentos y equipo e incumplimiento de reglas de bioseguridad: cirugía con navajas de afeitar, analgésicos reusados y escasez de material de sutura. La Jornada Sección Estados 27 de agosto del 2014. Link:

<http://www.jornada.unam.mx/2014/08/27/estados/033n1est>

* Fragmentos de la Investigación ***“Imaginario construido a partir del que padece; caso de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS”*** Casas Donovan, Rodríguez Torres, Casas Isaac 2014.

Capítulo 7. Epidemiología de la pobreza, un indicador de falla Estatal

Donovan Casas Patiño

María de los Ángeles Maya Martínez

Alejandra Rodríguez Torres

Resumen

Aquí se presenta un debate para ampliar la panóptica de la epidemiología de la pobreza como un indicador de falla Estatal, lo cual nos conduce a reflexionar que a pesar de múltiples alternativas de modelos asistenciales en salud, el modelo epidemiológico en salud ocasionado por la pobreza tiene una característica conformada de ente social, así es que esta epidemiología tiene que ser considerada una parte sustancial de análisis en salud desde lo social.

Introducción

Mencionar que en México se amplifica la ***epidemiología de la pobreza y marginación*** es tratar de vislumbrar una realidad de nuestro colectivo y no mirar la realidad operante del discurso dogmático del Estado. Es bien sabido que ***los indicadores en salud son parte del poder hegemónico en salud***, los cuales muchas de la veces nunca confrontan la realidad en salud de los colectivos desde una mirada global, cabe mencionar que estos indicadores son además de herramientas metodológicas de la salud, teoría y pragmática; todo indicador está vinculado a un concepto o valor teórico el cual le da un origen, y hegemónicamente asume un significado “valido” y “no valido”, y siempre se opta con ellos a una mirada deductiva mas no inductiva, además este indicador es parte de una realidad mas no de la totalidad (Donati, 1994; pp 259), así este indicador es una herramientas de poder factico constituida por el Estado para dar respuesta a su propia construcción de realidad, que sucede ¿cuándo los indicadores mienten?, el sentido común hace uso de esta realidad el analizar los discursos dogmáticos de la Salud Publica al proponer otro mirar a la realidad de un colectivo que está sumergido en el olvido total, no basta con políticas inconclusas de sexenios corruptos, donde la foto presidencial simule actos de presencia con acciones aplazadas (Foto 1), mirar el desconsuelo más grande de la humanidad es dar esperanzas a los que continúan en la espera de un ***algo*** que pueda cambiarles el rumbo de sus marginadas historias de vida, más de 100 años los colectivos siguen a la espera de la esperanza política, la espera de un lugar mejor probablemente llegue cuando empiecen a desaparecer del territorio; desde el área de la salud se debe iniciar con nuevas propuestas que vislumbren un futuro más alentador, basta de continuar

entre acarreos partidistas (Regeneración, 2015), desfalcos millonarios (Méndez, 2015) y herencia de puestos políticos (Jiménez, 2015; Mandujano, 2015), la salud del colectivo se ha ido construyendo sin un futuro prometedor (Foto 1), el cual terminara por extinguir la luz del interior de su existencia.



Foto 1. Agencia Reforma. Tomado de Enrique Peña Nieto en Chiapas: acarreados sin traductor Tzotzil “ni playera ni torta”. Link: <http://kikka-roja.blogspot.mx/2012/04/enrique-pena-nieto-en-chiapas.html>



Foto 2. Agencia Mimorelia. Garantizar el derecho a la salud debe ser prioridad del Estado: CNDH. Link: <http://www.mimorelia.com/noticias/mexico/garantizar-el-derecho-a-la-salud-debe-ser-prioridad-del-estado-cndh/131934>

Hablar de **epidemiología**, es referirnos a la condición de una disciplina que se estructura a través de un concepto básico *-riesgo-* (*peligro o condición potencial de probabilidad de ocurrencia de un evento en un todo: enfermedad en un colectivo*) y a un concepto de relación *-factor de riesgo-* (*atributo o característica única de un grupo poblacional para presentar mayor incidencia de enfermar*) (Almeida, 2015), esta estructura disciplinar propone que sus **indicadores obtenidos a través de riesgo y factor de riesgo** conformen un acercamiento en los **rieles de los indicadores de salud**, que conforman el poder absoluto de validez para la creación de un elemento más de sometimiento médico-social, es verdad que los epidemiólogos no tratan de manera directa con la enfermedad si en definitiva realizan aproximaciones a esta, acercamientos, barnices, de un poder en salud cooptado por el Estado, se pretende afirmar que el enfermar de los colectivos guarda en sí misma una **predicción de riesgo absoluto y relativo para la salud**, esto lo podemos afirmar cuando: con el aumento de la pobreza y la marginación nos conduce al aumento en el contagio de VIH, embarazo adolescente, adicciones, violencia y homicidio, conflictos bélicos por desorganización

social (narcotráfico), zoonosis como *Toxocara canis*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica por contaminación de aire, accidentes de tránsito vehicular, suicidio, cólera, criptosporidiasis, diabéticos e hipertensos sin control adecuado, sobrepeso y obesidad, anorexia, bulimia, suicidio, tuberculosis, dengue, retraso en desarrollo neurológico por contaminación de agua; todo esta gama de manifestaciones del padecer son generadas por el **producto de una crisis política-económica nacional** (Mapa I) donde el Estado inicia su fuga programada en aras de enriquecimiento de arcas, abandonado la realidad y necesidad del otro, en definitiva esto da pie a una situación de terapia intensiva de colectivos que por modelos epidemiológicos no observables, marginan y condicionan inequidad en colectivos nacionales, según Ortiz -2015- la posición socioeconómica afecta la totalidad de las condiciones de vida de las personas, establece un estado de salud precario, además la enfermedad es más común, y menor la frecuencia al acceso de atención médica y medidas preventivas, observar desde la base misma de la población, que “durante los primeros años del gobierno de Enrique Peña Nieto, entre 2012 y 2014, la población en pobreza creció en dos millones de personas, al pasar de 53.3 (45.5 por ciento) a 55.3 millones (46.2 por ciento), es decir, uno de cada dos mexicanos viven en esa condición, informó el Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (Coneval)” (Enciso, 2015), esto nos permite percibir el lanzamiento de los colectivos al abismo de la **epidemiología de la pobreza y marginación**, bienvenidos al margen de muerte, enfermedad y sometimiento.



Esta **epidemiología de la pobreza** representa una problemática respecto a la salud de la colectividad donde la morbilidad con la consecuente mortalidad predominará en México a través de un **factor de riesgo modificable la pobreza**, en sí seguimos en un país sin rumbo social claro e incluyente, o caso, continuar con la mentira, miseria y dadiva es tener rumbo, menciona “el presidente Enrique Peña Nieto, en su tercer informe de Gobierno, que México tiene una ruta trazada, con rumbo, hoy cuenta con un horizonte de desarrollo más prometedor para los mexicanos” (Reséndiz, 2015), este mensaje presidencial da fe de un México incluyente para magnates, ricos y corruptos del poder, donde los colectivos no tiene cabida, de esta manera México sigue órdenes de políticas neoliberales del exterior, esto crea la gran sumatoria de enfermedad, padecer, desdicha y dolor, que se reproducirá exponencialmente, por varias aristas que influyen de manera directa en la salud de los colectivos; políticas sexenales de compromiso factico en favor de grandes empresarios y gente de poder, que olvidan al ciudadano y colectivo, lo que origina desempleo o empleo mal pagado, outsourcing o esclavismo de siglo XXI (Muñoz, 2015), acceso tormentoso al servicio en salud, sistema educativo desquebrajado sin una propuesta educativa real que rompa paradigmas, una economía dependiente de otros países, dietas bajas en aporte nutricio y modificadas genéticamente, ciudades contaminadas y secuestradas por el crimen, alimentos extremadamente caros y de difícil acceso, esto producirá talla baja, anemia, cáncer, sarcopenia, obesidad, desnutrición, etc. , **esta esquizofrenia del enfermar social nos ha absorbido, y al parecer nunca tendrá salida** (Foto 3).



Foto 3 Fuente Propia: higiene publica de un pueblo –Ciudad Nezahualcóyotl- (2015).

Para ahondar más este mar de lamentos interminables, podemos observar en la Tabla 1, que la morbilidad que azota a México es secundaria a una forma más de inequidad y mala planeación, ejecución y seguimiento en Educación para la Salud por parte de la Secretaría en Salud y sus Instituciones Fácticas que de ellas dependen, cabe mencionar que entre más inequidad económica menos accesibilidad y conciencia colectiva a la prevención, promoción de Estilos de Vida Saludable (Ortiz, 2015), en ese sentido ¿Cuándo esta secretaria, academia o consejos del Área de la Salud, emitirán un pronunciamiento en contra de la inequidad en salud?, donde la pobreza y marginación juegan el rol más importante del **factor de riesgo** en esta **epidemiología de pobreza y marginación**. Así mismo la mortalidad que presenta México, es una muestra más de que esta manera de morir es originada por comportamientos colectivos de Ausencia clara de Estilos de Vida Saludable, -malnutrición dieta, sueldos de miseria, nulas áreas de esparcimiento social, atmosferas contaminadas, alcoholismo, violencia manifestada por homicidios dolosos, etc.- así este abismo colosal de colectivos secuestrados hacia el mal vivir, condiciona una forma de enfermar y morir, donde los predictores matemáticos de la epidemiología, reflejaran un riesgo alto y constante durante más de 100 años en un México excluido de políticas transdisciplinarias en salud.

Tabla 1. Morbilidad y Mortalidad en México 2014 (realizada por autores).

MORBILIDAD	MORTALIDAD
1.-Infecciones respiratorias agudas	1.-Enfermedades del corazón ¹
2 Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2.-Diabetes mellitus
3 Infección de vías urinarias	3.-Tumores malignos
4 Úlceras, gastritis y duodenitis	4.-Enfermedades cerebrovasculares
5 Gingivitis y enfermedades periodontales	5.-Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
6 Otitis media aguda	6.-Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ²
7 Hipertensión arterial	7.-Enfermedades del hígado
8 Conjuntivitis	8.-Accidentes
9 Diabetes <i>mellitus</i> no insulino dependiente (Tipo II)	9.-Influenza y neumonía
10 Obesidad	10.-Insuficiencia renal
11 Vulvovaginitis aguda	11.-Agresiones
12 Asma y estado asmático	
13 Intoxicación por picadura de alacrán	
14 Amebiasis intestinal	
15 Candidiasis urogenital	
16 Síndrome febril	
17 Varicela	
18 Otras helmintiasis	
19 Neumonías y bronconeumonías	

<p>20 Faringitis y amigdalitis estreptocócicas</p>	
<p>Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2014 Población General. FUENTE: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2014. En: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html (02 del 09 de 2015) N.A.= No aplica para este grupo de edad</p>	<p>10 causas principales de Mortalidad en México 2014. Nota: Excluye las demás causas de mortalidad. 1 Se excluye paro cardiaco. 2 Incluye tétanos neonatal. Fuente: INEGI. Defunciones generales. En: www.inegi.org.mx (02 del 09 de 2015).</p>

Esta reflexión no pretende anclarse exclusivamente en el aspecto de la búsqueda de salud desde aspectos biomédicos, pero si en definitiva confrontar otra realidad con las características que rigen el actuar de todos los actores del área de la salud, pues directa o indirectamente siguen nublados por el poder factico instaurado, entre la ayuda al otro de manera curativa y el olvido social completo de los que padecen las desgracias de este país, como mejorar la situación de morbilidad y mortalidad en un país, sin rumbo social, como abatir la diabetes, obesidad, hipertensión y enfermedades infecciosas sin acceso real a una dieta nutritiva y de calidad, donde con sueldos paupérrimos se pretende abatir el mal nutricio, esto y otros ejemplos son el sentido común de **un área de la salud que se ha olvidado del discurso científico como herramienta política**, es por esto que el **área de la salud no solo deberá estar basada en políticas de tinte partidista o de sexenio**, esta deberá anclarse sobre la practica social que se encaminara en bienestar del colectivo, donde se deberá enfrentar de cara a todas aquellas prácticas sociales inadecuadas condicionadas por políticas de Estado que influyen de manera directa e indirecta negativamente en la salud del colectivo, por lo cual es necesario definir que los determinantes sociales son parte crucial de un buen desarrollo social y humano de todo un pueblo. Si se mejoran los **servicios públicos** no solo en salud, sino en **transporte (seguridad, prontitud, accesibilidad de rutas y horarios)** se evitaran trastornos tales como estrés, depresión, accidentes de trayecto entre otros; si se mejoran la condiciones **económicas** de los sueldos de los trabajadores en activo y pensionados se mejorara de manera directa la accesibilidad real a los **alimentos**, en frecuencia, consumo, y calidad como lo dicta el artículo 4º constitucional :“acceso a una dieta nutritiva y de calidad” evitando así estados de malnutrición (**desnutrición, obesidad**) reconstituyéndose como eje esencial de todo colectivo la

seguridad alimentaria por consumo ideal, y no lo que sucede actualmente con los mini salarios aprobados por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, Comisión Nacional de Salarios Mínimos y la Cámara del Legislativo que en contubernio aumentarían para este 2015 2.81 pesos (.21 dólar) lo que equivale a una pieza de pan, o un huevo o diez tortillas (Miguel, 2014), mientras los diputados se otorgaron un aumento de aguinaldo: ahora recibirán 90 días de bono navideño, por decreto de... ¡ellos mismos!" (Lomnitz, 2014), esta condición equivale a que la economía es proporcionalmente responsable de una alimentación adecuada de un colectivo, donde la clase política vive a costa del sufrimiento de un pueblo.

Si se mejoran las condiciones **ambientales** de las ciudades los problemas respiratorios (**Enfermedad Pulmonar Respiratoria Crónica, Asma, Rinitis Crónica, Bronquitis Química, Cáncer de Pulmón**) irán desarrollando una escalada a la baja así de manera indirecta se mejorará el microambiente con repercusión global en beneficio no solo de la localidad sino del mundo, si se promueve una **educación** que fomente estilos de vida saludables la energía social iniciará un cambio radical de empoderamiento de la salud como opción de bienestar, y no solo consolidar programas de escuela de tiempo completo que asemejen centros de reclusión social, donde profesores mal pagados en instalaciones de mala calidad deben atender programas sociales sin rumbo. Esto condicionará alejamiento y fragmentación de los pocos lazos familiares que existen (SEP, 2015), **¿puesto que, en que tiempo convivirá la familia, si todos trabajan o estudian, de manera recluida?**. Por otro lado si mejoramos la **seguridad pública** se podrá hacer uso de los espacios y plazas públicas así como de áreas de recreación natural y conservación de especies de manera autosustentable, mencionar lo anterior es porque México vive una epidemia social llamada epidemia del homicidio, que se ve reflejada por una tasa de homicidios de más 10 por mil habitantes, y no solo México es uno de los actores principales de esta epidemia, se suman a esta epidemia interamericana Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela, es así que esto condiciona un impacto negativo en tres dimensiones del desarrollo: en el individuo, en la cohesión social y en las instituciones democráticas (PUND, 2013). *En México es más fácil morir de un acto violento que de una enfermedad*, es así que no solo el acto curativo del área de la salud es acto reflejo de un comportamiento aislado o único en su especie, es un acto que está inmerso dentro de la estructura social del colectivo y que es parte dadora de respuestas claras en todos los ámbitos y aristas que afecten el proceso dialéctico en

salud/enfermedad, esta **epidemiología de pobreza y marginación** es el argumento claro y preciso de un Estado que se encuentra fallido, actuando desde miradas acotadas y domesticadas en discurso y accionar por el poder hegemónico del bien capital, argumentos tales como: *“México debe avanzar hacia una estructura de protección social en la que se vea a la salud como un derecho fundamental, separado de otras prestaciones, como pensiones, jubilaciones y seguros de desempleo... El ejercicio del derecho a la salud se cumple, pero no de la forma más eficiente; será mejor con una revolución gerencial”* (Cruz, 2012), *“con 6 mil pesos (461 dólares americanos al mes) y algunos esfuerzos, ya pueden pagar casa, auto y escuelas particulares para sus hijos, afirmó el secretario de Hacienda (candidato a la presidencia de México 2012-2016), Ernesto Cordero Arroyo”*(Cardoso, 2011) estos diálogos conforman un ideario o identidad del político mexicano, una realidad que no está apegada al sufrimiento del colectivo, es por esto que los actores del área de la salud son parte de este sentir de nuestro colectivo, no basta con seguir en el camino de las patologías de nuestro Estado, es construir un nuevo camino en busca del bienestar colectivo, donde la cascada de nieve inundara por completo el valle de lo que nosotros construyamos, **que más falla Estatal comprobable que le epidemiología de pobreza y marginación de un pueblo...**

Bibliografía.

