



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**“POLÍTICAS PÚBLICAS. UNA MIRADA EN FAVOR DE LA  
ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON CÁNCER”**

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LIC. EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**P R E S E N T A**

MARTHA VANESSA BADILLO NERI

Director de Tesis:

DRA. NORMA GONZÁLEZ GONZÁLEZ



Toluca, Edo. Méx. 2018

## ÍNDICE GENERAL

Introducción	5
Metodología	14
<b>Capítulo 1: Contexto histórico del biopoder a la biopolítica</b>	<b>18</b>
1.1.- Metamorfosis del biopoder a la biopolítica	18
1.2.-El control como efecto de concebir, visibles a los vigilados y anónimos a los vigilantes	20
1.3.-Una sociedad disciplinada como control en espacios cerrados “Hospital”	22
<b>Capítulo 2: Aparición del Modelo Neoliberal en el Sector Salud</b>	<b>25</b>
2.1.- Surgimiento del Neoliberalismo	26
2.2.- Características y aparición del modelo neoliberal en Latinoamérica	27
2.3.- La globalización causa de una sociedad transitoria para las políticas públicas neoliberales del sector salud	29
2.4.- Ejecución del modelo Biomédico y Biopsicosocial	30
<b>Capítulo 3: El nacimiento de la atención gerenciada y la alienación del personal médico a consecuencia del sistema neoliberal</b>	<b>33</b>
3.1.-Nacimiento y concepto de la Atención Gerenciada	33
3.2.- ¿Cómo opera la Atención gerenciada?	36
3.3.-El fenómeno de la alienación como consecuencia del sistema neoliberal en el personal médico sanitario	37
3.4.- Síndrome “Burnout” consecuencias hacia los médicos actuales de la atención gerenciada	41

<b>Capítulo 4: Las políticas públicas y las humanidades médicas a fin de una óptima atención integral a enfermos con cáncer</b>	45
4.1.-Concepto y función de las políticas públicas	45
4.2.-El humanismo como mediador ante la globalización y el modelo neoliberal y las principales líneas de resistencia para su implementación	47
4.3.-Enseñanza de humanidades médicas, como compromiso de las instituciones de salud y académicas para la calidad y las prácticas de excelencia	50
<b>Capítulo 5.- Políticas para enfermos con cáncer, como tema de agenda pública</b>	52
5.1.-Concepto y contexto histórico del Cáncer	52
5.2.-El cáncer como problema de salud Pública	55
5.3.- La política acerca del cáncer	56
<b>Capítulo 6 Contexto Mexicano, surgimiento del hospital y las políticas sociales para enfermos con cáncer</b>	58
6.1.- Surgimiento del hospital en México	59
6.2.- Contexto histórico de la política social del modelo estabilizador al modelo neoliberal en México	61
6.3.- Gasto público para el Sector salud en México	63
6.4.-Principales barreras para la creación de políticas públicas, para enfermos con cáncer en México	65
6.5 Recorte presupuestal en México detonador de una carente atención integral a enfermos con cáncer	66
<b>Capítulo 7 Fase del trabajo de campo: observación y descripción, entrevistas a profundidad a personal médico sanitario</b>	67
7.1.-Formato de Entrevista	68
7.2.-Entrevistas a Profundidad	68

7.3.-Notas de Campo y Guía de observación participante	69
Conclusiones	70
Anexos	75
Bibliografía	98

## INTRODUCCIÓN

Actualmente los diversos temas sociales son de suma preocupación, tales como, la salud pública, la educación, la economía, entre otros, por lo que, surge el anhelo de estudiar y analizar la complejidad de nuestra realidad social.

Este trabajo de investigación pretende abordar y analizar cómo el Estado Mexicano desde un enfoque de corte neoliberal, caracterizado por la mercantilización de los servicios públicos y, por consiguiente, del monopolio de la salud, prevalece e influye en la formación del personal médico sanitario al interior de las instituciones públicas y en el que la deshumanización e insensibilización imperan en la atención de pacientes con cáncer. Con la finalidad de evidenciar cómo es el papel del Estado en el otorgamiento de un servicio básico, que además forma parte de nuestras garantías individuales frente a un modelo de corte neoliberal.

Con la intención de poder dar algunas alternativas y lograr comprender, por qué el actuar del personal médico en la atención de pacientes con cáncer e identificado si ha dado una transmutación del papel del médico en base al adiestramiento tradicional del Estado.

Para abordar y analizar esta investigación se recurrió a autores como Foucault, Bentham, Canguilmen, ya que estos pensadores se les ubica como indicadores de una corriente crítica, los cuales se cuestionan en sus obras, la manera en cómo opera la medicina moderna de un espacio físico como el hospital, realizando críticas a las prácticas médicas, es decir a la función de control y dominación social, aplicando por la medicina moderna. Para complementar se recuperó a otros autores más recientes como Cristóbal Pera, el cual en la mayoría de sus obras se basa en interpretaciones de Foucault, ejemplificando de forma más precisa las relaciones y procesos sociales entre médicos, pacientes, enfermeras, administrativos, etc. cada uno con su rol establecido generando organizaciones que lleven implícito un sentido de control y dominación hacia los pacientes.

También se retoman ideas de Goffman donde se reflexiona y menciona que es más fácil llevar a cabo el control del cuerpo como individuo aislado y poder lograr la normalización, llevándonos a resultados sociales, como lo es la alienación social, donde el hombre ya no es libre de su cuerpo, si no que se va adoptando a la construcción de realidades que le imponen.

Lo que nos lleva a creer que el verdadero problema a discutir y analizar en esta investigación, es que la alienación del personal médico sanitario, fundamentado al modelo del Estado Mexicano, contribuye a la carencia de una atención integral a los enfermos con cáncer. Enfocando el objeto de estudio a enfermos con cáncer porque pertenece a un rubro social, tal como lo menciona Alvares (2000) “son grupos vulnerables” pertenecientes al conglomerado como aquellos grupos, poco visibles para la sociedad. De acuerdo con el historiador médico Henry Sigerist,(2003) hoy casi sesenta años después, mientras otras enfermedades se controlan, el cáncer sigue en ascenso y se constituye como uno de los mayores problemas del mundo; su impacto negativo, incide de manera especial en los grupos humanos más desfavorecidos económica y socialmente, por lo que estos grupos de personas su atención médica, proporcionada por un modelo neoliberal, lo hace un asunto político de proporciones globales.

Generando como hipótesis principal que el estado mexicano de corte neoliberal, caracterizado por la mercantilización de los servicios públicos y por consiguiente, del monopolio de la salud, dichas características del mismo corte, prevalecen en la formación del personal médico sanitario de las instituciones públicas, en el que la deshumanización e insensibilización imperan en la atención de pacientes con cáncer.

Por lo que esta investigación tiene como objetivos principales analizar, cómo es el papel del Estado Mexicano en el otorgamiento de un servicio básico como la salud, que además es parte de nuestras garantías individuales en un análisis desde el modelo neoliberal, que a la vez intenta comprender la formación académica del personal biomédico frente a la carencia de una atención integral dentro de las instituciones públicas de salud y por último tratar de identificar si se ha dado una

transmutación del papel del médico, con base en el adiestramiento tradicional, en comparación con el actuar de corte neoliberal, y comprender por lo tanto el actuar del personal médico caracterizado por la deshumanización e insensibilización, para ello conocer qué posibilidades y que tan viable es la creación de políticas públicas para lograr la construcción humanista en la formación pre graduada y al mismo personal ya laborando, del personal médico sanitario, como un programa que estimule a próximos profesionales a tener un pensamiento más crítico y humanista.

El trabajo consta de una introducción, siete capítulos con subcapítulos cada uno, una conclusión y anexos por lo que comenzamos a describir cada uno de ellos:

El primer capítulo denominado "Contexto histórico del biopoder a la biopolítica", nos hace mención de un recuento histórico de un antiguo régimen, conocido como biopoder, que tiene como objeto el control del cuerpo y del individuo, para poder comparar cómo en las distintas sociedades se ejecutaba de diferentes maneras el poder, sobre la decisión de matar o dejar vivas a las personas mediante la pena capital, la represión política, por eugenesia, o el genocidio que de acuerdo con Foucault (2002) el poder de la soberanía consistía en poder hacer morir. Posteriormente mostrando cómo se pasa de ese antiguo régimen de la sociedad burguesa de finales del siglo XVII al surgimiento del estado con la biopolítica es decir cómo se pasa de una forma de poder a otra. Foucault nos dice que se produce el proceso de castigar al vigilar, para entender esto nos explica el mismo autor que después de haber tenido el poder de decidir sobre la muerte y vida del individuo por ser soberano, ocurren una serie de transformaciones en la sociedad, ya que esta empieza a cuestionar las decisiones del soberano y las ideas religiosas, por lo que se da inicio de una nueva concepción en donde la intervención de la ciencia, con ayuda de una razón científica, nos daría una solución a estos problemas quitando el poder de decisión al soberano y dando inicio al surgimiento del Estado y su respectivo poder de hacer vivir, para hacer producir y mantener un control u orden de la sociedad; Complementando con ideas de Bentham con su proyecto de construcción "el panóptico" mismo que nos explica que entre más vigilancia y control haya en un espacio cerrado "el hospital" se podrá llevar mejor el poder en

los cuerpos, volviendo visibles a los vigilados e invisibles a los vigilantes donde esta invisibilidad por naturaleza automatiza, esto quiere decir según Bentham que de manera que los individuos sabiéndose sometidos a un campo de visibilidad reproducen las coacciones del poder, uniéndose al sometimiento.

El segundo capítulo denominado, “Aparición del modelo neoliberal en el sector salud” daremos un contexto histórico sobre la conceptualización y nacimiento del modelo neoliberal, el cual su antecesor fue el capitalismo encargado de transformar todo en mercancía, bienes y servicios, incluyendo la fuerza de trabajo por lo que el nacimiento del neoliberalismo, es por lo tanto el modelo que lo refuerza, en la actualidad, mercantilizando servicios esenciales como los sistemas de salud

Teniendo como principal característica el adelgazamiento del Estado y retornar abiertamente, la aparición del estado garante del libre mercado, para que logre una acumulación del capital por lo que se hace necesario revertir, el proceso redistributivo transfiriendo fondos del sector público al sector privado, los drásticos recortes selectivos a los gastos sociales en los países centrales que sustentan esta lógica favoreciendo al sector financiero para atraer más capitales.

Teniendo como antecedente que con la aparición del modelo neoliberal se implementaron en el hospital a mediados del siglo XXI, dos modelos en los hospitales que fueron prioridad para el sector salud, y ver qué consecuencias trae cada uno en la relación médico -paciente haciendo hincapié al modelo biomédico, y el modelo biopsicosocial, siendo dominante el primero y dejándose en segundo término al otro, el primero se caracteriza por ser un modelo dominante y deshumanizado de la medicina moderna en donde se separa la psique, dándole importancia al cuerpo del paciente como objeto, minimiza lo que piensa el paciente, en este modelo se analiza cómo se lleva a cabo la dominación y la normalización de la medicina moderna ya que como se mencionó en el capítulo anterior , lo importante es mantener un control del cuerpo del individuo y un control social y es cuando da inicio al modelo biopsicosocial mismo que nace del cuestionamiento del modelo biomédico mostrando como característica principal el aspecto psicológico y social.

El capítulo 3 lleva por título: El nacimiento de la atención gerenciada y la alienación del personal médico a consecuencia del sistema neoliberal. Este capítulo nos muestra que el tema de salud en el proceso de globalización se convierte de gran interés para el nacimiento de una nueva atención médica, por lo que resulta relevante conocer cómo han impactado las políticas neoliberales de forma negativa a la sociedad, convirtiéndola en un mercado industrial, convirtiendo a la práctica de la medicina como lo denomina Patiño (1990) en una empresa moral. Desde el último cuarto de siglo XX domina en los sistemas nacionales de salud una forma de procurar a la población, debido a la escasez de recursos económicos, por lo que sumergidos en la globalización del mundo moderno, nace una nueva forma de gestionar los escasos recursos, en donde la atención se convierte en una gerencia, en la cual los médicos se ven sumergidos, ahora como prestadores de servicios que tienen que rendir cuenta de sus acciones, ahora distorsionadas por un mandato corporativo, mientras la misma, corporación dispone de los recursos e ignora su naturaleza como menciona Bulger (1997) convierte su imperativo hipocrático y convierte la atención de la salud en una industria y el acto médico en un buen mercado. Por lo que los médicos se verán forzados a elegir entre los mejores intereses de sus pacientes y su propia supervivencia económica, lo cual nos lleva a reflexionar, en este capítulo que el modo de reproducción social es el reflejo del modo de reproducción económico. Haciendo mención de un fenómeno que nace de estas consecuencias y que nos da pauta para analizar él porque del comportamiento de los médicos, hacia los pacientes, conocido como “alienación” el cual consiste en suprimir la personalidad de un individuo, pasándole a controlarle y anularle su libre albedrío, para convertirlo en una persona dependiente de los intereses de quien los enajena, el cual cada día florece más, por el impacto negativo de la mala flexibilización laboral en la calidad, dando como resultado el aumento de insatisfacción en los trabajadores del sistema de salud y sus nuevas labores burocráticas, para los cuales no fueron entrenados y produciendo un síndrome a los trabajadores llamado “burnout” el cual se caracteriza por el desgaste físico y emocional que ocasiona el aumento de trabajo, lo cual propicia actitudes

pesimistas, cínicas y a generar una carencia de relación interpersonal con el paciente.

El capítulo 4 intenta indagar que ante este escenario Neoliberal, puedan existir alternativas para las cuales ante este mundo globalizado, se pueda sustentar iniciativas que puedan dar una visión más humanan al problema, presentando, este capítulo lleva por nombre, Las políticas públicas y las humanidades médicas a fin de una óptima atención integral a enfermos con cáncer, como su nombre lo indica daremos, un salto, después de poder comprender el problema y cuáles son las posibles alternativas que tenemos a nuestro alcance, describiendo según Tetelboin (2000) que toda política social es una, decisión que es construida socialmente, donde convergen las capacidades institucionales del Estado, las demandas y aspiraciones de la sociedad que aboga por el bienestar social y que de acuerdo con Norma González (2007) esta política suele identificarse como el conjunto de decisiones económicas que instrumenta el Estado para enfrentar las contradicciones, originadas por el sistema, por el sistema capitalista, garantizando mínimos de bienestar en rubros de salud.

A lo que le sumamos a este capítulo poner de manifiesto que la deshumanización que causa la atención gerenciada hace que el médico, se aproxime al paciente como si fuera un simple objeto biológico, que presenta una presunta enfermedad y no una persona con su implícita dignidad, por lo que la presencia de un proceso de humanización, por medio de políticas públicas sociales, predijeron ser una alternativa ya que las humanidades médicas, ofrecen una visión mucho más completa al permitir contemplar este encuentro desde perspectivas alternativas, con el fin de poder, multidisciplinar al médico en formación amplia al contexto que actualmente vivimos al mismo tiempo que desarrolla un pensamiento crítico, e ir interrelacionando con los diversos campos del conocimiento actuales, pero que puedan girar en pro de la condición humana del paciente.

El capítulo 5 denominado Políticas para enfermos con cáncer, como tema de agenda pública, nos da pauta para aterrizar toda la problemática generada hacia un sector determinado, intentando justificar porque la importancia de generar políticas públicas para una atención integral a estos enfermos. El cáncer es un asunto primordial para la sociedad debido al dolor y al sufrimiento personal que causa los costes médicos y la pérdida de años, productivos ya que su desarrollo está, profundamente ligado al actuar de la sociedad, la lucha contra esta enfermedad requiere de la colaboración integrada, de diferentes disciplinas y actores que mediante la abogacía logren colocar el tema en agenda pública

De acuerdo con (Álvarez 2000), en su investigación promoción de la salud, y cambio social, hace mención que la conducta humana es el mayor determinante para un control exitoso del cáncer, ya que la manera de percibir y estructurar los individuos sus vidas colectivas afectan a la salud de la comunidad por lo que ante este problema analizado, el sector posiblemente más vulnerable a carecer de un atención de calidad sean precisamente quienes padecen esta enfermedad ya que las emociones son las primeras afectadas en el proceso de esta enfermedad, etapas como depresión, estrés, miedo, ansiedad, son aquellas que caracterizan el transcurso de la misma, por lo que la visualización de dolor y sufrimiento, fortalecen el concepto de insensibilidad a la figura de autoridad del médico, al trato y comunicación del mismo. Por lo que introducir las humanidades médicas en el curriculum del pre graduado y de la misma alienación del mismo sistema no significa, ceder en la exigencia de la formación científica del médico ya que su competencia, científica y su actitud humanista ante el paciente no son en absoluto términos excluyentes si no complementarios.

El capítulo 6 denominado Contexto Mexicano, surgimiento del hospital y las Políticas sociales en México para enfermos con Cáncer, en este capítulo se realiza un recuento histórico del surgimiento del hospital en México teniendo que nace de la idea donde su principal función es proporcionar los medios necesarios y cuidado del enfermo para una pronta recuperación de la salud sin embargo a través del

tiempo y con el nacimiento de modelos, ha operado de maneras distintas hasta la actualidad de relacionarse con el modelo neoliberal.

Posteriormente hablando, como nuestro país al adoptar el modelo neoliberal, se denotan las transacciones del mercado que se van individualizando, por lo que se desarrollaron formas de hacer políticas tales como desincorporar o simplemente buscar calidad e imparcialidad de la prestación de los servicios públicos

Tocando temas como un inicio de la política social, en materia de salud ya que a través de esta política se inicia y se llevaban a cabo la normalización y dominación que deben seguir tanto los miembros que laboran como los pacientes, dando pauta a un nuevo tipo de política social de carácter temporal que de acuerdo con Calveto (2006) se le llamo políticas neoliberales, como el ajuste del mercado, de trabajo y el libre mercado desarrollando formas de hacer políticas, en el contexto mexicano, tales como desincorporar, privatizar, liberalizar la prestación de servicios dando pie a una transformación revolucionaria en temas de salud donde ingresa un sistema de globalización, dando pie al nacimiento de una atención gerenciada que se refleja cómo beneficio a monopolios farmacéuticos y por lo tanto a una alienación de los recursos humanos. Por lo que nos adentramos a analizar en este capítulo temas como el gasto público destinado al sector salud para nuestro país que de acuerdo con Senyacen (2016) este nos sirve para el desarrollo de una sociedad, ya que puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, de éste dependen el aprovechamiento escolar, la productividad laboral y la calidad de vida, de aquí la importancia de la correcta y eficiente asignación del presupuesto público en salud, guiándonos con el estudio denominado The Economist Intelligence Unit (2016) El análisis de este estudio nos permite conocer a qué tipo de actividades de la función de la Salud en México, se ha destinado el presupuesto, lo cual la generación de recursos para la salud incluye acciones de inversión en salud y en recursos (materiales y humanos) para brindar servicios de salud de calidad, nos da una perspectiva adicional al análisis del financiamiento en cáncer vinculada con la gestión de los recursos: cómo se gasta ese dinero, es decir, cuáles son las

decisiones políticas, mostrándonos las principales barreras que presenta nuestro país para generar políticas públicas efectivas para los enfermos con cáncer.

Por último el capítulo 7 denominado la fase del trabajo de campo: observación y descripción, entrevistas a profundidad a personal médico sanitario, en este apartado redacto, los motivos que se tuvieron para la realización de las entrevistas que se realizaron a médicos, enfermeras en donde se tomaron en consideraciones, solo temas principales como la experiencia que han vivido y han experimentado en cuanto otorgar una calidad integral a los pacientes con cáncer, y poder cuestionar si el fenómeno de alienación, está presente en sus vidas laborales cotidianas, casos reales que no ayudaron a darle comprensión a fenómenos que estamos dejando atrás y otorgar posibles soluciones para este sector así como la definición de cada técnica asignada.

## METODOLOGÍA

La presente tesis se realizó bajo una epistemología crítica, definida como aquella rama de investigación que le interesa la transformación de la realidad, que de acuerdo con Zemelman (1992) no de cualquier realidad o simple observación de cambio sino más bien como aquella que siendo deseable, sea visible para construir un mundo mejor para todos. El trabajo se realizó bajo criterios teóricos, descriptivos, e investigación de campo, basándome en concepciones de diferentes corrientes y autores que se refieran al control social, normalización y dominación.

La realización de esta investigación fue un verdadero reto, porque la corriente humanista que al principio había tornado de dirección este trabajo, solo lo presentaba como un acontecimiento a observar, mas no un evento a participar, no sacaba la cara para la defensa del objeto de estudio, por lo que durante la elaboración de la misma se decidió darle un giro y tomar como guía la corriente crítica, la cual he de comentar me abrió panoramas más amplios y coherentes ya que como se comentó anteriormente, sus autores realmente se cuestionan el cómo operan la medicina moderna dando un real sentido de investigación.

Se utilizó una metodología cualitativa, ya que se basó en la descripción del tema de estudio y el punto de vista del actor, para los objetivos de la investigación, se utilizó dos de las herramientas fundamentales del método cualitativo que son la observación participante y la entrevista a profundidad.

