



**Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco**

**División De Ciencias Biológicas Y De La Salud**

***Tesis para la obtención del grado***

***Doctora en Ciencias en Salud Colectiva***

***SIGNIFICADOS DE LOS (AS) MEDICO (AS) RELACIONADOS A SU  
PROFESIÓN EN EL MARCO DE LA IDEOLOGÍA DOMINANTE***

***PRESENTA:***

**Alejandra Rodríguez Torres**

**DIRECTOR:**

**Edgar C. Jarillo Soto**

## **Dedicatoria y agradecimientos**

El siguiente documento está dedicado a mi familia: Donovan, Ian, Johann, Juan y Margarita, quienes me han acompañado y son mi inspiración para hacer cosas siempre grandes y maravillosas.

Dedico a mis grandes amigas y amigos, que compartieron conmigo su tiempo, su espacio y su ser.

Dedico el tiempo y las siguientes hojas a mi profesión y a mis colegas, espero que esto quede como un referente contextual e histórico y que en próximos años muestre una transformación favorable y logre la emancipación.

En especial, dedico a todos los idealistas necios que insistimos en recuperar los principios existencialistas y humanísticos de nuestra profesión (cualquiera que ésta sea) y consolidar una sociedad equitativa y justa.

Agradezco a mis mentores por su paciencia, tolerancia y su tiempo, en especial al Dr. Edgar. C. Jarillo.

Agradezco a la UAM por permitirme conocer otro ambiente académico amigable y libre.

Agradezco al CONACYT por su apoyo, necesario para el desarrollo de este proyecto.

Agradezco a mis hijos, padres y a Donovan por estar aquí conmigo hoy y siempre, los amo.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	1
<b>1. Aproximación a la realidad construida</b>	
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Objetivos de la investigación.....	9
<b>2. Enmarcamiento referencial</b>	
2.1 La profesión médica: grandes rasgos de su proceso socio-histórico.....	10
2.2 La profesión médica en México.....	12
2.2.1 Etapa colonial.	
2.2.2 México independiente.	
2.2.3 República instaurada.	
2.2.4 Porfiriato.	
2.2.5 México posrevolucionario.	
2.2.6 México Contemporáneo.	
2.3 La profesión médica en México: situación actual.....	23
2.3.1 Categorización y segmentación de profesionales de la medicina.	
2.3.2 Escenarios de atención médica e instituciones públicas, privadas. Medicina liberal.	
2.4 Coyuntura actual.....	30
<b>3. Referentes conceptuales</b>	
3.1 La profesión médica actual: Crisis y conflictos.....	38
3.1.1 Desprofesionalización.	
3.1.2 Flexibilización laboral y precarización laboral.	
3.1.3 Burocratización.	
3.2 La profesión médica: Un modelo de contradicciones.....	45
3.3 Ideología.....	46
3.3.1 Conformación socio-histórica de la ideología.	
3.3.2 Concepciones sobre la ideología	

3.2.2.1 La concepción epifenoménica.	
3.2.2.2 Concepción Latente.	
3.2.2.3 Una concepción crítica.	
3.4 Ideología dominante y la profesión médica.....	54
3.5 Ideología y poder.....	59
3.6 Aproximación a la ideología mediante los significados.....	61

#### **4. Metodología**

4.1 Tipo de estudio .....	64
4.2 Delimitación temporal.....	65
4.3 Población y muestra.....	65
4.4 Fuentes de información, recolección y procesamiento de información.....	66
4.5 Aspectos éticos.....	67
4.6 Estrategia de análisis.....	67

#### **5. Resultados y análisis.**

5.1 Antecedentes.....	71
5.2 Características de los informantes.....	72
5.3 Categorías analíticas	
5.3.1 Autonomía.....	76
5.3.1.1 Significados de la categoría Autonomía.	
5.3.1.2 Análisis socio histórico.	
5.3.1.3 Interpretación- reinterpretación.	
5.3.2 Dominio de conocimientos.....	82
5.3.2.1 Significados de la categoría Dominio de Conocimientos	
5.3.2.2 Análisis socio histórico.	
5.3.2.3 Interpretación- reinterpretación.	
5.3.3 Normas y Valores.....	88

5.3.3.1	Significados de la categoría Normas y Valores	
5.3.3.2	Análisis socio histórico.	
5.3.3.3	Interpretación- reinterpretación.	
5.3.4	Estatus.....	93
5.3.4.1	Significados de la categoría Estatus	
5.3.4.2	Análisis socio histórico.	
5.3.4.3	Interpretación- reinterpretación.	
5.3.5	Reconocimiento social.....	97
5.3.5.1	Significados de la categoría Reconocimiento Social.	
5.3.5.2	Análisis socio histórico.	
5.3.5.3	Interpretación- reinterpretación.	
5.3.6	Hegemonía.....	101
5.2.6.1	Significados de la categoría Hegemonía.	
5.2.6.2	Análisis socio histórico.	
5.2.6.3	Interpretación- reinterpretación.	
5.3.7	Dominación.....	107
4.3.7.1	Significados de la categoría Dominación	
4.3.7.2	Análisis socio histórico.	
4.3.7.3	Interpretación- reinterpretación.	
5.3.8	Resistencia.....	112
4.2.8.1	Significados de la categoría Resistencia.	
4.2.8.2	Análisis socio histórico.	
4.2.8.3	Interpretación- reinterpretación	
<b>6.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>116</b>
<b>7.</b>	<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>124</b>

<b>8. Anexos.....</b>	<b>138</b>
-----------------------	------------

## **Introducción**

El presente trabajo pretende ser un referente de la subjetividad que los médicos y médicas poseen en relación a los rasgos principales de su profesión, en un momento histórico cuando las estructuras socioeconómicas determinan relaciones de poder y dominación expresados en diferentes grados de desprofesionalización, lo cual ha conllevado a una crisis de la profesión hacia el exterior pero también hacia el interior.