Almeida, N. Rouquayrol, M. Introducción a la Epidemiología. 1 ed. Español. Impreso en Buenos Aires (Argentina), Editorial Lugar Editorial S.A., 2008: pp 89-102.

Cardoso V. Por exigentes, los mexicanos no perciben la recuperación: no hay evidencia de que la violencia impacte en el crecimiento afirma el secretario de Hacienda. La Jornada Sección Economía. 22 de febrero del 2011. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2011/02/22/economia/026n1eco>

Cruz Á. Hay que desterrar corrupción y deficiencias administrativas. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. 13 de febrero del 2012. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2012/02/13/sociedad/043e1soc>

Donati, P. Manual de sociología de la Salud. 1ed Español. Impreso en España (Madrid), Editorial Ediciones Díaz de Santos S.A., 1994; pp 259.

Enciso A. Uno de cada dos mexicanos es pobre: Coneval. La Jornada Sección Nacional. 23 de julio del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/07/23/dos-millones-mas-de-pobres-en-primeros-dos-anos-del-sexenio-coneval-7560.html>

Jiménez, H. Dos rostros jóvenes en San Lázaro. El Universal Sección Nación. 31 de agosto del 2015. Link: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2015/08/31/dos-rostros-jovenes-en-san-lazaro>

Lomnitz C. Corrupción e identidad profesional. La Jornada Sección Opinión. 24 de diciembre del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/12/24/opinion/019a2pol>

Mandujano, I. Así se reparten las familias el poder político local en Chiapas. Chiapas Paralelo Noticias. 24 de junio del 2015. Link: <http://www.chiapasparalelo.com/noticias/chiapas/2015/06/asi-se-reparten-las-familias-el-poder-politico-local-en-chiapas/>

Méndez A, Gustavo C. El Gobierno de Aguirre trianguló dinero público, sostiene la PGR. La Jornada Sección Nación. 13 de febrero del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2015/02/13/politica/003n1pol>

Miguel R, Pallares M. Minisalarío no alcanza para un boleto del metro. El Universal Sección Opinión. 25 de diciembre del 2014. Link: <http://www.eluniversal.com.mx/finanzas-cartera/2014/impreso/mini-salario-no-alcanza-para-un-boleto-del-metro-115891.html>

Muñoz, P. Niños laboran en condiciones de esclavitud en las regiones carboníferas: ONG. La Jornada Sección Política. 12 de agosto del 2015. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2015/08/12/politica/015n1pol>

Ortiz L, Pérez D, Tamez S. Desigualdad socioeconómica y salud en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53 (3): 336-47.

PNUD (América Latina y el Caribe). La inseguridad ciudadana frena el desarrollo de América Latina, dice el PNUD. Informe de Desarrollo Humano regional recomienda prevención, reformas institucionales y acuerdos nacionales de largo plazo para enfrentar el delito y la violencia. Nueva York Comunicado de Prensa Sección Noticias. 12 de noviembre del 2013. Link: <http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/pressreleases/2013/11/12/citizen-insecurity-thwarts-latin-america-s-development-says-undp/>

Regeneración (Periódico Electrónico). Acarreo, coacción y compra de voto en la elección 2015. Link: <http://regeneracion.mx/sociedad/acarreo-coaccion-y-compra-de-voto-en-la-eleccion-2015/>

Reséndiz F. México tiene rumbo: EPN. El Universal Sección Política. 02 de septiembre del 2015. Link: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2015/09/2/mexico-tiene-rumbo-epn>

SEP (Secretaria de Educación Pública). Programa Escuelas de tiempo completo: una alternativa para combate al delito e inserción social. Link: <http://basica.sep.gob.mx/tiempocompleto/>

Capítulo 8. Profesionales de la Salud, en un país con pobreza extrema

Donovan Casas Patiño
Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Georgina Contreras Landgrave
Luiz Eduardo Oliveira

*Orillados a un vaivén,
donde la reflexión es pecado,
y el pecado es parar,
mala hora la mía,
el momento que decido,
parar, y observar que he decidido,
mirar en la ausencia misma,
lo que nunca me hizo, parar,
mi miedo a la reflexión,
de parar para pecar.*

Cinismos y Lamentos.

Resumen

Este artículo, nos hace recapacitar respecto a la formación de recursos humano en salud, donde la mirada en la conformación de este grupo nos remite a realizar una pregunta ¿Cómo formar profesionales de la salud, en un mundo con pobreza extrema?, seguir el mismo camino o detenerse a reflexionar.

Introducción

México alcanzo en 30 años de políticas de corte neoliberal, un 78.1% (93 millones) de pobres en todo el territorio mexicano (Ángeles, 2014; Boltvinik, 2004), ahora medida de manera multidimensional –alimentaria, capacidades, patrimonio- y al final pobreza con marginación es lo que azota el territorio nacional; la respuesta por parte del Estado, ha sido, es y será fragmentada, paliativa y sin sustentabilidad, así podemos mencionar en ese tenor, la campaña de **Cruzada Contra el Hambre** (Peña, 2012), delimitada a otorgar alimentos en 500 comedores a nivel nacional, esta campaña dio su banderazo de salida en el 2013 **con esto se pretende abatir la pobreza alimentaria de 11 millones de mexicanos** (La Jornada, 2014) para el 2015, como compromiso del Milenio, aunado a lo anterior la falta de transparencia con la que en ocasiones se han operado los programas conlleva a fraudes cuantiosos en esta **Cruzada Contra el Hambre** (Román, 2014) donde la marginación y la pobreza sigue en aumento, como se pretende continuar con programas sin sentido sustentable y participativo, el reconocimiento de la marginación en México no es suficiente,

en realidad se debe ir más allá: si no se eliminan las causas de la pobreza, marginación, penurias, miseria social, y el hambre difícilmente se podrán resolver los enormes desafíos que persiguen y azotan a la gran mayoría de los mexicanos.

En esa misma línea, respecto a salud encontramos que cada año en México 931 mujeres dieron a luz fuera de un hospital o nosocomio sin atención médica básica (Cruz, 2014), se mencionan algunos factores como: falta de personal médico, espacio asistencial, accesibilidad al servicio o negligencia médica (Pacheco, 2013), pero en conclusión basta observar afuera de un hospital materno infantil en México, las largas filas de espera de mujeres parturientas en las inclemencias del sol, lluvia, smog, sin alguien quien les pueda orientar en ese espacio respecto a su necesidad básica de ese momento que es la incertidumbre de una atención médica de calidad y mediata, donde además se agregan por parte del personal médico y no médico, una atención médica con maltrato y vejación durante, trans y pos del parto (Olivares, 2014), no basta tener más recursos humanos para la atención médica curativa y hegemónica, ni tampoco basta con tener procuradores o comisiones del servicio médico de parto seguro (Leal, 2014), falta dar respuesta desde la prevención, promoción y educación en salud a esta problemática del siglo XXI en el México de los lamentos y culpables, porque es así en este tenor que el país se mira catastrófico desde el principio de sus orígenes, e imaginar cómo se está llegando a este país con dificultades, deflagraciones, colisiones y terror, así la mujer y su descendencia con el embarazo, parto y nacimiento, vive entre inauditas dilapidaciones de un final implacable y en un desorden con vacío inconmensurable.

Cabe comentar, que las **políticas en salud** que están en la misma dirección de las academias e universidades respecto a la **formación de recursos humanos para la salud**, guardan una orientación completamente biologicista que descansa sobre los datos e indicadores de la epidemiología nacional como internacional, en México la tendencia de la morbilidad esta entre infecciones respiratorias, urinarias y gastrointestinales, así la mortalidad entre infartos, complicaciones de diabetes mellitus y tumores malignos (SSA, 2014), esta identificación de enfermedades y muerte hace que se planifique y estructure todo aquello que gira alrededor de las políticas en salud desde una mirada acotada reduccionista curativa y hegemónica, este perfil epidemiológico del México actual solo se puede interpretar a través de la **epidemiología de la pobreza** la cual es consecuencia de una exposición constante y repetida de marginación, miseria,

olvido y pobreza (Evanz, 1996; Dieterlen, 2003), en este México el padecer con el sufrimiento se canaliza de manera biomédica hegemónica curativa a los hospitales públicos y privados, generándose a través de esta epidemiología una estructura económica de activos constante lucrativa y de inversión segura, toda esta complejidad tiene un origen que despierta intereses pero no genera eco en el Legislativo, los **Determinantes Sociales que son responsables directos e indirectos de esta epidemiología de la pobreza**, son vistos como elementos unicausales que son fragmentados para su estudio y resolución, México predispone para su combate y lucha de un aparato económico lucrativo transnacional de interés particular en salud, no se buscan alternativas en la **prevención, promoción y educación en salud del pueblo mexicano**, puesto que estas alternativas probablemente romperían con todo un esquema económico en salud.

Es por esto que se debe incorporar a la visión de conformación y formación de recursos humanos para la salud por un lado, la **cuestión cultural y su contexto** de las comunidades, se debe estudiar, respetar, reproducir, analizar sus problemáticas locales y aquellas de ámbito regional, se debe proteger los saberes, signos significados, prácticas y valores de la colectividad desde un enfoque transdisciplinario, puesto que si se continua con el enfoque tradicionalista epidemiológico en salud hegemónico curativo no se podrá resolver toda la gran problemática que azota al pueblo mexicano, por otro lado, **una mirada real, filosófica, incluyente, propositiva, y responsable del entorno social** donde se pretende ejercer o practicar, sin controles de estructura económica o política que manchen la organización de estos recursos humanos para la salud, en ese tenor, **la construcción del imaginario profesional**, debe ser hacia el crecimiento humanístico y social, de coparticipación comunitario, donde el profesionista no siga estándares de oro dogmáticos de la profesión, no construir profesionistas preocupados por obtener ingresos económicos y un buen trabajo con excelente oficina, debemos fomentar profesionistas que resuelvan la problemática de la colectividad desde una manera popular, humanística y de prevención en salud; **aunque cumplamos con el indicador internacional en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el ámbito de recursos humanos para la salud** de 4 médicos por 1000 o 23 por 100,000 (OMS, 2011; Diario Medico, 2009), no podremos combatir y abatir toda la epidemiología en pobreza desde una mirada hegemónica biomédica curativa, puesto que esto que azota a un pueblo va más allá de diagnósticos, pronósticos, prescripciones o recomendaciones; sino se combaten de fondo los orígenes sociales de esta inequidad colectiva continuaremos con individuos altamente vulnerables y comunidades complementarte violentas, marginadas y olvidadas; las alternativas están alrededor de nosotros es

necesario y prudente iniciar con la incorporación de currículos hacia la humanización, el trabajo colectivo, la participación social, la inclusión, la sustentabilidad y la planeación desde un enfoque transdisciplinario.

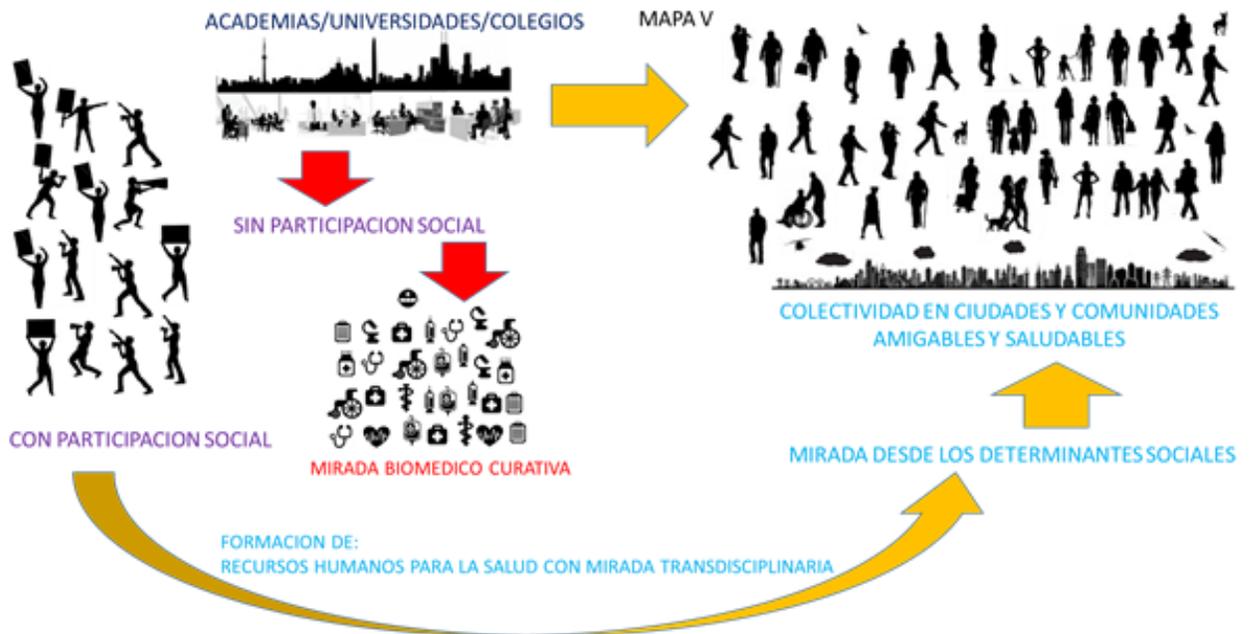


Fuente: Elaboración propia

No existe una receta mágica ni una planeación estratégica perfecta, para la formación de recursos humanos para la salud, solo se tiene que trabajar sobre la decisión más apropiada para el contexto social donde existe una colectividad que tiene ciertas características que las hace únicas, no se debe depender de la disponibilidad de datos exclusivamente epidemiológicos dogmáticos, sin que estos tengan inmersos una mirada desde los determinantes sociales, es por esto que la comunidad requiere de profesionales con mirada popular, humanística, de organización comunitaria, de participación social, con enfoque preventivas, de promoción y educación para la salud, filosófica, cultural, que además se apoyen de otras disciplinas para la resolución de problemas colectivos (Casas, 2014), todo esto en la **búsqueda de colectividades en ciudades y comunidades amigables y saludables** (Mapa V).

La construcción de nuevas matrículas orientadas al perfil biologicista curativo hegemónico nuevamente tenderán a reconstituir el factor económico en salud a través del proceso salud enfermedad, aquí se debe debilitar esta continua línea de asociación entre lo curativo y la enfermedad, desde un enfoque que asuma con atención y pericia las auto-eco-organizaciones sociales con participación colectiva, dirigidas por profesionales en salud con mirada preventivista, de promoción y educación en salud con sustentabilidad en comunidades y ciudades amigables, donde la vida transcurra entre todos los seres en un planeta compartido que se le muestre respeto e igualdad entre todos los seres, no basta con generar individualismo curativo, basta con generar conciencias de estilos de vida saludable en colectivos participativos.

Fuente: Elaboración propia



Bibliografía.