El método cualitativo consiste en describir los fenómenos, desde la propia perspectiva del autor, teniendo como objeto de estudio la vida humana de las cuales sus principales características son: Estudiar la realidad social, es descriptivo e inductivo, se basa en la comprensión e interpretación, es crítico dinámico, abierto, indeterminado, heterogéneo. Se extraen descripciones a partir de observaciones y sus principales técnicas son: entrevistas a profundidad, historia de vida, grupo de discusión, observación participante, narraciones, notas de campo. Y sus principales herramientas son, grabaciones transcripciones de audio, guiones o formatos de entrevista todo tipo de fotografías, películas y artefactos (LeCompte, 1995).

Como se mencionó anteriormente, una de las técnicas del método cualitativo son la entrevista a profundidad, gracias a esta se obtienen información valiosa sobre lo que piensa una persona acerca del tema en cuestión y por supuesto en esta investigación se requería el punto de vista del personal médico sanitario y validar si nuestra hipótesis estaba cerca de lo que sucedía en sus vidas laborales etc.

Por lo que esta herramienta es de suma importancia porque nos dio pauta para direccionar nuestra investigación y darle forma al objeto de estudio por lo tanto esta técnica es necesaria para fundamentar y sustentar teóricamente la información o teoría de esta tesis, ya que aquí se pudo constatar cómo se puede llevar a cabo el control y descubrir qué tipo de fenómenos producía la dominación y control para la mala calidad de atención, por lo que a raíz de las entrevistas pudimos destacar el fenómeno de la alienación, fenómeno del cual le dio un sentido a esta investigación.

La entrevista a profundidad teóricamente, se define como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bogdan 1987).

De acuerdo con Giner (1998) es un medio para acceder al conocimiento de los fenómenos sociales, el investigador orienta el discurso lógico de una persona según la finalidad de cada caso, para lo que se cuenta con un esquema fijo de cuestiones mínimas ordenadas y formuladas. Su función dentro de una investigación sociológica es la reproducción del discurso motivacional consciente o inconsciente de una personalidad típica en una situación social determinada, por lo que este acto de interacción verbal asimétrico en el cual el entrevistador controla el intercambio verbal, a través de la enunciación de preguntas; sin embargo, recae sobre el entrevistado la mayor parte del peso de la participación en dicho intercambio conversacional, siendo sujeto –objeto de las entrevistas. Por lo que es importante el punto de vista de las personas ya que ellos te pueden informar lo que piensan de un tema y que alternativas se pueden dar para resolverlo si se trata de un problema.

La segunda técnica utilizada fue la observación participante la cual es considerada por el método cualitativo, como la técnica de investigación empleada para el conocimiento en profundidad de la cultura de los grupos, esta herramienta se encarga de averiguar todo lo que piensa el grupo social que estudia, como sus costumbres, lenguaje es decir su vida diaria donde el investigador para detectar estos puntos tiene que participar, e interactuar con ellos por lo que por lógica la observar es el punto clave.

La observación participante consiste en la obtención de datos empíricos mediante la observación de las conductas en el mismo momento y situaciones en las que ocurre aquí el investigador es el principal agente de la observación y se requiere su aceptación por parte del grupo social que se observa. Se denomina directa porque acude a las fuentes primarias u originales del problema estudiado por lo que a las fuentes a las que recurre son interpretaciones previas o son datos escogidos con determinada orientación. Se considera participante porque supera a la sociología del espectador, al ser participante elimina la barrera existente entre el sujeto (investigador) y el objeto (lo investigado), ambos se estudian y se reconocen; la comunidad deja de ser la cosa estudiada para ella misma convertirse en el actor que estudia y se transforma y el investigador es a la vez el estudioso y el estudiado al participar el investigador obtiene la confianza de los investigados (Giner 1998).

Las herramientas del método cualitativo, que se utilizaron para realizar esta investigación son las siguientes: Formato de entrevista, notas de campo y grabadora, definiendo cada una de estas herramientas a continuación. El formato de entrevista de acuerdo con Rubio (2003) es una guía abierta como un "guión", no existe una secuencia lógica para las preguntas, varían en función del contexto y experiencias del entrevistado, aquí el papel que juega la persona entrevistada es activo en la secuencia, mientras que el papel que juega el investigador o entrevistador es guiar al entrevistado, las respuestas suelen ser impredecibles las respuestas son grabadas y transcritas, la duración de la entrevista depende de la

información del entrevistado y el valor de la entrevista depende de la riqueza de la información otorgada

Las notas de campo son las que complementan a la observación participante, ya que se debe tomar notas después de cada observación y también después de contactos más ocasionales con los informantes, las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones los lugares, intuiciones o posibles hipótesis generadas en esos momentos por parte del investigador. (Taylor y Bogdan ,1987).

Por último se utilizó la grabadora como instrumento físico para realizar el trabajo del observador.

A manera de resumen se podría sintetizar la metodología de la siguiente forma: La observación participante va a permitir al investigador observar comportamientos y platicar con la gente de algún lugar para irse familiarizando y preguntar cosas que el investigador desee saber. La entrevista a profundidad permite al investigador averigüe que piensan las personas sobre el tema, dándole confianza para que el entrevistado se pueda sentir cómodo y diga las cosas como son y no como deberían ser o como se espera que sean, las herramientas como lo son el formato de entrevista, auxilian a estas técnicas ya que sirven para procurar registrar y llevar un orden en papel de todo lo que se pueda recordar sobre esa entrevista u observación.

## CAPÍTULO 1

### CONTEXTO HISTÓRICO DEL BIOPODER A LA BIOPOLITICA

En este capítulo se abordarán las dos formas de poder que surgen en distintos contextos históricos de la sociedad, como lo son, el Biopoder y la Biopolítica haciendo mención sobre un recuento histórico en cómo el antiguo régimen que era el biopoder tiene el control de los cuerpos, y a través del tiempo con el surgimiento del Estado nace la biopolítica mostrando desde perspectivas de Foucault como pasa de una forma de poder a otra, él lo explica del castigar al vigilar, complementando con ideas de Bentham con su proyecto “el panóptico” el cual nos explica que en espacios cerrados la vigilancia en el “Hospital” se lleva el control pero con una peculiar cuestión vuelve visibles a los vigilados e invisibles a los vigilantes, por lo que esta invisibilidad automatiza por naturaleza a sus miembros, lo cual reproduce al mismo sistema de control.

#### 1.1.-METAMORFOSIS DEL BIOPODER A LA BIOPOLÍTICA

Foucault hace mención que la sociedad es normalizadora y disciplinaria en donde los espacios cerrados como el hospital la cárcel, etc. Refieren una función de control y dominación social con la finalidad de una readaptación de los individuos.

El surgimiento del biopoder permite hacer morir y absorbe el antiguo régimen derecho de vida y muerte que el soberano detentaba y que pretende convertir la vida en objeto administrable por parte del poder ya sea en forma de pena capital, represión política por eugenesia y genocidio como una posibilidad de fundamentar su cuidado es decir que el soberano se encarga de decidir muerte o castigo ya que el reside el máximo poder (Foucault, 2002)

Para poder entender el contexto al que nos referimos en su obra “Vigilar y Castigar” de Foucault (1976) nos narra que el acto de castigar sufrió una metamorfosis en contra de aquellos seres humanos que violan la ley, el castigo con los soberanos se realizaba con una fuerte agresión física sobre el infractor, hasta ocasionarle

lentamente la muerte, se hacía en público con el objetivo de generar una advertencia para la sociedad y demostrar que existía un poder más fuerte que podía castigar.

Este espectáculo tan grotesco poco a poco fue cambiando se fue tecnificando al arte de castigar, a principios del siglo XVIII, se producen toda una serie de reformas sociales, que conducen a la restauración de las practicas del castigo con el nacimiento del Estado –Nación como aquel que ejerce el poder, es decir que se da paso a la soberanía absoluta del gobierno

Con el nacimiento del Estado se da surgimiento a prisiones y a una nueva tecnología del poder castigar, podría entenderse como la disciplina con la cual lo que nos interesa es la vigilancia del cuerpo del individuo y por lo tanto la creación de cuerpos dóciles y obedientes, esto quiere decir que la disciplina juega un papel importante porque como tal ya no es la tortura contra el cuerpo sino más bien la búsqueda por mejorar y encausar al hombre por medio de estrategias de vigilancia En este punto da pie al surgimiento de la biopolítica ya que la sociedad disciplinaria se convierte ahora en una sociedad de control y se caracteriza por estudiar a los cuerpos de relaciones humanas ya que ayuda a observar el poder y la dominación que se lleva en la actualidad. Es a partir de la biopolítica que se lleva a cabo por el Estado, en donde se empieza a tratar de controlar a la sociedad a partir de cuestiones, relacionados como procesos biológicos como la alimentación, los nacimientos, defunciones, la sexualidad y la reproducción por lo que el cuidado de la salud en un objeto capaz de comerciarse y cada vez se relaciona con el mantenimiento estético del cuerpo, mediante patrones a seguir, para considerar normales a los individuos. (Lira, 2008).

## 1.2.-CONTROL COMO EFECTO DE TORNAR VISIBLES A LOS VIGILADOS Y ANÓNIMOS A LOS VIGILANTES

Para poder entender mejor este subcapítulo se da una definición introductoria de este concepto:

“El control es la influencia que surge de los contactos y relaciones entre las personas y por el cual se presiona sobre los individuos para que se comporten conforme a lo que la sociedad o grupo espera de ellos” (Quintero, 2005)

Una vez definido se complementa la idea con teorías de Bentham sobre los espacios cerrados, que se rigen por un tipo de construcción social llamado panóptico, con la finalidad de llevar el poder y la visibilidad del cuerpo del individuo, esta obra editada a finales del siglo XVII el autor hace una descripción de la estructura arquitectónica de la prisión moderna :en la periferia una construcción de anillo; en el centro, una torre, esta con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo aunque al principio esta idea fue para las cárceles podía aplicarse para todas las demás instituciones sociales cerradas que requerían llevar un control y dominación entonces este sistema empezó a utilizarse en hospitales por ejemplo.

El panóptico de Bentham de lo que se trata es de domesticar al cuerpo y hacerlo útil, con la ayuda de la vigilancia para que el individuo interiorizara la disciplina, es decir, que el individuo fuera disciplinado y que siguiera las normas de la sociedad sin cuestionarle nada. Este tipo de construcción, no necesita la presencia de una persona en la torre para que esta vigilancia resulte ya que sólo con la existencia de esta torre, dentro de la cual es imposible ver si hay alguien está ocupándola o no, es más que suficiente para que los prisioneros interioricen esta vigilancia disciplinando su cuerpo y su vida. (Gil, 2005)

El panóptico se manifiesta en las sociedades disciplinarias que ya combina la vigilancia, el control de la visibilidad, en donde todo está expuesto a la mirada lo cual indica que no oculta nada se ve todo como una paradoja que nos menciona el autor mencionado que todo es visto, pero no ve, por ejemplo los enfermos se convierten en información lo cual es una interiorización del miedo y el control que

ejerce los médicos hacia ellos y a la vez los médicos se vuelven también objetos de información pero para la institución y así se reproduce el círculo dejando ver a sus vigilados pero a la vez estos ocultos de sus vigilados.

Entonces podemos indicar que el poder disciplinar, su principal dispositivo de poder como lo llama Foucault son los individuos producidos por el surgimiento de la disciplina como tecnología teniendo íntima conexión con sus productores. Este autor nos menciona que el poder existe solamente cuando es puesto en acción, y actúa sobre las acciones de los otros una acción sobre otra acción, pero en este poder deben existir la persona que es dominada o vigilada y la persona que vigila y lleva un registro del comportamiento de la otra persona por lo que este actúa como normalizador produciendo sujetos, prohíbe o reprime por lo que le da nacimiento al poder "positivo" ya que este en teoría intenta ayudar al ser humano a que alcance la expectativa que está buscando la sociedad dominante de él, además de que así podrá ser aceptado por ella, entonces lo que hace según esta sociedad disciplinaria es hacerlo un buen ciudadano, que este en armonía con el sistema y con los demás sin cuestionar su forma de funcionamiento

En este sentido vuelve a intervenir Foucault (1976) los mecanismos panópticos van a contribuir en la vigilancia en un campo de notación y registro los cuales consisten en volver visibles a los vigilados y anónimos a los vigilantes.

### 1.3- UNA SOCIEDAD DISCIPLINADA COMO CONTROL EN ESPACIOS CERRADOS “EL HOSPITAL”

En este apartado se describe los espacios cerrados, su forma de organización dentro del mismo y con qué ideas están ligadas sus formas de control dominación y readaptación del individuo, como ser aislado para integrarse a la nueva sociedad

Foucault, nos menciona que gobernar es una modalidad de acción orientada al actuar sobre las posibilidades de acción de los otros es decir, designa la forma en que la conducta de los individuos debe ser dirigida, aquí el hombre ya no es libre de su propio cuerpo, sino más bien se va adaptando a la construcción de realidades que le imponen por lo que el ojo aquí es importante ya que lleva inmerso el poder que aunque no es visible, puede mantener controlados a todos los que están dentro de estas instancias.

El espacio cerrado reúne y articula dos estrategias diferentes: la regeneración y la adaptación. El espacio cerrado extrae su fundamento y su coherencia de una doble valoración del aislamiento. La desviación es reconducida a dos niveles: uno es pura exterioridad (el medio la civilización) y otro pura interioridad (elección moral). Para disminuir los efectos nocivos del medio hay que efectuar un desplazamiento de los individuos para instalarlos en un espacio protegido del medio por la clausura. Y para actuar eficazmente sobre la mortalidad del individuos para instalarlos en un espacio protegido del medio por la clausura. Y para actuar eficazmente sobre la moralidad del individuo, es preciso aislarlo previamente a fin de poder inculcarle preceptos de conducta sin que se vea perturbado por ninguna otra influencia por lo que detrás de la teoría de una preocupación humanitaria de moralización del recluso no hay más que dos operaciones concretas que son la generalización del trabajo obligatorio y la destrucción sistemática de toda forma espontánea del trabajo obligatorio y la destrucción sistémica de toda forma espontánea de la vida social de toda manifestación de un deseo (Foucault, 1981)

Por lo anterior analizado entendemos entonces que el espacio cerrado sirve como medio de control, ya que es una forma de readaptar al individuo con la finalidad de seguir normas y reglas que hacen que el individuo aislado se comporte debidamente sin alterar a los individuos entre sí y con los que convive de ahí que el hospital es uno de los mejores medios para que los enfermos no estén rompiendo con la productibilidad que debe existir en una sociedad

Los espacios cerrados como los hospitales de acuerdo con López (1979) se podían seguir los preceptos religiosos con la finalidad de que los individuos que eran rechazados y condenados por la sociedad pudieran readaptarse y poder entrar nuevamente a la sociedad, con Bentham el hospital cura porque es una maquina panóptica, cura en su carácter de aparato panóptico. Se trata en efecto de una máquina de ejercer el poder, inducir, distribuir, aplicar el poder según el esquema Benthamiano, en cual en su ejercicio de vigilancia hace que los sometidos o vigilados no puedan ver a sus vigilantes por lo que se unen al sometimiento por inercia reproduciendo coacciones de poder.

En resumen para Foucault, el panóptico es una tecnología de poder para resolver los problemas de vigilancia, es una visibilidad totalmente organizada de una mirada dominadora y vigilante lo cual menciona este autor esta mirada ayudaría a las personas enfermas que se encuentran en estos espacios cerrados no actúen mal, sino más bien que sigan todas las indicaciones de los médicos y enfermeras de ahí la importancia de un campo de visibilidad total que no permite al individuo salirse de las reglas impuestas en esta institución en el caso del hospital.

Es decir el paciente no se da cuenta que está siendo observado, sino más bien él se preocupa por su pronta recuperación, lo que impide que la mayoría de las personas se den cuenta de la relación de dominación que lleva el medico con ellas punto crucial para esta investigación ya que en pacientes con cáncer las emociones son la principal puesta en escena por lo que la reproducción de poder de los médicos a ellos podría influirían en su recuperación.

Estos antiguos esquemas a partir de los cuales Foucault trazo la representación del poder y basados en la idea de que la coerción mantenía a los individuos bajo inspección y vigilancia solo nos dieron la referencia del contexto de donde provienen o nacen estos dispositivos de poder, y para dar cuenta de una situación en la que aquel panoptismo inicial jerárquico y centrado en la posición fija de inspector, ha dado paso a otro, descentralizado, multidireccional y mucho más potente como la aparición del neoliberalismo en una época globalizada.

## **CAPÍTULO 2**

### **APARICIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL EN EL SECTOR SALUD.**

En este capítulo daremos un contexto histórico sobre la conceptualización y nacimiento del modelo neoliberal, el cual su antecesor fue el capitalismo el cual transforma todo en mercancía, bienes y servicios, incluyendo la fuerza de trabajo por lo que el nacimiento del neoliberalismo, es por lo tanto el modelo que lo refuerza, en la actualidad, mercantilizando servicios esenciales, como los sistemas de salud

Teniendo como principal característica el adelgazamiento del Estado y retornar abiertamente, la aparición del estado garante del libre mercado, para que logre una acumulación del capital por lo que se hace necesario revertir, el proceso redistributivo transfiriendo fondos del sector público al sector privado, los drásticos recortes selectivos a los gastos sociales en los países centrales que sustentan esta lógica favoreciendo al sector financiero para atraer más capitales.

Con la aparición del modelo neoliberal se implementaron, en el hospital a mediados del siglo XXI, dos modelos en los hospitales que fueron prioridad para el sector salud, y ver que consecuencias trae cada uno en la relación médico -paciente haciendo hincapié al modelo biomédico, y el modelo biopsicosocial, siendo dominante el primero y dejándose en segundo término al otro, el primero se caracteriza por ser un modelo dominante y deshumanizado de la medicina moderna en donde se separa la psique, dándole importancia al cuerpo del paciente como objeto, minimiza lo que piensa el paciente, en este modelo se analiza cómo se lleva a cabo la dominación y la normalización de la medicina moderna ya que como se mencionó en el capítulo anterior, lo importante es mantener un control del cuerpo del individuo y un control social y es cuando da inicio al modelo biopsicosocial mismo que nace del cuestionamiento del modelo biomédico mostrando como característica principal el aspecto psicológico y social.

## 2.1 SURGIMIENTO DEL NEOLIBERALISMO

En este subcapítulo podremos analizar de donde nace el modelo neoliberal describiendo como este modelo desarrolla formas de hacer políticas tales como: desincorporar, privatizar, desregular, liberalizar, o simplemente buscar calidad, e imparcialidad en la prestación de los servicios públicos

El neoliberalismo es el nuevo carácter del viejo capitalismo, éste adquirió fuerza hegemónica en el mundo a partir de la Revolución Industrial del siglo XIX, el perfeccionamiento de máquinas capaces de reproducir en gran escala el mismo producto y el descubrimiento de la electricidad posibilitarán a la industria producir, no en función de las necesidades humanas, sino sobre todo apuntando al aumento del lucro de las empresas. El excedente de la producción y la mercancía superflua obtuvieron en la publicidad la palanca que necesitaban para inducir el hombre a consumir, a comprar más de lo que precisa y a necesitar de lo que, en rigor, no tiene importante. El capitalismo es un mecanismo que dice que la economía es regida por la "mano invisible" del mercado. Sin embargo, en muchos periodos el sistema entró en colapso, obligando al gobierno a intervenir en la economía para regular el mercado.

El fortalecimiento del movimiento sindical y del socialismo real, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial (1940-1945), amenazó al capitalismo liberal, que trató de disciplinar el mercado a través de los llamados Estados de Bienestar Social (asistencia social, leyes laborales, salud y educación, etc.). Ese carácter "social" del capitalismo duró hasta fines de la década de 1970 e inicios de la década siguiente, cuando Estados Unidos se dio cuenta de que era insostenible la convertibilidad del dólar en oro. Durante la guerra de Vietnam, Estados Unidos emitió dólares en exceso, lo que aumentó el precio del petróleo. Se tornó imperioso para el sistema recuperar la rentabilidad del capital. En función de este objetivo varias medidas fueron adoptadas: golpes de Estado para frenar el avance de conquistas sociales (como ocurrió en Brasil en 1964, cuando fue derrumbado el gobierno del presidente Joao Goulart), elecciones de gobernantes conservadores (Reagan), cooptación de los socialdemócratas (Europa Occidental), fin de los Estados de Bienestar Social,

utilización de la deuda externa como forma de control de los países periféricos por los llamados organismos multilaterales (FMI, OMC, etc.) y el proceso de erosión del socialismo real en el Este europeo.

Nació, así, el neoliberalismo, teniendo como inicios al Consenso de Washington, y la globalización del mercado "libre" y, según las conveniencias, el modelo norteamericano de democracia.

De acuerdo con Calveto (2006) el capitalismo transforma todo en mercancía, bienes y servicios, incluyendo la fuerza de trabajo. El neoliberalismo por lo tanto lo refuerza, mercantilizando servicios esenciales, como los sistemas de salud y educación, el abastecimiento de agua y energía, sin dejar de lado los bienes simbólicos: Todo eso, restringido a un solo espacio: el mercado, equivocadamente adjetivado de "libre".

El Estado escapa, reducido a mero instrumento de los intereses de los sectores dominantes, como tan bien analizó Marx (1989) Ciertas concesiones son hechas a las clases medias y populares, siempre que no afecten las estructuras del sistema y no reduzcan la acumulación de riquezas en manos de una minoría.