La profesión médica ha sido una construcción histórica con ideales y es justo esos ideales los que se contraponen en este momento con las exigencias de los determinantes sociales y los intereses del Estado a fin de mantener el statu quo.

La profesión médica no es homogénea, por el contrario ha mostrado una estratificación interna tanto en el capital cultural, como jerárquico, lo cual le denota de complejidad y diferencias significativas al momento de realizar un análisis centrado en la profesión.

Es por eso que buscamos extraer de los profesionales de la medicina los significados que ellos tienen en relación a su profesión considerando los diferentes escenarios: el medio institucional estatal, el institucional privado, el mixto y el ejercicio liberal. Señalo que servirá como referente histórico ya que la investigación se desarrolló y culminó previo a la toma de protesta del Lic. Andrés Manuel López Obrador, bajo otro régimen político, lo cual a futuro servirá como anclaje y comparativo para futuras investigaciones.

Desde la Salud Colectiva se puede conceptualizar a la profesión médica como proceso con una construcción socio histórica, donde se encuentran involucradas relaciones de poder y dominación, bajo estructuras-estructurantes que generan contradicciones sobre los individuos, los colectivos, el sistema y la totalidad. Estos procesos crean una subjetividad que entra en tensión entre lo interior subjetivo y lo exterior social proyectando determinadas condiciones históricas y estructurales.

La profesión médica cuenta con un sistema ideológico funcional con el capital y al mismo tiempo la propia comunidad médica trata de defender los valores inherentes del *ethos* profesional. Sin embargo ha tenido transformaciones correspondientes con modelos

adoptados por la sociedad industrial moderna. Estas contradicciones entre la idealización de los profesionales con las demandas de su ejercicio profesional, ha creado tensiones y crisis internas de la profesión pero no se manifiestan por igual según el campo de ejercicio profesional ya que existe además una categorización acorde al grado de especialización y el tipo de ejercicio profesional.

Para cumplir con los objetivos principales se inicia exponiendo el problema el cual contempla los rasgos particulares atribuidos a la profesión médica, producto de la construcción socio-histórica que la colocan como profesión por antonomasia.

Las transformaciones económicas han ejercido efectos en el Estado Benefactor y la profesión médica no es la excepción, sobre todo por la estrecha relación que ésta guarda con el Estado, siendo los profesionales (a nivel institucional) los portavoces o ejecutores de dichas políticas en salud.

Se plantea el problema a partir de considerar la construcción histórica de la profesión médica, sin embargo los cambios estructurales y económicos determinan diferencias según los escenarios de ejercicio profesional. El objetivo general de este estudio radicó en analizar los significados de los profesionales de la medicina en relación a su profesión en el marco de la ideología dominante. Para lo cual el segundo apartado describe el desarrollo de la profesión médica en los diferentes momentos políticos en México y contextualizarlos hasta el momento del estudio. Posteriormente se describe sobre la categorización y segmentación dentro de la profesión médica, el proceso de la profesionalización lo cual conlleva a marcar diferencias entre especialidades, rasgo característico en el devenir histórico. Además de esta segmentación deben considerarse los diferentes escenarios de atención médica lo cual demarca por sí mismo diferencias en el ejercicio profesional.

El tercer apartado hace referencia a la crisis de la profesión médica resultado de procesos como la desprofesionalización, la flexibilización y precarización laboral y la burocracia creando un modelo de contradicciones internas y externas de la profesión. Estas contradicciones y conflictos conforman una ideología en los colectivos que no es homogénea dada la estratificación interna de la profesión, por lo cual a fin de realzar la aproximación a



su estudio fue necesario recuperar los elementos que conducen a reformular la noción de ideología desde un posicionamiento crítico mediante los significados con el fin de redimensionar su análisis a partir de la relación entre sus significados, la construcción socio histórica y los marcos de poder.

El cuarto apartado describe el acercamiento metodológico de tipo cualitativo utilizando el modelo hermenéutico de Thompson (2002) el cual parte de la tesis que las diversas formas simbólicas son sólo explicables en relación a los contextos sociales estructurados de los cuales forman parte y éstas son susceptibles de ser comprendidas e interpretadas.

El quinto apartado hace referencia a los resultados, iniciando con un acercamiento a los diferentes trabajos y estudios encontrados como referentes al tema de interés, observando que los estudios están realizados en un solo contexto, carecen de comparativos o exploran los rasgos más comunes de la profesión pero no realizan un acercamiento crítico a los contextos referenciales donde emerge y se manifiesta la ideología profesional.