Ángeles M. (2014) México y las metas de desarrollo del milenio ¿se cumplirá el objetivo de reducir la pobreza? Revista Ciencias desde el Occidente Vol. 1 (1): pp57-65.

Boltvinik J, Damián A. (2004). La pobreza en México y el Mundo, realidades y desafíos. México, Editorial Siglo XXI.

Cruz A. (2014). Llevan ante la CIDH partos en México fuera de hospitales. La Jornada Sección Política 20 de marzo del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/28/llevan-ante-la-cidh-partos-en-mexico-fuera-de-hospitales-2252.html>

Diario Medico (2009). Los sistemas mundiales necesitan 23 médicos por cada 100.000 habitantes. (Última visita 10 de abril del 2014). Link: <http://www.diariomedico.com/2009/05/26/area-profesional/sanidad/los-sistemas-mundiales-necesitan-23-medicos-por-cada-100000-habitantes>

Dieterlen P. (2003) La pobreza: un estudio filosófico. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

Evans R, Barer M, Marmor T. (1996) ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Editorial Ediciones Díaz Santos. Madrid, España.

La Jornada. (2013). Datos sobre Cruzada contra el Hambre generan suspicacias. La Jornada Sección Portada/Sociedad y Justicia 23 de marzo del 2013. [Último acceso 12 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/23/cruzada-contra-hambre-en-mexico-genera-suspicias-3847.html>

Leal G. (2013-c) ¿"Protección" o seguridad social? La Jornada Sección Opinión 14 septiembre del 2013. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2013/09/14/politica/019a2pol>

Olivares E. (2014). Maltratan en los servicios de salud a mujeres en labor de parto. La Jornada Sección Sociedad y Justicia. Jueves 23 de enero del 2014. Link: <http://www.jornada.unam.mx/2014/01/23/sociedad/035n1soc>

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2011). Departamento de Recursos Humanos para la Salud: personal sanitario. (Última visita 12 de abril del 2014). Link: <http://www.who.int/hrh/about/es/>

Pacheco N, Mencinas F. (2013). Sobreviviente de parto en hospital de Tehuacán denuncia negligencia médica. Periódico Municipios de Puebla Tehuacán Sección Denuncia 11 de octubre del 2013. Link: <http://municipiospuebla.com.mx/nota/2013-10-11/tehuac%C3%A1n/sobreviviente-de-parto-en-hospital-de-tehuac%C3%A1n-denuncia-negligencia-m%C3%A9dica>

Peña L. (2013). Mensaje a la Nación del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. [Último acceso 11 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/mensaje-a-la-nacion-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos/>

Román J. Sedesol gastó más de 10 millones de pesos por concierto contra el hambre: IFAI. La Jornada Sección Política 09 de febrero del 2014. [Último acceso 07 de julio del 2014] Disponible en el Link: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/02/09/sedesol-gasto-mas-de-10-mdp-por-concierto-contra-el-hambre-ifai-9017.html>

SSA (Secretaría de Salud). (2014). Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS): Consulta de información en bases de datos en formato cubo dinámico. (Última consulta 17/04/2014) Link: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Capítulo 9. Factor Género y Familia en la diabetes mellitus

Alejandra Rodríguez Torres

Isaac Casas Patiño

Jessica Nayeli Cervantes Herrera

William Alves de Oliveira

Resumen.

La presente reflexión pretende armonizar el conocimiento hegemónico respecto a la Diabetes Mellitus y la relación que guarda con el género y la familia, donde el entramado de significaciones está ausente y desprovisto de un anclaje analítico, el factor género como impulsor de una orientación nueva y prometedora respecto a la enfermedad, nos brinda la oportunidad de trabajar en escenarios desprovistos de la medicalización, en aras de individuos y colectividades socialmente íntegras.

Introducción

La relación que guarda la ***Diabetes Mellitus en relación al género***, es una conceptualización poco elaborada desde el ***discurso médico hegemónico***, ésta transita exclusivamente entre mortalidad asociada a sexo, o número de nuevos casos por sexo, perdiéndose así la ***simbolización cultural atribuida al individuo desde la perspectiva de su género***, y sus determinantes sociales que contribuyen a la construcción simbólica de su padecer y su vivir.

La Diabetes Mellitus (DM), es considerada la nueva pandemia del siglo XXI; cada vez existen un mayor número de personas que la padecen a nivel local como internacional (Asociación Latinoamericana de diabetes, 2004). ***La DM es un problema de salud pública***, ya que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen con la consecuente pérdida de años de vida productiva y muerte, sino también en la demanda y consumo de servicios hospitalarios, por lo que los costos de tratamiento son altos para la economía de los países y de las instituciones de salud.

Se ha demostrado que ***el costo de la atención médica de las personas con diabetes puede ser entre 2-3 veces mayor*** que el de la población no afectada por la diabetes, esto significa que 25% de los gastos médicos se destinan para tratar la enfermedad, otro 25 % para complicaciones y 50% se

consume para la asistencia médica general. En México representa el 34% del presupuesto de servicios sociales en salud del país, y hablando de costos directos e indirectos van de 330 y 100 millones de dólares anuales respectivamente, tan sólo para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) su atención ocupa entre el 14-15 % de los recursos anuales destinados a salud (Profeco, 2007; Arredondo, 2013) .

La DM ha sido estudiada desde el **punto de vista biomédico y medicalizado** desde una visión de su microcosmos, donde la glucosa fragmentada es analizada entre receptores de membrana y moléculas de transporte, pasando por orígenes genéticos y translocaciones de genes, donde los esquemas terapéuticos se multiplican, originando alrededor de esta patología toda una mercadotecnia de insumos mercantiles dirigidos al consumidor. Como resultado de esta vorágine mediática la DM se consolida como una patología rentable para los consorcios médicos internacionales (Glaxo/Roche etc.), dejando a un lado la mirada compleja y dirigiendo su interés hacia la molécula de glucosa, donde **el reforzamiento en conocimientos acerca de esta patología se construye de manera unicausal**, reproduciéndolo en el discurso hegemónico de la práctica médica.

En un intento de evitar que las cifras de diabéticos sigan aumentando, se han establecido programas en las diferentes instituciones de salud (**Diabet/IMSS**), donde se ofrece una atención de carácter asistencial médica, psicológica y nutricional, en la cual se sigue observando la **práctica hegemónica institucional** que lejos de cubrir las necesidades particulares de cada diabético, trata de introducirlos a estándares preestablecidos dentro de un esquema biomédico muy acotado.

En contraposición a esos paradigmas hegemónicos, la **DM debe entenderse como una patología multifactorial**, ya que guarda asociaciones causales, como la obesidad, sedentarismo y carga genética, los cuales en su gran mayoría son originados por los determinantes sociales, asumir esto conlleva a **replanteamientos en la formación y capacitación médica**, donde el discurso hegemónico es curar y no cuestionar lo cuestionable. **La DM no es una patología es un individuo que padece, siente, sufre, llora, ríe, teme, y el transformar a este individuo en número o indicador, o patología y se le desprende de sus propiedades culturales, de sus imaginarios y es más de su colectividad.**

Es verdad que se ha intentado entender el sentir y el vivir de un paciente diabético, pero en este intento ***nos hemos limitado a cuantificarlo en calidad de vida, control biomédico, satisfacción, grados de ansiedad o depresión***, que únicamente nos deja ver una parte del **todo**.

El factor género y la familia qué?

Las estadísticas reportan que ***el hombre que padece DM tiene una tasa más alta de presentar complicaciones tardías de la enfermedad que la mujer***, por otro lado ***la mujer que se dedica al hogar tiene menor posibilidad de control glicémico***, en contraparte ***el hombre que trabaja más de 10 horas al día tiene mayor descontrol glicémico***, pero ***la mujer que trabaja tiene mejor control glicémico que la que permanece en el hogar, las mujeres se demoran más tiempo en buscar atención médica a partir de los primeros síntomas de diabetes, aproximadamente 21.7 días, en comparación con los hombres, quienes demoran 6.8 días, aproximadamente*** (IMSS, 2011).

En este panorama, el reporte de ***particularidades distintas entre mujeres y hombres ha puesto en evidencia que éstas no radican sólo en los rasgos biológicos de cada sexo, sino en la forma en que la sociedad conceptualiza, acepta y legítima esa diferencia***, lo que podríamos llamar el **factor género**, donde la construcción cultural y simbólica sea a partir de la esencia del individuo. La mujer ha consolidado su lugar en la historia, a pesar de haber sido sumergida a la línea patriarcal, este **género** representa el 40% de la fuerza de trabajo a nivel mundial, el 43% de la mano de obra agrícola y más de la mitad de la matrícula universitaria del mundo (The World Bank, 2011), por su parte el hombre se adapta a estas nuevas condicionantes en la **pérdida de poder** en el rol social de la estructura familiar y desarrollo social.

Este pensamiento, que deriva principalmente de las ciencias sociales, se plantea para cambiar el camino seguido por ***el modelo tradicional hegemónico de atención a la salud*** centrado en el riesgo-costo, ***esta apuesta radica en la modificación gradual de conductas en estilo de vida saludables y como detonante el factor género***; así mismo, para construir escenarios que sirvan de puente entre aportaciones sociales y médico-biológicas, necesitamos fomentar y pragmatizar modelos de intervención del **factor género** (Pérez, 1995).

El género dentro del estilo de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 implica reconocer qué características específicas de hombres y mujeres son resultado de un complejo proceso individual y social que permite sacar del terreno biológico la diferencia entre los sexos y comprender variaciones y asimetrías relacionadas con la enfermedad y su atención (Rohlf, 2000), pero también con el bienestar biopsicosocial; por ende, en relación con la identidad, autonomía y el desempeño de roles, entre otros (Trujillo, 2008).

Dicho lo cual podríamos considerar algunos aspectos que marcan la diferencia de género relacionado con la vivencia de ser diabético/a:

De desventaja social: caracterizada por mínimas oportunidades de desarrollo en las esferas social, económico y cultural (baja escolaridad, menor participación en el trabajo remunerado, con reducidos salarios o dependencia económica, estar sin pareja, formar parte de familias reconstruidas, probablemente encabezadas por mujeres) (Daniulaityte, 2004).

Deterioro físico, psicológico y de la actividad cotidiana: como la situación de sobrevivencia que la mujer ha corporizado e interiorizado para afrontar la enfermedad. Para ellas, además del riesgo físico (hipercolesterolemia y definitivamente una mayor masa corporal), se agrega el psicosocial (mayor tensión, ansiedad, depresión) (Debert, 1993). Ambos riesgos son ampliamente reportados como desfavorables en el control de la glucemia y pronósticos de complicaciones de la diabetes mellitus tipo aunque para los varones se destacan hábitos nocivos para la salud: sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol. Estas diferencias han sido discutidas en la forma como mujeres y hombres reconocen, viven y tratan el estrés (Nazar, 2009; Téllez, 2002). Datos provenientes de un conjunto de estudiosos de la salud mental explican esta situación de deterioro por un aumento de la susceptibilidad femenina relacionada con la pobreza, desempeño de múltiples roles (jefa de familia, trabajadora, madre...) e injusticia en la distribución del trabajo del hogar. En otros trabajos esta situación psicosocial se relaciona con la carencia de estrategias adecuadas para el afrontamiento cotidiano. Se hace más compleja por las escasas oportunidades de diversión activa, aunada a la fatigante actividad doméstica cotidiana intensa, señalada por otros autores.

Ausencia de prácticas de autocuidado: en correspondencia con la situación anterior, las mujeres no refieren seguir un régimen alimentario como dieta, ni físico como ejercicio fuera del trabajo doméstico y asalariado. Tampoco acciones encaminadas a la relajación (diversión, descanso, pasatiempos) (Salles, 1998). **La atención:** la diabetes mellitus tipo 2 se limita a la demanda espontánea de consulta médica familiar y utilización de medicina alternativa. Lo que se reconoce en otros estudios es que el apoyo se otorga de acuerdo a los diferentes ambientes socioculturales donde se aprenden los roles que desempeñan ambos sexos (Trujillo, 2008). Así por ejemplo: en algunos estratos sociales el ser mujer implica calidez, conexión a las necesidades de los demás, porque brindar apoyo es parte del estereotipo “de ser para los otros” como identidad femenina, lo cual contrasta con el estereotipo masculino que enfatiza la independencia y la competencia en el cumplimiento de tareas. No es raro entonces que diversos estudios reporten que las mujeres proporcionan más apoyo que los hombres, y que ambos reciben más apoyo por parte de mujeres, tanto madres como hermanas.

Todo esto podría reforzar la hipótesis de que en las familias se prioriza el cuidado de la salud de los varones y de los menores de edad a cargo de las mujeres, pero no el autocuidado de la salud de todos sus integrantes, dejando a un lado a la mujer (Salcedo, 2008). Por lo cual ***la familia*** es el núcleo central donde se gestan y reproducen símbolos y significados, donde podríamos afirmar que esta transferencia intergeneracional de símbolos, según lo manejado anteriormente en relación al ***factor género, puede ser una más de las explicaciones del por qué el incremento en la prevalencia de diabetes en la población femenina.***

Conclusiones

La presente reflexión pretende ***armonizar el conocimiento hegemónico respecto a la Diabetes Mellitus y la relación que guarda con el género y la familia,*** donde ***el entramado de significaciones está ausente y desprovisto de un anclaje analítico,*** el ***factor género como impulsor de una orientación nueva y prometedora respecto a la enfermedad,*** nos brinda la oportunidad de trabajar en escenarios desprovistos de la medicalización, en aras de individuos y colectividades socialmente íntegras.

Bibliografía

Daniulaityte, R. (2004). Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to type 2 diabetes in a Mexican community. *Soc Sci Med*; 59 (9):1899-1912.

Debert, R. (1993). La mujer y la enfermedad crónica en América Latina. En: Gómez, E. (Ed). Género mujer y salud en las Américas. Publicación científica 541. Washintong, USA: OPS-OMS: 89-97.

Bueutelspacher (Eds). Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente. México:El Colegio de la frontera sur: 174-101.

IMSS (2011, Enero 13). Estadísticas en Salud (2015,Febrero 15): URL;

<http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/tabla.aspx?Sru=moo-iðid>

Nazar,B., Austreberta, S. & Benito, S. (2009) Derechohabiencia y género en el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres de asentamientos urbanos pobres e Chiapas, México. En : Jorge Luis Cruz Burguete y Austreberta Nazar Pérez A. (1995). Género y Salud femenina. Experiencias de investigación en México. Distrito federal, México: CIESAS U de G, INN: 147-164.

Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*; 14: 60-71.

Salcedo, A., García de Alba, J., Frayre, Ma. & López, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*; 46 (1): 73:81.

Salles, V. & Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. En: Beatriz Smuckler (Coord). Familias y relaciones de género en transformación. México: EDAMEX-Population Council: 83-126

Tellez, F., Cardiel, M. (2002). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res*; 33 (1): 53-60.

Trujillo, O., Nazar, E., Zapata M. & Estrada, L. (2008). Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. *Papeles de Población*, 14(58) 231-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205812>

The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank (2011). World development report 2012. Gender equality and development. Washington D.C.: The World Bank.

Capítulo 10. Formación del Capital Humano en Salud una oportunidad para la Reflexión y la Crítica: Caso Estado de México

Alejandro Hernández Morales

Donovan Casas Patiño

Ranulfo Pérez Garcés

Omar Ernesto Terán Varela

Roberto Moreno Espinosa

Resumen

Esta investigación analiza la formación del capital humano en salud, la cual está determinada por las necesidades de un sistema en salud y uno educativo, los cuales están extraviados de la búsqueda de un beneficio social: la salud. De esta manera han surgido propuestas en políticas públicas en salud con rentabilidad económica, las cuales han construido un modelo de formación que se ha dado de una manera jerárquico-burocrática, vertical; lo que ha generado que exista desinformación respecto a las necesidades reales en salud de los colectivos y, además, con una inadecuada vinculación para resolver la problemática en dichas necesidades.

