

El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA

The institutional device and time in medical-patient interaction and communication: UNIFILA program

Jessica Margarita González-Rojas,* Alicia Hamui-Sutton,‡ Ilario Rossi,§ Alfredo Paulo-Maya,|| Isaías Hernández-Torres¶

RESUMEN

Introducción: En los tres niveles de atención, cada dinámica institucional conlleva una connotación particular del cómo se organiza la consulta y los tipos de encuentros. Las condiciones en que se genera el acto clínico no dependen únicamente de los sujetos implicados en la atención, sino también de circunstancias ajenas a ellos, como son los procedimientos de operación institucionales. **Objetivo:** Discutir por qué el dispositivo institucional y el tiempo son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y la comunicación médico-paciente. **Material y métodos:** El estudio es observacional de tipo cualitativo, se utilizó el método etnográfico a partir de la observación participante y conversaciones espontáneas. **Resultados:** Aunque la institución intenta acotar el tiempo de espera de la consulta para mejorar la atención, esto resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde al contexto específico. Si bien, con la ejecución de UNIFILA el número de pacientes por cada médico disminuyó, la noción del tiempo se reconfiguró y con ello la práctica médica y las interacciones. **Conclusión:** Las instituciones públicas cada vez están más influenciadas por el modelo económico-administrativo, por lo cual, el tiempo actúa como un recurso con valor. La eficiencia está incluida en la práctica clínica, de tal forma que impera el tiempo objetivo y cuantificable por encima del tiempo subjetivo.

Palabras clave: Política de salud pública, organización institucional, administración del tiempo, interacción social, comunicación en salud.

ABSTRACT

Introduction: In the three levels of medical attention, institutional dynamics impact in particular ways the consultation and the types of encounters in particular ways. The conditions in which the clinical act is generated are dependent on both the persons involved in it as well as on the operation procedures of the institution. **Objective:** To discuss the reason why the institutional device and time are important to the clinical operation and how these influences in the different forms of interaction and communication among healthcare personnel and patients. **Material and methods:** This are an observational, qualitative study. The ethnographic method was used through participant observation and spontaneous conversations. **Results:** The clinical encounter is influenced by specific situations and contexts. This undermines the institution's efforts to reduce the time spent in waiting for consultation through UNIFILA. This strategy decreased the number of patients per healthcare services provider but the time notion, as well as the medical practice and interactions were relaborated. **Conclusion:** Public institutions are increasingly influenced by the administrative economic model, thus, time acts as a resource with value.



* Doctoranda en Ciencias Sociomédicas con Especialidad de Antropología en Salud, del Programa Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

‡ Doctora en Ciencias Sociales, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

§ Doctor en Sociología y Antropología. Laboratoire THEMA (Théorie sociale, Enquêtes critiques, Médiations, Actions publiques) Institut des Sciences Sociales Université de Lausanne, Suiza.

|| Doctor en Antropología Social, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

¶ Maestro en Educación Médica, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

Correspondencia: AHS, lizhamui@hotmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: González-Rojas JM, Hamui-Sutton A, Rossi I, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. *El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA*. Rev CONAMED 2019; 24(4): 23-33. doi: 10.35366/92892

Efficiency is included in clinical practice, in such a way that objective and quantifiable time prevails over subjective time.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 29/09/2019.

Aceptado: 30/10/2019.

Keywords: Public health policy, institutional organization, time management, social interaction, communication in health.

INTRODUCCIÓN

La institución pública en salud opera y está presente en la consulta entre médicos y pacientes; las normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. Esto se expresa, por ejemplo, en el tiempo regulado en la consulta, en la obligación que tiene el médico de complementar la información del expediente para prescribir ciertos medicamentos o en los procedimientos burocráticos para solicitar estudios. En el caso del paciente, se relaciona con los horarios de atención, las citas programadas y el tiempo de espera. Así, la lógica de la institución puede potenciar o limitar el servicio de atención, afectar el encuentro clínico y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica.¹

Este tipo de comunicación es una aspiración en el nivel pedagógico-formativo y en la práctica profesional de la medicina contemporánea, la cual resulta necesaria para cuestionar y reflexionar de qué manera el modo de hacer «clínica» está transformándose, cuáles son los alcances y limitaciones en la consulta médica que restringen la falta de diálogo, intercambio, negociación, escucha e interés por el sentir humano en busca de explicaciones a su enfermedad, rehabilitación, curación o simplemente consuelo. En este sentido, en el marco de posibles restricciones institucionales de orden normativo, la apuesta a una comunicación dialógica se convierte en un ideal ético y profesional, por lo que su implementación es imprescindible para la comprensión del encuentro clínico.

El planteamiento que guía el artículo consiste en discutir por qué el dispositivo institucional y el tiempo son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y la comunicación médico-paciente. De acuerdo con M. Foucault, los dispositivos son redes de relaciones que responden a situaciones y se definen por su génesis. Un dispositivo es el encargado de agrupar, unificar, conducir o reglamentar.² Es el conjunto de lo lingüístico y lo no-lingüístico, y

se expresa en discursos, instituciones, edificios, leyes, documentos jurídicos, técnicos, etcétera. El dispositivo en sí mismo es la red que se establece entre estos elementos, generalmente se rige por una estrategia concreta, y se inscribe en mecanismos y juegos de poder.³ El concepto foucaultiano del dispositivo ayuda a pensar la forma en que las instituciones en salud están normalizadas, disciplinadas y demarcadas, de ahí que interesa reflexionar sobre la política institucional que se entreteje directamente con la subjetividad de los sujetos, al generar diversas respuestas de interacción social en la consulta médica.