Posterior a la presentación de estos antecedentes, se muestra cada categoría a analizar (autonomía, dominio de conocimientos, normas y valores, estatus, reconocimiento social, hegemonía, dominación y resistencia), con tres componentes: en primer lugar se hace referencia a la definición operativa de cada una de esas categorías, en segundo lugar se exponen los significados obtenidos en los discursos por parte de los profesionales de la medicina, en tercer lugar se presenta un análisis socio histórico de cada categoría para finalmente realizar una interpretación reinterpretación de dichas categorías contrastando la realidad con la teoría. Este apartado combina la presentación de la evidencia empírica obtenida de los discursos producto de las entrevistas a profesionales de la medicina con el análisis y contraste conceptual.

Al final se presentan conclusiones, donde destaca que el Estado mexicano jugó un papel fundamental en la consolidación de la profesión médica, en un inicio ayudó a la consolidación de la profesión, pero en etapas recientes, los rasgos clásicos de la profesión se encuentran en contradicción con las exigencias de la realidad política, social y las derivaciones en la gestión institucional, así como por los cambios económicos y por la estratificación dentro de la profesión. Los profesionales manifiestan entre otros puntos de reflexión los efectos de la

burocratización y tecnocracia sobre la autonomía profesional, la falta de representatividad de los gremios y asociaciones profesionales ante problemas del ejercicio profesional, la ruptura del contrato social dada la percepción de incumplimiento de la satisfacción de los pacientes ante las demandas de salud. Se generan algunos puntos reflexivo-crítico de las ciencias sociales, la sociología de las profesiones y la salud colectiva considerando la heterogeneidad estructural de las instituciones de salud y del ejercicio profesional como elemento central en la constitución de subjetividades, discursos y acciones políticas de la profesión asalariada y como clase trabajadora en la actualidad.

## **1. Problema de investigación**

### ***1.1 Planteamiento del problema***

La profesión médica tiene una construcción socio-histórica y posee características particulares (autonomía, dominio de conocimiento, reconocimiento social, normas y valores y estatus) que le denotan como profesión ideal, sin embargo estas características han sufrido mutaciones, dadas las circunstancias y escenarios de cambios en la sociedad. Esta profesión ha transitado de una concepción de servicio humanístico-altruista a un bien mercantil, de una profesión liberal a una colectivizada con los efectos de la flexibilización y la precarización de nuestros días en todo el mercado laboral. Su autonomía se ve amenazada producto de su misma complejización estructural y relación estrecha con el Estado. Se ha escrito y descrito en la literatura los efectos en la concepción, práctica, agotamiento y debilitamiento de la presencia de la profesión sin hacer distinción de los escenarios de quienes pertenecen a ella. Estos se pueden concebir a partir de ideologías dominantes que determinan a su vez la concepción sobre el ser y deber ser de un profesional, permeando en la práctica profesional y en la concepción de los pacientes. Los profesionales no son un colectivo homogéneo, dentro de éste se gestan relaciones de poder y dominación, lo cual se refleja en el estatus y la relación entre pares. A esto se agregan las relaciones de poder que ejerce cada estructura en la cual se desenvuelve el profesional, pues cada una tiene ideales particulares no siempre en consonancia con los ideales de la profesión y que representan puntos de quiebre y contradicciones dentro y fuera de la profesión, lo cual *condiciona mutaciones adaptativas* expresadas en lo objetivo de sus prácticas y subjetivo de sus interpretaciones, siendo este último poco explorado.

Los puntos anteriores influyen en el pensamiento médico dominante el cual a su vez promueve la identidad profesional, al reconstruir en lo imaginario a partir de las diversas condiciones concretas de la práctica cotidiana, una representación colectiva, estableciendo un discurso que al tornarse hegemónico, pasa a tener el efecto práctico de guiar los desempeños de los sujetos sociales en la vida profesional.

Al examinar el pensamiento médico dominante se provee información sobre la construcción intelectual la cual no deja de tener compromiso político e ideológico con el cambio social y por la praxis social que produce. La motivación de esta reflexión nace de la precariedad de nuestros servicios de asistencia médica y de la actuación de los profesionales, de los cuales emergen los obstáculos que el pensamiento médico dominante acoge, buscando, por otras vías, sobrepasarlos. Es de esta manera que las ideologías funcionan como mapas de una realidad social problemática y matrices para crear una conciencia colectiva, definir categorías sociales, crear las expectativas sociales, mantener normas, establecer consenso y resolver tensiones sociales (Geertz, 2003). El contenido y sentido de las ideologías ocupacionales depende del sistema de referencia proporcionado por las características de la medicina como profesión y por los nuevos modelos de organización del trabajo médico en el interior de la sociedad de clases (Donnangelo, 2011). Esta formulación ideológica no es una producción de un pensamiento totalmente ilusorio, provee de significados en el interior de la perspectiva profesional en la utopía de la igualdad social volviéndose el pensamiento dominante. No solamente los grupos dominantes pueden tener ideologías que sirve para legitimar su poder o para construir un consenso o el consentimiento a su dominación, también los grupos dominados y de oposición pueden tener una ideología que organiza efectivamente las representaciones sociales que exigen la resistencia y el cambio.