## 2.2.-CARACTERISTICAS Y APARICIÓN DEL MODELO NEOLIBERAL EN LATINOAMERICA

Como contexto histórico tenemos que fue en la década de los 80's que se destaca por la aparición de una crisis provocada por creciente gasto social del Estado y las políticas de endeudamiento extranjero lo que provoca que se dé una inflación, que haya y sus consecuencias posteriores como lo es el desempleo por lo que fue necesario cambiar el modelo estabilizador por un modelo neoliberal a partir de 1982.

El fin del modelo desarrollista se da por la recesión internacional y la crisis de la deuda de la década de los 80, además de las debilidades ya mencionadas con lo que se dio crecimiento de la pobreza la deuda alcanzada por los países latinoamericanos en esa década ascendió a cuatrocientos treinta mil millones de dólares, con lo que empeoró la desigualdad del ingreso, alcanzando números

alarmantes en Argentina, Brasil, Venezuela, Costa Rica y Chile. Se tomaron medidas de austeridad que incluían menores salarios reales, recortes al gasto gubernamental, incentivos a la inversión privada, devaluación, y menor proteccionismo. Como consecuencia de esta crisis se redujo el gasto público destinado a programas sociales e implicó el empeoramiento de la situación social. (Calveto 2006)

La política social no es exclusivamente del estado ya que también requiere de la participación del sector privado y social para la implementación de, programas sociales, la política neoliberal está orientada como ya lo habíamos mencionado a propiciar la mayor participación del sector privado para que según su idea sea el motor de crecimiento y que a través de ello generar, beneficio a la sociedad

Las principales características de este modelo son las siguientes como primera instancia se planea adelgazamiento del Estado y retorna abiertamente el estado garante del libre mercado, para que logre una acumulación del capital por lo que se hace necesario revertir el proceso redistributivo transfiriendo fondos del sector público al sector privado ,los drásticos recortes selectivos a los gastos sociales en los países centrales que sustentan esta lógica favoreciendo al sector financiero para atraer más capitales.

La idea que el modelo neoliberal ofrece es que el sector privado ofrece eficiencia y calidad, para que los individuos que están inmensos en esta sociedad sean productivos y consumidores en el sistema, y cada vez entre en decadencia el sistema de salud.

### 2.3-LA GLOBALIZACIÓN CAUSA DE UNA SOCIEDAD TRANSITORIA PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NEOLIBERALES, DEL SECTOR SALUD

El tema de salud en el proceso de globalización es muy importante estudiarlo en este subcapítulo damos coyuntura a toda la historia de las política social a la política neoliberal que actualmente, padecemos por lo que resulta relevante saber cómo han impactado las políticas neoliberales a la sociedad ya que la globalización es un proceso que atraviesa la economía, la sociedad y la cultura dentro de un mismo tiempo, desestructura a la sociedad moderna ; así es como se asiste a una crisis civilizatoria en donde priva a la incertidumbre de forma “transitoria” (una transformación)

La globalización significa, que la humanidad ha dejado ya atrás la época de la política donde los Estados nacionales dominaban y monopolizaban el escenario internacional (Franco, 2000)

Este autor también nos menciona que el problema no es la globalización, sino más bien las intenciones que se esconden en ella, así como el recetario de su implementación. Según franco este panorama lo podemos ver en varias situaciones como lo es la inequidad existente como consecuencia inversa con la renta, la instrucción y el poder de los pueblos, la nueva era de las enfermedades originadas por el hombre pero no en su condición biológica, si no socio antropogénica, se desarrollan los mercados de la salud, fundamentados en la idea de consumo y de bienestar material.

Por lo que se desarrollan los mercados de la salud, fundamentos en la idea de consumo y de bienestar

“El consecuente tránsito hacia una organización mercado céntrica, han convertido los derechos sociales en servicio que deben ser comprados. Esto explica el proceso de privatización de la salud, por otro lado los pobres son atendidos con políticas que transitan hacia la caridad asistencial pues son limitadas y de bajo costo (Salinas, 2005).

Por lo que los médicos los orillan elegir entre los mejores intereses de sus pacientes y su propia supervivencia económica a elegir los costos y no la calidad, donde los intereses colectivos quedan condicionados a intereses del mercado.

Lo que para muchos autores críticos como lo es Tamez (2005) y concuerdo completamente con él, le es indignante y menciona que las decisiones sobre la reforma de los servicios en salud, han sido tomadas por el ejecutivo, la tecnocracia y el secretario de salud, lo que ha provocado la no participación de otros sectores, lo que ha hecho de que en vez de que se dé una reforma en donde haya un sistema de salud de calidad, equitativo y universalista, sea fragmentado, polarizado y mercantil, es decir los intereses colectivos de bienestar quedan subordinados a los estrechos intereses del mercado. Se debe de crear una política que satisfaga las necesidades de la población y de los excluidos y debe pretender alejar de la visión tecnocrática a la política social.

#### 2.4.-EJECUCIÓN DEL MODELO BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL

Con la aparición del modelo neoliberal se implementaron, en el hospital a mediados del siglo XXI, dos modelos en los hospitales que fueron prioridad, por lo que en este subcapítulo, analizarlos nos podrá ayudar a entender que consecuencias trae cada uno en la relación médico-paciente dando un poco de prioridad al modelo biomédico, ya que este es el que está dominando, el funcionamiento de los hospitales de la medicina moderna por lo que empezamos a explicar en qué consiste cada uno de ellos.

El modelo biomédico es el que prevalece actualmente teniendo como disciplina científica a la biología molecular y una de las características principales de este, es que cuando interpreta la salud y la enfermedad, (considerando a la segunda como una desviación la norma), no deja espacio para comprender lo psíquico y lo social.

Este modelo dominante aplicado por la medicina moderna es un modelo basado en positivismo, en donde se separa al cuerpo y la psique, dándole importancia al cuerpo del paciente como objeto de investigación del médico es relevante a lo biológico (Pera, 2004)

En el modelo biomédico el cuerpo humano es considerado como una maquina biológica, que puede ser analizada por partes, mientras que la enfermedad es interpretada como la consecuencia de alteraciones concretas de los mecanismos biológicos, aquí el papel del médico es intervenir, sea física o bioquímicamente, sobre el cuerpo del paciente para corregir la alteración, es decir lo propio de éste es conocer y actuar mientras que el paciente solo lo sigue las indicaciones del médico pasivamente.

Lo que preocupa de este modelo es que pierde de vista al propio paciente, ya que su interés se centra en la enfermedad, es decir ejerce una influencia negativa en la relación médico-paciente por lo que se hace la crítica en las ciencias sociales a la medicina moderna ya que esta no toma en cuenta el sentir y pensar del paciente, es decir, el cuerpo del paciente se convirtió en un instrumento u objeto del médico, dejando de lado las cuestiones sociales y humanas que es lo que se debería tomar en cuenta para que la medicina se hiciera más humanista y social.

Tras estas críticas que se le hacen al modelo biomédico, surge la necesidad de crear otro modelo que no solo se fije en sus objetivos de lo biológico sino más bien que tome en cuenta tres aspectos: lo biológico, lo psicológico y lo social dando inicio a la búsqueda de la implementación del modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial es un modelo centrado en el paciente, en cuyo microcosmos trata de penetrar el medico mediante la palabra para conocer lo que en él va mal poniendo de manifiesto sus temores y sus expectativas acerca de su malestar o padecimiento (Pera, 2004)

Lo que se propone en este modelo es que se tenga una actitud razonable en el justo actuar del médico y demás personal sanitario por lo que para Cristóbal Pera (2004) lo óptimo sería formar el vínculo o equilibrio de estos dos modelos para que sea eficaz la practica medica por lo que debería integrarse en la educación de los médicos quienes dominan el modelo biomédico con el desarrollo de habilidades para el dialogo y para la comunicación interpersonal con el paciente como persona que sufre y no una maquina u objeto biológico.

Por lo que para hacer funcionar la institución ejecutora del hospital y poder llevar a cabo una mejor simbiosis de estos dos modelos primero debemos entender los motivos de porque se pueden o no implementar, por lo que se necesitaría de una administración y de una organización para poder tener un control sobre la institución de salud ,por lo que entendamos primero a la administración como ese conjunto de reglas y estrategias para la implementación de recursos y herramientas de trabajo y de acuerdo con Gallino (1995) decisiones sociales que aboguen por la sociedad.

## **CAPÍTULO 3**

### **EL NACIMIENTO DE LA ATENCIÓN GERENCIADA Y LA ALIENACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO A CONSECUENCIA DEL SISTEMA NEOLIBERAL**

El tema de salud en el proceso de globalización como ya lo analizamos en el capítulo anterior, se convierte de gran interés por lo que en este capítulo se analizaran las posibles consecuencias dando nacimiento a una nueva atención médica por lo que resulta relevante conocer como ha impactado de manera negativa las políticas neoliberales a la sociedad, convirtiéndola ahora en el mercado industrial en donde ahora la atención se convierte en una gerencia, en la cual los médicos y personal sanitario se ven empujados mediante amenazas y sobornos a abdicar su compromiso con el enfermo ,cuyo cuidado no pueda ser rentable, convirtiendo la atención en una industria y el acto médico en un buen mercado, por lo que regresamos a la idea principal, donde los médicos se verán forzados a elegir entre los mejores intereses de sus pacientes y su propia supervivencia por lo cual reflexionaremos en este capítulo la hipótesis de esta investigación sobre si el modo de reproducción social es el reflejo del modo de producción económico a pesar de cualquier efecto aberrante, analizando a fondo fenómenos como lo es la alienación intentando descifrar, cada uno de ellos conociendo en la intimidad laboral, que efectos produce para que se dé una alienación, tales como el efecto “burnout” que contribuye a una reproducción del modelo lo que podría llevar a la mala calidad de atención en el sector público.

#### **3.1 NACIMIENTO Y CONCEPTO DE LA ATENCIÓN GERENCIADA**

Desde el último cuarto del siglo XX menciona Pera (2004) domina en los sistemas de salud, debido a la escasez de recursos económicos y a la necesidad de establecer prioridades, una nueva forma de entender y procurar la salud de la población, su asistencia sanitaria y la gestión de esta asistencia .Esta nueva forma de gestionar los escasos recursos disponibles, en una medicina cada día más apoyada en el desarrollo tecnológico y por lo tanto de mayor coste económico ,al

tiempo que se procura mantener en cuanto, sea posible, los logros del llamado Estado del bienestar se condensa en una de las fases que se anda en la boca de todos el “managed care” que se ha traducido como “gestión por actividades “.En todo caso , con esta fórmula, tanto los médicos como el mismo personal sanitario así como los enfermos son “gestionados”.

La medicina menciona Félix Patiño (1990) es aquella ciencia que dio origen a muchas de las ciencias y es considerada la más humana de todas llamada la ciencia del hombre, aún el médico todavía tiene que basar sus decisiones en un razonamiento juicioso y una alta dosis de intuición en cual Hipócrates era su padre fundador donde el interés principal de Hipócrates fueron el paciente y su cuidado de acuerdo con Bulger (1997) se menciona que en cuanto al tema de las enfermedades se proclama un hábito de dos cosas ayudar pero sin hacer daño y el arte del médico consiste en tres partes: la enfermedad, el enfermo, y el médico.

Actualmente el médico contemporáneo el “*Hipócrates moderno*” como lo llama Patiño en el cumplimiento con su deber tiene que ver con esos dos mundos, y el hombre en su afán económico, atenta contra la naturaleza de su mismo ser, donde la organización social debería estar orientada a la protección de los más débiles, ahora más bien el concepto se orienta, para lograr el beneficio económico por encima del bien colectivo

El compromiso social del médico de hoy se realiza en un extraño contexto social “la atención gerenciada de la salud”, en la que él, como prestador de servicios, tiene que rendir cuentas de sus acciones, ahora distorsionadas por un mandato corporativo, mientras la corporación que administra y dispone de los recursos, que ignora su imperativo hipocrático y convierte la atención de la salud en una industria y el acto médico en un bien de mercado.”(Patiño 1990)

Como lo menciona este autor, la medicina queda sin una autonomía intelectual y queda arraigada por una dominación burocrática-administrativa donde el objetivo primordial es la recaudación de costos de los servicios para un mayor lucro corporativo.

Los nuevos paradigmas que se crean tras la corporación de la salud, menciona Bulger (1997) orientan a que exista un reordenamiento de valores que pueda integrar tanto la ciencia, la burocracia, y al paciente donde se pueda jugar con estos elementos.

Para continuar citaremos el concepto de la atención gerenciada, el nombre original es "managed care" nace en Estados Unidos el cual muchos países del tercer mundo constituyen para copiar o ser transferido a otro país.

"El managed care es un sistema pre pagado de seguro de salud, en el cual el costo del riesgo es transferido, del ente que tradicionalmente lo ha asumido el que provee el servicio (...) Aunque se podría considerar como de propósito socialista en su origen es un engendro netamente capitalista nacido en 1971 por Richard Nixon donde el principal problema es que tiene que manejar costo en vez de atención." (Patiño 1990)

De acuerdo con este autor, el sistema es totalmente corporativo sus valores se dirigen a la ética corporativa, este modelo, en sus inicios intento un enfoque de ética profesional para las necesidades del paciente no del contrato comercial sin embargo recordemos que estos puntos serian accesibles para aquellos que pudieran costear el sistema que a mediados de 1990 entraron a mercados latinoamericanos , ofreciendo este sistema lo dio origen a privatizaciones o a recortes en los servicios públicos para poder costear el sistema e implantarlo en Latinoamérica a medida que se empezaba a denunciar corrupción e ineficiencia en los sistemas públicos prolifera la idea del "managed care".

Con esta aparición se hace presente la discriminación en el acceso que desfavorece a los grupos de pacientes más vulnerables y por la reducción en el gasto en atención resultante de los costos de administración y de las utilidades necesarias por lo que en la medida que las corporaciones de atención gerenciada con ánimo de fin de lucro asumen la administración de las Instituciones Públicas sus mayores gastos se aplican a servicios clínicos (Patiño 1990)

Es evidente que la atención Gerenciada es una industria y los Seguros sociales lo intentan establecer, o estarían agonizando su sistema y lamentablemente se favorece al tenebroso panorama monopólico de una atención de salud que se convierte en un negocio y no como un servicio social.

### 3.2 ¿CÓMO SE ATIENDE EN LA ATENCIÓN GERENCIADA?

Cuando el profesionalismo médico se debilita, el compromiso social del médico de hoy se realiza en un extraño contexto social, en la que él médico como ahora “prestador de servicios” tiene que rendir cuentas de sus acciones, ahora distorsionadas por un mandato corporativo, mientras la corporación que administra y dispone de los recursos, que ignora su imperativo hipocrático convierte la atención de la salud en una industria y el acto médico aun una atención de mediocridad.

El objetivo para tratar a un paciente, es ahora la curación de la enfermedad más que la atención donde se enfocan los médicos a cuestiones biológicas, y minuciosas de la enfermedad y atención al deterioro del cuerpo para lograr obtener una larga vida, donde el paradigma que se observa es que se enfoca más al ser analítico de la enfermedad que del propio enfermo que la padece, mediante información objetiva derivada de mediciones biológicas y de imágenes dinámicas sopándolo de la sensibilidad y de las emociones del paciente y los por ello factores psicosociales donde el propósito principal es derrotar la muerte sin tener un mayor preocupación, por la calidad de vida del paciente como la muerte es considerada como la falla suprema en el sistema.

Lamentablemente la salud convertida en un mercado laboral con sistemas gerenciados y propagados hacen deficiente la atención primaria o de primer contacto como lo es el tratamiento de resfriados o infecciones no consideradas de gravedad o que deterioren paulatinamente la salud, a la que la mayoría tiene derecho, convirtiendo en escasa y deficiente la atención y prefieren pagar de forma particular los servicios, lo cual tendremos que un ciudadano mejor informado sabrá

que los verdaderos problemas aparecerán cuando sean enfermedades catastróficas aquellas que demanden mayor atención con más alto nivel y complejidad como lo son las enfermedades crónicas degenerativas.

Antonio Ugalde (2005) se refirió al proceso de profesionalización y fortalecimiento de la medicina hablando ante la Academia Nacional de Medicina donde menciona que la revolución de información y la medicina moderna cabe la necesidad de cambiar y reconstruir añadiendo un cientificismo y un liderazgo social, con respecto al dominio del intermediario burocrático.

Alrededor de este concepto y de su aplicación práctica, ha proliferado un lenguaje que los médicos entienden a medias o no entienden y que se envuelve en una densa neblina ya que este lenguaje o fenómeno que genera la atención gerenciada se utiliza para imponer opiniones y decisiones con lo que puede convertirse en una fuerza externa excesivamente presiónate sobre el médico y el personal sanitario que lo convierte por inercia en un agente del proveedor de la asistencia sanitaria a tomar un papel como prestador de servicios alienado.

### 3.3.- EL FENÓMENO DE LA ALIENACIÓN COMO CONSECUENCIA DEL SISTEMA NEOLIBERAL, EN EL PERSONAL MÉDICO SANITARIO.

Para iniciar este subcapítulo, citamos a un gran autor como lo es Marx (1844) el cual en su obra Manuscritos Económicos y filosóficos, sostenía que el capitalismo convertía al ser humano en una cosa, en un objeto que depende siempre de las leyes del mercado. El individuo es una mera mercancía, que sirve mientras rinde beneficios y será desechado cuando no las produzca conforme.

Por otro lado, la alienación, también denominada como enajenación, resulta ser aquel fenómeno a partir del cual se le suprime la personalidad a un individuo, es decir, se lo despoja de la misma, pasando a controlarle y anularle su libre albedrío para a partir de ese momento convertirlo en una persona dependiente de los intereses de quien lo enajena, ya sea otro individuo, una organización, o un gobierno.

Mientras tanto, la alienación es un fenómeno no innato, o sea, no se nace con él sino que se dispone por otro o por la misma persona alienada a partir de mecanismos psicológicos

De acuerdo con Ugalde (2005) existen dos tipos de alienaciones la individual y social, se puede distinguir entre estos dos dependiendo del nivel en el cual se producen

**INDIVIDUAL:** En el caso de la primera se trata de una alienación mental que normalmente se caracteriza por la anulación de la personalidad individual; persiste una confusión a la hora de razonar, hay una incoherencia en el pensamiento, alucinatorios.

La persona que se encuentra atravesando este estado es aleccionado, o en su defecto, se auto alecciona a su subconsciente a partir de un proceso morboso intencionado en el cual llega a creer determinadas situaciones. Entre los casos más severos de este tipo, se puede desembocar en una ausencia completa de las relaciones sociales y comportamiento dañino y muy agresivo, ya sea para consigo.

**SOCIAL:** Y por su lado, la alienación de tipo social se encuentra estrechamente vinculada a la manipulación social, la manipulación política, la opresión y la anulación cultural. En este caso, el individuo o la comunidad, transforman a punto tal su conciencia de manera de convertirla en contradictoria con lo que se espera normalmente..

En tanto, hay cuatro tipos bien definidos de alienación social: religiosa (persiste una resignación a un dogma determinado que por supuesto frustrará el desarrollo individual), política (se consiente con el silencio la opresión y dominación de un gobierno), económica (tanto los medios como los productos que produce el propio individuo lo dominan) y consumista (somos esclavos de lo que nos dice la publicidad, es decir, compramos únicamente lo que ella nos dice, sin evaluar primero racionalmente la utilidad o necesidad que tengamos del producto en cuestión.

La alienación social y la influencia tras la Revolución Industrial en el siglo XVIII, los cambios sociales que se suceden, y el auge que cobra la burguesía en esos tiempos, dentro de ese marco de modificaciones sociales aparece el concepto de alienación social. El hombre vuelve a sentirse alienado ya no por el absolutismo monárquico que restringía sus libertades sino por sus patrones y pares que ahora abusan.

Para Marx (1959) menciona que el proletariado por ejemplo, se sentirá alienado por la presión que padece del capitalista a quien, debe complacer con su trabajo para que éste pueda, maximice sus ganancias. Tienen el peso de hacer un trabajo muchas veces forzado y pesado que no les reditúa ningún beneficio, sino por el contrario los aísla y los empobrece mientras que del otro lado, sus patrones se hacen más ricos a su costa.

El capitalismo promueve la ética del trabajo, el esfuerzo laboral, la competencia, la productividad, la lucha de todos contra todos, a cambio de un riguroso empobrecimiento afectivo, un defectuoso desarrollo de la vida emocional, una opacidad creciente de los sentimientos y un endurecimiento del carácter.

Dice Carlos Marx (1989) en su obra clásica “Formaciones económicas Pre capitalistas”:

“Uno de los requisitos previos al trabajo asalariado y una de las condiciones históricas del capital es el trabajo libre y el cambio de trabajo libre por dinero, a fin de reproducir dinero y convertirlo en valores que puedan ser consumidos por dinero, no como valor de uso para aprovechamiento, sino como valor de uso para dinero. Otro requisito previo es la separación del trabajo libre respecto de las condiciones objetivas de su realización; de los medios y el material de trabajo”.