En los tres niveles de atención, cada dinámica institucional conlleva una connotación particular del cómo se organiza la consulta y los tipos de encuentros. Las condiciones en que se genera el acto clínico no dependen únicamente de los sujetos implicados en la atención sino también de circunstancias ajenas a ellos, como son los procedimientos de operación institucionales. El caso a exponer aquí, sucede en el primer nivel de atención, específicamente el de una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la cual se pretende mostrar el modo en que la institución ejecuta de forma singular su política pública. Como eje rector del estudio se aborda uno de sus programas, UNIFILA.⁴ Se analizará su implementación respecto al manejo del tiempo estipulado por la agenda institucional, con la finalidad de visibilizar la manera en que las interacciones y la comunicación entre médico y paciente pueden ser afectadas. Este estudio es relevante para la reflexión de la práctica médica porque da cuenta de los aspectos contextuales que generan una multiplicidad de encuentros clínicos en diversas situaciones.

UNIFILA es una estrategia política del IMSS que se llevó a cabo desde el 2015 para optimizar la gestión y eficiencia de los procesos médicos en

i Oficialmente se le nombra indistintamente programa, iniciativa, estrategia.

el acceso a la consulta externa, la cual consistió en reorganizar la agenda de los médicos en el primer nivel de atención, incluyó más espacios para los pacientes sin cita y la implementación de un módulo para la transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio.⁴ El programa tuvo como objetivo disminuir los tiempos de espera, distribuir homogéneamente la carga laboral entre los consultorios y optimizar los espacios disponibles en la agenda de citas. En enero de 2017 se completó la implementación en el 100% de las UMF en todo el país, cubrió el 69.6% de la población total adscrita a unidades de primer nivel de atención.⁵ Dentro de este marco ha de considerarse que, aunque el discurso político del IMSS avala que esta estrategia es exitosa porque busca mejorar el servicio, principalmente reducir el tiempo de espera de los derechohabientes, el artículo dará cuenta de la ejecución de esta iniciativa, a partir de la instauración del tiempo en la consulta.

Para este propósito, tenemos como punto de partida el tiempo, del cual vale la pena hacer una pequeña digresión, cuando el tiempo se vincula con la acción social, existe interacción, provocación o bifurcación, así es experimentado en la cotidianidad. El tiempo inscribe su variedad circular o lineal, sucesiva o simultánea, subjetiva u objetiva, rápida o lenta, cuantitativa o cualitativa; todos estos componentes pueden ser posibles o viables en determinadas circunstancias. En la modernidad de occidente, cuando los ritmos de vida son asimilados al tiempo del reloj, éste se asume de modo matemático, es decir, absoluto, uniforme, monótono y vacío; el tiempo se dispone como una mercancía a la que se le coloca precio ajustado por la ley de la oferta y la demanda.⁶ De estas circunstancias nace el hecho de que el tiempo es inoportuno porque es cronológico, eficiente y pragmático, así, en los servicios de salud una consulta promedio de 15 minutos, es un tiempo coyuntural institucional que tiene repercusión en los procesos de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM. La selección de la UMF fue a conveniencia de la investigación, dependió del interés y

permiso de las autoridades correspondientes. Por cuestiones éticas y a solicitud de los responsables que dieron apertura al estudio, no se dará a conocer el número de la sede en que se llevó a cabo. Sólo para contextualizar, se dirá que la unidad está ubicada en la zona metropolitana del Estado de México (región oriente), y la población adscrita es mayor a 97,000 derechohabientes.⁷

El estudio es observacional de tipo cualitativo. La investigación antropológica por medio del método etnográfico registra patrones de comportamiento de grupos peculiares, lo cual puede lograrse al observar de manera regular y repetida a las personas en situaciones específicas. Esto a menudo se hace con la intención de responder a alguna pregunta empírica o teórica que tenga relación con el tipo de comportamiento u organización social.⁸

El trabajo de campo se efectuó en un periodo de cuatro meses durante el 2016. Se realizó la observación participante para registrar múltiples interacciones del ámbito clínico. Ésta tuvo lugar en 20 consultorios del turno matutino, con 16 médicas mujeres y cuatro hombres. En total se observaron 428 consultas durante las jornadas laborales de 8:00 a 14:00 horas. La copresencia en el consultorio conllevó algún grado de participación sin generarlo, teniendo de forma simultánea conversaciones espontáneas con algunos médicos que manifestaron su sentir o menciones de queja.

Todos los médicos aceptaron colaborar mediante el consentimiento informado verbal, se les explicó el propósito de observar y analizar las interacciones durante la consulta. En el caso de los pacientes, debido a que se evitó interrumpir la dinámica de la institución para no obstaculizar el proceso mismo de la atención, se omitió consentir la autorización de cada uno. El objetivo consistió en ser participantes espectadores, sin incurrir en las actividades clínicas, cuidando los aspectos éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, respeto y justicia de los sujetos implicados.

Las notas de campo sirvieron como instrumento etnográfico para registrar la observación efectuada. Por la diversidad de material producido, se optó por transcribir las notas en formato digital y codificarlas, el software cualitativo Atlas-ti (6.2), sirvió para organizar y sistematizar más de 400 hojas y organizar la información por categorías.