Desde la Salud Colectiva puede conceptualizarse a la profesión médica como proceso con una construcción socio histórica, en el cual se ven implicadas relaciones de poder a diferentes niveles, lo cual implica sujetos dominados y dominantes, bajo estructuras-estructurantes que generan contradicciones sobre los individuos, los colectivos, el sistema y la totalidad, lo cual le connota de una alta complejidad. La comprensión de esa realidad es de inicio sensible e implica la necesidad de abstracción ya que estos procesos penetran en la conciencia de los individuos constituyendo un campo de tensiones entre lo interior subjetivo y lo exterior social y se asumen como naturales (pseudoconcreción), representando prácticas fetichizadas con la impresión que los objetos son naturales e independientes, por lo que la representación de las cosas no es su esencia sino la proyección de determinadas condiciones históricas y estructurales. Bajo esta óptica son los sujetos quienes hacen historia a partir de su actuar mediante la emergencia de sus ideologías en un momento dado constituyendo una fuerza

opuesta a la tendencia del capital (Touraine, 2000). Por lo tanto es necesario criticar la praxis que humaniza al hombre como hecho transparente para distinguir entre la apariencia y la esencia (Kósik, 1979), pues es en la praxis donde el hombre va creando su realidad humano-social y ésta puede utilizarse como transformación (Zemelman, 2010).

La profesión médica constituye un sistema ideológico funcional con el capital al cual le permite mantener la viabilidad de sus determinaciones económicas, y al mismo tiempo a la propia comunidad médica le ha concedido defender los valores inherentes del *ethos* profesional bajo el reconocimiento social que la concibe como una profesión altruista y humanitaria otorgándole soberanía profesional, gran prestigio y poder por el respeto, la confianza y la aceptación social de su autoridad técnica (Fernández , 2002).

La profesión médica ha servido como sistema de creencias mediante el cual se representan diferentes intereses sociales (Geertz, 2003) y ha funcionado como uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado al aplicar y desarrollar la concepción de un determinado Estado acerca de la salud; además influye en el Estado al asumir sus criterios y concepciones acerca de lo normal y anormal, la salud, la enfermedad, donde el cuerpo se socializa y se convierte en un instrumento de socialización (Canguilem, 1978; Foucault, 1976), y son los profesionales los intérpretes, que legitiman y aprueba las nociones que rigen el comportamiento del ser humano, en un campo determinado.

La profesión médica ha tenido transformaciones correspondientes con modelos adoptados por la sociedad industrial moderna, pasando de un ejercicio liberal a formar parte de un Sistema de Salud Pública y más recientemente a ser pieza clave en el negocio de la salud. El Estado Benefactor, que tuvo su auge a finales de la segunda guerra mundial, con la crisis de petróleo de 1973 hasta lo que algunos consideran su fin con la firma de Consenso de Washington en 1982 (neoliberalismo), tenía como propósitos reivindicar la satisfacción de las necesidades humanas, asumiendo una posición de responsabilidad las cuales fueron incorporadas a respectivas constituciones nacionales para ser garantizadas por el estado teniendo como llave de acceso la condición de ciudadano. Los gobiernos protegieron y

alentaron los mercados nacionales como medidas proteccionistas y crecieron los sistemas de seguridad social y la clase media.

La crisis producida por el pago de la deuda externa en los ochenta condujo a una serie de políticas de ajuste estructural que llevaron a severas restricciones y cambios del Estado benefactor en los países Latinoamericanos y contribuyeron al deterioro de la seguridad y asistencia social. El crecimiento económico de los noventas fue insuficiente para recuperar lo perdido una década previa y acentuaron las pérdidas reflejo de la retirada económica del Estado, discurso globalizador neoliberal que abogó por la apuesta de los ámbitos privados y de los mecanismos de mercado como solución última. La lógica social dio paso así a una lógica comercial sustentada en el mercado, la salud no fue la excepción.

Actualmente la profesión médica responde, en gran parte, a la lógica de producción industrial en serie, tal como lo promueven e instrumentan algunos sistemas toyotistas y tayloristas-fordistas, para lograr la productividad es necesaria la estandarización y producción en serie, apelando a la subjetividad y el compromiso de los trabajadores con los objetivos de la empresa (Bronfman y Castro, 1999; De la Garza, 2000). Todos estos cambios en los sistemas han modificado la concepción de sus actores. El ejercicio médico, de ser una profesión liberal, pasó a ser una profesión asalariada y, en estos momentos se puede observar una situación precarizada, flexibilizada y con rasgos de desprofesionalización. Los pacientes mutaron a “derechohabientes” y en la mirada actual, a una categoría de clientes y consumidores. La relación médico-paciente entró al laberinto burocrático, tecnificado, comercial, incierto, inseguro, posmoderno y se deshumanizó.

México no es ajeno a lo descrito con anterioridad y actualmente se encuentra en una transición de la atención en salud a partir de cambios gerenciales introducidos en años recientes motivo de la transformación económica y sociopolítica subordinada a la economía de Estados Unidos. Esta lógica neoliberal ha condicionado aumento de la población en condiciones de pobreza, mayor desigualdad e inequidad (Jarillo, Casas, y Contreras, 2016). El sistema de salud mexicano, de igual manera, a partir de los años ochenta debido a las reformas neoliberales siguió la lógica de la privatización redefiniendo la conformación de los

sistemas de protección social y modificando la relación público privada (Laurell, 2007). Estos cambios estructurales tienen implicaciones en el proceso de atención que se viven de manera diferente entre los actores, reconfigurando relaciones de poder y dominación con nuevas formas pero perpetuando miseria, cronicidad, enfermedad y muerte.

Con base a lo anteriormente descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados de los profesionales de la medicina en relación a su profesión en el marco de la ideología dominante?