Esto significa que el trabajador, al ser separado de los medios de producción (en primer lugar, de la tierra, de la naturaleza, de sus herramientas), al tener sólo su fuerza de trabajo para vender en el mercado se enajena.

La desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas. El trabajo no sólo produce mercancías; se produce también a sí mismo y al obrero como mercancía, y justamente en la proporción en que produce mercancías en general.

La aceleración, menciona este autor, puede ser muy dura respecto al ritmo de producción y de vida expende el sentimiento de frustración, la angustia y el desamparo, por el imperio de un sistema de producción y consumo donde nadie tiene lo que necesita porque nadie necesita realmente lo que tiene. El trabajador se convierte en ser dependiente: dependiente del capital y dependiente de su propio trabajo. Ya nada es posible fuera del mercado: todo debe comprarse y venderse; nada es gratuito, nada es posible sin dinero.

Un estudio realizado por Pego (2004) al personal médico realizado en los lugares Argentina –México demostró el impacto negativo de la flexibilización laboral en la calidad donde según este estudio, las reformas neoliberales y capitalistas, aumentaban el estrés y la insatisfacción de los trabajadores, su inseguridad por los contratos flexibles de trabajo, la preocupación por los posibles juicios por negligencia profesional, la migración laboral entre diferentes instituciones y las nuevas labores burocráticas para las cuales el personal no estaba entrenado por lo que esta insatisfacción generando el personal un síndrome preocupante por estudiar llamado “burnout” el cual se caracteriza por el desgaste físico y emocional por este aumento de trabajo y nuevas responsabilidades lo que propicia en los médicos actitudes pesimistas, irónicas y una carencia de relación interpersonal con el paciente.

### 3.4.- SÍNDROME “BURNOUT” CONSECUENCIAS HACIA LOS MÉDICOS ACTUALES DE LA ATENCIÓN GERENCIADA

El burnout en los médicos es un problema que es muy poco conocido por la sociedad, pero se han realizado estudios sobre este síndrome que cada vez se convierte en el causante de malos tratos o formas de dirigirse de manera insensibilizada hacia los enfermos causados por el inicio de la atención gerenciada

“El síndrome de Burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que este sana a los pacientes. (Vargas, Dickinson, Fernández 2009)

Durante la investigación realizada a través de las entrevistas pude detectar que existía una variante en el problema y en mi punto de vista es básico y muy importante era el estudio hacia los médicos para contribuir a dar evidencia empírica y así realmente se tome conciencia del problema e implementar estrategias de prevención e intervención en esta población de riesgo que no se tomaba en cuenta.

*“En la comunidad médica existe un síndrome de desgaste llamado Burnout es aquel que como su nombre lo dice en ingles significa “los quemados” y se refiere a un estado en tu cuerpo cuando ya estas fundido de todas tus capacidades es un cansancio en extremo que se presenta con más frecuencia en los médicos ya que muchas veces nos olvidamos que son humanos como nosotros y no nos damos cuenta el ritmo de trabajo que llevan el atender a pacientes en el área de hospitalización consulta horas de sueño interrumpidas y de esto me refiero a que un médico en promedio está despierto alrededor de 18 hrs diarias con dos o tres horas de descanso y esto es más común en chicos que esta como internistas que es el inicio de tu formación y contacto con la realidad además súmale que hay casos hablando de las mujeres que existe acoso sexual haciendo más incómoda la experiencia no generalizo pero es lo que se está observando últimamente en el sector salud. Entonces a todo esto súmale que con el sistema neoliberal que lleva acabo el sector salud aparte de las tareas medicas súmale el manejo computarizado del sistema, atendemos al paciente o atendemos el sistema para la recabar de datos, y si no la haces el factor de competencias para conservar tu lugar, tu*

*reputación como médico nos hemos convertido en un sector que además de médico sea prestador de servicios” (Anexo 2 pág.80)*

De acuerdo con Juárez (2004) el burnout es un síndrome que se ha sido descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y la realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional acompañado de síntomas físicos y emocionales cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional se manifiesta entre los médicos en el ejercicio de sus actividades afectando a la institución, al usuario pero en mayor grado la salud mental de ellos mismos llegando síntomas de apatía frustración y fastidio ahora mezclándolo con las cualidades emocionales de dolor que sufre un enfermo lo cual hace una relación totalmente conflictiva entre ambos.

Lo que conlleva a que en este sentido, el desgaste profesional hace también referencia al proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza.

En cuanto a la supervisión aún estamos ciegos, porque no consideramos el desgaste laboral que lleva un médico de las Instituciones de salud y todas sus consecuencias, por lo que se destacan la baja participación en la toma de decisiones, escasos niveles de comunicación y apoyo, junto con la ausencia de políticas de conciliación lo que en este sentido, la ausencia de descansos, largas horas de trabajo, tareas rutinarias con escaso significado y la no utilización de las habilidades del trabajador, son algunas de las características del diseño de la tarea que mayores niveles de estrés han producido en los médicos. Asimismo, el conflicto y la ambigüedad de roles, el exceso de responsabilidad, la escasez de formación, la inseguridad laboral, la ausencia de oportunidades de promoción profesional y desarrollo, son algunas de las características organizacionales y del contexto socio-económico más relevantes que sufren los médicos.

De acuerdo con Antonio Juárez (2004) en su investigación de estudio de caso refirma que el síndrome Burnout afecta severamente a la calidad de atención en las Instituciones de Salud Pública porque los médicos de nuestro país cuentan con más de un trabajo aparte de la consulta privada y el demuestra porque un médico puede por consecuencia del burnout tener actitudes deshumanas ante un paciente

“Cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico paciente generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el paciente está viviendo. El enfermo busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está encargada de un sin fin de sentimientos entremezclados: como esperanza de conseguir una solución a su problema, sorpresa, dolor rabia frustración, miedo desesperación, desesperanza o tristeza por lo que está viviendo, ante esta situación del paciente si el que presta la atención (el médico) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente a las expectativas generadas por el enfermo, se genera una situación de frustración tanto para el usuario como para el profesional de salud ; esta última, la mayoría de las veces no es percibida por el usuario, pero, en cambio el médico que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto cuando éstas u otras situaciones se dan de manera repetida existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional. Ante esta situación, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio hasta el grado de sentir que ya no puede y/o no quiere ver más paciente, y desarrolla sentimientos que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo hasta el punto de llegar a sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia de fracaso laboral.

Finalmente desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento y emoción por el paciente o por su padecimiento a lo que incluso se puede llegar a tratar de forma deshumanizada, con actitud fría, en donde, no hay contacto visual y mucho menos hay relación interpersonal con el paciente, actitud es de cinismo (Juárez,2004).

Por lo tanto podremos decir que de acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica es más frecuente y se presenta con mayor gravedad estas actitudes, cuando se atiende a más de 20 pacientes por turno y que estos a la vez se les dedica un promedio de dieciséis minutos a cada paciente por consulta y es realmente alarmante porque de acuerdo con Juárez se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo si no la calidad del servicio por lo cual es un factor muy importante en el trato de los pacientes, por lo que retomando el tema, si esto es con una consulta primaria, aumenta los riesgos para los enfermos crónico degenerativos, en este caso enfermos con cáncer que llevan una serie de factores psicosociales para tratar.

Lamentablemente la Globalización y el Neoliberalismo nos han llevado a escenarios laborales donde se observa un alto nivel de complejidad y es un ritmo muy dinámico, estas presiones laborales se ven afectadas por asuntos sociales como una disminución en la autonomía y una mayor sobrecarga y nace la necesidad de reducción de costes y la demanda va en aumento con la carga de la satisfacción de a quien se atiende todo esto está llevando una serie de consecuencias de salud para ellos mismos y un ambiente laboral y de la institución algo desagradable.

## CAPÍTULO 4

### **LAS POLITICAS PÚBLICAS Y LAS HUMANIDADES MÉDICAS A FIN DE UNA ÓPTIMA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS CON CÁNCER**

En este capítulo se analizarán, las posibles alternativas para la creación de políticas públicas, ya que una vez que pudimos entender el contexto histórico, el nacimiento de los modelos causantes de carencia de atención médica integral, nos enfocamos en buscar el por qué de las preguntas de investigación, por lo que en este capítulo nos dedicaremos a enfocar e identificar que está, a nuestro alcance para poder mover contribuir a esta problemática colocando como manifiesto que la deshumanización que causa la atención gerenciada hace que el médico se aproxime como si fuera un simple objeto, por lo que la presencia de un proceso de humanización por medio de políticas sociales pudieran ser una alternativa ya que las humanidades médicas ofrecen una visión mucho más completa al permitir contemplar, este encuentro desde perspectivas con el fin de multidisciplinar al médico en formación amplia al contexto que actualmente vivimos al mismo tiempo que desarrollamos un pensamiento crítico que puedan girar en pro de la condición humana.

#### 4.1.- CONCEPTO Y FUNCIÓN DE LAS POLITICAS PÚBLICAS

Toda política pública, es una decisión construida socialmente, donde convergen las capacidades institucionales del Estado y las demandas y aspiraciones de la sociedad que aboga por un bienestar general está estrechamente determinada por el modelo de desarrollo que planifica el Estado mismo.

Según Salinas (2005), la política pública, difícilmente podría abordarse fuera del ámbito de la política económica, es decir, la primera se subordina a la segunda. La política pública entonces se define como todas aquellas medidas destinadas a

construir programadamente, las transformaciones de una sociedad siempre y cuando dichas transformaciones estén orientadas a elevar los niveles de bienestar dentro de un modelo de desarrollo planificado.

Las políticas públicas son el diseño de una acción colectiva intencional; el curso que toma la acción como resultado de las decisiones e interacciones que comporta son los hechos reales que la acción produce. En este sentido, las políticas son “el curso de acción que sigue un actor o un conjunto de actores al tratar un problema o asunto de interés. El concepto de políticas presta atención a lo que de hecho se efectúa y lleva a cabo, más que a lo que se propone y quiere. Las políticas se conforma mediante un conjunto de decisión, y la elección entre alternativas” (Aguilar, 2009).

Son cursos de acción destinados a la solución de problemas, donde inclusive el no hacer nada es una acción que se tiene que tomar en consideración y poner en práctica o no.

Las principales funciones son: resolver problemas públicos acotados, generar decisiones que implican conflicto, se discute el problema pero más aún, la manera de abordarlo, se da la participación de múltiples actores, ante todo se caracteriza por ser un proceso y por ultimo no se desplaza al gobierno sino que se legitima, por lo que la población afectada se involucra en la solución y se transforma en un ciclo y no una secuencia lineal.

Lo anterior implica cuatro grandes retos para los hacedores de políticas públicas

- Flexibilidad para adoptar cambios que logren objetivos y metas de la alternativa que hemos seleccionado como políticas
- Involucrar los niveles de la participación en los ciclos de política.
- En suma, lograr que el diseño de política sea una realidad aplicable (pasar de la formulación a la implementación), evaluable y consensuada social y políticamente.
- Revertir el problema no administrarlo (Aguilar, 2009).

#### 4.2.-EL HUMANISMO COMO MEDIADOR ANTE LA GLOBALIZACIÓN Y EL MODELO NEOLIBERAL Y LAS PRINCIPALES LÍNEAS DE RESISTENCIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN.

En este subcapítulo podremos valorar por qué un proceso de humanización puede ser una de las alternativas ya que las humanidades médicas ofrecen una visión mucho más completa al permitir contemplar este encuentro desde encuentros entre médico paciente con el fin de multidisciplinar al médico en formación amplia al contexto de la medicina moderna.

Cuando se postula la introducción del humanismo en la relación médico-paciente surgen las interrogantes que según Pera (2004) nos menciona son: ¿De qué humanismo se está hablando? Por lo que este mismo autor nos hace una conceptualización y recuento histórico del mismo

El humanismo es palabra relativamente moderna creada, en 1808 por el educador germano F.J Niethammer para describir un programa de estudios distinto de los programas científicos y técnicos, no lo es su aparición histórica, como proyecto innovador. Los humanismos manifiestan su preocupación por el hombre y proclaman a su modo, la dignidad del ser humano, en cuanto que merece estima y respeto por las cualidades que son propias de su humanidad (Pera, 2004)

Por lo que las humanidades deben entenderse como el conjunto de conocimientos y habilidades en los que se incluyen las humanidades clásicas, con sus derivaciones modernas por lo que el humanismo como concepción del mundo, el humanismo, como una actitud personal fundada en esa concepción y las humanidades entendidas como desarrollo de un proyecto que tiene como fin poder ayudar a multidisciplinar al médico en la formación amplia del contexto de la relación médico-paciente al mismo tiempo que se pueda desarrollar un pensamiento crítico llenos de preguntas, alusiones e interrelaciones que establecidas entre diversos campos del conocimiento, acaban todas girando alrededor de la condición humana

Este mismo autor nos hace mención que la implementación de las humanidades, en los médicos no ha sido una tarea nada fácil ya que existen dos principales líneas de resistencias así denominadas.

La primera línea de resistencia es de carácter ideológico, derivada de una cultura biomédica que ha apostado fuertemente por la especialización, y que considera que únicamente los cursos y las enseñanzas científicas son importantes para la formación de los médicos. Desde esta ideología biomédica defendida a ultranza, cuesta aceptar que la propuesta de reflexionar sobre todas aquellas cuestiones que afectan a la condición humana del paciente sirvan para conseguir que el médico que se forme en sus facultades sea un médico mejor. Introducir las humanidades médicas en el curriculum del pregrado no significa ceder ni un ápice, en la exigencia de la formación científica del médico, ya que su competencia científica y su actitud humanista ante el paciente no son en absoluto términos excluyentes, más bien complementarios (Pera, 2004).

La segunda línea de resistencia, muestra evidente del “automatismo descerebrado” que condiciona la creatividad, es la tendencia encajar forzosamente en el rígido y obsoleto molde de la asignatura o del departamento lo que debe ser un ámbito abierto para la reflexión multidisciplinar, por otra parte la nueva ciencia que está acercándose a la medicina moderna es la bioética.

Lamentablemente no todos los que forman el entorno de un enfermo, médicos enfermeras llevan a cabo la bioética de acuerdo con, es interesante como podemos localizar un fenómeno llamativo, porque la misma formación del médico debería en teoría, estar al pendiente de variables como el humanismo y no es así surge un fenómeno de empoderamiento hacia la misma profesión Pera (2000) esto es observado en médicos mayores de 50 años oncólogos que se reusan a la idea de la interdisciplinar que la medicina y la visión de los enfermos también se puede estudiar desde el ámbito de las ciencias sociales teniendo la idea que nadie debe interferir en su trabajo medico regresando a la discusión sobre el modelo biomédico

De acuerdo con Foucault (2002) podríamos estar hablando de un fenómeno microfísica del poder que en palabras del mismo autor puede explicarse como: " los

mecanismos de poder que se han encadenado en los cuerpos, en los gestos, en los comportamientos".

Es decir que el poder por lo mismo, por provenir de voluntades humanas ejerce dominios mediante una tarea, un accionar constante como tal ejerce el poder en el ámbito que le toca así se controla, manipula, estimula y en los ámbitos plenos de control mediante mecanismos permiten entonces "disciplinar" conductas mediante dispositivos de poder y crear "modos de saber".

Los cuales son otra piedra más por remover, y por supuesto exponer lo que sucede en los médicos que no están capacitados para el cuidado y atención de un paciente, ya lo discutíamos anteriormente presentan determinadas etapas que al producirse y cerrarse a la idea que solo de manera médica y sin ayuda de otras ramas podrían dar soluciones a este problema de salud pública.

Para Pera (2000) el prestigio de ser médico genera un tipo de reconocimiento social lo que contribuye a que utilice mecanismos de poder para ganarse el respeto de sus pacientes y tener presencia ante ellos a diferencia de los demás profesionales, además de que poseen mayor jerarquía social dentro de un hospital por el simple hecho de serlo, lamentablemente la cultura en la que vivimos se acostumbra a decir que las personas con una profesión médica, es la persona que sabe más y por lo tanto te regresa la salud, el empoderamiento que como sociedad le hemos le hemos otorgado a la profesión son mecanismos que pueden ser una gran traba, para no poder generar otras soluciones desde otras ramas.

La solución que el humanismo ofrece dado que la medicina es intrínsecamente ética, es dar a conocer, el conocimiento de las normas éticas ya que es esencial para que la conducta del médico sea apropiada en su relación con el paciente, ya que son la honestidad y la compasión del médico las que despiertan la confianza del paciente.

Uno de los grandes problemas a los que nos enfrentamos es cuando las mismas instituciones de salud carecen de aplicar la bioética o desconocen cómo aplicarla y nos damos cuenta que no solo es administrativo o una plática bonita o simplemente

un requisito que le dará plus al personal de salud nos enfrentamos ante una variante para que los enfermos crónicos deserten de su tratamiento y contribuyan a la estadística de mortalidad de la enfermedad en este caso refiriéndome al cáncer, es el caso de las altas voluntarias con ello me refiero a que el paciente se encuentra tan cansado, desanimado, fastidiado y no solo por la enfermedad si no como lo comentábamos a la irritabilidad de los médicos a los procesos neoliberales del sistema y toda la serie de factores que obstaculizan para que exista una recuperación satisfactoria y decide que no le apliquen los tratamientos, y quiere estar solo en su casa con sus familiares por consecuencia la decadencia de su salud será inminente contribuyendo al problema de salud pública por la falta de atención emocional, y la falta de comprensión por parte de los recursos sanitarios.

#### 4.3.- ENSEÑANZA DE HUMANIDADES MÉDICAS, COMO COMPROMISO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y ACADÉMICAS PARA LA CALIDAD Y LAS PRÁCTICAS DE EXCELENCIA.

En este subcapítulo brevemente mencionaremos las razones de por qué el colocar las enseñanzas de las humanidades médicas sería una forma de apoyar a sectores de enfermos más vulnerables del general de las enfermedades como lo son los enfermos de cáncer, y que dentro de su enfermedad puedan adquirir una mejor calidad de vida a través del trato humanizado con sus cuidadores tomando en cuenta los principales factores que a lo largo de la investigación hemos detectado, no solo es porque ellos lo quieran así, como médicos, más bien como ya se citó, anteriormente el complejo de factores que hacen el actuar de los médicos sea de determinada manera, y a la vez es de fundamental importancia la calidad de como laboran en una Institución de salud pública.

Colocar las enseñanzas de las humanidades médicas en el currículo del pre graduado debe plantearse como un programa interdisciplinar alejado de la ya inoperante concepción de la asignatura y de los dominios cerrados de un desarrollo o de un pensamiento crítico que se pueda someter a reflexión los grandes temas que afectan al paciente como persona (Pera,2000).

La atención médica y sus resultados no sólo dependerá de la atención del personal médico sanitario a cargo, sino más bien, también, depende de las decisiones y acciones de los pacientes y los profesionales de salud que los atienden, y sobre todo del liderazgo de las asociaciones médicas y académicas, y su compromiso con la calidad y las prácticas de excelencia, ya que éstas son decisivas para apoyar los programas nacionales para la detección y el control del cáncer.

Para Pera (2000) el simple hecho que las Instituciones estén de acuerdo en la inclusión de las humanidades médicas en los curriculum de los médicos pre graduados, es necesario aclarar que una adecuada expresión de medico humanista tendría varias connotaciones o especificaciones haciendo referencia a que la medicina es la más humana de todas las ciencias y procurar que regrese la esencia a los hospitales e intentarlo con el sector más vulnerable que su atención y actitud dependen del trato de su cuidador como es la el cáncer.

## **CAPÍTULO 5**

### **POLITICAS PÚBLICAS PARA ENFERMOS CON CÁNCER, COMO TEMA DE AGENDA PÚBLICA.**

En este capítulo analizamos y aterrizamos, las ideas principales de la problemática generada, anteriormente ya estudiadas, para un determinado sector como lo son los enfermos con cáncer, intentando justificar, el por qué la importancia de generar políticas públicas para su atención integral, dando fundamentos a través de un pequeño contexto histórico de la misma, y porque suele la deshumanización afectar de forma directa a este tipo de enfermos para obtener una atención integral, más que a otras enfermedades crónicas.

Considerando que la enfermedad como el cáncer es un asunto primordial para la sociedad, debido al dolor y al sufrimiento personal que causan los costes médicos y la pérdida de años productivos, ya que su desarrollo está profundamente ligado al actuar de la sociedad, y la lucha contra esta enfermedad requiere de la colaboración integrada de diferentes disciplinas y actores que mediante la abogacía logren colocar el tema en agenda pública.

#### **5.1.- CONCEPTO Y CONTEXTO HISTÓRICO DEL CÁNCER.**

En la actualidad, una de las grandes preocupaciones por su causa de mortalidad, es la enfermedad del cáncer, sin embargo es preciso conocer de donde proviene su término:

“La palabra carcinoma se le atribuye al padre de la medicina Hipócrates (460-370.<sup>a</sup>.C) la cual posteriormente su escuela emplearon la palabra griega Karkino (cangrejo) como equivalencia de cáncer y hace referencia a la similitud en como el animal y la enfermedad atrapan y destrozan a sus víctimas, en alusión a su forma de propagarse, semejando las patas de un cangrejo. El termino viene del griego Karkinos, que significa cáncer y luego se le añadieron el sufijo “ama” que significa

tumor y se creó la palabra “carcinoma” desde entonces utilizado para calificar tumores malignos” (Flores, 2013).