RESULTADOS

La iniciativa de UNIFILA emergió como un componente institucional que influyó sobre el encuentro médico-paciente, principalmente por el hecho de que los médicos tuvieron que ver a otros pacientes que no estaban asignados a su consultorio, en esta situación, requerían mayor tiempo en la consulta porque no los conocían. En contraparte, los pacientes sabían que tenían la posibilidad de ser atendidos el mismo día sin haber sacado una cita previa, pero con un médico desconocido. Con el programa, el número de consultas diarias por médico bajó, antes de la implementación eran más de 30, después fueron máximo 24, no obstante, el manejo del tiempo operó de manera distinta. A partir del trabajo etnográfico resulta importante dar cuenta de la implicación que esto tuvo en la interacción y la comunicación.

En la UMF seleccionada a partir de la llegada de UNIFILA,ⁱⁱ la noción sobre el tiempo fue modificada, el personal de salud (jefes, administrativos, asistentes) asumió que éste debía ocuparse de forma «rápida» para cumplir con el objetivo esperado, de lo contrario, «el médico era tardado y muy lento». Desde luego, las subjetividades sobre la práctica médica fueron distintas, ya que algunos médicos comentaron que ciertos pacientes requerían más de 15 minutos.

De ahí que la habilidad adquirida por los médicos al escribir, oír y ver de manera intermitente al paciente, se hizo con cierta rapidez, lo cual generó que la consulta pudiera culminarse en tiempo y sin retraso durante la jornada del día. Tener esa habilidad significó que los médicos adquirían cierta practicidad para cumplir con lo establecido por la institución en cuanto a la agenda del día. En oposición, estaban los médicos «lentos» que tardaban más en la consulta. Un elemento agregado fue la experiencia acumulada, es decir, la obtenida del pragmatismo en las consultas médicas, por ejemplo, los estudiantes de pregrado (internos) a pesar de ser jóvenes aún no tenían la habilidad de escribir, oír y ver al paciente al mismo tiempo; los médicos que los formaban hacían alusión a que eso les faltaba por aprender: «¡Vas muy lento, tienes que escribir más rápido, mejor escribo yo, si no nos gana

el tiempo!». Como se ve, la praxis diaria contribuye al adiestramiento de habilidades, las cuales son aprendidas a partir de rutinas repetidas.

En el consultorio, el tiempo actuó como marcador de control, los médicos estuvieron atentos al número de pacientes con «ficha» (pacientes no agendados), citados, cancelados y enviados del módulo de UNIFILA; esto les generó presión durante la jornada laboral y tensión con los pacientes, las asistentes médicas, la coordinadora y el jefe clínico. A mayor número de pacientes, menor posibilidad de controlar el tiempo, algunas expresiones que contextualizan su sentir fueron: «¡Ay pinche gente, no deja de venir! ¡Los pacientes siguen llegando! ¡Gracias a Dios no hay tantos, siempre hay, pero hoy fue un día de buena suerte porque no hubo tantos! ¡Tengo 10 minutos para un paciente y 10 minutos para otro! ¡¿Con cuántos pacientes vamos atrasados?!». La agenda institucional determinó de qué manera el tiempo fue ocupado y para qué alcanzaba; pero ante la dificultad de que éste era restrictivo, la interacción entre médicos y pacientes quedó reducida, el abordaje clínico fue limitado a preguntas indagatorias escasas, exploración física apresurada y recetas médicas de manera sistemática.

La asistente de cada médico vigiló la agenda electrónica, ella reportaba desde su computadora el número de pacientes sin cita, los citados y los enviados de UNIFILA, mientras que él confirmaba también desde su máquina a los pacientes atendidos y el tiempo empleado en la consulta. La agenda forma parte del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF),ⁱⁱⁱ es un programa informático que vigila el tiempo (15 minutos) establecido por la institución.⁹ Al respecto, cabe puntualizar que los 15 minutos instituidos no siempre fueron cum-

iii El SIMF es el sistema de red conectado a cada unidad médica del primer nivel que registra los datos que se generan en el proceso de atención médica, para ello conforma distintas áreas: agenda de citas, atención integral, atención médica, historia clínica, somatometría, PREVENIMSS (programas integrados), estomatología, salud en el trabajo, trabajo social, nutrición y dietética, urgencias, hojas de control, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, resultados y administración del SIMF. En 1995 el IMSS implantó su Sistema de Información Médica Familiar (SIMF) con el objetivo de vincular el número de consultas y acciones realizadas a criterios contables y presupuestales. Un componente central del SIMF es el ECE, el cual se implementó en 2006.²⁰

ii En esta UMF el programa inició en junio de 2016.

plidos, la variabilidad del tiempo fue permanente, dependió del tipo de paciente, del médico y sus recursos, es decir, de su habilidad, conocimientos o pragmatismo para proporcionar la atención.

A manera de ejemplo, la *Tabla 1* valida que los minutos señalados no siempre logran acotarse, debido a que la atención médica resulta circunstancial a cada paciente y situación y no a un prototipo de tiempo fijado. Así, la investigación arrojó que, cuando algunos pacientes eran atendidos en mayor tiempo al instaurado, eso repercutía a otros porque disminuía su tiempo para ser abordados clínicamente y quizá haber resuelto el problema de salud por el cual acudieron a consulta. Así, no fue lo mismo ser de los primeros pacientes de la jornada del día que ser de los últimos.