## **1.2 Objetivos de investigación**

Objetivo General:

Analizar los significados de los profesionales de la medicina en relación a su profesión en el marco de la ideología dominante.

Objetivos específicos:

- 1) Describir los elementos significativos del proceso socio-histórico de la profesión médica en México.
- 2) Explorar los significados de los profesionales en relación a: autonomía, dominio de conocimientos, valores, reconocimiento social, hegemonía, dominación y resistencia en el ejercicio institucional público y privado, liberal y mixto.
- 3) Articular las expresiones de significado de la profesión con el marco socio-histórico de la profesión médica en el marco de la ideología dominante.

## **2. Enmarcamiento referencial.**

### **2.1 La profesión médica: Grandes rasgos de su proceso socio-histórico**

La palabra profesión proviene del latín *professio*, *-sionis*, que significa acción y efecto de profesar, ha evolucionado a través del tiempo y ha sido producto del desarrollo histórico hasta llegar a los procesos de hoy en día. Por ejemplo en el siglo XIX Tocqueville denominó “corporaciones intermediarias” a organismos por medio de los cuales se podían instaurar un nuevo orden social, en sustitución de la sociedad tradicional. Durante la revolución industrial y con la modificación de la organización social, se crearon tareas profesionales más especializadas incorporando como producto de esta transformación la concepción de lo profesional (Fernández, 2001).

Durkheim, desde el funcionalismo, fue el fundador de la *Sociología de las Profesiones* defendiendo la argumentación sobre la evolución conjunta de actividades económicas y de formas de organización social que finalizaban en su reconocimiento social. Según Durkheim, tras la revolución francesa y a partir de la revolución industrial, los mecanismos de integración y regulación fueron disfuncionales, lo cual implicó debilitamiento de las normas y del lazo social, así como la desaparición progresiva de todos los grupos sociales intermediarios entre el individuo y el estado. Por lo cual la restauración del grupo profesional, trató de reencontrar el sentido de la regla como “modo de actuar obligatorio” y de reconstruir una “personalidad moral más allá de las personas individuales” y asegurar el orden y la cohesión social (Urteaga, 2008). A partir de la década de los treinta Carr -Saunders y Wilson (1933), señalaban que una ocupación alcanzaba el estatus de una profesión cuando un tipo de actividad se ejercía mediante la adquisición de una formación controlada, bajo reglas y normas de conducta establecidas y en apego a una ética de servicio. Particularmente se interesaron en las profesiones médica y jurídica, y su sistema de formación fue revelador de la autonomía de las profesiones como criterio fundamental de la legitimidad de las asociaciones profesionales considerando que la relación con el estado es un problema vital porque está en juego establecer una relación justa entre saber y poder (Urteaga, 2008). Para Cogan, la profesión tenía una obligación ética: proveer servicios altruistas al cliente (Fernández, 2001). Wilensky (1964), señalaba que la profesión se trataba de una forma especial de organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimiento sistemático y



adquirido a través de una formación escolar, por lo cual los actos realizados eran sistemáticos y continuos obedeciendo a una cierta lógica técnico-científica.

Para la década de los setentas, Moore y Freidson visualizaron a la profesión a partir de un conjunto de dimensiones estructurales y actitudinales, tal como ser una ocupación de tiempo integral, organizada por profesionistas con una mutua identificación de intereses comunes y conocimientos formales, así como normas y modelos apropiados de conducta, con orientación para el servicio y autónomos (Rodríguez y Guillen, 1992).

La profesión como fenómeno sociocultural contempla un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural donde surge y se desarrolla (Starr, 1991). Esta forma privilegiada de actividad ha sido distinguida por tener altos niveles de ingreso económico, estatus social y prestigio. Por todo esto, la profesión como unidad estructural de la sociedad moderna condensa procesos y elementos de la realidad social, política e ideológica en la que se circunscribe, y ésta a su vez, es formalmente establecida y legitimada por el sector social que las ha constituido como tal.

El interés en el estudio de las profesiones desde un enfoque conceptual y metodológico social, radica en realizar una descripción de la profesión como grupo el cual ejerce un poder y logra a través del Estado determinadas normas para su ejercicio, legitimando su actuar y acreditando su existencia y permanencia en la sociedad. El significado de una profesión, su legitimación, su validez y función están enmarcadas por las características históricas de la sociedad donde surge y se desarrolla (Gómez, 1982).

La profesión médica ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia no sólo de manera conceptual, sino en su propia naturaleza y esto se ha visto reflejado en su práctica; también las concepciones sobre su papel, compartidas hegemonícamente por los diferentes grupos sociales. El pasado de la profesión ha configurado también su personalidad política e incluso su concepción como profesión. Dingwall (1976) sugería que en lugar de definir la profesión por decreto, los sociólogos harían mejor si se dedicaran al estudio y la explicación de la forma

en que los miembros ordinarios de algunas ocupaciones en particular invocan y emplean el término durante el curso de sus actividades cotidianas, para estudiar cómo dichos miembros “logran” una profesión, independientemente de las definiciones operativas.