Flores menciona que se pueden desarrollar determinantes psicosomáticos como la depresión cuando las mujeres u hombres ya están diagnosticadas con cáncer y existe una idea donde las emociones influyen y contribuyen en el proceso de enfermar, y el desarrollo de este. Sin embargo como la construcción, social las ha manifestado en sus comportamientos y su respuesta ante la sociedad, el papel que juega, es de suma importancia.

El interés por los aspectos psicológicos y culturales que determina el cáncer es relativamente reciente en la década de los setenta, considerándose según la autora que determinadas variables psicológicas, constituían factores de riesgo para su desarrollo. Por lo que es necesario y conveniente, se requieran terapias en donde las mujeres y hombres con cáncer, puedan expresar sus emociones y sentimientos que las regulen para un mejor bienestar y salud integral.

Por lo que los que factores, psicosociales también contribuyen de forma significativa al desarrollo y continuidad del cáncer por lo que nos nace la pregunta de qué manera contribuye la atención como fenómeno social, para acelerar la muerte de las personas diagnosticadas.

Para las persona que son diagnosticadas con esta enfermedad menciona Flores (2013) el impacto emocional, es el primer actor a escena ya que atraviesa por distintas etapas como lo es la depresión, el estrés, el miedo, la ansiedad principalmente son aquellas expresiones subjetivas, que definen como se llevara a cabo el transcurso de la enfermedad, ya que puede que en proceso sea parecida o no.

“En la actualidad el diagnóstico de cáncer, es considerado como sinónimo de una irremediable e irreversible condena a muerte” con lo que la mayoría de los enfermos lo asumen como algo verdadero, la visualización de dolor y el sufrimiento fortalecen este concepto para la insensibilidad de la figura de autoridad de médico, donde quienes hemos tenido la desafortunada oportunidad, de observar el recibimiento de

la noticia, nos damos cuenta de la importancia del lenguaje y la falta de capacidad emocional, que se manifiesta ,para ejercer un control sobre el paciente;“ (Alfaro,2006).

Por lo que el campo de las emociones no queda excluido, más bien se vuelve un punto rojo a analizar para los enfermos, por toda la carga emocional que representa, por lo las emociones se vuelven un terreno impredecible y constituyen una rama esencial para el control de la enfermedad, no solo para los enfermos sino también de las familias, amigos y sociedad en conjunto. Es tan fuerte el impacto emocional que no solo el enfermo lo reciente, también hace impacto a sus redes de apoyo que como el núcleo familiar, siendo la primer vía de apoyo y como tal influirá en estrategias de afrontamiento que adopte el enfermo.

Para Bishop (1995) el cuidar al paciente enfermo desde el sufrimiento es de gran importancia, porque es la esencia que se mejora con la obtención y poniendo en práctica el conocimiento científico. De acuerdo a este mismo autor una enfermedad implica una carga de sentimientos, como frustración e incertidumbre porque la enfermedad arrebató al paciente de su vida cotidiana y de sus actividades, ya que los recluta en un hospital donde es sometido a consultas, medicación, intervenciones, procedimientos, exámenes, dietas que ocasionan ansiedad y rechazo hacia las mismas instancias y cuando se presenta la enfermedad, es cuando como personas conocemos y nos damos cuenta de aspectos emocionales, mentales y físicos que nos llevan a actuar de distintas maneras sin tener un control en muchas cosas experimentando muchos cambios así como la forma de vida y el trato del médico hacia el paciente.

## 5.2.-EL CÁNCER COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad en la estadística del cáncer de acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social, (2005) ha hecho que comencemos a entender que el cáncer es un problema político, así como médico, social, psicológico y económico.

En 1943, el historiador médico Henry Sigerist se refirió a la investigación en cáncer como una historia llena de errores y de desesperanzas que no lograría controlar nada, hoy, casi sesenta años después, mientras otras enfermedades se controlan, el cáncer sigue en ascenso, y se constituye como uno de los mayores problemas de salud en el mundo; su impacto negativo incide de manera especial en los grupos humanos más desfavorecidos económica y socialmente

Las políticas públicas, como ya lo habíamos mencionado con anterioridad, conllevan intenciones, acciones y resultados, por lo que el nivel de las intenciones, se reflejan en la decisión de lo que se hará y a nivel de acciones, se reflejan en el actuar gubernamental por lo que nos lleva que a nivel de resultados, se reflejan en las consecuencias para la sociedad de ese actuar (Sigerist, 2003).

Cada día, legisladores y responsables de formular políticas públicas, toman decisiones que afectan la vida de sobrevivientes de cáncer, de pacientes y de la población en general

Históricamente no ha habido mucho desarrollo de políticas para el control del cáncer. Estados Unidos fue, hacia 1970, el gobierno pionero en el desarrollo de este tipo de políticas, las cuales centraron sus acciones en la protección de la población de agentes carcinógenos presentes en el ambiente. Desarrollo que se dio gracias a que, el abuso de los recursos naturales motivó la generación de acciones que permitieran la recuperación de un medio ambiente contaminado por tóxicos químicos que de acuerdo con investigaciones realizadas eran factores de riesgo para cáncer(Rivera, 2005).

A finales de los años 90, a nivel mundial la sociedad generó una serie de importantes y profundas modificaciones de tipo estructural en lo relacionado con la salud de la población y la evolución del sistema de salud, modificaciones dirigidas hacia la generación de políticas públicas que conduzcan a una prolongación de la esperanza de vida y a una nueva perspectiva de la salud. Esta propuesta ha incorporado los aspectos relacionados con el cáncer y sus factores de riesgo y ha aportado elementos interesantes al contenido actual de políticas para el control del cáncer.

### 5.3.- LA POLÍTICA DEL CÁNCER.

Actualmente, las políticas para el control del cáncer de acuerdo con Álvarez (2001) en su investigación "Promoción de la Salud y Cambio Social" hace mención que en la elaboración y aplicación de las mismas en Latinoamérica, su objetivo principal es la búsqueda de la implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz, el manejo clínico y la rehabilitación. Estas políticas han sido diseñadas de tal manera que en el momento de su implementación pueda darse el equilibrio adecuado entre las actividades que permitan controlar el cáncer y garanticen a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad, bajo los principios rectores de la reducción de inequidades, y la elevación de la calidad de la atención y la información. Con el principio básico que las inspire a su creación por lo que la atención a las enfermedades o los grupos de enfermedades con mayor impacto en la población, muestren patrones más diversos de incidencia, prevalencia, mortalidad, morbilidad y atención, debiendo a que están centrados siempre en la población susceptible. Por lo que se busca impactar sobre el sufrimiento, la carga social y económica, que son originados por una enfermedad o grupo de enfermedades y son integrales de tal manera que hacen referencia a todos los padecimientos de la enfermedad, que puedan y deban ser abordados desde los sectores involucrados.

La discusión inicia cuando de acuerdo con Álvarez (2003) se cuestiona la idea que desde lo público se dice que la ciencia puede afectar la política, pero que la política no puede y no debe influenciar la ciencia. Pero, este mismo autor se hace la pregunta ¿es esa una realidad para abordar el tema de cáncer?

Por lo que en su investigación da respuesta mencionando que el cáncer es un asunto primordial para la sociedad, debido al dolor y al sufrimiento personal que causa, a los costes médicos crecientes, las muertes prematuras, y la pérdida de años productivos de la vida. Es asunto político, así como un asunto médico, social, psicológico y económico. Su desarrollo está profundamente ligado al actuar de la sociedad.

La importancia de generar políticas públicas que impacten la salud de la población nos ha enseñado que la lucha contra el cáncer requiere de la colaboración integrada de diferentes disciplinas y de diferentes actores que mediante abogacía logren colocar el tema en agenda pública.

Por lo que deducimos que Álvarez (2003) respalda con su investigación, la hipótesis de este trabajo, ya que afirma que la conducta humana, es el mayor determinante para un control exitoso del cáncer, ya que la manera de percibir y estructurar a los individuos sus vidas colectivas, afectan a la salud de la comunidad, por lo que ante el problema analizado, el sector más vulnerable a carecer de una atención de calidad sean precisamente quienes padecen esta enfermedad, ya que como lo habíamos reiterado las emociones son las primeras afectadas en el proceso de la enfermedad por lo que la visualización del dolor y el sufrimiento fortalecen el concepto de insensibilidad a la figura de autoridad del médico, al trato y comunicación del mismo.

Controlar el cáncer no es solo cuestión de intervenir en la enfermedad, más bien, es cuestión de intervenir en la forma cómo esa sociedad se está desarrollando y la agenda gubernamental, es el paso obligado para que este tema apele a la acción pública ya que el cáncer está estrechamente ligado a los cambios sociales.

## **CAPÍTULO 6**

### **CONTEXTO MEXICANO, SURGIMIENTO DEL HOSPITAL Y LAS POLITICAS SOCIALES EN MÉXICO PARA ENFERMOS CON CÁNCER**

En este capítulo se realiza un recuento histórico del surgimiento del hospital en México teniendo que nace de la idea donde su principal función es proporcionar los medios necesarios y cuidado del enfermo para una pronta recuperación de la salud, sin embargo a través del tiempo y con el nacimiento de modelos, ha operado de maneras distintas hasta la actualidad de relacionarse con el modelo neoliberal.

Nuestro país al adoptar el modelo neoliberal, se denotan las transacciones del mercado que se van individualizando, por lo que se desarrollaron formas de hacer políticas tales como desincorporar o simplemente buscar calidad e imparcialidad de la prestación de los servicios públicos

Tocando temas como el inicio de la política social, en materia de salud ya que a través de esta política se inicia y se llevaban a cabo la normalización y dominación que deben seguir tanto los miembros que laboran como los pacientes, dando pauta a un nuevo tipo de política social de carácter temporal que de acuerdo con Calveto (2006) se le llamó políticas neoliberales, como el ajuste del mercado de trabajo y el libre mercado desarrollando formas de hacer políticas, en el contexto mexicano, tales como desincorporar, privatizar, liberalizar la prestación de servicios dando pie a una transformación revolucionaria en temas de salud donde ingresa un sistema de globalización, dando pie al nacimiento de una atención gerenciada que se refleja cómo beneficio a monopolios farmacéuticos y por lo tanto a una alienación de los recursos humanos. Por lo que nos adentramos a analizar en este capítulo temas como el gasto público destinado al sector salud para nuestro país que de acuerdo con Senyacen (2016) este nos sirve para el desarrollo de una sociedad, ya que puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, de éste dependen el aprovechamiento escolar, la productividad laboral y la calidad de vida, de aquí la importancia de la correcta y eficiente asignación del presupuesto público en salud,

guiándonos con el estudio denominado The Economist Intelligence Unit (2016) El análisis de este estudio nos permite conocer a qué tipo de actividades de la función de la Salud en México se ha destinado el presupuesto, lo cual la generación de recursos para la salud incluye acciones de inversión en salud y en recursos (materiales y humanos) para brindar servicios de salud de calidad, nos da una perspectiva adicional al análisis del financiamiento en cáncer vinculada con la gestión de los recursos: cómo se gasta ese dinero, es decir, cuáles son las decisiones políticas, mostrándonos las principales barreras que presenta nuestro país para generar políticas públicas efectivas para los enfermos con cáncer.

## 6.1 SURGIMIENTO DEL HOSPITAL EN MÉXICO

Para entender el surgimiento del hospital sus funciones y estructura iniciaremos indicando su definición:

Un hospital es un lugar donde se atiende a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que se necesita. La palabra hospital proviene del latín hospes “huésped” para designar el auxilio a los ancianos y enfermos (Cruz, 1987).

El surgimiento del hospital en la realidad Mexicana nace de la idea de que su principal función es proporcionar los medios necesarios y cuidado del enfermo para una pronta recuperación de la salud sin embargo a través del tiempo y con el nacimiento de modelos ha operado de maneras distintas hasta la actualidad de relacionarse con el modelo neoliberal.

La institución hospitalaria ha operado de tres maneras distintas en la historia de nuestro país

- 1.- Como instrumento de caridad (1524-1760)
- 2.- Como procurador del orden urbano (1760-1904)
- 3.- Como procurador del bienestar social mediante la intervención estatal (1905)

Todas tratando de dar protección a los trabajadores del campo a los indígenas y al pueblo en general (Gil Montes, 2004).

Hasta 1910 que con la Revolución Mexicana los servicios hospitalarios decayeron debido a la cantidad de muertos y heridos, pero con Cárdenas se logró pacificar las luchas y consolidar el poder del Estado en nombre de las masas.

Durante los años posteriores a Cárdenas se dieron procesos de inflación acompañado con un deterioro de los ingresos de los trabajadores y la declaración de la guerra alemana, por lo que los obreros y el Estado pactaron una tregua social en que los primeros se comprometían a no llevar a cabo las huelgas. A cambio de esta tregua el Estado ofreció la congelación de rentas, la creación de la secretaria de Trabajo, la seguridad social. La creación del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) como la institución ejecutora más importante para resolver la problemática en salud, con su creación se apoyó a la fundación de hospitales dependientes de la secretaria de salud. La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se apoyó de la fundación de hospitales dependientes de la Secretaria de Salubridad y Asistencia pero no fue hasta 1940 cuando se materializó aquella idea esbozada del 1812 sobre la intervención del estado en los establecimientos hospitalarios (Cruz, 1987).

La organización debe poseer dominio, poder, autoridad y grupos que formen la organización, y principalmente modelos por los cuales deben regirse, en este caso aquello que laboran en el mismo establecimiento llamado hospital.

México al adoptar el modelo neoliberal, se denotan las transacciones del mercado que se van individualizando, por lo que se desarrollaron formas de hacer políticas tales como desincorporar o simplemente buscar calidad e imparcialidad de la prestación de los servicios públicos, lo cual estos procesos están produciendo, el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reduciendo la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas y potenciando el deterioro de la salud producto de la crisis económica por lo que la política neoliberal tiene consecuencias en las instituciones de salud que atienden a la población sin seguridad social, ya que al privatizarse los servicios, se disminuye el gasto y

recursos tanto del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS) y Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) pero también se reduce el financiamiento del sector dificultando la elevación de la calidad de estos(López y Blanco, 1993).

Sin embargo esta situación la aprovechan el gobierno Mexicano y el mismo sector privado, para darle desprestigio a las instituciones públicas con el objetivo de desafiliación para que siguiera ganando terreno la privatización de la salud dando un avance en este sector y dando un estancamiento al sector privado.

## 6.2.-CONTEXTO HISTÓRICO DE LA POLÍTICA SOCIAL DEL MODELO ESTABILIZADOR AL MODELO NEOLIBERAL EN MÉXICO

Una política social es una decisión construida socialmente, donde convergen las capacidades institucionales del estado las demandas y aspiraciones de la sociedad para un bien común esta decisión está determinada por el modelo de desarrollo que planifica el Estado mismo que a través de estas políticas, se podía tener acceso a la seguridad y a la protección.

La política social se implementa en dos modelos económicos de gobierno de diferente manera: El primero es el modelo Estabilizador y el otro que es el modelo neoliberal.

Las políticas sociales han pasado durante el siglo XX por dos periodos: El primero después de la segunda guerra mundial, que marcó el inicio del Estado estabilizador, el cual se caracterizó por su intervención en la economía , por garantizar el casi pleno empleo ,permitir el acceso universal a la seguridad, social educación y por las garantías individuales (Nateras,2007).

Este tipo de política social para el modelo estabilizador es el conjunto de medidas y medios estatales para alcanzar todos los objetivos que promuevan el bienestar social , la justicia y la paz social, está dirigida hacia la búsqueda del bienestar y la mejoría de las condiciones materiales de la vida de la sociedad. Las acciones estarán relacionadas con la distribución de recursos de todo tipo en una sociedad

determinada. Esta distribución se cumple a través de la provisión de servicios sociales, que para algunos sectores de la sociedad podrían ser selectivos en el mercado (Salinas, 2005).

Para el modelo estabilizador o de crecimiento hacia adentro como lo mencionaba este autor, aquí el Estado se preocupa por las cuestiones sociales, como lo son el brindar trabajo, seguridad, pensiones, pago de utilidades, etc. ya que su principal característica es un ser un Estado paternalista.

En 1943, se da nacimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), dando inicio a una institución que a partir de entonces será la encargada de dictar la política nacional de la salud misma que contara con una Dirección General de Evaluación Naciente, que detectara los problemas de salud la prioridad de esta se moverá en dos sentidos: “Hacer un seguimiento epidémico, a través de la detección de la enfermedad y la otra tiene que ver con la atención clínica hospitalaria (González, 2007).

Siguiendo con la idea de González(2007) nos menciona que la política social en nuestro país, a finales de los años ochenta, venía implícita en las políticas de crecimiento creyendo que este modelo de crecimiento sería adoptado para crear bases del bienestar social por lo que nos hace reflexionar en que será necesario tomar en cuenta la administración y la organización en los servicios de salud, por lo que el gobierno federal ha intentado llevar a cabo cambios en las expectativas y el contenido de las políticas sociales por lo que a continuación se analiza el modelo neoliberal, mismo que se basó en la descentralización y reforma de los servicios de salud

### 6.3-GASTO PÚBLICO PARA EL SECTOR SALUD EN MÉXICO

El desarrollo de una sociedad, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, de éste dependen el aprovechamiento escolar, la productividad laboral y la calidad de vida. De aquí la importancia de la correcta y eficiente asignación del presupuesto público en salud (Senyacen,2016).

El gasto destinado a salud se ubica dentro de la función de Desarrollo social en México, el cual ocupa el último lugar en gasto en salud como porcentaje del PIB, según el estudio más reciente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), realizado en 2015, entre sus países miembros.

De acuerdo a este comparativo obtenemos que en términos de gasto per cápita, el presupuesto total es equivalente a \$2,726 pesos por afiliado, específicamente para los beneficiarios del Seguro Popular el monto es de \$1,168 mientras que en las instituciones de salud de PEMEX el gasto per cápita es de \$10,671. El gasto público en salud se concentra principalmente en dos instituciones: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que brinda servicios de salud al 61% de la población mexicana, mientras que la Secretaría de Salud (SSA) es responsable del Sistema Nacional de Salud, juntas participan del 70% del presupuesto en salud.

En lo que respecta al gasto en salud, el estudio de The Economist Intelligence Unit muestra que, en México, la inversión del PIB en gasto público en salud fue de 3,3% en 2014, por debajo del promedio regional de 4,6%, y lejos de la que realizan los países de ingresos altos la media en los países desarrollados es de 7,42%.

La tasa de crecimiento promedio anual del gasto público en salud, para el periodo 2006-2017 es de 3.9 %. El mayor incremento fue en con 12.3%, mientras que para los años 2016 y 2017 se reduce el presupuesto asignado a salud en 1% y 0.8% respectivamente, derivado de la reingeniería del gasto público.

El presupuesto del gasto público total presenta una tendencia creciente al pasar del 18.7% en 2006 a 23.8% en 2017, el gasto en salud se mantiene prácticamente en el mismo nivel desde 2006.

El gasto público en salud no es proporcional al incremento de beneficiarios. Mientras que en 2008 el número de derechohabientes era de 92 millones de personas, en 2017 aumenta a 149 millones de personas lo que representa un incremento del 60%. En cambio el gasto per cápita pasa de \$3,222 en 2008 a \$2,726 en 2017, es decir, una disminución del 15%.

El análisis de este estudio nos permite conocer a qué tipo de actividades de la función de la Salud se ha destinado el presupuesto. La Generación de recursos para la salud incluye acciones de inversión en salud y en recursos (materiales y humanos) para brindar servicios de salud de calidad.

La Prestación de servicios de salud a la persona pasó de 78% en 2006 a 65% en 2017; sin embargo se podría considerar como una redistribución, que dirige el presupuesto, y por tanto la responsabilidad, hacia los estados, ya que los programas Seguro Popular y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se distribuye por entidad federativa.

El informe nos da una perspectiva adicional al análisis del financiamiento en cáncer vinculada con la gestión de los recursos: cómo se gasta ese dinero, es decir, cuáles son las decisiones políticas.

Este estudio muestra que no existe una única respuesta que permita abordar todos los problemas vinculados al cáncer en América Latina, ya que los desafíos para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento son complejos, compuestos de múltiples variables que deben abordarse de forma integral”, Por lo que de acuerdo con el Dr. Alejandro Mohar, Médico cirujano e investigador en ciencias médicas del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Menciona que, a partir de estos hallazgos, haya más conciencia sobre la necesidad de colaborar desde distintos sectores en la búsqueda de soluciones” (Senyacen, 2016).

#### 6.4.- PRINCIPALES BARRERAS PARA LA CREACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ENFERMOS CON CÁNCER EN MÉXICO

El estudio de The Economist Intelligence Unit revela que existen cuatro principales barreras para la aplicación de políticas públicas para México y estas son:

1.-Planificación: En la actualidad México tiene un plan de enfermedades no transmisibles (NCD, por sus siglas en inglés) y para cáncer en la mujer. El cual desde hace años está en desarrollo un Programa Nacional para el Control del Cáncer (NCCP, por sus siglas en inglés), que a la fecha se encuentra pendiente de aprobación. El cual nos muestra que la rapidez para que se lleven a cabo determinadas propuestas se vuelve cada vez más burocráticas.