De modo que el problema apareció cuando el aspecto interactivo y comunicativo entre médico y paciente aconteció de manera desigual. El manejo del tiempo causó efecto en los médicos por la

presión que ejerció en su práctica diaria, atender a un paciente crónico o de morbilidad compleja implicó una tarea difícil para ellos, sobre todo cuando tenían que interrogar, explorar y otorgar plan terapéutico en ese tiempo estandarizado; ésta fue una dificultad con la cual se enfrentaron regularmente.

Para el paciente, en cambio, conviene preguntarse ¿qué tipo de atención pudo haber recibido cuando sólo le destinaron cinco minutos? ¿en este tiempo fueron atendidas sus necesidades con relación a su problema de salud? La escucha desinteresada tuvo por consecuencia limitar su sentir sobre lo que pensaba o sentía, esto generó la anulación del acto comunicativo al interrumpirle prontamente la palabra, pues la premura del tiempo obligaba a pedirle, contestar «¡rapidito!». Ante esta realidad, no predominó la apertura a lo que pudo ser significativo; por ende, las inquietudes, temores o deseos con relación a la enfermedad o el ámbito emocional y social estuvieron desatendidos. Para ilustrar esto, se presenta la observación de una situación en consulta:

Tabla 1: Empleo del tiempo en consultorio.

No. Paciente/sexo	Entrada	Salida	Minutos
PA1/Masculino	8:10	8:35	25
PA2/Femenino	8:35	9:00	35
PA3/Femenino	9:00	9:20	20
PA4/Femenino	9:25	9:55	30
PA5/Masculino	9:55	10:10	15
PA6/Masculino	10:00	10:20	20
PA7/Masculino	10:25	10:50	25
PA8/Masculino	10:50	11:04	14
PA9/Femenino	11:05	11:24	19
PA10/Femenino	11:25	11:45	20
PA11/Femenino	11:45	11:55	10
PA12/Femenino	12:00	12:05	5
PA13/Masculino	12:05	13:15	10
PA14/Masculino	12:00	12:30	30
PA15/Femenino	12:30	12:40	10
PA16/Femenino	12:40	12:45	5
PA17/Femenino	12:45	12:55	10
PA18/Femenino	12:55	13:00	5
PA19/Masculino	13:00	13:05	5

Fuente: Elaboración propia, registro etnográfico 2016.

Es el caso de una mujer con diabetes (paciente número 18 del día), la médica cambió el plan del tratamiento, debido a que los estudios de laboratorio y el historial del expediente clínico confirmaron altos niveles de glucosa. El tiempo de la consulta duró cinco minutos, el cual resultó restringido, sobre todo cuando el cambio fue la aplicación de insulina, alrededor del procedimiento quedaron dudas, pero la mujer no preguntó ni tampoco se negó a aplicársela. La información otorgada fue puntual y sintetizada para agilizar el tiempo, la parte comunicativa quedó anulada, no se le preguntó su sentir con la nueva indicación, o las facilidades u obstáculos que podría tener en casa, en el trabajo y con la familia en el día a día. Para subsanar la inmediatez de la consulta, la médica la refirió al servicio de curaciones para que ahí las enfermeras le explicaran cómo aplicar la insulina (nota de campo, octubre, 2016).

Con relación al módulo de UNIFILA, un problema añadido para el médico era que recibía en su consultorio pacientes de este tipo, así que, al no ser atendidos periódicamente por él, se volvían pacientes de primera vez y tenía que hacer su his-

toria clínica o revisar su historial, lo cual implicaba mayor inversión de tiempo en la búsqueda y en la realización de las notas biomédicas. Los médicos no querían atenderlos porque les representaba más trabajo abordarlos clínicamente; además, al no ser «sus pacientes», no sólo desconocían su problema de salud, sino que no darían seguimiento de atención en consultas posteriores. La siguiente nota etnográfica muestra la perspectiva de una médica:

Ella explicitó no estar de acuerdo con el funcionamiento de UNIFILA, considera que los pacientes que son enviados a su consultorio son desconocidos, eso implica que les tenga que hacer su historia clínica y eso le lleva más tiempo, lo cual no le parece posible cuando el conteo de cada consulta es de 15 minutos. Comentó que está en contra del tiempo contado, ya que considera que cada paciente tiene su complejidad dependiendo del tipo de enfermedad. Puso el ejemplo de un paciente hombre, con un problema de salud durante tres años, relacionado con otros cuadros mórbidos por desarrollar. El médico familiar que lo atendía (atención subsecuente) no lo había derivado a estudios específicos ni tratado de manera médica. De este paciente, piensa que el tiempo es limitado porque requiere una exploración clínica más profunda, pero por otro, le es complicado cambiar la percepción sobre su salud, en función de seguir un tratamiento (nota de campo, noviembre 2016).

Por su parte, para aquellos pacientes que acudían con otro médico que no era el mismo de siempre representaba, en algunos casos, no recibir una atención completa, debido a que algunos médicos negaban el envío de estudios o referencias a segundo nivel de atención, «Cuando pase usted con su médico, a él le comenta y se los solicita», esto ocasionaba que el paciente agendara una nueva cita con su médico tratante. La interacción con estos pacientes se reducía a reencauzar las solicitudes, y la comunicación quedaba coartada por no estar dispuestos a explorar los motivos de ese requerimiento.