En México, mencionar que no existen mecanismos de interacción que orienten la formación del capital humano en salud a las necesidades reales de los colectivos, es afirmar que se percibe al personal en salud de una manera aislada, originando capital de cobertura en salud y no como parte de un espacio de interacción entre el sistema de salud y educativo, olvidándose por completo de la necesidad básica: la salud como bienestar completo. De esta manera, es necesario tomar en cuenta los múltiples aspectos que orientan los criterios con los que se asume la formación del personal en salud, así como la influencia de factores determinantes de un contexto social como: la transición demográfica, epidemiología, el proceso salud-enfermedad y el mercado laboral. Ante este escenario, la propuesta que se vislumbra, es la política pública en salud con coparticipación social y académica, la cual posibilitaría una adecuada vinculación entre las instituciones educativas, los servicios de salud, y los colectivos.

Introducción.

El desarrollo prospectivo del Sistema Nacional de Salud (SNS) pone el acento en la formación del capital humano en salud, como eje fundamental para atender las necesidades en esta materia para los próximos años en donde es de vital importancia tomar en consideración las peculiaridades regionales y locales que caracterizan a las entidades federativas y al país mismo; de igual manera indicadores como datos demográficos y la panorámica epidemiológica, constituyen también factores básicos, lo cual permite disponer de una visión mucho más pormenorizada de las necesidades de cada región.

Es pertinente tener en cuenta los objetivos del milenio y los compromisos del Estado Mexicano de lograr como meta, el acceso universal a los servicios de salud, lo cual, sin duda, es una imperiosa necesidad que se tiene que atender con la oportunidad adecuada, puesto que problemas como los que se desprenden del envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades cardiovasculares y crónico-degenerativas, plantean un futuro con grandes problemas de toda índole: capacidad instalada, financieros, cuadros altamente especializados, infraestructura, etcétera, que tienden a agravarse si no se toman medidas con la oportunidad conveniente. A fin de darle forma a una política ad hoc, el Estado Mexicano se propone desarrollar una estrategia con una visión holística y articuladora que vincule a los diferentes componentes de un Sistema Nacional de Salud (SNS). Vale la pena destacar en este sentido que en un futuro próximo instituciones como el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y otros institutos de salud deberán estar debidamente articulados y coordinados para dar forma a un Sistema de Salud Universal, aunque para llegar a ello el camino es aun largo y complejo. En este caso, la formación de cuadros con una alta profesionalización es hoy uno de los ejes básicos, en una palabra, debemos enfocarnos al incremento cuantitativo y cualitativo del capital humano, a fin de lograr un alto desempeño.

Elementos Político-Normativos referentes a la Formación del Capital Humano en Salud.

El Capital Humano en Salud (CHS) es un elemento fundamental para la prestación de servicios de salud, es el factor principal para que el Estado mexicano de respuesta eficiente al artículo 4º constitucional, el cual contempla la garantía social del derecho a la protección de la salud, derecho que es universal en cuanto a su cobertura y calidad, es decir, sin distinción alguna, todo mexicano

debe tener acceso a los servicios de salud que ofrecen la federación y los estados (Juan y Villalpando, 1994).

La respuesta eficiente a las necesidades y problemas relativos a la salud- enfermedad y la prestación de servicios de salud de calidad, tiene su base en la formación adecuada del personal en salud, para tal efecto se han desarrollado instituciones y generado leyes, normas y reglamentos que establecen los lineamientos, políticas y estrategias para lograr una correcta formación del CHS. La formación del CHS está regulada por la Ley General de Salud, el Plan Sectorial de Salud, el Sistema Nacional de Salud y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

Ley General de Salud.

Es la base jurídica, derivada del mandato constitucional que establece los lineamientos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, (DOF, 2015). En este reglamento se define el contenido básico de salubridad general y las autoridades sanitarias, se determina la conformación del Sistema Nacional de Salud y establece las bases para la formación del CHS. (Juan y Villalpando, 1994).

En su Título Cuarto denominado Recursos Humanos para los Servicios de Salud, establece las bases de interacción de los sistemas educación y salud para llevar a cabo una correcta formación de profesionales en salud que logren dar respuesta al escenario de salud-enfermedad que presentan los colectivos.

Programa Sectorial de Salud

Los programas sectoriales son los instrumentos de planeación que señalan los objetivos, estrategias y líneas de acción de un determinado sector del desarrollo económico-social de la entidad y detallan con mayor precisión las políticas públicas consideradas en el Plan Nacional de Salud. En dichos programas se definen aspectos fundamentales como financiamiento, cobertura, modelos de atención, infraestructura y organización de los servicios.

Dentro del Plan Sectorial de Salud se establecen los objetivos, las estrategias y las líneas de acción para la formación del CHS. Para el presente gobierno, la formación de los profesionales de la salud es una prioridad, esta se encuentra plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), dentro de la meta cuatro: “México Próspero”. Así mismo, el quinto objetivo del Programa Sectorial de Salud (PSS) para el mismo período establece asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y en la estrategia 5.1 señala que se debe fortalecer la formación y gestión de RHS bajo diez líneas de acción (Santos, 2014). (Cuadro 1)

Cuadro 1: Líneas de acción para la Formación de Capital Humano en Salud.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018
<p>Diagnóstico: El perfil de los profesionales en las unidades médicas y la forma grupal de organizarse no están alineados con las necesidades de salud de la población. Se observa por un lado una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y, por el otro, una carencia de profesionales con habilidades idóneas para atender la problemática particular. (PSS, 2013-2018)</p>
<p>Estrategias:</p> <p>Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer los criterios para el crecimiento responsable y ordenado de los recursos humanos. ❖ Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y cultural. ❖ Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud. ❖ Promover la capacitación para mejorar los procesos de atención en salud, gerenciales y de apoyo administrativo. ❖ Participar en la elaboración de criterios y lineamientos de acreditación de las instituciones educativas conjuntamente con las instituciones correspondientes. ❖ Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales. ❖ Impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud. ❖ Consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos. ❖ Evaluar la aplicación de las políticas nacionales de formación y capacitación de recursos humanos. ❖ Promover la contratación de recursos humanos alineados con un modelo enfocado en la atención primaria.

Fuente: Peña, E. Programa Sectorial de Salud. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-1018.

A pesar de que el gobierno tiene como objetivo principal la generación de capital humano en salud con un perfil de formación acorde a las necesidades reales de los colectivos, en la práctica no se ve reflejado, se observan una profunda desigualdad en las condiciones de salud de una población a otra.

Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se entiende como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. (OMS, 2000). Es el componente sectorial que articula los programas de servicios de salud que realiza el gobierno federal con los gobiernos de los estados y los sectores social y privado; la coordinación del Sistema Nacional de Salud, le corresponde por mandato de ley, a la Secretaría de Salud (SS) y le competen las funciones de ejecución de la política nacional de salud y las que implican la operación de los servicios. (Juan y Villalpando, 1994).

El sistema de salud mexicano se encuentra dividido en tres grandes grupos, por su parte, el acceso a los servicios de salud se encuentra a cargo de diferentes instituciones. El primer grupo corresponde a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR), que prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía, llamadas derechohabientes por estar cubriendo cuotas obrero-patronales, constituyen el conjunto de aquéllos normados por el apartado A del artículo 123 constitucional. La suma de las instituciones mencionadas, atienden a cerca de la mitad de la población del país ofreciendo a los derechohabientes todos los servicios que tienen a su disposición. (Gómez, Sesma; Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, J, 2011). Dentro del segundo grupo encontramos a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatal) en zonas rurales y urbanas además se incluye el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Programa IMSS-Oportunidades. (Donovan y Rodríguez, 2014). Estas instituciones ofrecen un paquete parcial de servicios y las personas pagan de acuerdo a un tabulador socioeconómico.

Por último, el tercer grupo está conformado por el sector privado, el cual presta servicios a la población con capacidad económica para solventar los gastos generados por esta atención, la cual

se ofrece en consultorios, clínicas y hospitales privados. Además, existe una red de consultorios que atienden a personas de escasos recursos, pero que en general cuentan con materiales escasos.

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS)

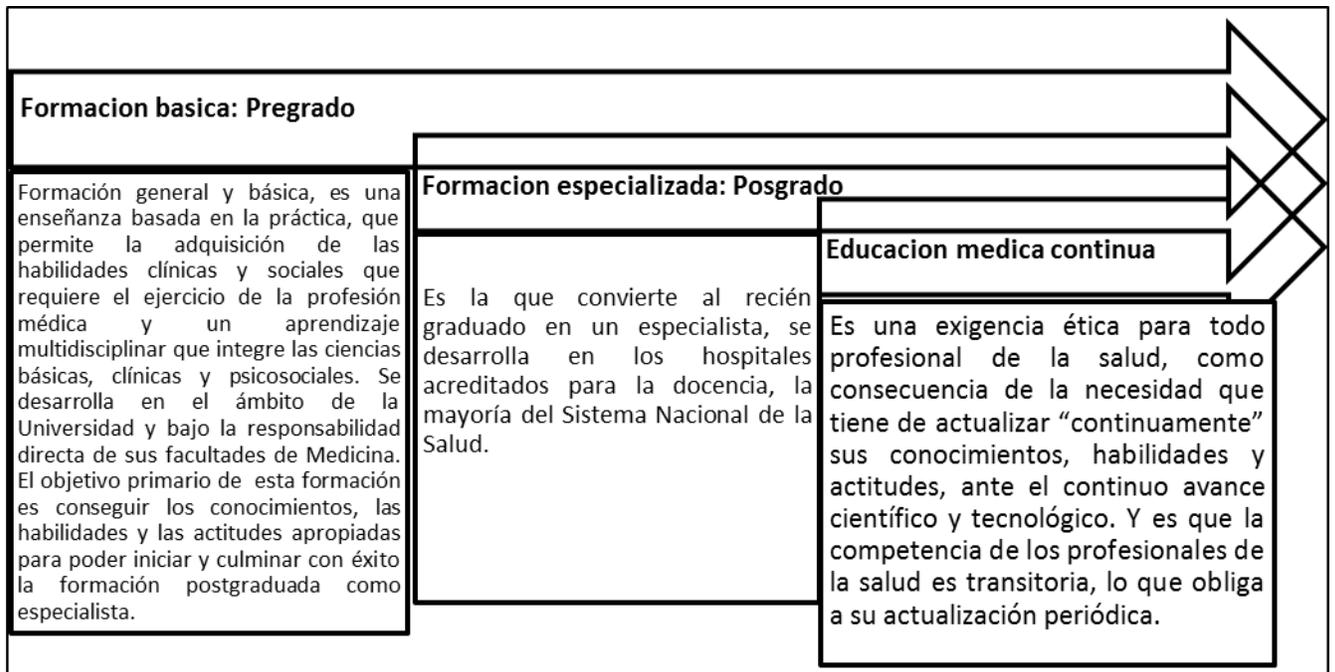
La CIFRHS fue creada por acuerdo presidencial de 18 de octubre de 1983, su objetivo es, ser un espacio de coordinación interinstitucional entre el sector salud y educativo y ser un órgano asesor de la SEP, la SS y de las instituciones de educación de salud. (Ledesma, 2004). Esta comisión constituye un foro en el que los sectores de salud y educativo identifican áreas de coordinación, analizan los problemas existentes en el proceso de formación de recursos humanos, proponen soluciones y generan recomendaciones dentro de los marcos jurídicos de las propias instituciones. (Juan y Villalpando, 1994).

El proceso de formación del Capital Humano en Salud (Médicos)

La formación profesional es una actividad de tipo educativo, que se orienta a proporcionar los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios tanto teóricos como prácticos para desempeñarse en el mercado de trabajo, sea en un puesto determinado, una ocupación o un área profesional. Actúa a su vez de forma complementaria a las otras formas de educación, formando a las personas no sólo como trabajadores sino también como ciudadanos, su objeto es descubrir y desarrollar las aptitudes humanas para una vida activa, productiva y satisfactoria. (Casanova, 2003).

Hasta finales de la década de los años 70, la responsabilidad que el Estado y la sociedad se atribuían en la formación de un médico terminaba con la obtención por éste, en las facultades de Medicina del título genérico de licenciado en Medicina y Cirugía. Por el contrario, esta formación es hoy un proceso extraordinariamente complejo que consta de tres secuencias: pre graduada, que culmina con la licenciatura en Medicina; posgraduada, que termina con la titulación de especialista, y continuada, que no tiene fin en un médico, éticamente responsable con sí mismo y con la sociedad. (Cuadro 2). La formación de los demás profesionales de la salud como: Enfermería, Nutrición, Educación para la Salud, Trabajadores Sociales, Promotores de la Salud y Gestión Sanitaria ha de estar fundamentada, como la formación de los médicos, en los principios generales propios de una profesión incardinada en la sociedad, con contenidos teóricos apropiados, que han de asimilarse conjuntamente con la adquisición durante la práctica formativa de actitudes, habilidades y destrezas, todo ello adaptado a los nuevos escenarios de la asistencia sanitaria. (Pera, 1999).

Cuadro 2. Etapas de la formación del Capital Humano en Salud



Fuente: Pera, C. (1999). Formación de los profesionales de la salud. Una reflexión a las puertas del siglo XXI. Cuenta y razón, (113): 27-34.

Importancia del desarrollo del capital humano en el sector y las necesidades que plantea el siglo XXI.

En México, los modelos de formación de los profesionales en salud se han modificado de acuerdo a la evolución histórica, económica, social, demográfica y educativa del país. La vinculación entre el sistema educativo y de salud en cuanto a planeación, evaluación e innovación ha sido deficiente, en consecuencia, tenemos un sistema de salud fragmentado, débil, donde prevalecen condiciones desfavorables para ambos sectores y una enorme desigualdad entre la población.

Actualmente el perfil de los profesionales del sector salud es incongruente a los escenarios de salud que presenta la población, es decir, no corresponde a la panorámica epidemiológica y demográfica de las diferentes regiones que integran a las entidades federativas. El modelo de formación médica que prevalece, corresponde a un Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual se enfoca hacia la especialización, restando importancia al primer nivel de atención, se caracteriza por una concepción

de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica “tecnificada” y una cultura medico centrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones. (Artiles, 2005). Así mismo tienden a concentrarse en las grandes ciudades siguiendo los lineamientos del mercado, fenómeno que ha impactado en la población al acceder a los servicios de salud.

La transición demográfica y epidemiológica obliga al Sistema Nacional de Salud a realizar cambios y generar estrategias para hacer frente a las necesidades en salud y contar con la capacidad, la estructura y el personal en salud adecuado. Se requiere un perfil de formación integral, el cual se caracteriza por una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud con un enfoque humanista que integra la biología y las relaciones sociales del paciente, es decir, el dominio para la atención de la población de modo integral, la prevención y la rehabilitación, con competencias para la resolución de problemas y la actualización permanente, así como habilidad de comunicación, relaciones interpersonales y trabajo en equipo. Debe ser un profesional con sensibilidad social y valores, capaz de atender las necesidades y demandas de los colectivos.