2.-Presupuestos y registros: el financiamiento disponible está por debajo del promedio de los países estudiados, la inversión del PIB en salud pública es de 3,3%, vs. el promedio de 4,6% en los 12 países estudiados, y 7,42% en los países de ingresos altos en el mundo, sobre todo los recursos humanos de oncología son escasos y están concentrados en las urbes, el equipamiento de radioterapia cubre a apenas 70% de la población, por debajo del promedio de 74% del estudio, en disponibilidad de medicamentos, México obtuvo un score de 3, con bajo nivel de aprobación de terapias innovadoras, por lo que actualmente existe el proyecto de “Programa Integral para el Control de Cáncer en México” desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología que se espera sea aprobado para su ejecución en 2017.

3.-Ineficiencia y desigualdades: existe una gran fragmentación por lo que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados de acuerdo con este estudio avanza hacia la cobertura universal de salud, pero, pese al Seguro Popular, aproximadamente 8% de la población no tiene cobertura y las zonas rurales tienen menor acceso a la atención y los recursos se encuentran concentrados en las urbes

## 6.5.-RECORTE PRESUPUESTAL EN MÉXICO DETONADOR DE UNA CARENTE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS CON CANCER.

Lamentablemente México es el único de los doce países de Latinoamérica estudiados que cuenta con datos de mortalidad con una alta mortalidad, en cáncer, sin embargo, sus registros de base hospitalaria cubren a apenas 7,1% de la población lo cual lo hace ineficiente para el otorgamiento y desarrollo de políticas públicas por lo que, los obstáculos que son más latentes es la fragmentación de los sistemas de salud, que en México continúa siendo pronunciada; la fuerte desproporción entre las áreas urbanas y rurales, y entre las zonas ricas y pobres, con recursos concentrados en las ciudades y las zonas prósperas; y la disparidad tanto en incidencia y mortalidad como en control del cáncer.

De acuerdo al Periódico la Jornada con una nota lanzada el doce de septiembre del 2016 el recorte presupuestal en salud planteado en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2017 menciona, pone en riesgo la viabilidad financiera y subsistencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) del Seguro Popular de los 10 mil 400 millones que significa el ajuste, poco más de 6 mil millones se le restarán al fondo que cubre las enfermedades de alto costo como sida, cáncer e infartos cuyos tratamientos se pagan con esos recursos y se evita el empobrecimiento de las familias, advierte la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Es alarmante este tipo de noticia ya que de acuerdo con datos del periódico La jornada (2016) el Instituto Nacional de Cancerología, tendrá una disminución de 159 millones de pesos ya que anteriormente operaba con 537 millones que ejerció en 2016, ahora pasará a 378 millones en 2017, En cambio, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, estado de México, pasará de 230 millones en 2016 a 319 millones de pesos en 2017 y esto sucede porque cada año los legisladores autorizan ampliaciones presupuestales para estos organismos privados.

## **CAPÍTULO 7**

### **FASE DEL TRABAJO DE CAMPO, OBSERVACIÓN Y DESCRIPCIÓN, ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A PERSONAL MÉDICO SANITARIO**

Las entrevistas que se realizaron a médicos y enfermeras en donde se tomaron en consideración solo temas principales, como la experiencia que han vivido y han experimentado en cuanto al tema de otorgar una calidad integral a los pacientes con cáncer, con lo cual poder cuestionar si el fenómeno de alienación está presente en sus vidas, corroborando si en la vida cotidiana se lleva a cabo lo que en teoría estamos planteando, corroborando con casos reales que nos ayudaron a dar comprensión a fenómenos que se están presentando y debemos levantar la voz por ellos, hacer visible este problema y hacer posibles soluciones para estos enfermos.

Temas como qué perspectiva tienen de los enfermos con cáncer, como consideran la actitud en el manejo de la comunicación del médico hacia el paciente al transmitir el diagnóstico de la enfermedad, su opinión hacia la atención médica actual, el lenguaje médico como autoridad y deshumanización del mismo personal en la falta de relación con el paciente y si su opinión hacia las alternativas en la formación de los médicos, para mejorar la calidad. Estos temas fueron escogidos porque son más factibles para observar y analizar en la vida laboral, temas que nos dieron puntos claves para darle sentido y un giro a esta investigación ya que a través de ellas se pudo encontrar problemas actuales tales como la alienación y poder darle dirección para poder investigar posibles alternativas para darle solución al problema planteado.

### 7.1.- FORMATO DE ENTREVISTA:

El formato de entrevista es una guía abierta, no existe una secuencia lógica para las preguntas, varían en función del contexto y experiencias del entrevistado. El entrevistado juega un papel activo en la secuencia, el papel del entrevistador es guiar al entrevistado, las respuestas son impredecibles, el investigador tiene la tarea de ser amable y cordial, las respuestas deben ser grabadas y transcritas, la duración de la entrevista depende de la información del entrevistado y el valor de la entrevista depende de la información del entrevistado y el valor de la entrevista depende de la riqueza de la información vertida (Rubio,2003).

### 7.2 ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

La entrevista a profundidad teóricamente, se define como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bogdan 1987).

De acuerdo con Giner (1998) es un medio para acceder al conocimiento de los fenómenos sociales, el investigador orienta el discurso lógico de una persona según la finalidad de cada caso, para lo que se cuenta con un esquema fijo de cuestiones mínimas ordenadas y formuladas. Su función dentro de una investigación sociológica es la reproducción del discurso motivacional consciente o inconsciente de una personalidad típica en una situación social determinada, por lo que este acto de interacción verbal asimétrico en el cual el entrevistador controla el intercambio verbal, a través de la enunciación de preguntas ;sin embargo, recae sobre el entrevistado la mayor parte del peso de la participación en dicho intercambio conversacional, siendo sujeto –objeto de las entrevistas. Por lo que es importante el punto de vista de las personas ya que ellos te pueden informar lo que piensan de un tema y que alternativas se pueden dar para resolverlo si se trata de un problema.

### 7.3.- NOTAS DE CAMPO Y GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:

La observación participante consiste en la obtención de datos empíricos mediante la observación de las conductas en el mismo momento y situaciones en las que ocurre aquí el investigador es el principal agente de la observación y se requiere su aceptación por parte del grupo social que se observa. Se denomina directa porque acude a las fuentes primarias u originales del problema estudiado por lo que a las fuentes a las que recurre son interpretaciones previas o son datos escogidos con determinada orientación. Se considera participante porque supera a la sociología del espectador, al ser participante elimina la barrera existente entre el sujeto (investigador) y el objeto (lo investigado), ambos se estudian y se reconocen; la comunidad deja de ser la cosa estudiada para ella misma convertirse en el actor que estudia y se transforma y el investigador es a la vez el estudioso y el estudiado, al participar el investigador obtiene la confianza de los investigados (Giner 1998)

Las notas de campo son las que complementan a la observación participante, ya que se debe tomar notas después de cada observación y también después de contactos más ocasionales con los informantes las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones los lugares, intuiciones o posibles hipótesis generadas en esos momentos por parte del investigador. (Taylor y Bogdan ,1987).

## **CONCLUSIONES:**

El derecho a la salud es una garantía que tiene que ofrecer el Estado a su población, lo cual no se refiere únicamente al cuidado y mantenimiento de la vida si no también a su calidad.

Con la aparición de la dominación de la globalización y del modelo neoliberal en temas de salud pública, ha dado nacimiento a una nueva atención médica gerenciada, en donde las personas tienen que asegurar su bienestar por ellas mismas, convirtiéndola ahora en el mercado industrial, en donde la atención se convierte en una gerencia, en la cual los médicos y personal sanitario se ven empujados mediante amenazas y sobornos a abdicar su compromiso con el enfermo, cuyo cuidado no puede ser rentable, convirtiendo la atención en una industria y el acto médico en un buen mercado, de esta forma, los médicos se verán forzados a elegir entre los mejores intereses de sus pacientes y su propia supervivencia económica.

Mostrando que la política neoliberal tiene como consecuencias que, en las Instituciones de Salud en México que atienden a la población, se privatizan los servicios, lo que conlleva a que se disminuya el gasto y recursos tanto del IMSS y el ISSSTE, reduciendo el financiamiento del sector y dificultando la elevación de la calidad de estos. Situación que es aprovechada por los gobiernos y el mismo sector privado para darle desprestigio a las Instituciones Públicas con el objetivo de desafiliación, para que siga ganando terreno la privatización de la salud, dando un avance al mismo. Por lo que a los médicos los orillan a elegir los costos y no la calidad y, donde los intereses colectivos quedan condicionados a intereses del mercado.

Ante este sistema capitalista Marx menciona que el trabajador se sentirá alienado por la presión que padece del capitalista a quien le trabaja y debe complacer con su trabajo, para que éste pueda a la vez, maximizar sus ganancias, por lo que, el impacto negativo de la flexibilización laboral en la calidad, optan por descifrar que las reformas neoliberales y capitalistas, aumentan el estrés y la insatisfacción de los trabajadores, su inseguridad por los contratos flexibles de trabajo, la

preocupación por los posibles juicios por negligencia profesional, la migración laboral, entre diferentes instituciones y las nuevas labores burocráticas para las cuales el personal médico sanitario no estaba entrenado, por lo que, esta insatisfacción genera en el personal un síndrome llamado "burnout", el cual se caracteriza por el desgaste físico y emocional por el aumento de trabajo y las nuevas responsabilidades, lo que a su vez propicia en los médicos actitudes pesimistas, irónicas y una carencia de relación interpersonal con el paciente. De esta manera y de acuerdo con Foucault, el hombre ya no es libre de su propio cuerpo, si no que se va adoptando a la construcción de realidades que le imponen.

Cabe mencionar que las entrevistas, realizadas en esta investigación tuvieron la finalidad de orientar y poder cuestionar la presencia del fenómeno de alienación, corroborando con casos de vida, la visibilidad de este problema.

Por lo que se puede concluir que el modo de reproducción social, es el reflejo del modo de producción económico, a pesar de cualquier efecto aberrante, es decir que el poder, por provenir de voluntades institucionales y estas a la vez por modelos económicos, ejerce dominios mediante una tarea en específico, así se controla, manipula, estimula en los ámbitos plenos de control mediante mecanismos que permiten entonces "disciplinar" conductas mediante dispositivos de poder y crear "modos de saber", esto quiere decir que la alienación del personal médico abdicado al modelo neoliberal reproduce su misma esencia y comportamientos contribuyendo a la carencia de una atención integral a los enfermos.

Llevando esta problemática a un grupo de la sociedad en específico que son los enfermos con cáncer, considerando que esta enfermedad, es un asunto primordial para la sociedad, debido al dolor y al sufrimiento personal que causan los costes médicos y la pérdida de años productivos, ya que su desarrollo está profundamente ligado al actuar de la sociedad, y por tanto, la lucha contra esta enfermedad requiere de la colaboración integrada de diferentes disciplinas y actores que mediante la abogacía logren colocar el tema en agenda pública.

Es indignante que las decisiones sobre la reforma de los servicios en salud, han sido tomadas por el Ejecutivo, la tecnocracia, lo que ha provocado la no

participación de otros sectores, lo que ha propiciado de que en lugar de que se dé una reforma en donde haya un sistema de salud de calidad, equitativo y universalista, sea fragmentado, polarizado y mercantil, es decir, los intereses colectivos de bienestar quedan subordinados a los estrechos intereses del mercado.

La importancia de generar políticas públicas que impacten la salud de la población nos ha enseñado que la lucha contra el cáncer requiere de la colaboración integrada de diferentes disciplinas, tal cual Álvarez (2003) respalda en su investigación, y que la hipótesis de este trabajo afirma que la conducta humana, es el mayor determinante para un control exitoso del cáncer, y que la manera de percibir y estructurar a los individuos, sus vidas colectivas, afectan a la salud de la comunidad, por lo que, ante el problema analizado, el sector más vulnerable a carecer de una atención de mala calidad, sean precisamente quienes padecen esta enfermedad, ya que como lo habíamos reiterado, las emociones son las primeras afectadas en el proceso de la enfermedad por lo que la visualización del dolor y el sufrimiento fortalecen el concepto de insensibilidad a la figura de autoridad del médico, al trato y comunicación del mismo.

De esta manera una alternativa presentada es crear una política que satisfaga las necesidades de la población y de los excluidos, que pretenda alejar de la visión tecnocrática a la política social e introduzca las humanidades médicas en el curriculum del pre graduado y de la alienación del mismo sistema, lo anterior no significa ceder en la exigencia de la formación científica del médico, ya que su competencia científica y su actitud humanista ante el paciente no son en absoluto términos excluyentes si no complementarios.

Esta enseñanza de humanidades medicas puede plantearse como un programa interdisciplinar alejado de la dominación de espacios cerrados, es más bien un programa que estimule en el personal médico sanitario el desarrollo de un pensamiento crítico que someta a reflexión los grandes temas que afectan al paciente, preocupándose por la condición humana, logrando la integración social lo

que consiste en centrar la atención en el desarrollo de las personas y no del crecimiento económico.

Lo que se necesita es una globalización de solidaridad, como lo menciona Franco (2000) en donde se rescaten los valores y derechos de las personas, en donde el paciente no sea tratado como objeto, y exista una solidaridad y acción colectiva para acceder a una mejor calidad de vida en donde se haga eco a la solidaridad de todo tipo, ya sea por medio de la acción equitativa afianzada en el Estado, la participación ciudadana o estrategias políticas que den calidad de vida, entre unos y otros en una concepción global de la humanidad.

Si fuera de esta manera México podría avanzar de una mejor manera ante los movimientos sociales y brotes de protesta que se han caracterizado en los últimos gobiernos federales, lamentablemente problemas como corrupción e impunidad son unas de las grandes barreras que detienen a nuestro país para que de este tipo de giros positivos en pro de la Salud Pública, tomen fuerza, barreras tales como la planificación el cual nos muestra que la rapidez para que se lleven a cabo determinadas propuestas se vuelve cada vez más burocráticas, la segunda es el presupuesto ya que el financiamiento disponible está por debajo del promedio de los países estudiados de la (OCDE), la inversión del PIB en Salud Pública es de 3,3%, vs. el promedio de 4,6% en los 12 países estudiados, y 7,42% en los países de ingresos altos en el mundo, sobre todo los recursos humanos de oncología son escasos y están concentrados en las urbes, el equipamiento de radioterapia cubre a apenas 70% de la población, por debajo del promedio de 74% del estudio, en disponibilidad de medicamentos, la siguiente barrera es la ineficiencia y la desigualdad ya que existe una gran fragmentación por lo que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí, cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados dando prioridad a la privatización de la salud y beneficio a los monopolios farmacéuticos

Y por último concluimos que esta última barrera pero no por ello, deja de ser importante se complementa con actos corrupción e impunidad casos tales como el recorte presupuestal al sistema de salud planteado en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2017 donde se menciona, que pone en riesgo la viabilidad financiera y subsistencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que significa el ajuste, poco más de 6 mil millones se le restarán al fondo que cubre las enfermedades de alto costo como sida, cáncer e infartos cuyos tratamientos se pagan con esos recursos y se evita el empobrecimiento de las familias, advierte la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Casos como los ya mencionados en el presente trabajo de investigación, tales como el Instituto Nacional de Cancerología, tendrá una disminución de 159 millones de pesos ya que anteriormente operaba con 537 millones que ejerció en 2016, ahora pasará a 378 millones en 2017, En cambio, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, estado de México, pasará de 230 millones en 2016 a 319 millones de pesos en 2017 mostrando nuestra realidad mexicana y esto sucede porque cada año los legisladores autorizan ampliaciones presupuestales para estos organismos privados.

Este tipo de comparativos nos llevan a concluir que la vida de los ciudadanos en México, también está pasando al rubro de ser una mercancía, lamentablemente, confirmando una vez más, que la alienación en nuestro país es un fenómeno que se reproduce con mayor rapidez afirmando que el modo de reproducción social es el reflejo del modo de producción económico, pero no para un efecto positivo ya no habrá dinero suficiente para proveer servicios médicos con oportunidad y sobre todo calidad por lo que los pacientes y sus familias tendrán que pagar en el momento que reciban la atención, cuestión que afectaría a las poblaciones de escasos recursos, privándolos de un derecho fundamental que es el otorgamiento de la salud.



## **ANEXO 1**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

### **FORMATO DE ENTREVISTA**

- 1.- **¿Qué perspectiva cree que tienen los médicos hacia los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer?**
- 2.- **¿Cómo considera el manejo de la comunicación del médico hacia el paciente, para transmitir el diagnóstico de la enfermedad?**
- 3.- **¿Considera que la calidad en la atención médica es deshumanizada hacia enfermos con cáncer?**
- 4.- **¿Qué opina sobre el lenguaje médico utilizado para la atención es muy técnico grotesco o cínico?**
- 5.- **¿Cree que la formación del personal médico sanitario de las instituciones públicas, en el que deshumanización e insensibilización imperan, contribuya a la buena o mala, calidad para la atención en pacientes con cáncer?**

## ANEXO 2

ENTREVISTA REALIZADA AL DOCTOR MIGUEL ANGEL KARAM CALDERÓN  
(MARZO 2016)

Como primera entrevista, se decidió interrogar al Doctor Karam ya que su currículum es muy completo y a fin al tema abordado, es Médico cirujano, con una Maestría en Salud Ambiental, posee dos doctorados uno en Epidemiología y es Dr. en Ciencias Sociales, lo cual es muy importante para poder brindar información tanto medica como social, que sin duda el análisis de esta entrevista nos dio muchas pistas, para llevar a cabo la investigación ya que fue él , quien nos mencionó el fenómeno del Burnout, cuestiones de alienación y una respuesta más aterrizada sobre la formación de los médicos respecto al mundo neoliberal actual y comentando sobre la atención gerenciada actualmente.

### **1.- ¿QUÉ PERSPECTIVA CREE QUE TIENEN LOS MÉDICOS HACIA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS COMO EL CÁNCER?**

A nivel mundial existen dos cosas fundamentales, una cosa es la enfermedad y otra es hablar de la salud, que incluso si tú ves el concepto de salud de la OMS es el bien estar, “estar bien” sin embargo existe una lógica psicológica y emocional que nos habla del ser social y espiritual refiriéndome a lo espiritual como al gozo de la vida eso planteado con los Europeos donde la comisión de la OMS para Europa dice que ser sano es ser creativo, y vivir satisfactoriamente con lo que haces, por lo que los médicos en la actualidad vemos a los pacientes como esa responsabilidad de que estén bien gocen en salud por ejemplo cuando estás enamorado se puede sentir la salud porque te sientes pleno, motivado y la palabra enamorado viene de la raíz “en el amor” el problema es que atribuimos ese sentimiento a alguien más, haciendo responsable a alguien más.

## **2.- ¿CÓMO CONSIDERA EL MANEJO DE LA COMUNICACIÓN DEL MÉDICO HACIA EL PACIENTE, PARA TRANSMITIR EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD?**

Es algo que nunca te prepararan, ni en tu formación como médico no existe un guion para que se pueda dirigir la noticia, valla como te lo digo a ti como mujer, con determinados estudios, a comparación de una mujer con condiciones bajas sin una educación completa cuando solo acabo la secundaria o incluso una mujer preparada con determinados títulos y grados, como adivinas, como médico con que factores cuentas por lo que no influye tanto la visión de escolaridad cuando se trata de tu vida y o trabajo con percepción del riesgo, entonces la precepción de los riesgos son muy diferentes, en función de quien este en el riesgo por ejemplo influye también lo roles de género no es lo mismo por la percepción que tenemos de la mujer que del hombre en la sociedad no es lo mismo que te enteres por ejemplo es tu mama la que está enferma de una enfermedad crónica degenerativa a que si es tu papá, por cultura creemos que la madre es la más débil aquella que necesita más atención cuando se enferma y el padre no requiere, tanto esa atención porque lo catalogamos como el fuerte aquel que aguanta más , que se va a sanar más rápido solo por la concepción de idea a que tenemos aun sabiendo que nuestro organismo no reacciona por ideas puede y que sea al revés.

Influye la cultura también y no solo para trasmitir la noticia de que tienes una enfermedad crónica degenerativa como cáncer, si no para prevenirte como te hablo a ti mujer con determinadas costumbres a que te explores para prevenir el cáncer de seno por ejemplo a que si lo digo a una mujer de cultura indígena aunque no queramos el machismo la pena aún prevalecen.

En México no hay nadie preparado para comunicarlo en este caso la comunicación de riesgo nadie se especifica en preparar recursos humanos y puedan obtener el equipo, no se le da la importancia para que puedan tener una actitud positiva, racional y cordial con el paciente.

Depende de percepción de cómo se percibe la muerte por ejemplo como lo sabremos como médico, en la ciencia y en la sociedad llegamos un punto de conciencia y es lo que nos falta.