## **2.2 La profesión médica en México**

En México, a diferencia de otros países (Inglaterra y los Estados Unidos), las profesiones han estado ligadas estrechamente al desarrollo del Estado, lo que permite que el poder político se identifique detrás de la legislación para regular el ejercicio profesional, fundamentalmente en profesiones como la medicina, el derecho o la arquitectura, ya que su desarrollo se encuentra vinculado con los aspectos del poder político como con los de la tecnología y la cultura. Por lo que según Light (Citado en Nigenda, 1994), la relación Estado-profesión es un modelo de control basado en una relación de mercado entre empleadores y empleados o entre productores y consumidores, dentro de un marco político donde los grupos involucrados se encuentran en un proceso continuo y constante de balanceo de poderes. En esta propuesta el componente histórico es básico, ya que supone que el modelo de control es consecuencia de los cambios cualitativos en la interacción entre los actores participantes en un período determinado. Según Cleaves (1985) el éxito de las profesiones mexicanas radica en que éstas orientan sus acciones hacia el Estado y en la medida que éste las absorba y las profesiones vayan labrando una autoridad dentro del mismo, el proyecto profesional se consolida. Sin embargo es necesario ubicar a las profesiones más allá de los acontecimientos intrínsecos de éstas y su existencia social en los procesos sociales más generales (Jarillo, Outón, y Salinas, 2011).

### **2.2.1 Etapa colonial**

Durante el Período Colonial (1521-1821) el protomedicato fue la primera institución encargada de vigilar la práctica médica y la atención médica de la época, así como de controlar la conducta y el ejercicio profesional de médicos cirujanos, parteros y boticarios. Este periodo se podría caracterizar por el ejercicio de la profesión basado en los principios hipocráticos-galénicos con una amplia influencia de las Universidades de Salamanca y Valladolid, siendo la caridad el eje rector del ejercicio profesional pero también uno de los desacuerdos entre el Estado y los médicos, ya que la ley española estableció que la medicina

era primero una obligación y luego una carrera lucrativa, pues según el juramento del médico se tenía que atender a los pobres sin cobrar y darles la medicina de limosna, lo cual no era llevado a cabo por todo el gremio médico (Carrillo, 2002a).

A partir de 1820, las corrientes de tendencia reformista se fortalecieron, sin embargo se toparon con graves contradicciones y problemas sociales y económicos generados por las guerras de independencia, lo cual condicionó que las instituciones de asistencia social sufrieran de abandono por falta de recursos, estructura y personal capacitado. Y a pesar que todavía existían algunos hospitales religiosos como el de San Juan de Dios, San Hipólito y Belem, el decreto de supresión amenazó a las instituciones benefactoras, el ayuntamiento trató de administrar los hospitales y darles sentido laico, pero no resultó favorable debido a la falta de experiencia en la administración de hospitales públicos por parte de los miembros del ayuntamiento de la ciudad de México y sobre todo la falta de recursos económicos (Mendoza, 2018).

### **2.2.2 México Independiente**

Después del movimiento de independencia la práctica de la medicina era controlada por el Protomedicato. De 1829 a 1832 hubo un movimiento de renovación al fusionarse la carrera de médico y de cirujano. Fue abolido el Protomedicato y se transformó en la Facultad de Medicina del Distrito Federal y con ella desapareció una corporación con privilegios, fueros y monopolio. Asimismo se expidió el primer Código Sanitario que dio origen al Consejo Superior de Salubridad y se dieron las bases para el primer Reglamento de Hospitales Generales (Hernández-Sáenz, 1993; Carrillo, 2002b).

Tras las reformas liberales de 1833 se clausuró la Real y Pontifica Universidad de México y se creó la Dirección General de Instrucción Pública y el Establecimiento de Ciencias Médicas donde se integraron las carreras de médico y de cirujano con una fuerte influencia de la escuela francesa. Santa Anna canceló esta reforma universitaria sin embargo el Establecimiento de Ciencias Médicas se conservó cambiando su nombre por el de Colegio de Medicina. Durante esta época se suscitó una epidemia de cólera y se promulgó en el Distrito Federal una multa para aquel médico que no asistiera a los enfermos de las casas

donde viesen pañuelos blancos en las ventanas- señal de que había sido atacado por la epidemia (Carrillo, 2002a).

La Ley sobre la Policía General del Imperio de Maximiliano de Hasburgo (1863-1867) hacía referencia a que cualquier profesor de medicina o cirugía podía ser llamado a hacer la extracción del feto en las embarazadas que sucumbieran aun cuando no estuvieran bajo su cuidado, o deberían acudir al llamado de las autoridades de policía en los casos de heridas, para hacer la curación de primera intención, bajo la pena de multas en caso de incumplimiento (Hernandez, 2014).

### **2.2.3 República Instaurada**

Los médicos seguían prestando atención sin obtener pago alguno, pero muchos fueron abandonando esta costumbre. Otros médicos se pronunciaron contra los consultorios gratuitos y las asociaciones de beneficencia como instituciones que tendían a disminuir el ingreso del médico (Carillo, 1998). El ejercicio profesional se hacía con bastante libertad, los profesionistas estaban divididos en clases: los que atendían a los ricos y los que atendían a los pobres. El pensamiento médico fue cambiando y la enseñanza se transformó en una doctrina que requería una práctica ejemplificada la cual se empezó a realizar en hospitales, influido por el pensamiento positivista francés (Ross, 2005).