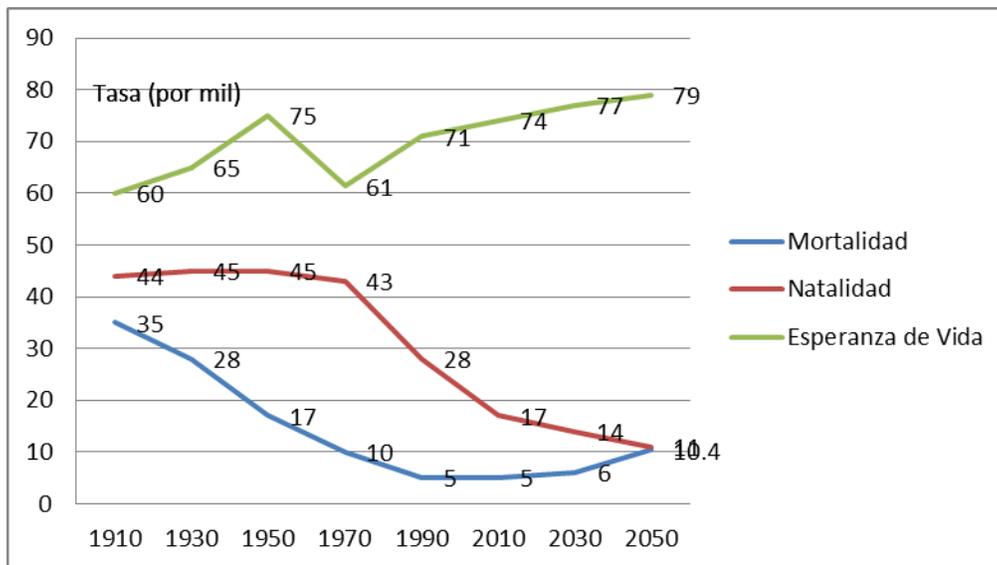
En resumen, se debe formar un profesional con alto nivel de conocimiento y adiestramiento disciplinar, pero además con interculturalidad, tolerancia, empatía y compromiso social, así como trabajo en equipo, ética y bioética (saber, hacer, ser y convivir). (Secretaría de Salud, 2014), condiciones e indicadores de la salud-enfermedad en el Estado de México y Profesionales en Salud disponibles.

Los escenarios de salud han cambiado, los patrones de enfermedad y muerte se han modificado, derivado de la transición epidemiológica y demográfica que se vive en el país, de igual manera en el Estado de México las enfermedades de preocupación para el sector salud son: la transición de la población adulta mayor de 60 años, el incremento de la inactividad física en las familias mexicanas, la incidencia temprana de enfermedades como la obesidad y el sobrepeso que aunado a los malos hábitos de alimentación están ocasionando el desarrollo de complicaciones a nivel cardiaco y metabólico en menores de edad. (CEVECE).

Transición Demográfica

La Transición demográfica consiste en el cambio de la dinámica de la población, pasando de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas son menores. Para 1910 la natalidad se ubicó en 44 nacimientos por cada mil habitantes, que para el 2010 este indicador descendió a 17 nacimientos. La fecundidad de las mujeres en el Estado de México, en el periodo de 1990-2015, disminuyó de 3.23 a 2.16 hijos por mujer en promedio. Se espera que en las próximas décadas la natalidad siga descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en 2050. Por su parte la mortalidad, descendió 4.95 defunciones por cada mil habitantes y posteriormente aumentara hasta 10.04 en 2050. El aumento de la tasa de mortalidad de los próximos años se debe al incremento relativo en la población de adultos mayores. (Grafica 1)

Grafica 1. Transición demográfica en el Estado de México



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Transición epidemiológica.

La Transición Epidemiológica, constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población y va acompañada de la transición demográfica. La transición epidemiológica tiene dos etapas: la primera constituye la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y desnutrición; la segunda se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas. En la actualidad en el Estado de México se experimenta una profunda transición donde la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha sido

sustancial, pero es aún insuficiente y ha ido acompañada de incremento rápido de los procesos crónicos. (Boletín Epidemiológico, 2012).

Para el año de 1980 encontramos como principales causas de muerte en el Estado de México, la infección intestinal, la bronconeumonía y la cirrosis, que para el 2013 se modificó la lista encontrado a la Diabetes Mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y tumores malignos como las tres principales causas de muerte en los mexiquenses. (Cuadro 3). Con respecto a las causas de morbilidad en el estado mexiquense, la lista se ha modificado ligeramente, aumentando el número de casos en patologías por infecciones de vías urinarias, gastritis y diabetes mellitus. (Cuadro 4).

Cuadro 3. Principales causas de mortalidad en el Estado de México

No.	1980		2013	
	Causa	No. Casos	Causa	No. Casos
1	Infección intestinal Mal definida	4 800	Diabetes mellitus	12 234
2	Bronconeumonía, Organismo causal no especificado	4 526	Enfermedades isquémicas del corazón	8 807
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2 766	Tumores malignos	8 265
4	Otras causas, accidentes y ambientales y las no especific.	2 292	Enfermedades del hígado	5 100
5	Disritmia cardiaca	1 827	Accidentes	3 936
6	Neumonía, organismo causal no especificado	1 641	Enfermedades cerebrovasculares	3 562
7	Diabetes Mellitus	1 331	Agresiones	3 335
8	Insuficiencia cardiaca	1 092	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2 541
9	Otras afecciones respiratorias del feto y recién nacido	1 079	Influenza y neumonía	2 221
10	Accidentes de tráfico por colisión entre un vehículo de motor y peatón	982	Asfixia y trauma al nacimiento	1 985

Fuente: INEGI.

Cuadro 4. Principales Causas de Morbilidad en el Estado de México

No.	1999		2014	
	Causa	No. Casos	Causa	No. Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	3 101 486	Infecciones respiratorias agudas	3 490 832
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	508 405	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	575 901
3	Amibiasis intestinales	135 547	Infecciones de vías urinarias	520 951
4	Otras helmintiasis	115 904	Úlceras, gastritis y duodenitis	174 104
5	Hipertensión arterial	36 780	Gingivitis y enfermedades periodontales	79 131
6	Otitis media aguda	35 963	Vulvovaginitis aguda	56 928
7	Varicela	31 181	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	50 714
8	Diabetes Mellitus	27 299	Hipertensión arterial	50 344
9	Candidiasis Urogenital	25 386	Conjuntivitis	47 733
10	Ascariasis	14 617	Otitis media aguda	47 117

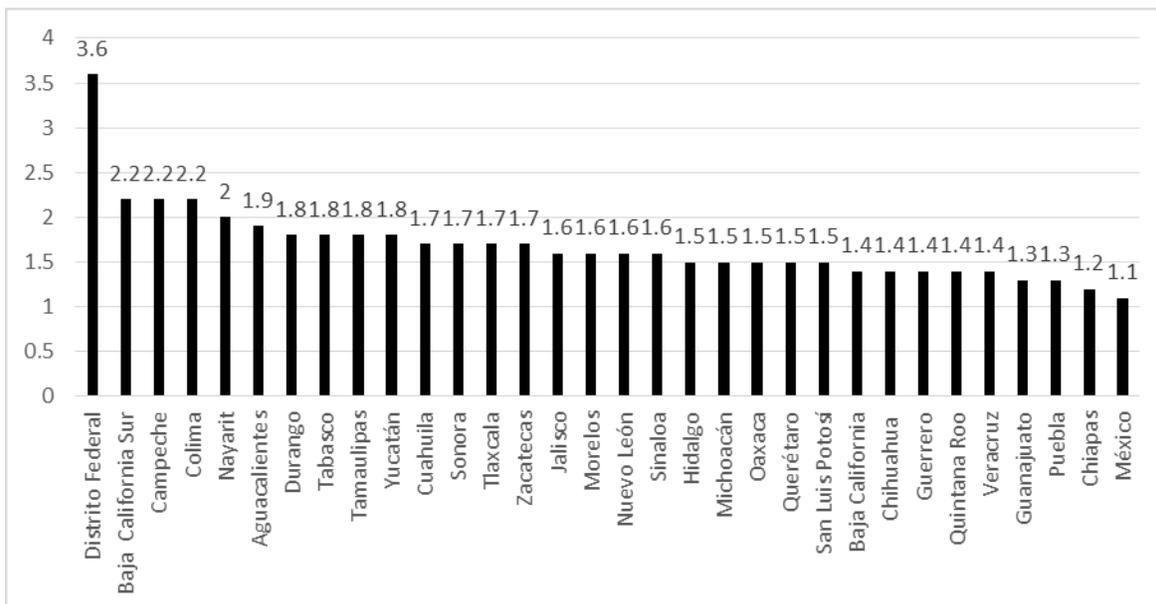
Fuente: Dirección General de Epidemiología.

Profesionales de la Salud

En cuanto a la disponibilidad de profesionales para la salud en el Estado de México, el número de médicos por mil habitantes es de 1.1 y de enfermeras por mil habitantes es de 1.6 (Secretaría de Salud, 2014).

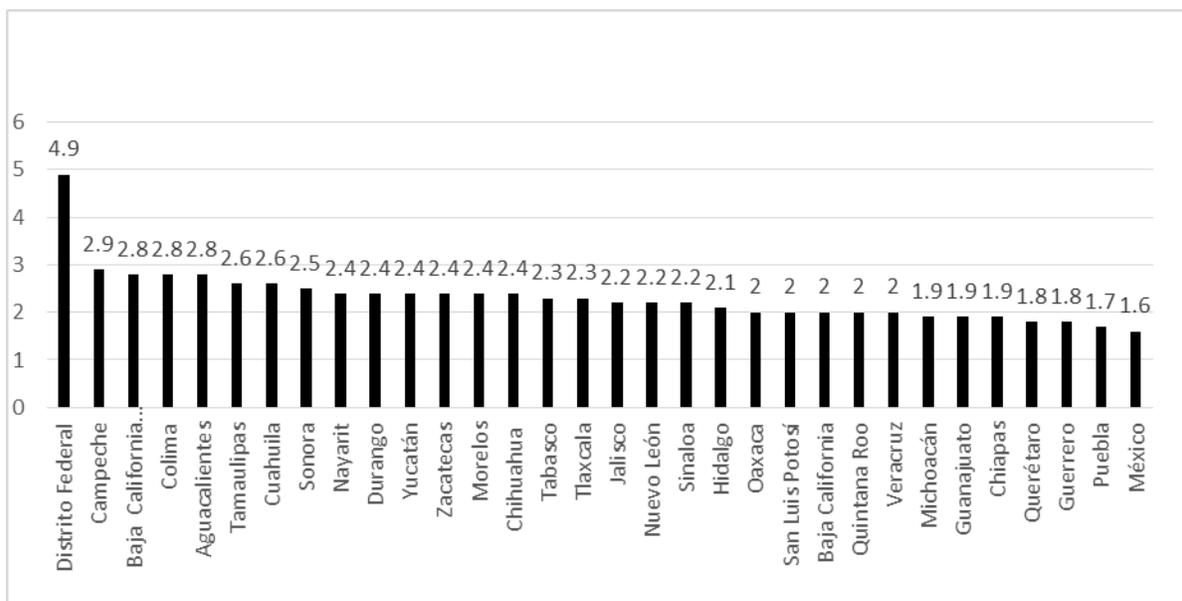
Cabe destacar que el Estado de México es la entidad federativa que tiene la menor disponibilidad de médicos en comparación con el D.F. con 3.6 médicos por mil habitantes, y Baja California Sur y Campeche con 2.2 médicos por mil habitantes. (Gráfica 2). De igual forma el número de enfermeras por mil habitantes es mucho menor que en el D.F. y Campeche con 4.9 y 2.9 respectivamente. (Gráfica 3).

Grafica 2. Médicos en contacto con el paciente.



Fuente: Secretaria de Salud. Segundo Informe de Labores. (2013-2014)

Grafica 3. Enfermeras en contacto con el paciente



Fuente: Secretaria de Salud. Segundo Informe de Labores. (2013-2014)

Consideraciones finales

En México, la salud como derecho humano es responsabilidad del estado mexicano, su labor es brindar a la población el personal adecuado y los servicios de salud con calidad y cobertura que puedan dar respuesta a los problemas y necesidades reales de los colectivos. Cabe mencionar que el perfil profesional del personal en salud esta desvinculado al modelo de atención del país, es decir, no hay congruencia con la panorámica epidemiológica y demográfica de las diferentes regiones que integran a las entidades federativas.

Es necesario contar con profesionales de la salud preparados bajo un modelo medico social que involucre los factores de determinación social y un enfoque humanista que logre integrar la parte biológica y social del individuo, con la finalidad establecer una participación integral entre el personal de salud y, el individuo, la familia y la comunidad para ejercer la medicina dentro de un contexto de prevención, y no como un proceso mercantil enfocado a la curación.

De acuerdo con cifras que presentan el Sector Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reportan que hay 259 mil médicos en todo el Sistema Nacional de Salud, de los cuales alrededor de 38% corresponden a médicos especialistas, es decir, 95 mil. Pero la mayoría de ellos son especialistas en enfermedades que ya no son los de mayor demanda de la población. Por ejemplo en geriatría, en todo el país sólo hay 400 especialistas conforme a datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), es decir 400 geriatras para una población de más de 10 millones de adultos mayores, que representa el 9% de la población total que requieren cada día una atención medica más especializada. Lo mismo ocurre con oncología, en la que solo hay mil 200 especialistas para todo el país, de acuerdo con datos de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos que reúne a todos los profesionales de este campo de trabajo. Esta cifra es claramente insuficiente para atender adecuadamente una enfermedad que es la tercera causa de muerte en la República Mexicana. (Rodríguez, 2014).

El estado de México presenta características similares a la nación, es obligatorio para la entidad

generar políticas y estrategias que logren una correcta vinculación entre el sistema educativo y de salud para la formación de profesionales enfocados a los escenarios actuales de salud-enfermedad originados por la transición demográfica y epidemiológico, así mismo se necesita un mayor número de personal enfocado a la prevención para disminuir las enfermedades crónico-degenerativas.

Bibliografía.

Artiles, L. (2005). El Proyecto Magisterio y la Categoría género en la formación de recursos humanos en salud. Educ. Med. Sup., 19(2). [en] http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000200001&script=sci_arttext

Casanova, F. (2003). La formación profesional y relaciones laborales. Montevideo: CINTERFOR. [en] http://www.oei.es/etp/formacion_profesional_relaciones_laborales.pdf

Casas, D., Rodríguez, A. (2014). Privatización o despojo de la Seguridad Social: caso IMSS, un perverso movimiento a la universalidad de los Servicios de Salud en México. Imagen Médica. [en] <http://www.imagenmedica.com.mx/data/21-07-2014/provatizacion-o-despojo-de-la-seguridad-social-caso-imss/>

Gómez, O., Sesma, S.; Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud en México. Salud Pública Méx, 53(2):220-232. [en] http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

Juan, M. y Villalpando J. (1994). Situación y perspectivas de la Política Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud. Educ. Med Salud, 28(3):316-330. [en] [file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20\(28\),%203.pdf](file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/Educacion%20medica%20y%20salud%20(28),%203.pdf)

ISEM. (2012). Boletín Epidemiológico. Estado de México. [en] <http://salud.edomex.gob.mx/subepi/archivos/2012/bol-2012.pdf>

Ledesma E. (2004). Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. AnRadiolMex ; 3(3) : 219-221. [en] http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=26765&id_seccion=1306&id_ejemplar=2776&id_revista=99

OMS. (2000). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS. [en] http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

Peña, E. Programa Sectorial de Salud. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. [en] <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>

Pera, C. (1999). Formación de los profesionales de la salud. Una reflexión a las puertas del siglo XXI. Cuenta y razón, (113): 27-34. [en] http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/113/Num113_005.pdf

Ramírez, R. (2009). Factores que determinan las profesiones de la salud: El caso de la educación médica. Salud Urbana, (8): 29-35. [en] http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-476-6878efo.pdf.

Rodríguez, R. (2014). México, sin especialistas contra males crónicos. El Universal. [en] <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-cronicos-217240.html>

Santos, J (2014). La formación de los Recursos Humanos en Salud en México. Seminario Futuro y Tendencias en Formación de Recursos Humanos en Salud en México para la Cobertura Universal en Salud basada en la Atención Primaria.