### **3.- ¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA ES DESHUMANIZADA HACIA ENFERMOS CON CÁNCER?**

En cuestiones de cultura somos un país tan heterogéneo, ya no vemos por los pacientes ya lo vemos por el lucro por intereses ,en la pelea de ideologías cuando se contradicen unos con otros por ejemplo en la política, se contradicen unos con otros, partido con partido , solo por una cosa y es el poder cosas tan sencillas, que vemos cuando el sistema de salud ya se neoliberalizo y todo lo que los médicos realmente hacen es venderse, porque la formación se les enseña a ganar más a obtener el éxito de la vida por ejemplo tal vez para ti el éxito de la vida es terminar tu carrera pero para qué? Y tal vez me respondas para obtener dinero, pero me pregunto ¿ese es el éxito en la vida? Sí, es obvio que después de una carrera se tenga un beneficio económico pero volvemos al mismo punto, que al principio la intencionalidad no toda profesión es para obtención de un bien, más bien, es para ofrecer a la sociedad un bien común, tú, por ejemplo que estudias políticas, si te quisieras convertir en un servidor público, es un servicio a la comunidad, uno como médico me vuelvo a preguntar, cual es la verdadera intención por la que estudiamos y cuál es la realidad y eso nos falta como sociedad ser honestos con nosotros mismos, por otra parte la mala forma de gobernanza, al querer poseer el poder nos convierte como médicos en prestadores de servicio, no hay que dejar de lado la condición de un médico, cuanto duerme , que come , cuanto descansa y a todo esto súmale corroborar con el sistema neoliberal es agotador para todo tipo de personas y no por medico somos diferentes somos seres humanos .

#### **4.- ¿QUÉ OPINA SOBRE EL LENGUAJE MÉDICO UTILIZADO PARA LA ATENCIÓN ES MUY TÉCNICO GROTESCO O CÍNICO?**

El comunicar del médico es más por costumbre por el lugar que te desenvuelves digo es normal que si pasas más de 15hrs en un hospital o si eres residente los términos médicos, los quieras llamar por su propio nombre, otra cosa muy distinta cuando te acercas a un paciente o familiar a explicarle, ¿Cómo te puedo comunicar las cosas? Si te repito en un país heterogéneo con diversidad de culturas, religión, ideologías, pueda trasmitirte un diagnostico o cuidados de prevención por ejemplo el caso de personas indígenas, como te trasmito lo que te quiero decir o escolaridad diferente, si hasta con los mismas personas con estudios superiores a veces no nos entendemos, que esperamos de los demás si tampoco se nos da la cultura de preguntar, a veces por miedo o al qué dirán, y tampoco como médicos tenemos la tolerancia, por todo lo que ya mencionamos del ritmo laboral síntomas de cansancio, comer, sin dormir etc., factores que te hacen como ser humano intolerante - ¿cómo le hacemos? - . Como médicos tenemos que ver la heterogeneidad no solo cultural si no de personalidades eso no quiere decir que antes de hablar con el paciente o familiar se le va hacer un estudio de cómo se encuentra en estudios de nivel de estudios o que tantas palabras conoce no, no más bien detectar detalles que tú vas viendo y hacer lo posible la comunicación otra tarea más de los médicos porque no existe un sector intermedio para enseñar a comunicar lo que te comentaba un comunicólogo de riesgos, por ejemplo que ya vallan las personas empapadas de lo que es la enfermedad y se atrevan a preguntar por sus síntomas y salud.

#### **5.- ¿CREE QUE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, EN EL QUE DESHUMANIZACIÓN E INSENSIBILIZACIÓN IMPERAN, CONTRIBUYA A LA BUENA O MALA, CALIDAD PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?**

En la comunidad médica existe un síndrome de desgaste llamado Burnout es aquel que como su nombre lo dice en ingles significa “los quemados” y se refiere a un estado en tu cuerpo cuando ya estas fundido de todas tus capacidades es un cansancio en extremo que se presenta con más frecuencia en los médicos ya que

muchas veces nos olvidamos que son humanos como nosotros y no nos damos cuenta el ritmo de trabajo que llevan el atender a pacientes en el área de hospitalización consulta horas de sueño interrumpidas y de esto me refiero a que un médico en promedio está despierto alrededor de 18 horas diarias con dos o tres horas de descanso y esto es más común en chicos que esta como internistas que es el inicio de tu formación y contacto con la realidad además súmale que hay casos hablando de las mujeres que existe acoso sexual haciendo más incómoda la experiencia no generalizo pero es lo que se está observando últimamente en el sector salud.

Entonces a todo esto súmale que con el sistema neoliberal que lleva acabo el sector salud aparte de las tareas medicas súmale el manejo computarizado del sistema, atendemos al paciente o atendemos el sistema para la recabar de datos, y si no la haces el factor de competencias para conservar tu lugar, tu reputación como médico nos hemos convertido en un sector que además de medico sea prestador de servicios

Ahora regresando al síndrome este presenta etapas de desgaste llegando hasta una frustración laboral, si no es que en casos más graves la depresión lo cual causa desánimo y fastidios para atender a pacientes, los atiende de mala gana por su estado de cansancio y estrés y puede que llegue al punto de deshumanización y ser grosero con el paciente porque realmente ya no hay ese gusto por la profesión o más bien existe un fastidio por seguir, porque no estamos capacitados para ser burocráticos la formación en los médicos nos debería hacer más sensibles en lugar de excluir y más bien en la medicina moderna es lo que es sucediendo sin duda necesitamos acciones por parte de los tomadores de decisiones para mejorar al sistema de es salud y que mejor que hacerlo con los que laboramos en él.

## ANEXO 3

ENTREVISTA REALIZADA A INTERNISTA DEL SEGURO SOCIAL IMSS 220  
EDAD 25 AÑOS (PREFIERE MANTENER SU NOMBRE EN ANONIMATO POR  
MOTIVOS DE INICIO DE SU CARRERA)

Para esta entrevista el internista prefirió mantenerse en anonimato por cuestiones personales, indicando que iniciaba su carrera y no quería problemas por lo dicho lo cual con este primer punto nos confirma que el dominio del sistema neoliberal sobrepasa los límites, al mantener con miedo a sus empleados ejerciéndoles un control, con esto me refiero al que puedan ser despedirlos. Esta entrevista fue muy útil ya que, se pudo retomar dirección al trabajo de investigación, porque nos habla sobre como padecen los médicos, por el mismo sistema neoliberal y más aun acercándonos a su formación ya que en este entrevista él, nos habla de cómo deberían ser y saben atender a un paciente sin embargo nos detalla, como el mismo sistema los copta para atender de una manera muy diferente a los enfermos, coincidiendo en algunas ideas con la primera entrevista en cuanto a que se convierten en prestadores de servicio y ellos mismos velan por sus intereses, lo que los orilla a contribuir en la atención gerenciada preferir la privatización de la salud.

### **1.- ¿QUÉ PERSPECTIVA CREE QUE TIENEN LOS MÉDICOS HACIA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS COMO EL CÁNCER?**

En mi experiencia te podría decir que un enfermo crónico son los pacientes que llevan una larga enfermedad esto quiere decir que ha sufrido una serie de mutaciones o complicaciones su caso hasta el punto de volverse como su nombre lo dice “crónico” como lo es el caso del cáncer

### **2.- ¿CÓMO CONSIDERA EL MANEJO DE LA COMUNICACIÓN DEL MÉDICO HACIA EL PACIENTE, PARA TRANSMITIR EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD?**

lamentablemente la comunicación con un enfermo crónico en este sentido un enfermo de cáncer si es muy complicado comunicarnos con ellos porque se vuelven

una personas más ansiosas por saber que pasara con su vida y la verdad creo que para poder comunicar la noticia, si hay que tener mucho tacto, porque almenos yo me pongo en su lugar, primero que me digan que puedo morir y segundo como familiar que puedo hacer, son dos papeles muy fundamentales que debemos tratar, a veces no existen las palabras realmente, no estudias para eso porque no sabes que reacción puede tener hacia ti, es como si tú te enteraras de alguien y se lo tienes que comunicar, como lo haces sin lastimarlos digo lamentablemente también veo a médicos que he estado asistiéndolos en medicina externa y son tan fríos groseros, que sueltan la noticia así como es y ellos te dicen que lo tomes con naturalidad porque así es el proceso de vida es natural y si me he indignado por ello, pero también creo es el ritmo que tenemos como médicos, no lo he visto solo con uno si no con varios que ya llevan tiempo aquí

### **3.- ¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA ES DESHUMANIZADA HACIA ENFERMOS CON CÁNCER?**

En cuestiones sobre la calidad es triste, porque no se da la calidad que realmente se merecen las personas, pero son muchísimas las que tenemos que atender te cuento una experiencia, en una ocasión me toco estar en medicina externa para apoyar en citas, en la primera cita, era una señora que necesitaba tratamiento en su movilidad de su pie y me pidió el doctor que la apoyara enseñándole los ejercicios básicos, en eso él me dijo eso es todo puede sentarse, -si recuerda bien los ejercicios verdad- le dio la receta y salió la señora del consultorio, cuando me acerque, al médico para preguntarle porque no le dijo todos los ejercicios, que correspondían para su recuperación a la paciente él me contesto, que a la siguiente cita la atendiera yo, en afán que no se molestara acepte, cuando entro la siguiente cita, lo trate como un médico debería atender a un enfermo aclarando sus dudas y además mostrándole todas las posibles consecuencias, cuando se fue la persona citada el doctor que estaba a cargo del consultorio me pregunto ¿cómo me sentía? y le dije muy bien, el médico me menciona que en la consulta me lleve más de cuarenta minutos, que ahora teníamos que atender a las 10 personas que faltaban en un lapso más corto porque si no cerrarían el sistema del turno matutino, cerraba

a las 2 de tarde y por lo tanto la farmacia cerraría y no le darían el medicamento al paciente y tendría que volver a tomar cita para su medicamento tomando en cuenta que para el día de mañana ya hay personas citadas, realmente ese día recapacite sobre el tiempo en el seguro social, no alcanza, el mismo sistema para subir las recetas para transcribir y mandar las ordenes en farmacia, son muy desgastantes que tienes que aprender a tomar consulta lo más rápido que se pueda la sobresaturación la falta de insumos, hacen muy complicado el trabajo de un médico aparte de eso, súmame que tienes que aprender a escribir más rápido en la computadora, aprender computación, para saber mandar todo al sistema como evidencia no contacto visual y debes poder tus sentidos al máximo porque mientras escribes los tienes que escuchar y buscar su seguimiento en el mismo sistema, imagínate, buscar a una persona en una lista enorme hay herramientas en la computadora, pero quienes se acoplan apenas son los médicos con mayor experiencia, realmente es frustrante y cuando estoy en piso de cirugía, en hospital lo llamamos nosotros así, tienes como médico que aprender a ver emergencias a decidir por ejemplo, tiene una persona una tomografía pero te llega uno de urgencias y la falta de equipo te hace que tengas que decidir a quién le vas a dar el pase para la tomografía, al que se viene muriendo o quien lo necesita, pero puede aguantar te contestas fríamente, sin embargo si no se le realiza, se atrasa su tratamiento, por lo tanto corre el riesgo de hacerse crónico su padecimiento realmente es muy complicado y el otro punto como le explicas al familiar que no va a tener su estudio como se acordó

#### **4.- ¿QUÉ OPINA SOBRE EL LENGUAJE MÉDICO UTILIZADO PARA LA ATENCIÓN ES MUY TÉCNICO GROTESCO O CÍNICO?**

Con relación al lenguaje médico, pues es tanto que tienes que hacer que a veces he notado que los médicos le explican a los pacientes en términos que de plano no los entiende o almenos yo que los veo les noto caras de ¿qué dijo? Pero es tanta la apatía del médico su actitud muy agresiva o apática grosera, que no preguntan las personas más bien es miedo por preguntar y valla por más que les digas alguna duda no te lo van a decir es muy complicado esa comunicación.

**5.- ¿CREE QUE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, EN EL QUE DESHUMANIZACIÓN E INSENSIBILIZACIÓN IMPERAN, CONTRIBUYA A LA BUENA O MALA, CALIDAD PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?**

De acuerdo a la formación estoy totalmente de acuerdo que necesitamos una empapadita de términos filosóficos en enfermos con cáncer, porque lo que a ellos les alivia es que los entiendas y le echan ganas y uno como médico te lo repito como le dices que va a morir si almenos en nuestra formación nos mostraran esa sensibilidad para apapachar al paciente o saber comunicarnos sería estupendo de echo las materias como Tanatología o Filosofía o Ética son optativas realmente pero sí creo ayudaría mucho;

-Bueno espero haberte apoyado o ayudado con lo que llevo de experiencia.-

## ANEXO 4

ENTREVISTA REALIZADA A ENFERMERA IVONNE MELCHOR DEL SEGURO SOCIAL IMSS 220 EDAD 48 AÑOS (CUENTA CON LA CARACTERÍSTICA, QUE FUE DIAGNOSTICADA CON LA ENFERMEDAD Y A LA VEZ, OTORGA LA ATENCIÓN DE LOS MISMOS ENFERMOS)

En esta entrevista realizada a una enfermera del seguro social y aún más cuando tiene como antecedente el haber cargado con la enfermedad fue muy fructífero para la investigación ya que pudimos ver la realidad del enfermo, hacia como del personal médico sanitario se ve sometido a la atención y no es solo de médicos es de todos aquellos dispositivos de poder que tienen a cargo el cuidado de estos enfermos, una de las partes fundamentales que nos abrió un panorama más grande es que las alternativas no solo fuera a formación de médicos si no al personal en general a la creación d estrategias para que formemos un ambiente más viable para la calidad de los enfermos con cáncer

### **1.- ¿QUÉ PERSPECTIVA CREE QUE TIENEN LOS MÉDICOS HACIA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS COMO EL CÁNCER?**

Hola en primera para mí ¿qué es un enfermo crónico? Es la persona que su enfermedad se complicó y son los pacientitos que tienen más tiempo en el hospital en piso que no se pueden recuperar, aquellos que por ejemplo tienen que tratarlos con más cuidados , o a los que tienen cáncer que es un proceso muy largo como lo fue mi caso”

### **2.- ¿CÓMO CONSIDERA EL MANEJO DE LA COMUNICACIÓN DEL MÉDICO HACIA EL PACIENTE, PARA TRANSMITIR EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD?**

comunicarle la noticia a un enfermo, de lo que sea es muy duro, me toco personas que no lo soportan o se quedan en estado de shock porque no te la crees y digo cuando a mí me lo dijeron no lo podía creer si lo primero que se te viene a la mente es muerte, definitivamente que va a pasar con tus hijos, tu familia y tú misma como

puedes quedar, porque yo lo he visto he visto el proceso que pasan y los dolores tan intensos que se sienten el cansancio y todos los efectos secundarios que son las quimioterapias y las radioterapias viví las dos partes, antes cuando no me habían diagnosticado, me tocaba estar en revisión y si los doctores son bien “canijos”, por no decir groseros déspotas, fríos, para decir que tienes determinada enfermedad pero para ellos ya es tan normal, porque saben que como toda enfermedad tiene un tratamiento, no lo ven tan catastrófico, como uno lo ve si falta mucho que ellos lo vivan porque a mí me paso igual para mí también era normal escucharlo y hasta decirlo, hasta que fue a mi cuando me lo dijeron es una desolación increíble porque te vas a otro panorama de la vida y es cuando te pones en sus zapatos, solo hasta que te sucede antes no y es mucha gente la que asiste que a veces los mismos nervios de los pacientes o su estado de shock fastidian al médico porque lo ve todo tan general .

### **3.- ¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA ES DESHUMANIZADA HACIA ENFERMOS CON CÁNCER?**

La calidad de la atención uno como trabajador del Instituto lo justificamos mucho porque si hay muchas trabas para que puedas realizar tu trabajo, como la falta de medicamentos o hasta para poder transportar a un enfermo la falta de más equipo para rayos x o ultrasonidos, son deficientes, de acuerdo a la actitud, si hay compañeras y compañeros que son muy groseros y sigo opinando que es por el mismo estrés que se vive en el seguro social, realmente mucha gente con distintas actitudes, te mueve mucho pero cuando a mí me diagnosticaron, aunque me conocían no cambiaba mucho te desesperas como enfermo la misma enfermedad te mantiene en un estado de alerta continuo porque tus expectativas de vida se van agotando o más bien eso piensas te llenas de estrés de ansiedad y más aún cuando un médico tiene esas actitudes piensas que no sabe y más te desesperas

### **4.- ¿QUÉ OPINA SOBRE EL LENGUAJE MÉDICO UTILIZADO PARA LA ATENCIÓN ES MUY TÉCNICO GROTESCO O CÍNICO?**

El lenguaje médico almenos, yo lo entendí cuando tuve mis consultas pero cuando labore había mujeres que venía de pueblitos, que solo movían la cabeza y apuesto

que no entendieron y eso es de preocuparse sabes... porque estamos creando una cultura de miedo hacia el médico, de autoridad exacerbada y por lo tanto por no hacerlo enojar y que nos siga atendiendo, le decimos que si a la primera cuando debemos saber que es nuestro derecho que nos atiendan pero para poder explicarlo falta mucho por parte de las dos partes medico paciente.

**5.- ¿CREE QUE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, EN EL QUE DESHUMANIZACIÓN E INSENSIBILIZACIÓN IMPERAN, CONTRIBUYA A LA BUENA O MALA, CALIDAD PARA LA ATENCIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER?**

Que exista una formación desde pre graduandos a mí me parecería fantástico, porque en primera los aires de superioridad ante los pacientes, por parte de médicos y enfermeras, desaparecerían y en mi opinión lo que nos falta más allá de sensibilizar al conjunto de personas que atendemos a enfermos crónicos es la ética la bioética, sin duda es algo esencial en el médico y enfermeras pero que se tenga tan arraigada para establecer como si fuera como el juramento de Hipócrates y requisito para laboral y nos solo para pre graduados hacer que médicos y enfermeras que ya laboramos y que somos ancianos o adultos con determinado tiempo ahí también se nos dé una probadita de lo que como enfermos sufrimos dinámicas o algo que nos haga hacer consciencia eso para mí sería otro granito a pensar para que esto pueda mejorar y bueno eso es lo que opino espero y te ayude este testimonio.

## ANEXO 5

### NOTA DE CAMPO PRESENTADA:



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**



#### NOTAS DE CAMPO:

- 1.- ACTITUD ANTE LA TEMATICA ABORDADA.
- 2.-UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE MEDICO.
- 3.-UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL.
- 4.-CONSULTORIO O CUBÍCULO.
- 5.-COLABORACIÓN E INTERACCIÓN CON EL DEMAS PERSONAL MÉDICO.

## **ANEXO 6**

GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE REALIZADA AL DOCTOR MIGUEL ANGEL KARAM CALDERÓN MARZO 2016

**ACTITUD ANTE LA TEMÁTICA ABORDADA:** El doctor Karam mostro gran interés sobre el tema abordado mencionaba que es uno de los problemas en los que muchos no nos damos la tarea de investigar pero que no solo los pacientes padecen de alguna enfermedad sino que también los médicos y tal desencadena problemas entre medico paciente

### **UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE MÉDICO:**

En este sentido el doctor Karam hacia uso del lenguaje solo para nombrar las enfermedades pero a todo tecnicismo que me daba recibía un explicación con ejemplos cotidianos para poder entender el uso del lenguaje no fue equilibrado entre su profesión y comprendiendo que no sabía de los términos.

### **UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL**

sus gestos de atención su forma de sentarse y sus movimiento de las manos demostraban tal interés y preocupación por dar solución estaba sentado hacia enfrente a la vez que movía mucho las manos para poder explicar sus gestos de atención a mis preguntas para poder contestarlas.