### **2.2.4 Porfiriato**

En 1901 se funda el Hospital General de México, con lo que nace la modernidad hospitalaria. Para 1904 conforme la incipiente industrialización se expidió un decreto que reconocía la incidencia de los accidentes de trabajo (Flisser, 2009). Dos años después, en 1906, se modificó el título profesional llamándose médico cirujano, cada alumno tenía que protestar en ejercer su profesión para alivio de los males de los pacientes aún sin recibir retribución en caso de que éstos carecieran de recursos para darla, pese a esto, cada vez fueron menos médicos dispuestos a prestar sus servicios gratuitamente (Carrillo, 2002a). Para 1910, Francisco I. Madero señaló la necesidad de elaborar leyes para “asegurar pensiones a obreros mutilados en la industria, se creó la Universidad Nacional de México y el Colegio de Medicina pasó a formar parte de esa institución como Escuela de Medicina. Los médicos

escaseaban, había una relación de 1 por 5 000 habitantes, persistía una postura liberal bajo la oferta y la demanda, por lo que 80% de ellos se encontraba en la Ciudad de México (Rivera-Tapia, 2003). El porfiriato es considerado como el nacimiento de la salud pública moderna en México y el proceso de concentración creciente del poder del Estado en asuntos sanitarios, el cual fue paralelo a su concentración de poder político disciplinador poniendo los nuevos conocimientos al servicio de la prevención de problemas colectivos de salud. La organización de la práctica médica obedecía a la estructura económica con el proceso de producción, aseguraba el desarrollo de la agricultura, el comercio, las vías férreas y comunicaciones telegráficas aumentando el vigor y la aptitud de la población trabajadora. El estado asumía las funciones que correspondían a la iglesia (caridad y beneficencia), los profesionales eran los brazos armados de las corrientes higienistas preocupadas de proteger la expansión de la acumulación capitalista al interior de México. Múltiples eran los deberes y obligaciones de los profesionales: atención, cuidado (fuese en clínica privada, hospital o en la cabecera del paciente), supervisión de las condiciones sanitarias de fábricas, talleres, escuelas o sitios de aglomeración, evitar epidemias, elaboración de estadísticas y labor pedagógica. Los profesionales consideraban que tenían una base distintiva de legitimidad y autoridad, las cuales los constituían como miembros de una comunidad o gremio con códigos de conducta y alto sentido de responsabilidad. Eran identificados con una tradición médica que era de tradición occidental en particular la francesa, la cual remontaba a la tradición médica antigua (Carrillo, 1998, 2002a; Flisser, 2009). El estado forzó a la población a cumplir con campañas contra epidemias (fiebre amarilla, paludismo, peste, tuberculosis) realizadas en puertos y fronteras, aislando a los enfermos aún contra su voluntad, así como la prohibición del vagabundeo y otros actos que se consideraran inadecuados para la salud, hechos que algunos autores definen como una forma radical de autoridad médica institucionalizada (Starr, 1991). Sólo el médico podía elaborar un diagnóstico y dar un tratamiento, y era requisito indispensable ser honrado con los pacientes y no prometer curaciones maravillosas o milagrosas, así como guardar el secreto profesional y no cobrar honorarios exorbitantes pero sí justos, de acuerdo con la situación del cliente y con la importancia de los servicios prestados.

### **2.2.5 México post revolucionario**

Las políticas del estado post revolucionario mexicano conformaron un esquema dual, por un lado tuvieron rasgos universalistas que partían de reconocer los derechos sociales incluidos en la Constitución de 1917 definiendo que el Estado era el responsable de garantizar su cumplimiento. Por otro lado las acciones referidas a educación y salud también tuvieron un esquema universalista pero con muchas limitaciones. Esto propició la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1935), la Secretaría de Asistencia Pública y la fusión de ésta con el Departamento de Salubridad (1943) dando lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Veinte años más tarde surgieron el Hospital Central Militar, Hospital de la Raza, el Centro Médico Nacional y el Centro Médico 20 de Noviembre, y como primer hospital de financiamiento privado el Hospital Americano British Cowdray (Ortiz-Quesada, 2000).

Un evento que marcó de manera importante la conformación de la profesión médica en México fue la presencia de la Fundación Rockefeller a partir de 1920 con su participación en diferentes áreas económicas y en el área de la salud con la “International Health Commission” infiltrando su ideología por medio de programas de salud pública y posteriormente en programas de educación y capacitación de médicos (Solórzano, 1996). La progresiva implantación de la medicina estadounidense trajo como consecuencia una demanda creciente de los servicios de salud que sumada al crecimiento de las dependencias del Departamento de Salud Pública condicionó un déficit de profesionales el cual fue más evidente en 1928. Esta situación fue aprovechada por la Fundación Rockefeller implementando un programa de becas para facilitar la capacitación de los médicos mexicanos en las escuelas de salud pública de la Universidad de Harvard y John Hopkins (Solórzano, 1996; Fierros, 2014). De esta manera el interés filantrópico de esa Fundación en México iba de la mano con los intereses expansionistas de Estados Unidos y de la misma familia Rockefeller. El prestigio de los médicos que se beneficiaron del impulso de esa Fundación se alcanzó cuando algunos quedaron a cargo de las campañas contra la fiebre amarilla, con la idea inicial de introducir en México programas educativos sin embargo la ideología nacionalista de la época y la actitud anti estadounidense de la población consideraban que estos programas servirían como medios de infiltración ideológica y afectarían la soberanía nacional. Dado que era imposible capacitar a todos los médicos, se aseguró que los médicos capacitados regresarían a México

y se les colocaría en los cargos más importantes en el Departamento de Salud Pública. El mayor número de becas fue otorgado en los períodos presidenciales de Cárdenas y Ávila Camacho. Además de ocupar posiciones claves en las instituciones de salud pública, los ex becarios empezaron capacitaciones en funcionarios de salud, enfermeras e inspectores sanitarios, de igual manera iniciaron con actos de presencia en foros internacionales (Solórzano, 1996).