Secretaria de Salud, (2014). Seminario Futuro y Tendencias en Formación de Recursos Humanos en Salud en México para la Cobertura Universal en Salud basada en la Atención Primaria. [en] http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&Itemid=329

Capítulo 11. La profesión médica, en un modelo de análisis

Pedro Silberman

Donovan Casas Patiño

Resumen

Este capítulo, presenta una visión general del desarrollo de la profesión médica, la cual debe entenderse dentro de los procesos sociales, en particular dentro de desarrollo social de la humanidad, es así que esta práctica tiene historicidad así como un cuerpo de análisis dentro de lo social, por lo cual esta visión nos invita a la reflexión no atípica de la profesión médica.

Introducción

Los análisis sanitarios en cuanto al recurso humano en Argentina vienen planteando importantes cuestionamientos y reflexiones críticas, tanto cuantitativas como cualitativas. En términos cuantitativos, uno de los inconvenientes es la menor radicación de profesionales en regiones del país más alejadas de las grandes ciudades y con mayores necesidades socio sanitarias¹, en términos cualitativos es la menor adscripción a la formación en especialidades básicas, llamadas prioritarias, que coinciden y empeoran las realidades en regiones más periféricas². Esto ocurre a pesar de un número relativamente estable de egresados y con políticas activas del estado para favorecer la formación y radicación de profesionales en dichas zonas.

Las mencionadas políticas activas para abordar esta problemática, como el aumento del número de cupos para residencias con énfasis en las especialidades denominadas “prioritarias” no significaron cambios sustanciales en la realidad demográfica profesional. Factores relacionados con el mercado, con la formación de grado y con aspectos relativos a la profesión médica (en cuanto a posibilidades de regulación o intervención estatal) parecen ser muy complejas y de baja viabilidad según se puede observar a lo largo de la historia (Belmartino, 2005).

En términos de profesión, la medicina ha logrado hacerse de conquistas que se reivindican

¹ Sala de Situación. Ministerio de Salud de la Nación. [fecha de consulta Marzo 2014] Disponible en : http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/index_cond_san.html

² Observatorio de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de la Nación. [fecha de consulta Marzo 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>

socialmente que tiene que ver con la autonomía, autorregulación, no interferencia lega en la relación médico paciente, y conducir las instalaciones donde los profesionales ejercen su práctica, en Argentina, este tipo de reivindicaciones se ha conocido tradicionalmente a partir de la referencia a las "libertades médicas". (Belmartino, 2011)

Eliot Freidson plantea que el modelo liberal resiste ese ideario profesional, dado que con su autonomía encuentra problemas de control y lo ve como obstáculo a la introducción de reformas sanitaria "...por ello, tanto los partidarios del mercado, como los de la gestión burocrática miran al profesionalismo como una aberración más que como un sistema con una lógica interna y una indiscutible integridad"... (Freidson 1990).

Por ende, entre los análisis previstos para el abordaje de la problemática (déficit de cobertura en regiones más desaventajadas) es indispensable identificar, también, la dimensión "profesional" para realizar una descripción completa de la situación problema.

LA PROFESIÓN MÉDICA

Los términos "de profesión y profesional designan conceptos relativamente recientes. Durante la Edad Media existían las llamadas profesiones liberales, categoría que incluye las profesiones de la medicina, el derecho, y el sacerdocio, Wilensky (1964) suma un cuarto grupo, a saber, los profesores universitarios, mientras que Larson (1977) incluye también a los arquitectos. Estas profesiones comparten una característica: eran profesiones cultas en contraste con las profesiones artesanales o gremiales. Las primeras asistían a las élites, las segundas a los pobres.

De este modo, se institucionalizan funciones sociales especializadas, reproduciéndose la estructura de desigualdad en el reparto de la riqueza y del conocimiento. El conocimiento técnico aparece ya como el rasgo distintivo de las ocupaciones profesionales en este primer período de profesiones estamentales.

Dos fueron los sucesos históricos que alteraron este orden medieval: las revoluciones Francesa e Industrial. Larson (1977) atribuye el nacimiento de las profesiones en sentido moderno, a la Revolución Industrial.

La profesión se comienza a definir junto con el comienzo del capitalismo en su estrategia de colectivización de los procesos de trabajo. En un principio fue la homogeneización de prácticas afines que desencadenó una única forma social de realización. En la medicina hubo una unificación y uniformización de los procedimientos de intervención creándose el monopolio sobre las prácticas y los saberes. Los médicos pasan a ser productores directos de un servicio y simultáneamente intelectuales. La medicina entonces fue una práctica técnica que adquirió una cualidad de trabajo intelectual (Machado, 1997). El trabajo médico se constituyó así en una de las actividades humanas que más típicamente se caracterizó como una profesión, y en los últimos 30 años la principal característica de la misma es el fenómeno de capitalización del sector y el de la asistencia médica (Aquí aparece un proceso de fortalecimiento de la producción privada de servicios de salud y su reorganización en modelos típicamente empresariales). Además de ello hubo también un estímulo de actividad médica especializada, a través de su remuneración diferenciada y de su privilegio dentro de la actividad asistencial. Tanto es así que Philips Elliot ha sugerido el término “profesiones de estatus” para la medicina y señala su marcada diferencia de las recientes “profesiones ocupacionales” (Elliot, 1972). La autonomía profesional que goza la medicina (única e inigualable) lo logra, primero produciendo un crédito social, validando sus servicios como bienes sociales, capaces de promover el desarrollo social de la colectividad. Segundo, funda su conocimiento y su práctica profesional en la racionalidad científica y tercero basa la autoridad técnica del médico en la expertez técnica, en el conocimiento especializado imbuido de un fuerte apelo ético a través de un código de actitudes profesionales que rigen el acto médico (Machado, 1997).

PROFESIONALIZACIÓN

El término profesionalización es aquel mediante el cual una ocupación deviene en profesión. Es importante analizarlo como una cuestión procesual ya que los mecanismos de reproducción que la fortalecen tienen que ver con su origen y la sostiene dentro de la definición de profesión y dentro de las cuales sus miembros reivindican y defienden.

Las dos características más importantes de las profesiones modernas aparecen ya a finales del siglo XIX: monopolio sobre un cuerpo de conocimiento susceptible de ser aplicado a la práctica, y monopolio sobre un mercado de servicios profesionales. El siguiente paso es la organización de

programas de enseñanza que permiten controlar la entrada a la profesión y estandarizar su práctica. Cuando la profesión comienza a contar con demasiados miembros para el mercado existente, los profesionales establecidos se asocian para proteger sus monopolios presionando para obtener legislación favorable. Los dos instrumentos usados para este fin son el establecimiento de licencias obligatorias para poder ejercer, y la certificación profesional. Finalmente, Wilensky señala que la adopción de un código formal de ética profesional supone la consolidación definitiva de la profesión como grupo ocupativo. Cuando finalmente, el grupo ocupacional obtiene el reconocimiento del monopolio solicitado y de la capacidad de autorregulación por parte del estado, además del reconocimiento explícito de la opinión pública y de las instituciones empleadoras, es cuando se puede decir que se ha convertido en una profesión, cuya predominancia dependerá de la capacidad para prevalecer a otras que ejercen en su ámbito jurisdiccional. Merton, sociólogo funcionalista, afirma que la medicina constituye una de las instancias mayores de nuestra sociedad porque la es la institución clave que transmite la cultura. En éste sentido la constitución de una carrera específica y su filiación a la universidad son decisivas para la formación de una profesión. Este reconocimiento crea una medicina “socializada” porque los estudiantes adquieren valores y normas que servirán de base a su modo de vida profesional, pero también porque cambia “la naturaleza de los propios conocimientos médicos”. Este dato es clave para pensar la profesión médica en términos de necesidades sanitarias, cual es el resultado cuando se tensionan éstos últimos con las normas y valores que sustenta la profesión.

La escuela anglo sajona plantea que el proceso de profesionalización está constituido por una sucesión temporal de 5 fases:

1. Aparición de cierta actividad laboral como ocupación a tiempo completo
2. Instituciones de escuelas de formación especializadas
3. Nacimiento de asociaciones profesionales
4. Conquista de la ley de protección de la actividad profesional (monopolio de la actividad)
5. Elaboración de un código ético formal

En este sentido la Medicina, ha provocado que el oficio sea una profesión a partir de una institucionalización de la formación, relaciones políticas fuertes y tensionantes, control de la matrícula y gran resistencia a la intromisión de agentes externos con intereses regulatorios a su

práctica individual. Ivan Illich (*Profesiones Inhabilitantes*), plantea: ...en nuestra época los gremios han generado y legitimado necesidades que por ley solo ellos estarían autorizados a satisfacer... Illich ve en las profesiones, sobre todo la médica, una forma especial de control sobre el trabajo caracterizada no solo por determinar “como” se realiza dicho trabajo y por quien sino también por la autoridad conferida para establecer quién es el cliente y dictaminarle una prescripción. Illich considera que la sociedad avanza hacia el cuestionamiento del dominio profesional, descreimiento de los gremios profesionales y sobre la crítica de las condiciones socio técnica en que viven (American Economic Association, 1973).

TEORÍA DE LAS PROFESIONES

De manera histórica, se pueden ver la evolución de las distintas teorías que dominaron su época, sobre las profesiones. En principio Weber (1910) planteaba una idea política-religiosa de las profesiones, el concebía a una profesión como aquello que el hombre ha de aceptar porque la providencia se lo asigna, algo a lo que tiene que allanarse, estableciéndose el trabajo profesional como misión, es decir, un medio por excelencia al servicio de Dios (incluía la medicina, enfermería, arquitectura, derecho). Para Weber el protestantismo ha introducido una ruptura transformando el trabajo profesional en un oficio, una vocación, una “*nueva vía de saludo*” y un modo de realizar en el mundo la vocación cristiana. Porque lo que está en juego en la organización de las comunidades, en sus relaciones de poder y de legitimidad, es la monopolización de las “*vías de saludo*” (Urteaga, 2009).

El funcionalismo, teoría que plantea que las sociedades suponen de mecanismos propios capaces de regular los conflictos, pone el foco en el tema de las profesiones a través de, inicialmente, Durkheim (1890), quien observa que tras la revolución francesa, y sobre todo después de la revolución industrial, los antiguos mecanismos de integración y de regulación entran en crisis. Se observa el debilitamiento de las normas y del vínculo social. La razón de ello lo adjudica a la desaparición progresiva de todos los grupos sociales intermediarios entre los individuos y el estado (la familia, la religión). Él plantea que la única solución es la restauración del grupo profesional. Pretende que la corporación funcione como un “modo de actuación obligatorio”, para reconstruir la personalidad moral, más allá de las personas individuales, asegurando un orden y una cohesión social.

En la misma línea teórica, Carr-Saunders y Wilson consideran que la relación entre el estado y las asociaciones profesionales es un problema vital porque está en juego establecer una relación justa entre saber y poder. Definen que la profesión implica una técnica intelectual especializada, adquirida a través de una formación prolongada y formalizada que permite prestar un servicio eficaz a la comunidad. La unidad de estos elementos asegura la responsabilidad de los profesionales y su reconocimiento por el público.

Continuando con ésta corriente, Parsons (1951) estudia las profesiones como grupos sociales singulares; es decir, como comunidades autónomas y homogéneas, cuyos miembros se cohesionan a través de una identidad, quiere demostrar que la actividad profesional caracteriza fundamentalmente al sistema moderno liberal. Le interesa demostrar que las “profesiones” constituyen un segmento particular, en la suma de la jerarquía social, una elite de trabajadores dotados de competencias elevadas, de una fuerte autonomía para ejercer sus actividades, como independientes o en el seno de una organización. Según Parsons tres aspectos caracterizan al profesional, uno es la condición de buscar provecho personal “vendiendo productos a consumidores”, segundo, es una autoridad social que constituye una estructura particular fundada sobre una competencia técnica en un ámbito definido y particular, y finalmente, producto de lo anterior el cliente del profesional debe reducir su confianza a un ámbito limitado de sus competencias. Por último, en los términos específicos de la medicina, Parsons insiste sobre la neutralidad afectiva que opone a la afectividad de las acciones tradicionales y carismáticas en las esferas familiares o religiosas. Plantea que la relación médico paciente institucionaliza los roles con el objetivo principal de asegurar el control social y contribuir a la reproducción de esa estructura. Estas concepciones de la profesión hacen hoy de la misma una profesión discutida por la comunidad en tanto “deshumanizada”.

Parsons distingue entre la profesión y la ocupación planteando que el profesional tiene que estar en relación directa con el saber, el público y formar parte de una institución estratégica para el funcionamiento del sistema social. Los grupos profesionales constituyen unas unidades que integran instituciones, adhieren a valores comunes y están organizados como comunidades alrededor de un centro que asegura la cohesión social y moral del grupo. La relación médico paciente es típica de la

actividad profesional porque revela la estructura de la actividad, fundada sobre la institucionalización de los roles y su función principal consiste en asegurar el control social y contribuir a la reproducción de esta estructura. El médico corresponde al tipo ideal del profesional porque reúne las características de su rol: competencias técnicas universales de alto nivel, una especialidad, una neutralidad afectiva que permite la efectividad del diagnóstico y del tratamiento, una orientación hacia la comunidad para que el bienestar del paciente sea superior a los intereses comerciales. Parsons define una serie de circunstancias que definen el rol del médico: reconocer el estado del enfermo al paciente, ayudarlo a curarse, poner todo en marcha para conseguirlo y cooperar con su paciente para favorecer su curación. El rol del paciente es correspondiente, tiene la obligación de no trabajar y quedarse en la cama, de aceptar la ayuda y reconocer que no puede curarse solo, de querer curarse, reconociendo que la enfermedad es un estado no deseable, de buscar un médico, de serle leal y de cooperar con él. La función social de la institución médica es de ejercer un control social de la desviación. El paciente se dirige individualmente al médico y refuerza la cultura legítima, reconociendo la validez del peritaje médico y su superioridad sobre las interpretaciones profanas y los rituales mágicos. De este modo consolida los valores de la racionalidad científica.

Según los enfoques funcionalistas las profesiones constituyen los elementos esenciales de la estructura social y de su regulación moral y reconocen como problema prioritario el de la reproducción de los grupos profesionales. Para los interaccionistas, las profesiones no son "entidades" que comparten la misma cultura, sino movimientos permanentes de desestructuración y de reestructuración de segmentos profesionales en competencia y frecuente conflicto.

Desde el interaccionismo se plantea que todo trabajo debe ser analizado como un proceso subjetivamente significativo y como relación dinámica con los demás. Rechaza al funcionalismo cuando éste diferencia ocupación de profesión. Según Hughes cualquier actividad profesional es biográfica e identitaria. El profesional pertenece a un grupo de compañeros que construye un orden interno. La concepción interaccionista plantea que los grupos profesionales son procesos de interacciones que conducen a los miembros a una misma actividad laboral a auto organizarse, a defender su autonomía, su territorio y a protegerse de la competencia, la vida profesional es un proceso biográfico que construye las identidades durante todo el ciclo vital, desde que se inicia en la actividad hasta su jubilación. La dinámica del grupo profesional depende de las trayectorias

biográficas de sus miembros y ellas mismas influenciadas por las interacciones existentes entre ellos.

La teoría interaccionista tiene los siguientes conceptos claves: autorización para ejercer, obligación de una misión, el concepto de carrera (trayectoria para toda la vida), el de segmentación, un conglomerado de segmentos en competencia y en reestructuración continua. El quinto concepto es el de mundo social. Según Becker, los mundos sociales son a la vez esquemas convencionales (sistemas de creencias compartidas) y redes de cadenas de cooperación (conjunto de individuos coordinados) necesarios para la acción.