A pesar de que los médicos no esperaban atender pacientes de UNIFILA, estuvieron obligados

a hacerlo porque la agenda electrónica del SIMF programaba ese envío a cada consultorio. Paradójicamente, el paciente citado que no acudía con su médico de cabecera, ocasionaba que él atendiera a un mayor número de pacientes de UNIFILA, pues esos lugares libres debían ocuparse para hacer eficiente el tiempo y la carga de trabajo. Otro tipo de pacientes enviados del módulo fueron los que acudían por algún posible riesgo de trabajo; hay que recordar que el IMSS es una institución que otorga seguridad social a los trabajadores, así, es común expedir incapacidades laborales. En esta ocurrencia, el tiempo invertido con ellos también solía ser mayor durante el interrogatorio y la exploración física, pero sobre todo por el llenado administrativo de formatos, así como la solicitud de firmas del jefe clínico para la autorización de estudios y poder enviarlos a segundo nivel de atención.

Con todo esto, es relevante decir que, aunque la institución intenta acotar el tiempo de espera de la consulta para mejorar la atención, esto resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde al contexto específico. Si bien, con la ejecución de UNIFILA el número de pacientes por cada médico disminuyó, la noción del tiempo se reconfiguró y con ello la práctica médica y las interacciones, debido a que la vigilancia constante, por contar cuántos pacientes faltaban o llegaban de UNIFILA, ocasionaba tensión entre el mismo personal de salud. Por ejemplo, si un paciente llegaba al consultorio asignado con un minuto de retraso a su cita programada, la asistente médica debía cancelar esa consulta y proponer enviarlo al módulo de UNIFILA; sin embargo, si no la cancelaba, la responsable del módulo se molestaba porque esta omisión de la operatividad del programa le impedía asignar ese lugar a otros consultorios; a su vez, el médico que recibía pacientes de UNIFILA fuera del tiempo marcado en el SIMF (no cancelados a tiempo) se quejaba con la coordinadora de asistentes o el jefe clínico por el envío de estos pacientes que le ocasionaban demora en su agenda del día. Para muestra se presenta el siguiente relato etnográfico:

La médica comentó que ha tenido diferencias con la coordinadora de asistentes por el envío de pacientes de UNIFILA a su consultorio, piensa que no es posible atenderlos en tan poco tiempo porque no los conoce, la coordinadora le ha

expresado atenderlos «haciéndoles un campito», lo cual es asumido desde una posición distinta, pues parte de sus funciones es supervisar que los pacientes de UNIFILA sean atendidos. Sin embargo, la médica se resiste a la idea de atender a estos pacientes. Ella manifestó preferir la anterior dinámica de trabajo, pese a que el número de pacientes era mayor, el tiempo no era medido, eso no le generaba presión y a los pacientes los podía atender según fuera el caso y la enfermedad (nota de campo, noviembre 2016).

Como ya se hizo notar, la implementación operativa del dispositivo que pauta el tiempo, reguló las consultas y esto a su vez repercutió en lo clínico, se vio reflejado en el encuentro con los pacientes, ya que los médicos acotaban el interrogatorio, pese a que los padecimientos se diferenciaban según sexo, edad y complejidad (agudos y crónicos), las preguntas eran mínimas y precisas, interesaba concretizar cómo se presentaban los signos y no así una descripción detallada del malestar. Ante la demora del tiempo, los médicos esperaban respuestas puntuales de las molestias para registrar lo dicho en la nota médica, no les permitían expresar las interpretaciones de su propia experiencia con la enfermedad; generalmente dirigían el interrogatorio y no había disponibilidad al intercambio comunicativo.

El uso del expediente clínico electrónico (ECE), evidenció una práctica habitual en la consulta: preguntar, escribir, oír y ver al paciente rápidamente. Los médicos que siguieron dicha lógica intentaron registrar en el menor tiempo posible lo que habían interrogado para señalar el diagnóstico y proporcionar el plan terapéutico. A pesar de que algunos pacientes tuvieron iniciativa de contar aspectos de su vida cotidiana, inquietudes personales (trabajo, familia) o dudas sobre la enfermedad, los médicos no dejaban de escribir las notas médicas en el expediente, era común que hicieran diferentes acciones paralelamente, lo que hacía que, en la interacción, únicamente asentaran oraciones como: «¡Sí! ¡Ajá! ¡Me imagino! ¡Ya ve! ¡No le digo!», Consecuentemente, no otorgaban expresiones de aliento o frases complementarias que pudieran calmar la intranquilidad o el deseo de hablar. En cambio, cuando les interesaba rescatar aspectos concretos del problema de salud, como una descripción metódica de golpes, dolencias específicas y orden cro-

nológico de los episodios, era que ponían atención al paciente y dejaban de escribir. Fue notorio que la acción de hacer más de dos cosas a la vez estaba conducida por el régimen del tiempo, motivo por el cual se restringía la palabra a los pacientes y no se facilitaban los intercambios comunicativos.

Bajo la lógica de agilizar el tiempo en la consulta, el momento de la exploración física fue rápido, el procedimiento de revisión era meramente técnico, realizaban únicamente la toma de la presión arterial y la auscultación de pulmones y corazón con el estetoscopio; sólo en problemas de salud específicos exploraban pies, abdomen, espalda, cuello, boca, oídos y ojos. Respecto al diagnóstico, no se dio énfasis a este momento de la consulta, era omitido y de forma inmediata transitaban al plan terapéutico.