### **CONSULTORIO O CUBÍCULO:**

La entrevista se realizó en su cubículo que se encuentra ubicado en el cuarto piso de la facultad de medicina la altura ayudaba a que no hubiera tanto ruido y distracciones

### **COLABORACIÓN E INTERACCIÓN CON EL DEMAS PERSONAL MÉDICO**

En este caso fue con sus adjunta se portaba muy interesado en el tema que cuando entro le explico de que estábamos hablando y que le parecía posteriormente sigo tomando la atención a la entrevista nunca se perdió el interés

## **ANEXO 7**

GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE REALIZADA A INTERNISTA DEL SEGURO SOCIAL IMSS 220 EDAD 25 AÑOS (PREFIERE MANTENER SU NOMBRE EN ANONIMATO POR MOTIVOS DE INICIO DE SU CARRERA) ABRIL 2016

**ACTITUD ANTE LA TEMÁTICA ABORDADA:** El internista se comportó de manera respetuosa ante el tema y muy amable aunque le daba miedo tener represalias por brindarme información pero en general eran temas que le agradaban

**UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE MÉDICO:** El uso de su lenguaje fue muy básico no ocupo tecnicismos y además su charla fue muy coloquial como una plática cordial y común

### **UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL**

Al principio le costaba hablar hacía gestos muy forzados pero conforme avanzo la entrevista cambio a gestos de seguridad e interés por decirlo movía las manos como reclamo y en la parte final junto manos para poder entender a los enfermos

### **CONSULTORIO O CUBÍCULO:**

La entrevista me la dio en la sala de espera del seguro social por tenemos a ser escuchado y poderse ver involucrado en represalias

### **COLABORACIÓN E INTERACCIÓN CON EL DEMAS PERSONAL MÉDICO**

Cada que hablaba lo saludaban y el saludaba repito al principio fue muy inseguro pero posteriormente lo saludaban y lo hacía de manera cordial con sus compañeros

## ANEXO 8

GUIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE REALIZADA A ENFERMERA DEL SEGURO SOCIAL IMSS 220 IVONNE MELCHOR EDAD 48 AÑOS (CUENTA CON LA CARACTERISTICA QUE FUE DIAGNOSTICADA CON LA ENFERMEDAD Y A LA VEZ TRABAJA PARA LA ATENCIÓN DE LOS MISMOS ENFERMOS) SEPTIEMBRE 2016

**ACTITUD ANTE LA TEMÁTICA ABORDADA:** Muy participativa, tenía el interés muy centrado en el tema, y aportaba mucho con su anécdota sobre su caso quería ser parte de quienes pudieran cambiar la situación

**UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE MÉDICO:** no ocupo ningún término medico aunque por su profesión los conocía, es algo que en lo personal le fastidiaba

### **UTILIZACIÓN DEL LENGUAJE NO VERBAL**

Definitivamente muy expresiva hacia movimientos de manos, gestos en el rostro cuando contaba su anécdota y muy activa

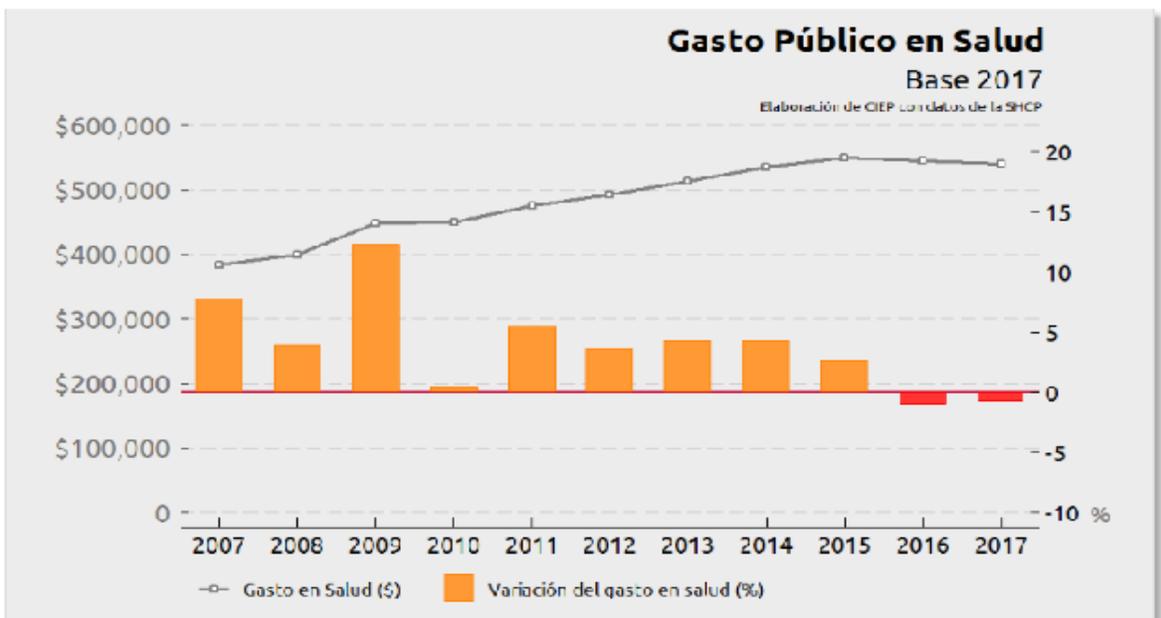
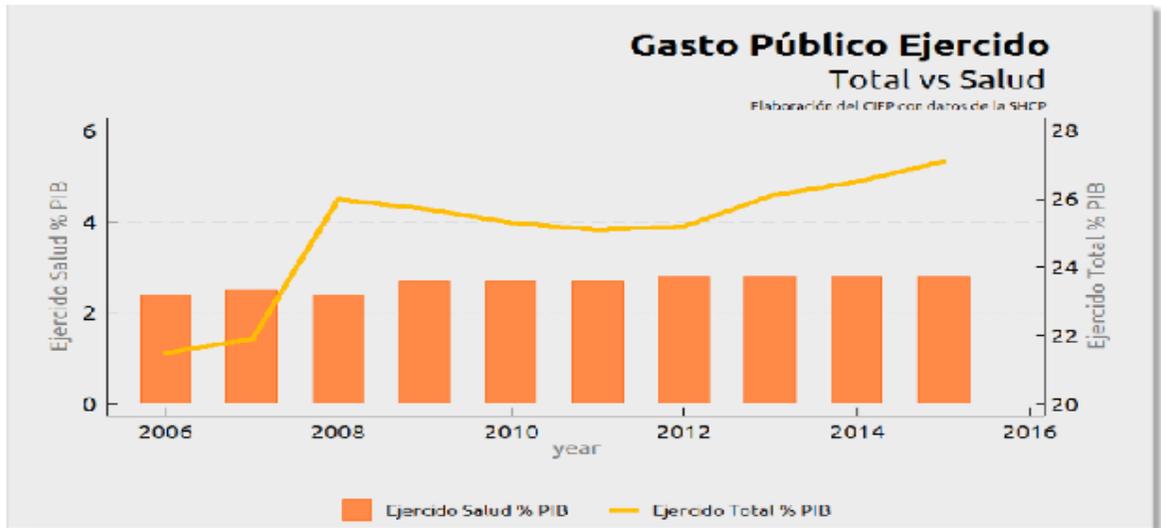
### **CONSULTORIO O CUBÍCULO:**

La entrevista me la dio en un consultorio vacío lugar donde se ocupa para vacunar cuando ya no hay espacios, me llevo ahí para que no hubiera distracciones ni ruidos para la grabación

### **COLABORACIÓN E INTERACCIÓN CON EL DEMAS PERSONAL MÉDICO**

Una persona muy humana que interactúa con todas las personas y saluda amablemente a los pacientes que están esperando en todas las salas de espera aunque no los conozca.

# ANEXO 9



FUETE: CIEP DATOS CHCP 2016 "GASTO EN SALUD"  
 PROPUESTA 2017 JUDITH SENYACEN MÉNDEZ MÉNDEZ  
 DISPONIBLE EN: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>

**Cuadro 1: Gasto per cápita por institución**

Institución	Gasto total (mdp)	Derechohabientes	Gasto per cápita
IMSS	\$265,325	75,593,970	\$3,510
ISSSTE	\$53,266	13,405,827	\$3,973
Seguro Popular	\$68,702	58,836,686	\$1,168
PEMEX, SEDENA, SEMAR	\$21,192	1,986,048	\$10,671
<b>Total</b>	<b>\$408,486</b>	<b>149,882,531</b>	<b>\$2,726</b>

**Notas:** El número de derechohabientes se estimó con las proyecciones de CONAPO y los porcentajes de los informes del IMSS.

**Fuentes:** Elaboración por el CIEP, con datos de la SHCP (2016b); IMSS (2016).

**Cuadro 2: Composición del gasto en salud por subfunciones**

Subfunción	PEF 2006	%	PPEF 2017	%
Generación de recursos para la salud	\$13,447	4 %	\$10,909	2 %
Prestación de servicios de salud a la comunidad	\$24,920	7 %	\$23,802	4 %
Prestación de servicios de salud a la persona	\$277,883	78 %	\$348,548	65 %
Protección social en salud	\$26,128	7 %	\$146,971	27 %
Rectoría del sistema de salud	\$14,351	4 %	\$9,747	2 %

**Notas:** Valores reales a pesos de 2017.

**Fuentes:** Elaboración del CIEP, con datos de la SHCP (2005, 2016b).

FUETE: CIEP DATOS CHCP 2016 "GASTO EN SALUD"  
 PROPUESTA 2017 JUDITH SENYACEN MÉNDEZ MÉNDEZ  
 DISPONIBLE EN: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>



Resultará afectada la cobertura a afecciones como sida, cáncer e infartos

## El recorte a salud pondrá en riesgo atención a enfermedades de alto costo

ÁNGELES CRUZ MARTÍNEZ

Período La Jornada  
Lunes 12 de septiembre de 2016, p. 37

El recorte presupuestal en salud planteado en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2017 pone en riesgo la viabilidad financiera y subsistencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC) del Seguro Popular. De los 10 mil 400 millones que significa el ajuste, poco más de 6 mil millones se le restarán al fondo que cubre las enfermedades de alto costo como sida, cáncer e infartos. En total, son 60 intervenciones de nueve grupos de padecimientos, cuyos tratamientos se pagan con esos recursos y se evita el empobrecimiento de las familias, advierte la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

El resto de la reducción en el presupuesto en el ramo 12 del PEF se cargará a los gastos de operación de institutos nacionales de salud, algunos hospitales de alta especialidad y organismos desconcentrados. Además, no habrá dinero para construcción de nuevos nosocomios.

En el proyecto de PEF entregado por el Ejecutivo al Congreso de la Unión el pasado jueves, resalta la situación del Instituto Nacional de Cancerología, que tendrá una disminución de 159 millones de pesos. De 537 millones que ejerció en 2016, pasará a 378 millones en 2017.

En cambio, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, estado de México, pasará de 230 millones en 2016 a 319 millones de pesos en 2017. Entre las instituciones desconcentradas, sólo algunas contarán con mayores recursos, como el Centro de Equidad de Género y el de Prevención y Control del VIH/sida. Aún así, se quedan cortos respecto de los montos ejercidos en 2016, porque cada año los legisladores autorizan ampliaciones presupuestales para estos organismos.

Los demás centros, en menor o mayor medida, verán disminuido el dinero para realizar actividades de prevención y promoción de la salud. Entre ellos se encuentran los Centros de Integración Juvenil, para el tratamiento y rehabilitación de consumidores de drogas. De una asignación de 38.5 millones en este año, pasará a 32.1 millones de pesos el próximo.

El recorte que el pasado junio determinó la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de 6 mil 500 millones de pesos en el Seguro Popular, también se aplicaron al FPCGC. De acuerdo con un primer análisis de la CNPSS – organismo administrador del dinero del Seguro Popular –, de aprobarse el PEF 2017 no habrá dinero suficiente para proveer servicios médicos con oportunidad y calidad. Los pacientes y sus familias tendrán que pagar en el momento que reciban la atención, lo cual no debería ocurrir en males cubiertos por el FPCGC.

Cuando se creó el Seguro Popular se planteó que de manera progresiva abarcaría la atención de todas las enfermedades de alto costo. La ley prevé que cada año se asignen al FPCGC 8 por ciento de los recursos del Seguro Popular.

-----  
La Jornada: El recorte a salud pondrá en riesgo atención a enfermedades de alto costo  
Es “un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud”, señala el ordenamiento.

De 2004, cuando entró en operación el Seguro Popular, a diciembre de 2015, el FPCGC financió la atención de más de un millón de enfermos, por un monto de 48 mil 782.7 millones de pesos, señala el informe de resultados 2015 de la CNPSS.

La existencia del fideicomiso del FPCGC ha permitido que los enfermos logren sobrevivir al cáncer cervicouterino, de mama y de próstata, por ejemplo, debido a que no abandonan los tratamientos por falta de dinero. También cubre los gastos de tumores malignos en menores de 18 años y trasplante renal para este grupo de edad, entre otros.

El análisis inicial de la CNPSS sobre el proyecto del PEF 2017 también puntualizó que el ajuste –aunque se suma al de 2016– no tiene impacto inmediato en el pago de los casos atendidos, porque cuenta con recursos, pero están comprometidos para afrontar los gastos que sean requeridos por las entidades federativas. Sin embargo, sí implica la reducción de la suficiencia financiera y actuarial antes de lo previsto.

FUENTE: LA JORNADA DISPONIBLE EN:  
<http://www.jornada.unam.mx/2016/09/12/sociedad/037n1soc>

# ANEXO 11

The Economist Intelligence Unit (EIU) realizó un estudio de benchmarking para evaluar fortalezas y debilidades en control del cáncer en la región, encomendado por Roche Latinoamérica.



Se hizo una comparación (benchmarking) de los esfuerzos para el control del cáncer entre 12 países de América del Sur y Central: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

FUENTE: The Economist Intelligence Unit (EIU) 2017 Roche Latinoamérica

Disponible en:  
[http://www.roche.com.mx/home/prensa/noticias\\_/une](http://www.roche.com.mx/home/prensa/noticias_/une)

El estudio introduce como herramienta una tabla de puntuación (scorecard) denominada LACCS, para clasificar el desempeño de cada país en áreas relacionadas al control del cáncer.

Se espera el lanzamiento del Programa Nacional para el Control del Cáncer el último trimestre de 2017.<sup>3</sup>

## PRINCIPALES BARRERAS PARA EL ACCESO EN MÉXICO



### PLANIFICACIÓN

En la actualidad tiene un plan enfermedades no transmisibles (NCD, por sus siglas en inglés) y para cáncer en la mujer.<sup>1</sup>

Desde hace años está **en desarrollo** un Programa Nacional para el Control del Cáncer (NCCP, por sus siglas en inglés), que a la fecha se encuentra **pendiente de aprobación**.<sup>1</sup>



### REGISTROS

México es el único de los 12 países estudiados que **cuenta con datos de mortalidad de alta calidad**, según el IARC.<sup>1</sup>

Sin embargo, sus registros de base hospitalaria cubren a **apenas 7,1% de la población**.<sup>4</sup>



#### Logro Reciente

A fines de abril se aprobó el Registro Nacional de Cáncer de base poblacional en México.<sup>5</sup> El primer registro se lleva a cabo en Yucatán (Mérida) y se unirán otros estados de la República, como Jalisco (Guadalajara), Puebla (Puebla) y Querétaro



### PREVENCIÓN & DETECCIÓN TEMPRANA

México obtuvo la puntuación más alta en este dominio.<sup>1</sup>

Es uno de los dos países que **aplican un impuesto a las bebidas azucaradas**, para **prevenir** la diabetes y la obesidad.<sup>1</sup>

Cuenta con **programas de detección temprana** para cáncer de mama, y cáncer de cuello de útero (PAP).<sup>1</sup>

Sin embargo, hay **déficits en el screening**: las mamografías cubren a **apenas 22% de la población objetivo**.<sup>1</sup>



### PRESUPUESTOS Y RECURSOS

El financiamiento disponible **está por debajo del promedio de los países estudiados**. La inversión del PIB en salud pública es de 3,3%, vs. el promedio de 4,6% en los 12 países estudiados, y 7,42% en los países de ingresos altos en el mundo.<sup>1</sup>

Los **recursos humanos de oncología son escasos** y están concentrados en las urbes.<sup>1</sup>

El equipamiento de radioterapia cubre a apenas 70% de la población, **por debajo del promedio** de 74% del estudio.<sup>1</sup>

En disponibilidad de medicamentos, México obtuvo un score de 3, con **bajo nivel de aprobación de terapias innovadoras**.<sup>1</sup>

Actualmente existe el proyecto de **"Programa Integral para el Control de Cáncer en México"** desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología que se espera sea aprobado para su ejecución en 2017.<sup>3</sup>



### INEFICIENCIAS Y DESIGUALDADES

Existe una **gran fragmentación**. La atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece **diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados**.<sup>1</sup>

**Avanza hacia la cobertura universal de salud**, pero, pese al Seguro Popular, aproximadamente 8% de la población no tiene cobertura.<sup>1</sup>

**Las zonas rurales tienen menor acceso al screening y a la atención**. Los recursos se encuentran concentrados en las urbes.<sup>1</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Aguilar Astorga y Lima Facio (2009): ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Septiembre.
- Álvarez-Dardet, Colomer (2003) Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 36-40.
- Alfaro et al. (2006), “El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes”, en revista *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 8 (2), pp. 109-117.
- Bishop AH, Scuder (1995) JR. Applied Science, practice, and intervention technology. En: Omery A, Kasper CE y Page GG, editoras, In Search of Nursing Science. Thousand Oaks: SAGE; 1995. pp. 263-274
- Bulger (1997) El médico para el nuevo milenio .Medicina 20 No2 (49) Academia nacional de medicina de Colombia
- Calveto, Mariana (2006)” Fundamentos Teóricos del Neoliberalismo: su vinculación con las temáticas sociales y sus efectos en América Latina” Convergencia, vol.13 No 41.
- Cruz Rodríguez, María Soledad (1987) “Los hospitales en la ciudad de México: de la caridad cristiana a la seguridad social”, revista sociológica numero 4 Universidad Autónoma Metropolitana, México, Pepe.104/120.
- Flores Meza, Beatriz Eréndira “Determinantes psicosomáticos y sociales del cáncer de mama” Toluca de lerdo: la autora 2013 tesis (maestra en ciencias de la salud)-- universidad autónoma del estado de México; 2013.
- Foucault, Michael (2002) Defender la sociedad. México. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, Michael (1976) Vigilar y castigar nacimiento de la prisión. México Siglo Veintiuno Ediciones.

-Foucault, Michael (1981) "Espacios Cerrados, Trabajos y Moralización, Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y el manicomio" en Espacios de poder.

-Franco, Álvaro (2000) "La globalización de la salud entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. Segunda Parte" "Revista de la facultad Nacional de Salud Pública, Numero 002vol 20 año20, Universidad de Antioquia, Medellín Colombia pp1-17 julio diciembre

-Gallino, Luciano (1995) Diccionario de Sociología. Ed. Siglo Veintiuno México

-Gil Eva (2005) "Simulacro, Subjetividad y Biopolítica "De Foucault a Baudrillard" en Revista Observaciones Filosóficas, numero 1. Barcelona

-Gil Montes Verónica (2004). Etnos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México. Universidad autónoma metropolitana unidad Xoximilco, México.

-Giner, Salvador y Lamo, Emilio et al (1998) .Diccionario de Sociología Madrid. Ed. Alianza.

-González González Norma (2007) Organización y Administración de los servicios de salud. Lugar y la dimensión de la sociedad pública. México, ed. Dirección de Difusión y Promoción de la Investigación y los Estudios Avanzados.

-Juárez A. (2004) Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México Rev. Ciencia y Trabajo 189-196Pp

-La Jornada disponible en:

<http://www.jornada.unam.mx/2016/09/12/sociedad/037n1soc>

-LeComte, M (1995) "Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas" Revista Electrónica de investigación y evaluación Educativa, Número 1 Volumen 1, ISSN 11344032//D.L SE-1138-94

-Lira Hernández, Alberto (2008) Borrador de tesis: "Saber médico y dominación: Un estudio desde la microfísica del poder UAEM

- López Arellano, Olivia y Blanco José (1993) La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta (México UAM-X).
- López Ernesto (1979) “El poder disciplinario en Foucault “en Revista Mexicana de Sociología, Numero 4, Volumen XLI, Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, México .pp1421-1432.
- Marx, K. (1959). El Capital: critica de la economía política. México: Fondo de Cultura Económica.
- Marx, K. Hobsbawm, E. (1989). Formaciones económicas pre capitalistas. (15 ed.). México: Siglo Veintiuno.
- Nateras, González, Martha Elisa (2007)”Política Social del Siglo XX en México” Espacios Públicos, números 19, volumen 10 año 10, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca México, agosto pp169-183
- Patiño José Félix (1990) Paradigmas y dilemas de la Medicina Moderna en El Contexto de la Atención Gerenciada de la Salud; Academia Nacional de Medicina George W. Gray Edit. Perspectivas Políticas Massachusetts.
- Pera Cristóbal (2000) Creatividad y automatismo descerebrado, Jano LVIII, 13331
- Pera Cristóbal (2004)”El humanismo en la relación Médico- Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina”, Trabajo No 6 Barcelona. Pp56”
- Pego Abrantes (2004) La lenta y difícil institucionalización de la reforma del sector salud en Sonora:(Manuscrito inédito).
- Quintero, Pablo (2005) “Apuntes antropológicos para el estudio del control social” en Redalyc. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, número 042, Antropólogos Iberoamericanos en Red, Madrid pp1-12
- Rivera Diana (2005) El cáncer en política, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Grupo Políticas, Legislación y Movilización Social.

- Rubio Andrade, Karla Lorena (2003) La entrevista en profundidad: teoría y práctica. Tamaulipas, México
- Salinas, Darío (2005) "Las condiciones de la política social en América Latina" Papeles de Población, Redalyc, No 44, UNAM, México PP. 83-108
- Senyacen Méndez Judith (2016) Ciep datos chcp "gasto en salud" propuesta2017 disponible en: <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>
- Sigerist Henry (2003) Red temática de Investigación competitiva de centros de Cáncer de España Plan estratégico Madrid RETICS
- Tamez González, Silvia y Valle Arcos, Rosa Irene (2005) "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud" Revista Mexicana de Sociología número 2, México, abril junio.
- Taylor, SJ y R. Bogdan (1990) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós.
- The Economist Intelligence Unit (EIU) (2017) Roche Latinoamérica Disponible en: [http://www.roche.com.mx/home/prensa/noticias\\_/une](http://www.roche.com.mx/home/prensa/noticias_/une)
- Ugalde Antonio (2005) Las Reformas Neoliberales del Sector de la Salud déficit gerencial y alineación del Recurso Humano en América Latina.
- Vargas Clara /María Dickinson/ Miguel Ángel Fernández Ortega (2009) Facultad de Medicina UNAM Rev. Medicina Familiar.
- Zemelman H, (1992) Horizontes de la Razón. Madrid: Anthropos.