A partir de los 60, la controversia entre el funcionalismo y el interaccionismo da lugar a nuevas teorías basadas en el marxismo y el Weberianismo, el Neo Weberismo. Conceden una importancia mayor a los mecanismos económicos de control de los mercados y denuncian a las profesiones monopolistas y privilegiadas. Cuestionan las justificaciones morales y los motivos vocacionales de las profesiones y las consideran como unos actores colectivos que llegan a cerrar su mercado laboral y a establecer un monopolio del control de sus propias actividades. Consideran a las profesiones como unos grupos específicos de clases medias que comparten creencias comunes y que emprenden acciones colectivas para reforzar su estatus.

Para Eliot Friedson las instituciones son sistemas de coacción, de regulación y de prestigio que aseguran la institucionalización del saber formal, es decir de su reconocimiento social y su transformación en “poder difuso” sobre sus actividades.

Detrás de la institucionalización del saber formal se esconde el control de la demanda, la captación del público para convencerlo de que solo los profesionales son capaces de responder a necesidades que contribuyen a definir. Friedson distingue tres tipos ideales del control del trabajo: control por los directivos, control por los consumidores y el control por los trabajadores. En el último caso, la legitimidad del control recae sobre un cuerpo de conocimientos especializados y validados por un reconocimiento oficial. La existencia de un espacio profesional y de una división del trabajo controlado por los propios trabajadores, la existencia de un mercado cerrado, la formación larga y directamente controlada por la elite profesional.

Los estados que delegan poderes a los intereses privados civiles son los más favorables al profesionalismo. Para evitar la burocracia, las profesiones desarrollan una estrategia de *knowledge mandate* que consiste en convencer al estado de que la profesión reconocida jurídicamente como tal tiene vocación al avance de los conocimientos jurídicos. Esta estrategia está fundada en tres pilares: mantener una diferencia entre conocimiento y acción, modelo y realidad, desarrollar una deontología profesional explícita y consensual, asociar paradigmas disciplinarios con funcionamientos institucionales. Friedson enfatiza tres características que hacen a una profesión: monopolio (del saber y de su aplicación práctica), credencialismo (requerimiento para su acceso) y elitismo (del conocimiento y de la autoexigencia), de los cuales se derivan el concepto nuclear de la profesionalidad:

LA AUTONOMIA (Pardell, 2003).

La autonomía se articula en función de cuatro componentes:

- remuneración directa por el cliente
- libertad de decisión clínica
- liderazgo y control sobre otras profesiones que actúan en el mismo ámbito jurisdiccional
- capacidad de dirigir los conflictos por la vía profesional en lugar de la sindical

En síntesis, el funcionalismo da una definición objetiva de la profesión a partir de 6 criterios: ser ejercida a jornada completa, comportar reglas de actividad, comprender una formación y escuelas especializadas, tener organizaciones profesionales, constar de una protección legal del monopolio y establecer un código deontológico. Se empeña en demostrar como los grupos profesionales pasan, a lo largo de un proceso histórico, de ser ocupaciones a profesiones. Por el contrario, el interaccionismo privilegia una definición subjetiva de los grupos profesionales y rechaza el concepto de profesión.

DEFINICIÓN DE PROFESION

Para Friedson E. se puede referir a *un amplio espectro de ocupaciones relativamente prestigiadas, cuyos miembros han tenido algún tipo de educación superior y que se identifican más por su estatus*

educativo que por sus habilidades ocupacionales específicas, así como también como un número limitado de ocupaciones que tienen más o menos en común rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares. (8)

Wilensky (1964) define la profesión con 6 criterios: ser ejercida a jornada completa, tener reglas de la actividad, disponer de una formación y de unas escuelas especializadas, constar de organizaciones profesionales, tener una protección legal del monopolio y establecer un código deontológico. Aún con éstas características no se diferencia una profesión de una ocupación. Todo grupo profesional debe exhibir valores que Abbott ha compendiado en: altruismo, disciplina, eficiencia y compromiso:

1. el altruismo supone un ideal de servicio más allá de cualquier contrapartida económica (a diferencia del no profesional es capaz de moverse por recompensas simbólicas: prestigio, autoridad, pericia/competencia, formación cultural, etc.)
2. la disciplina equivale al ejercicio de la autorregulación, en base a criterios éticos y científicos-técnicos que emanan del código ético de la profesión y del conocimiento específico que monopolizan. La autorregulación es de las características más importantes.
3. La eficiencia supone la correcta aplicación del “corpus” del conocimiento a la resolución de los problemas planteados por los pacientes.
4. El compromiso debe establecerse a tres niveles, la sociedad (el estado), la institución sanitaria (el empleador) y el paciente. Dicho compromiso está unido a la observación del ideario profesional

En resumen se podría analizar las profesiones desde las siguientes dimensiones que incluyen los conceptos vertidos (Guillen, 1990):

Valores y Metas	<p>Explícitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocupación técnica a tiempo completo. • Ideal de servicio a la sociedad; compromiso vocacional. • Contribución al conocimiento científico. • Generación de entusiasmo por la profesión. <p>Latentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoridad sobre las ocupaciones subordinadas. • Protección de la autonomía profesional. • Aumento del poder y la riqueza de la profesión. • Mantenimiento del monopolio de mercado
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de clientes según la estratificación de la sociedad. • Relación fiduciaria con el cliente. • Sentido de lo que es bueno para el cliente. • Relación personal con el cliente, a quien se trata «como un todo». • Rentas de monopolio gracias al sistema de licencias.
Educación y Formación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de nivel universitario, de larga duración. • Naturaleza técnica, pero también orientativa y vocacional. • Selección meritocrática, que tiende a seguir la estratificación social. • Sistema de educación permanente
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Organizado alrededor de un corpus teórico abstracto. • Naturaleza técnica, con cierto componente experimental. • Grado moderado de especialización
Instituciones y poder	<ul style="list-style-type: none"> • Asociaciones (colegios) profesionales que regulan la cantidad y calidad de los miembros de la profesión. • Código formal de ética profesional. • Lazos débiles con otras instituciones sociales. • Presión ante las instancias públicas y estatales

LA PROFESION EN CRISIS

Ivan Illich, Haug (Guillen, 1990), y otros plantean a partir de los 70 un deterioro en el poder de las profesiones y de otros formatos de dominación que la época confrontaba a partir de un aumento en el empoderamiento ciudadano y de participación política de ciertos grupos (mujeres, consumidores, etc.) que le sumaron distintas herramientas (relacionadas a la información, aumento en la escolarización y otras mejoras educativas) mejorando la posibilidad de tomar decisiones al disminuir las diferencias entre los profesionales y los legos. A esto hay que sumarle que ciertas profesiones “subordinadas” hoy se encuentran discutiendo la exclusividad de ciertos monopolios de conocimientos (enfermería, por ejemplo). Illich (Profesiones Inhabilitantes) plantea: ...las profesiones no podrían volverse dominantes e incapacitadoras si el pueblo no experimentara ya como una carencia lo que el experto le imputa como necesidad.

El proceso de desprofesionalización tiene que ver con la pérdida de poder, autonomía y autoridad de ciertos profesionales, a partir de situaciones como la discusión o crisis de algunos campos profesionales monopolizados, la mejora educativa de la población³, la “superespecialización profesional (que genera fragmentaciones internas a la profesión), la aspiración de los consumidores de controlar a los profesionales, el uso de la computadora (para conocimientos facticos). Otro factor que también aparece en la bibliografía que estudia este proceso, es el de “proletarización” (Braverman, 1974), que habla sobre el cambio en la modalidad ocupativa, desde el modo “cuantapropista” hacia el “asalariado”.

La proletarización se considera el último paso del proceso de burocratización, que implica la pérdida de control y la subordinación a los requerimientos superiores. En Argentina, dicho proceso se vio claramente en la década del 90 con lo que se dio a llamar la “medicina gerenciada” (Managed Care en Estados Unidos) donde los profesionales se incorporaban a un mercado laboral, que era regulado por intermediarios, en general no médicos, con el énfasis puesto en la eficiencia económica. Existen teorías también que plantean la proletarización como resultado del exceso de oferta de profesionales

³ En la Argentina estas transformaciones se manifiestan en parte en la progresiva ampliación del acceso de grandes cantidades de población al sistema educativo (especialmente a los niveles medio y superior), el cual históricamente había tenido un carácter restringido. Considérese que se ha estimado que hacia 1914 sólo un 3% de la población entre 13 y 18 años se encontraba escolarizada en la educación media, pasando esa proporción al 10% aproximadamente en 1943 y al 23% en 1960. Para el año 2001 esa proporción puede calcularse en alrededor del 64%. En el mismo sentido, mientras que en 1960 sólo el 5,7% de la población mayor de 14 años había alcanzado el nivel medio completo y sólo el 1,4% había completado el nivel superior, en 2001 ambas proporciones se elevan al 24,5% y 8,7% respectivamente. Ricardo M. Donaire “Sobre la proletarización de los trabajadores intelectuales. Un ejercicio comparativo a partir del caso de los docentes en Argentina

y la enseñanza de la medicina profundizando la hiperespecialización y la hipertecnologización (Freidson 1980).

Otras teorías plantean, contrariamente a la idea negativa de la proletarianización, que las profesiones encuentran su expresión más completa y genuina al trabajar en organizaciones (Mintzberg, Freidson). Perrow (1986) plantea que la cuestión no radica en el hecho si el profesional es asalariado o no, sino más bien en su poder discrecional. Las organizaciones, para evitar la discrecionalidad, tienen dos opciones: desarrollar lealtad o profesionalizar.

Éstas en general, permean sus normas bajo las normas y valores propios de la profesión, así los profesionales se ajustan a las burocracias de la organización. Según Mintzberg, las burocracias profesionales estandarizan las destrezas técnicas de los profesionales que se alcanzan en el periodo de formación universitaria. Freidson, por su parte, dice que los profesionales que trabajan en organizaciones no pueden ser llamados proletariados, dado que perciben salarios elevados, mantiene el control del acceso y comparten valores adquiridos durante la formación universitaria, que los pone en una situación privilegiada de negociación dentro del sistema de relaciones institucionales. Esto, según Freidson, hace que a las profesiones no les guste el sindicalismo y lo hagan en asociaciones profesionales o colegios. La Medicina tiene además el control de sus tareas y del producto de sus actividades, incluso trabajando para organizaciones, poseen la capacidad de la inducción de la demanda y el control sobre el núcleo operativo.

DISCUSION

La medicina a lo largo de su historia ha llevado un proceso, sobre todo luego de la revolución industrial, que le significó el status de profesión, y entre ellas, con la más alta estima social.

Dicho status implica un comportamiento en la sociedad que es producido y reproducido en todos los ámbitos de formación del profesional, las Universidades, los hospitales, las organizaciones que nuclea a los médicos, y hasta en la comunidad en general. La sociología anglosajona y la francesa discuten y confrontan sus posiciones desde 4 principios (Dubar y Tripier):

1. La profesión no se puede separar del medio social donde es practicada
2. La profesión no está unificada, pero pueden identificarse claramente los fragmentos profesionales organizados y competitivos, las segmentaciones, las diferenciaciones y los procesos de estallido.
3. No existen profesiones estables, todas tienen procesos de estructuración y de desestructuración donde pesan los procesos históricos, los contextos culturales y jurídicos, las coyunturas políticas, etc.
4. La profesión no es objetiva sino una relación dinámica entre las instituciones, la organización de la formación, la gestión de la actividad y de las trayectorias, caminos, biografías individuales, en el seno de las cuales se construyen y se deconstruyen las identidades profesionales, tanto sociales como personales.

En este sentido vemos que a lo largo de la historia de los últimos 50 años en nuestro país, la “profesión médica” ha sostenido el status de la profesión en continúa tensión con entes reguladores, sobre todo los estatales, ha defendido cada uno de sus privilegios y ha controlado los procesos formativos y la representación gremial de la profesión. Ha sido homogénea en cada contexto social, político y económico en las cuales se ha visto amenazada. Homogénea en términos de sus reclamos y principios que defendieron y sostuvieron (fundamentalmente su autonomía).

En términos formativos, Juan Cesar García (La Educación Médica y la Estructura Social) también observa como la profesión entra en contradicciones producto de su posición tan autónoma frente a los reclamos externos, plantea que la educación médica tiene cierta autonomía que choca con los requerimientos de la práctica médica, los mercados prestigian los súper especialistas y las universidades pretenden egresar médicos generalistas, y que cuyos docentes son especialistas. Esta inconsistencia entre el discurso y la práctica de la profesión no hace más que disimular un supuesto cambio en la profesión médica, más cercana a la realidad o a la necesidad social, pero persiste íntimamente reproduciendo un modelo medico similar al cuestionado. Esto puede advertirse, si uno lo analiza desde el problema planteado inicialmente sobre la falta de radicación de los egresados en poblaciones más necesitadas y de la adjudicación en especialidades prioritarias.

Juan Cesar García planteaba en la conclusión de su investigación sobre la Educación Médica que las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables, que la práctica médica, la

formación y la producción de conocimientos están ligadas a la transformación histórica del proceso de producción económica. Esta relación, refiere, no implica una relación causal simple, pues estas instancias del quehacer médico conservan cierta autonomía. Esta autonomía tiene que ver con las características propias de la profesión que aquí se desarrollaron, proceso que de un tiempo a ésta parte pareciera haberse puesto en cuestionamiento y evidenciado a partir de procesos sociales y sanitarios-políticos que requieren de pronta resolución.

En cuanto al campo de práctica de la profesión médica, la dinámica económica del campo ha hecho que una gran proporción de egresados de UUNN públicas sean absorbidos por el mercado privado y que tanto las residencias de formación en especialidades básicas, como aquellas que se encuentran en poblaciones más periféricas quedasen descubiertas, replanteando de éste modo el rol rector del estado frente a la profesión más autónoma de todas que se rige por sus propios valores y códigos de conducta profesional.

Dentro de la profesión existen tensiones también, existen especialidades que se excluyen de cualquier discusión general y que operan de alguna manera exagerada y por fuera de las lógicas acostumbradas por la profesión, como los anestesiólogos, que en algún momento deberá ser una discusión interna a la profesión que vehiculice alguna conducta en éste sentido.

La discusión entonces ante la situación problema analizada es inicialmente, el planteo de la misma en sus distintos aspectos, *la formación profesional* y su incidencia en la producción de profesionales médicos “aptos” para las necesidades sanitarias del país, *el mercado de trabajo*, regulado por el estado, orientando los recursos económicos y aquellos que sean necesarios, para privilegiar la radicación de profesionales en determinados sectores y que la posibilidad de la especialidad básica sea una oportunidad seductora para los egresados y por último, analizar y tener en cuenta en toda estrategia político-sanitaria, los aspectos propios de *las profesiones*, en particular la médica, en cuanto a los privilegios conseguidos y sostenidos férreamente por las organizaciones médicas, que reproducen permanentemente en cada instancia y que son las que sobresalen prioritariamente ante las tensiones con el estado, las cuales solo ante una lectura correcta y un acompañamiento social podrían permearse para conseguir una relación más estrecha entre la profesión y las necesidades de las personas.

Bibliografía

American Economic Association. Dual Labor Markets: A Theory of Labor Market Segmentation. American Economic Review 1973. 63:2, pp. 359-365.

Belmartino S. "Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina". Salud colectiva 2005.v.1 n.2.Versión On-line ISSN 1851-8265

Belmartino S. "Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica". Documento N 80.Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas. Mayo 2011

Elliot P. Sociología de las Profesiones. Tecnos 1972.

Friedson E. "la teoría de las profesiones. Estado del arte". Perfiles educativos,2001. vol XXIII, num 93, pp28-43

Guillen M. "Profesionales y Burocracia: Desprofesionalizacion, Proletarización Y Poder Profesional En Las Organizaciones Complejas". 1990.Universidad de Yale

Machado MH. "Os médicos no Brasil um retrato da realidade [online]". Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. [fecha de consulta Marzo 2014] SciELO Books . Disponible en: <<http://books.scielo.org>>.

Pardell H. "tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?". Ed. Medica2003; 6 (2):63-80.