El apremio que se ejercía para escribir en el ECE y simultáneamente hacer otras actividades, ocasionaba errores en la consulta como descartar envíos a segundo nivel, autorización de estudios, días de incapacidad y prescripción de medicamentos, lo cual a su vez generaba que los pacientes regresaran al consultorio para señalar las equivocaciones de los médicos y, por tanto, había mayor número de interrupciones durante la jornada del día. Excepcionalmente algunos médicos no cometían esas omisiones al momento de indicar los medicamentos, esto ocurría con aquéllos que escribían y revisaban el expediente sin premura de tiempo. Si la consulta era rápida, se ponderaba expedir recetas, sobre todo con el paciente crónico, quien asumía acudir mensualmente a consulta por su medicamento para tener dotación y reserva.

El cierre de la consulta fue un momento relativamente breve, una vez que el médico imprimía las recetas, el paciente sabía que el encuentro estaba por terminar. Mientras la prisa por el tiempo estaba latente, los médicos querían concluir la consulta, utilizaban formas sutiles para despedirlo: «¡Le puede llamar a...! ¡Llámele por favor a...! ¡Ándele pues! ¡Que le vaya bonito! ¡Cúidese mucho!». Este acto evitaba que los pacientes preguntaran o comentaran, de tal forma que la despedida ocurría intempestiva y no había oportunidad de plantear preguntas o dudas.

DISCUSIÓN

UNIFILA es una iniciativa política del IMSS que pretende reorganizar su servicio, sin embargo, en

la práctica, el tiempo se normaliza en un componente central para la clínica, pues la agenda electrónica es un marcador que actúa como dispositivo institucional y de ello depende el abordaje clínico que realizan los médicos con los pacientes. Como resultado de esto, no se contemplan las condiciones y afectaciones para la consulta médica, específicamente los 15 minutos restrictivos para cada paciente según el tipo de enfermedad y necesidades médicas.

En virtud del planteamiento de investigación expuesto, se puede sostener que la distribución del tiempo no contempla las interacciones y la comunicación médico-paciente, por el contrario, genera otros problemas más que soluciones, hay descontento de médicos y pacientes porque la consulta está comprimida a la medición puntual del tiempo. Para los médicos, atender pacientes enviados de UNIFILA acarrea el desconocimiento de su historia clínica, por lo tanto, la interacción es intempestiva y ocasional, consecuentemente, no se aspira a una relación permanente, más bien se vuelve transitoria e impersonal, incluso puede ocasionar incertidumbre para ambos porque la atención es emergente. No hay continuidad en el trayecto de la enfermedad, el médico invierte tiempo en un paciente al que no le dará seguimiento de manera subsecuente. El paciente enviado de UNIFILA al pasar con otro médico que no es el que lo ha tratado por años, deja de ser atendido integralmente (diagnóstico, cambios en el tratamiento, referencias), ya que ese otro médico no asume la responsabilidad por un paciente que no conoce. Esto provoca dudas e inquietudes en los pacientes y regresan a solicitar una nueva cita con el médico tratante, entonces, lejos de disminuir la carga de trabajo de los médicos se origina la duplicidad de consultas.

Un estudio reciente de corte cuantitativo, llevado a cabo en una UMF del IMSS, en la delegación norte de la Ciudad de México, indagó la satisfacción sobre el trato digno, la comunicación e información, el tiempo de espera y la información sobre medicamentos. La investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptiva y comparativa entre casos (pacientes UNIFILA) y controles (pacientes con cita), se calculó un tamaño de muestra de 245 usuarios. Los resultados fueron porcentualmente mayores para los pacientes con cita que para los de UNIFILA (explica su estado de salud -sí- 65 y 96%/informa

sobre el tratamiento -sí- 89 y 99%/informa sobre los medicamentos -satisfecho- 69 y 96%/tiempo de espera -menos de 30 minutos- 40 y 72%). De este último, el tiempo de espera con más de 30 minutos fue de 60% para UNIFILA y 28% con cita.¹⁰ Esto representa que, la disminución del tiempo de espera para los pacientes sin cita no cumple con el propósito esperado de la iniciativa, ya que esperan más de 30 minutos. Los datos indican que los pacientes con cita tienen mayor satisfacción que los del programa UNIFILA. Esta información cuantitativa vinculada a los resultados etnográficos presentados es validada, debido a que cualitativamente se observó que algunos médicos evitan explicar a este tipo de pacientes el estado de su salud, se les da menor información y proporciona un trato diferencial. En cuanto a los pacientes y la experiencia del tiempo para ser atendidos, en la sala de espera la mayoría de la gente manifestó tardar más tiempo con UNIFILA que sacando cita previamente.

De la comunicación médico-paciente, conviene distinguir que a raíz de centrarse en la escritura de las notas médicas del ECE, más que tener una escucha activa, el médico oye sin interesarse en lo que realmente expresa el paciente. Por otro lado, no se puede aspirar a una escucha atenta, si de por medio existen constantes interrupciones del profesional que suspenden la fluidez del habla, donde la premura del tiempo obliga a pedirle al paciente que conteste ¡rapidito! Este resultado del estudio ha sido documentado desde la relación médico-administración-paciente, en que el médico se coloca cada vez más detrás de sus papeles, recetas, pantallas, gráficos y aparatos, y su relación con el paciente se hace cada vez más extraña,¹¹ pues lo que impera es el control administrativo por cumplir, así, el dispositivo institucional controla el tiempo y se afecta el diálogo.

Cruza y colaboradores enfatizan que la lógica de la eficiencia en las instituciones públicas establece lo que han denominado como «agenda administrativa», durante su proyecto de investigación académico, analizaron diversas videograbaciones de alumnos del curso de especialización en medicina familiar en algunas sedes del IMSS, Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). En su discusión y análisis plantean que la agenda del médico se encuentra limitada por los reglamentos, normas y

procedimientos que la institución les marca, lo que influye de manera directa en su quehacer profesional. De igual forma, la agenda del paciente queda constreñida a espacios, tiempos y procedimientos que la institución ha diseñado para la atención. Esto significa que, el encuentro entre el médico y el paciente en ese contexto constituye un espacio social normado, con un orden legítimo que no fortalece la práctica médica humana, por lo que el contacto personal, relacional y de comunicación con el paciente deja de tener relevancia.¹²

Otro estudio realizado en una unidad de atención coronaria con enfermeras, médicos y paciente confirmó que las estructuras contrarrestan las diversas acciones y relaciones entre pacientes y profesionales de la salud, esto se debe a las férreas rutinas de trabajo como la falta de tiempo y tareas administrativas (teléfono y computadora) que a su vez restringen la capacidad de diálogo, los propósitos y las acciones disponibles para todos. Las rutinas delimitadas a plazos ajustados suprimieron los cuidados holísticos y el multiprofesionalismo, por lo que no existió oportunidad para reflexionar sobre sus acciones, elecciones o interpretación subjetiva. Se mantuvo una estructura médica de bases clínicas, duración limitada y atención de rutina.¹³

A esta lógica, Ferrero le llama «trabajo rutinario», su análisis etnográfico es focalizado en el procedimiento de asignación de turnos, entendiéndolo como una forma de actividad ritualizada en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de la Institución. Asume que en los cuidados médicos de atención primaria ese trabajo está implicado por el tiempo y las formas sociales de regularlo.¹⁴

Dentro de este contexto, nosotros comprendemos que la falta de una escucha activa tiene por consecuencia restringir la palabra e inferir el significado de lo que se dice. A pesar de que los médicos familiares sí identifican la dimensión emocional relacionada al padecer, no se detienen para dar una atención personalizada, el tiempo es una limitante constante por la dinámica secuencial de las consultas. Los médicos reconocen que los pacientes llegan a la consulta con cuestiones delicadas a tratar, pero de escucharlas y hablarlas, saben que invertirán alrededor de 40 minutos o más, así que, mientras existe presión en el trabajo,

suprimen expresar lo que les aflige, por lo que se rehúsan a indagar y dar contención. Lo que prima en realidad es el llenado de las notas médicas en el expediente clínico electrónico.

En el curso de esta búsqueda, un estudio realizado en México con pacientes de fibromialgia atendidos en dos instituciones distintas, privada y pública, descifra que cada tipo de subsistema de atención médica es diferencial por el tipo de profesionales y pacientes, pero sobre todo por los recursos económicos, organización e infraestructura utilizados en la atención médica. De la comparación, resulta que el tiempo de la institución pública (tercer nivel de atención) con el que cuentan los médicos no les alcanza para atender a pacientes de este tipo, a los que consideran «difíciles» por la complejidad de su padecer. Reconocen invertir más tiempo al escuchar explicaciones detalladas, falta de mejora y desequilibrios emocionales, por lo que al carecer de tiempo, evitan esa exploración.¹⁵ En este punto, la discusión se articula con los resultados del presente estudio, los médicos también identifican que en el ámbito de la medicina familiar, los pacientes quieren contar aspectos que les afectan emocionalmente, pero como se dijo antes, no invierten más tiempo del estipulado por la institución, porque de hacerlo, no cumplen con la cantidad de pacientes vistos en un día.

Tal como sustentan Rodríguez y colaboradores,¹⁶ el tiempo y la duración de la consulta médica se muestra como un proceso social que se determina por las macroestructuras que siguen la lógica y las necesidades del tiempo de modernización. El tiempo es un indicador, administrador y evaluador de los procesos de atención, es decir, un conjunto de datos necesarios para la gestión. Al prescindir del tiempo, que es atribuible a razones organizativas y procesos institucionales, el tiempo de interacción es objetivo y subjetivamente breve, el paciente tiene una necesidad y el médico tiene una obligación, la primera es preocupación y la segunda ansiedad. La duración del encuentro interpersonal es un campo socavado por obligaciones, indicadores, objetivos, gestión, entre otros, que originan un diálogo rígido, efímero, cooptado, impersonal y apático.