Urteaga, E. "Las profesiones en cuestión". Univ. del País Vasco/Euskal Herriko Unib. Dpto. de Sociología .2009

Capítulo 12. La enseñanza de la medicina como trabajo vivo en Acto

Pedro Silberman

Resumen

Este artículo, nos invita a la reflexión en relación a la práctica de la medicina con la enseñanza, donde los modelos tradicionales el paradigma Flexneriano y el de la Universidad Catedratizada, han construido y han sido, un elemento instituyente en la formación profesional y en la generación de los marcos de práctica médica actual.

Introducción

La enseñanza de la medicina tiene una historia rica en discusiones respecto a la formación de médicos, discusiones que intentan dar cuenta de la necesidad de un egresado de las escuelas de medicina más relacionado a las necesidades en salud de la sociedad, que sea capaz de trabajar en equipo, que comprenda y aborde la complejidad de las problemáticas de salud, etc. En estos planteos las respuestas que se generaban, y se generan, recorren un amplio espectro de la educación médica, desde la incorporación de contenidos en ciencias sociales, cambios en la estructura pedagógica-didáctica de las curriculas y la capacitación de los médicos en competencias educativas. También se tuvo presente permanentemente la influencia del mercado y de los modelos de atención como variables independientes que tenían una fuerte impronta en el perfil de egresado de medicina.

En muy pocas ocasiones el análisis permeo la estructura del proceso de trabajo de los profesionales de salud con los usuarios y la relación directa de esta con la relación docente de medicina-estudiante. Esta relación que parece obvia, y que se presenta casi indisoluble dado el contexto profesionalizante de la enseñanza de la medicina, en general se analiza por separado, esto es, un análisis es el modelo de atención, con sus indicadores y sus características y otra es el análisis de la enseñanza profesional, también, con el ámbito académico que corresponde y con sus propios indicadores. Más aun, los análisis que corresponden a cada una de las dimensiones (educativa y asistencial) en ningún momento se relacionan, solo en la conclusión final, que coinciden en que tanto uno como el otro no favorecen el objetivo final del sistema que es ofrecerle soluciones a los problemas de salud de las personas.

En este sentido, no parece imposible intentar llevar los mismos ejes para analizar simultáneamente la enseñanza de la medicina con la práctica asistencial de la misma, sobre todo teniendo en cuenta que desde el punto de vista organizativo les vale los mismos cuestionamientos y que ambas se relacionan en un mismo campo de tensiones y de acumulación.

Tanto la Universidad como las organizaciones prestadoras de salud son instituciones “habitadas” (a) por profesionales, sujetos, personas, con la singularidad que ello conlleva, donde pasan la mayor parte de su día/vida, pero a su vez, son sujetos cuyo tipo de trabajo es de otra característica a las demás instituciones/organizaciones de la sociedad, el intelectual, son trabajadores del conocimiento, no son trabajadores manuales como lo serían en una fábrica por ejemplo, tienen una especificidad de su tarea lo que requiere que prioritariamente su formación y capacitación intelectual previa les permita desarrollarla adecuadamente, en este sentido y con estas características, los trabajadores ostentan una gran autonomía.

También, la Universidad y los SS tiene otra similitud que los hace posible de un análisis común, ambos trabajan con sujetos, su “objeto” es un sujeto, un sujeto con una historia, con una cultura, con una singularidad y, en general, con autonomía, y más allá de la particularidad de esa relación sujeto-sujeto, se da la situación que tanto en la enseñanza como en la asistencia, en ese encuentro, hay una doble producción, la producción de un bien de uso (la salud por un lado y el aprendizaje por otro) y la producción como trabajador (trabajador de la salud-trabajador docente) (b), y finalmente, ambas situaciones se dan en acto, en un acto singular, entre dos sujetos, uno con el conocimiento y el otro con la necesidad (Merhy, 2005).

Analizando conceptualmente, en términos de relacionar la práctica de la medicina con la enseñanza de la misma, los modelos tradicionales (el paradigma Flexneriano los ha sintetizado) el de Médico Hegemónico, y el de la Universidad Catedrática, ambos se han construido y han sido, y lo son, un elemento instituyente en la formación profesional y en la generación de los marcos de práctica médica. Más aun, ambas organizaciones se reúnen en un espacio de síntesis como lo es la Residencia Médica donde se produce, reproduce y se consolida el modelo. En estos espacios, que son comunes e indisolubles, es donde debe producirse el análisis y la reflexión, es el lugar donde

puede analizarse la generación de cambios, es en la micropolítica de los procesos de trabajo donde se definen los modelos y donde la problematización puede llevar a generar cambios en sus estructuras.

En principio hay que entender que los trabajadores construyen su proceso de trabajo de acuerdo con un modo singular de significar el mundo e intervenir en él, poniendo un límite a las directrices y normativas que intentan encuadrar las prácticas del cuidado (en este caso de la enseñanza de la medicina) en formulas rígidamente protocolares (captura del trabajo vivo por trabajo muerto) (1) El proceso de trabajo, en este caso la docencia, no tiene un patrón, está signado por las singularidades, no hay docentes iguales, no hay acto docente que se repita, no existe un acto docente donde aún los mismos actores (maestros y estudiantes) puedan producirse de la misma manera. Esto se produce en un movimiento combinado en tres dimensiones, las redes rizomáticas (c) que conectan a los trabajadores en el ambiente de trabajo que tienen distintos flujos e intensidades al interior de los servicios de salud (y de la Universidad), el deseo que se forma en los procesos primarios, inconscientes que opera como una energía de producción propulsora de los procesos de construcción de la realidad y “el trabajo vivo en acto” que actúa como una plataforma sobre la cual se producen las redes de cuidado (el acto de aprender y de enseñar).

El perfil de la docencia/enseñanza, haciendo un paralelo con los modelos asistenciales, se produce y es definido a nivel de la micropolítica del proceso de trabajo, esto es, en el hacer cotidiano de cada trabajador docente, en las relaciones que establece con los otros trabajadores, con los estudiantes, y con el arsenal tecnológico que utiliza.

El proceso de trabajo docente en este sentido, puede ser expuesto neurálgicamente como micropolítica y lugar estratégico de cambio para generar prácticas creadoras de permanentes procesos tecnológicos para enfrentar la complicada temática de la enseñanza de las necesidades de salud, que debe ser vista también sobre la perspectiva de su institución y abriendo una caja negra en torno de la presencia de las tecnologías leves, tecnología de las relaciones, de los intercesores, en el interior de los procesos que pueden generar alteraciones significativas del modo de trabajar en educación médica.

Partimos en el pre supuesto que el trabajo en salud y en este caso el de la enseñanza de la medicina, en realidad, de cualquier proceso de enseñanza, es siempre relacional, porque depende del trabajo vivo en acto (d), esto es, el trabajo en el momento en que se está produciendo. Estas relaciones pueden ser por un lado, sumarias y burocráticas, donde la enseñanza se produce centrada en el acto educativo (el planteo de acto educativo se refiere al acto de volcar conocimientos de manera unidireccional), componiendo un modelo que tiene en su naturaleza, el saber hegemónico, productor de procedimientos o instrumentalizado con ausencia del otro actor. Por otro lado, estas se pueden dar como relaciones intercesoras, establecidas en el trabajo en acto realizado para el aprendizaje (aquí lo que se pone en valor es la importancia del sujeto que aprende, su historia, sus conocimientos previos y su necesidad de aprender, todo ello en un juego de relaciones en un espacio intercesor).

El trabajo vivo es aquel que se produce en acto, donde dos sujetos, uno con un saber y otro con una necesidad generan un espacio relacional donde existe un intercambio y la producción de una singularidad irrepetible. La creatividad del trabajador que le permite inventar nuevos procesos de trabajos y extenderlos hacia direcciones no pensadas es un ejemplo.

Para ello, el docente debe gestionar una serie de herramientas que le permitan a dicho espacio la producción de aquella subjetividad, y no permitir la captura del acto con trabajo muerto. Cualquier abordaje educativo de un trabajador de la educación junto a un estudiante, produce a través del trabajo vivo en acto, un proceso de relaciones, esto es, hay un encuentro entre dos personas, que actúan una sobre otra, y en la cual opera un conjunto de expectativas y producciones, creándose intersubjetivamente algunos momentos interesantes: momentos de habla, escuchas e interpretaciones, en la cual hay una producción de acogimiento o no de las intenciones que estas personas colocan en este encuentro, momento de complicidades, en los cuales hay una producción de responsabilización en torno del proceso educativo, momento de confiabilidad y esperanza, en los cuales se producen relaciones de vínculo y aceptación, y es allí, donde surge la necesidad de aprendizaje real y donde se coloca el deseo (e) de aprender. (2)

La captura de dicho trabajo vivo por trabajo muerto es producida generalmente por la sobreutilización de tecnologías duras o semiduras, sin articularlas con las blandas^{1(f)}. En este caso llamamos tecnologías duras a aquellas relacionadas con los objetos tecnológicos (máquinas, aparatos) que en términos de la educación podemos trasladarlo a los instrumentos para la educación (aulas, computadoras, proyector, maquetas, simuladores, etc.), son instrumentos que per se no tiene intencionalidad, quien las vuelve portadoras de esa intencionalidad es el trabajo vivo en acto con su modo tecnológico de actuar y como expresión de ciertas relaciones sociales. Las tecnologías semiduras son aquellas relacionadas al conocimiento sistemático, cada una de las materias/asignaturas, de los conocimientos duros que tienen en la cabeza los docentes son tecnologías semi duras, también puestas como portadoras de intencionalidad en acto, y finalmente las tecnologías blandas, que son las tecnologías relacionales, las vinculares, aquellas que se producen en el encuentro docente-estudiante. Es con esta estrategia la que puede generarse y vehicular el deseo de los trabajadores y de los estudiantes, generar esa potencia productora de un saber y un compromiso con el aprendizaje que lo coloque en el centro de la escena, ya no más como un recipiente donde hay que volcar contenidos, sino como un sujeto activo y deseante del proceso de aprendizaje.

El deseo (según Deleuze y Guattari) como producción tiene una energía de invención de la realidad social, de la creación de un nuevo devenir para el mundo de la vida, es revolucionario. El deseo es agenciamiento, esto es, él siempre está en actividad produciendo la realidad social en toda la dimensión de la vida. Esta idea se asocia con otra según la cual la producción del mundo se da por subjetividades deseantes, que operan en flujos, en conexiones entre muchos campos de intensidades y da formación a nuevos mundos que se van construyendo en el proceso. El deseo es una energía capaz de movilizar los sujetos en procesos de construcción de una nueva estructura, esto es, cambios sociales que apunten para un devenir que signifique otra estructura de funcionamiento de las instituciones. El deseo pertenece al campo de producción de realidad, responsable de la creación de procesos de cambios que se inscriben en una producción deseante, que es al mismo tiempo movilizada por un deseo productivo. Deseo y producción son inmanentes uno a otro.

En síntesis, la enseñanza de la medicina es trabajo vivo que se produce en el mismo momento en que se encuentra un docente y un estudiante y no puede ocurrir escindida de la práctica profesional, por ende, el análisis de la primera debe coincidir con la otra. Las organizaciones donde se desarrolla dicho aprendizaje en general es atravesada uno por otra (las aulas de las universidades y los hospitales), ambos espacios representan el territorio de la medicina, por ende les correspondería una misma categoría de análisis. En las organizaciones de salud y de educación, los trabajadores se diferencian por ser trabajadores del conocimiento, lo que resulta de una alta autonomía. Autonomía que implica que hay un momento donde ocurre el encuentro entre el docente y el estudiante que se genera un espacio intercesor, donde la subjetividad de uno condiciona al otro en la medida que se permita y no haya un proceso de captura, produciendo otra subjetividad, diferente, solo perteneciente a ese acto. En este lugar, espacio de micro política, se genera una producción (una doble producción en realidad) que debe ser analizada para generar los cambios curriculares que se desean, y así lograr un egresado médico más relacionado a las necesidades del sistema. En ese espacio de micropolítica es donde debe producirse el deseo, y donde debe colocarse dicho deseo en la producción del aprendizaje, hay que vehicular la potencia que representa dicho deseo en un aprendizaje significativo, comprometido con la comunidad en defensa de su vida. El docente debe valerse del maletín de tecnologías leves para poder gestionar su actividad y darle sentido a las tecnologías duras y semiduras, que resulten en un mejor producto final del proceso, que lo produzca también al docente como tal y que pueda generar una autonomía en el estudiante que lo ayude a aprender a lo largo de su vida de manera autónoma.

Notas Finales

- (a) Se utiliza habitada entre comillas para dar cuenta de una doble significación, la primera en términos de ocupación del espacio y la otra relacionada al concepto de habitus (Bourdieu,1988) intentando explicitar de lo instituyente que es el profesional que desarrolla su actividad en el sistema de atención médica
- (b) Marx K. (El Capital): *“el trabajo es, por tanto, condición de vida del hombre, y condición independiente de todas las formas de sociedad, una necesidad perenne y natural sin la que no se concebiría el intercambio orgánico entre el hombre y la naturaleza ni, por consiguiente, la vida humana”*
- (c) El rizoma aparece como dispositivo de la realidad social, basándose en la acción de los

sujetos en conexión entre sí y con el mundo a través de flujos de intensidades. El rizoma tiene carácter múltiple, heterogéneo y de muchas entradas, lo que le da la característica de porosidad. Es atravesado por diversas lógicas en los agenciamientos de la construcción de la realidad. En el encuentro entre dos cuerpos, trabajador-trabajador y trabajador-estudiante siempre existe una afectación. Según Espinoza, los afectos pueden causar alegría o tristeza, aumentando o disminuyendo la potencia de los sujetos de actuar en el mundo de la vida. En el caso de la docencia, las conexiones entre los diversos procesos de trabajo, trabajador- trabajador o trabajador- estudiante, producen un campo energético con flujos circulantes que configuran espacios de alta producción del aprendizaje o de baja producción de este según se produzca acogimiento, autonomía, vínculo, o se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo insatisfacción.

- (d) Merhy caracteriza al trabajo vivo como un proceso agenciado por sujetos, que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva. Que por la complejidad del proceso productivo de la salud puede ser capturado por el trabajo instrumental transformándose en trabajo muerto. El equilibrio entre las tecnologías blandas, duras y blandas duras es necesario para producir trabajo vivo. Esto revela un alto grado de libertad y de autogobierno del trabajador.
- (e) Deleuze y Guattari dicen sobre la acción de los sujetos que es conducida por el "deseo" en tanto "energía" propulsora de la acción cotidiana de los sujetos, en sus dimensiones colectivas e individuales. Su actividad productiva los hace actuar como "máquinas-deseantes", en el sentido de que producen el espacio social en el cual están insertos. El deseo es producción, todo el tiempo. Y como dicen estos autores: debemos colocar el deseo en la producción y la producción en el deseo
- (f) Tecnologías según Merhy: Las diferentes formas de actuar sobre la realidad para modificarla con un objetivo determinado. Tecnología apropiada: es considerada apropiada cuando constituye una solución efectiva, es eficiente en términos de costo de los recursos utilizados y del beneficio obtenido, y es aceptable para el individuo, la familia o la población.

Bibliografia

1. E.Mehry, Franco T., 'Trabalho, producao do cuidado e subjetividade em saude".Textos Reunidos. Cap.1: E.Mehry: Em busca do tempo perdido: a Micropolitica dp trabalho vivo, em ato, em saude. Hucitec Eduitora
2. E.Mehry, Franco T.,"Trabalho, producao do cuidado e subjetividade em saude".Textos Reunidos. Cap.1: E.Mehry: A perda da dimensao cuidadora na producao da saude: uma discussao do modelo assistencial e da intervencao no seu modo de trabalhar a assistencia. Hucitec Eduitora

ISBN: 978-607-422-777-2



9 786074 227772