Rossi¹⁷ ha considerado que el acto médico se transforma de manera paulatina en un registro de datos, por lo que la relación del médico con el paciente incluye a la computadora. El espacio de

libertad se restringe, la relación con el poder del administrador es inevitable, la relación médico-enfermedad se convierte en una correspondencia de la gestión de la economía de mercado. Así, la terapéutica es vigilada por una nueva exigencia, la eficacia de la práctica médica, en la que a cada estrategia de intervención se le designa un valor financiero. En consecuencia, existe una alianza entre la medicina y la economía, la cual se coordina por medio de dispositivos con el objeto de planificar, evaluar y reformar los sistemas de salud.¹⁸

En el caso de este estudio, la implementación de UNIFILA como dispositivo institucional funge como intermediario entre médicos y pacientes, debido a que el tiempo estimado para brindar atención médica en la consulta es relativo y subjetivo. Cuando el servicio precisa ser eficiente para los gestores y planificadores, la eficiencia es una medida relacionada con la producción de tiempo y costo.¹⁹ De este modo, el médico no puede estar en contra de las indicaciones institucionales (control de la agenda) porque de hacerlo procede en contra de la eficiencia administrativa y de su propio trabajo. En este orden de ideas, el tiempo emerge como componente significativo en la atención institucionalizada. Este tiempo establecido mediante UNIFILA genera rutinas institucionales médico-administrativas, ajenas a la interacción y comunicación médico-paciente.

CONCLUSIONES

Pese a que UNIFILA representa una estrategia de la política pública que pretende reorganizar la calidad de los servicios otorgados, la influencia económica de los modelos eficientes de atención en salud ocasiona que en el momento en que el tiempo es un cronometro para la jornada del día, el encuentro clínico entre médicos y pacientes se vuelve una rutina. De forma administrativa, el tiempo actúa como regulador constante, esto genera desencuentros en torno a la atención médica.

Con ello, se considera fundamental contextualizar cómo están siendo conformados los encuentros clínicos, ya que las instituciones públicas cada vez están más influenciadas por el modelo económico administrativo, así, el tiempo actúa como un recurso con valor que pretende hacerse más eficiente. Si el tiempo es fragmen-

tado y planificado, los médicos y los pacientes se convierten en medios para cumplir indicadores y metas, la cantidad de consultas por día son el producto de la eficiencia. Con la gestión administrativa de los servicios, la eficiencia está incluida en la práctica clínica, de tal forma que impera el tiempo objetivo y cuantificable por encima del tiempo subjetivo.

Esta revisión, tan somera como inevitable, fundamenta que el dispositivo institucional afecta a pacientes y médicos, el tiempo destinado a la consulta no sólo afecta las necesidades de un paciente, sino que repercute a su vez la de otros pacientes de la misma jornada del día. Conjuntamente, deteriora el ambiente laboral del médico, debido a que le cronometran el trabajo, es decir, su práctica médica, por ende existe una afectación directa en la manera de hacer clínica. Esto figura desinterés por el paciente que acude a consulta, la atención está puesta en ahorrar, no mal gastar y ocupar el tiempo lo más pronto posible para no ocasionar retraso con el resto de pacientes por atender.

AGRADECIMIENTOS

Al CONACyT, con el que tuve un registro de CVU (419839) y al Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM, en el que estuve inscrita como alumna, a ambos, gracias por hacer posible la realización de este tipo de investigaciones que refrendan la formación científica y profesional.

A las autoridades a nivel regional del IMSS, a la directora y jefa de enseñanza de la UMF donde se llevó a cabo el estudio antropológico, así como a todos los médicos que, con su confianza y consideración, permitieron observar su práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamui-Sutton L. Principios y práctica de la comunicación médico-paciente. En: Hamui-Sutton L, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. Ciudad de México, México: Manual Moderno, UNAM; 2018.
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Argentina-México: Siglo XXI Editores; 2001.
3. Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Sociológica. 2011; 26 (73): 249-264.

4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS. Ciudad de México, México; 2015-2016.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS. Ciudad de México, México; 2016-2017.
6. Serna AJ. Somos tiempo. Crítica a la simplificación del tiempo en Occidente. Barcelona, España: Anthropos; 2009.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud UMF; 2017.
8. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. Colección investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
9. Hernández P, Chaires L. Manual de usuario. Administración del SIMF. Versión 4.1. Instituto Mexicano del Seguro Social, Sistema de Información de Medicina Familiar; 2008.
10. Chávez C. Comparación de satisfacción de la atención médica de usuarios del programa UNIFILA [tesis de especialización en medicina familiar]. México: Facultad de Medicina, Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.
11. Gómez-Esteban R. Reflexiones sobre la relación médico-paciente. RAEN. 1989; 9 (29): 182-189.
12. Cruz-Sánchez M, González-Rojas JM, Paulo-Maya A, Dorantes P. El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médico-paciente en contextos situacionales. En: Hamui-Sutton L, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. La comunicación dialógica como competencia esencial. Ciudad de México: Manual Moderno-UNAM; 2018.
13. Wolf A, Ekman I, Dellenborg L. Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. BMC Health Serv Res. 2012; 12: 184.
14. Ferrero L. Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de Antropología Social. 2003; (18): 165-183.
15. Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I. Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. Qual Health Res. 2016; 26 (12): 1674-1688.
16. Rodríguez-Torres A, Jarillo-Soto EC, Casas-Patiño D. Medical consultation, time and duration. Medwave. 2018; 18 (5): e7266.
17. Rossi I. Identités et travail. La preuve par le corps. In: Danuser B, Gonik V, editors. Das Arbeit: eine Revision. Le travail: une revision. Zürich: Verlag; 2013.
18. Rossi I. Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de Impuissance? Tsantsa. 2002; 12 (21).
19. Onocko-Campos R. Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. In: Spinelli H, editor. Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Argentina: Lugar; 2008.
20. Mariscal-Avilés J, Gil-García JR, Ramírez-Hernández F. E-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios Públicos. 2012; 15 (34): 65-94.