Quizá una de las contribuciones más importantes de la Fundación Rockefeller a la medicina estadounidense y a la mexicana fue la política de *tiempo completo*, a través de la cual los departamentos clínicos estarían controlados por personal cuya única ocupación sería la investigación quedando prohibida la práctica de la medicina privada, así como la prestación de servicios a hospitales (Solórzano, 1996; Malavassi, 2006). Uno de los principales obstáculos para los puestos de tiempo completo fueron los bajos salarios que el gobierno ofrecía a los ex becarios, por lo que los médicos que trabajaban en el Departamento de Salud tenían que complementar sus salarios con otras posiciones fuera del Departamento o bien con un consultorio particular.

Además de lo ya mencionado, entre otros cambios significativos en este período se encuentra el relacionado al currículum donde sobresale el predominio de la medicina preventiva, salud pública y las especialidades médicas. Cabe señalar que hasta antes de 1933 la investigación se caracterizaba como de carácter “*no profesional*, esporádica, realizada por médicos curiosos [...] que contaban con un patrimonio familiar” (Kumate, 1977, p. 427). De esta manera los profesionales de la medicina estuvieron impregnados por intereses de clases, por ideologías neo-imperialistas con quehaceres diplomáticos y con tendencias hegemónicas, definiendo la profesión médica y estableciendo sus parámetros intelectuales e ideológicos reflejo del poder de la Fundación Rockefeller. Por otro lado en este mismo período se encontraba la lucha de la medicina liberal tratando de asumir el control de los organismos de la salud contrarias a las acciones de la burocracia del Estado mexicano que luchaba por adquirir la hegemonía de los servicios (Nigenda, 1995). A pesar que los médicos del Departamento gozaban de los beneficios del Estado mexicano y de la Fundación, éstos no fueron capaces de adquirir su autonomía y capacidad de determinación, por el contrario, los

beneficios se convirtieron en mecanismos de dependencia. Esta dependencia de conocimientos médicos de Estados Unidos hizo que el prestigio de la profesión médica no se sustentara en la aceptación de la sociedad, sino en el renombre internacional que ésta adquiriría a través de sus contactos con otras sociedades médicas internacionales. Por último y no menos importante fue la influencia de la Fundación Rockefeller en la profesión médica en su carácter elitista, semejante al de Estados Unidos, viéndose además reflejado en las desigualdades de la provisión de servicios de salud en las áreas urbanas y rurales, así como en las discrepancias salariales entre los médicos y el resto del personal de salud.

Con el surgimiento del Hospital General de México en 1905 se formalizó la atención médica especializada apoyada en cuatro especialidades básicas, iniciando la enseñanza de las especialidades médicas, posteriormente se inició con el modelo de residencias de especialización en el Hospital Infantil de México, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, así como el Instituto Nacional de Cardiología, como fenómeno para mejorar la situación económica de ciertos médicos y al mismo tiempo diferenciar las especialidades quirúrgicas; debido a esta división se creó la necesidad del ejercicio profesional en grupo (Dolci, García y González, 2015). En el IMSS, las primeras residencias médicas se iniciaron en 1954 en el Centro Médico “La Raza”, sin embargo el sindicato de médicos tomó una clara actitud de confrontación recién iniciado su funcionamiento, ya que exigían participación directa en el manejo del Seguro Social, ya que no quería “ser considerados como simples asalariados, ya que eran elementos intelectuales y no trabajadores de una industria” (Hernández, 2001; Zertuche, 1980). Esta oposición se diluyó paulatinamente pero marcaron dos corrientes dentro de la prestación de los servicios médicos: el ejercicio liberal que supone una relación médico-paciente donde idealmente además de proporcionar sus conocimientos al médico se le otorga una autoridad ante la familia y por otro lado la medicina institucional, donde el médico se inserta dentro de una organización donde el criterio que prevalece es el de la eficacia y quedan inmersos en la burocracia institucional. La indiferencia de los médicos complicó el inicio del Instituto, así como la carencia de recursos materiales y económicos que junto a la carencia de médicos especializados, obligaron a la contratación de médicos recién egresados de la Facultad o personal con preparación deficiente a esto se le agrega que la remuneración que se ofrecía era precaria (Loyo, 1973; IMSS, 1983).



Esta época sentó las bases del régimen presidencialista-corporativo-postrevolucionario y aprovechando la legitimidad del gobierno cardenista y los siguientes tres (Manuel Ávila Camacho, Miguel Alemán y Adolfo Ruiz Cortines) se buscó instaurar estrategias de desarrollo centradas en la industrialización, sin embargo la precariedad del desarrollo industrial y la debilidad de los sectores empresariales llevaron al estado a expandir y diversificar sus actividades. Prevalecía la idea que era necesario consolidar la economía para mejorar la calidad de vida, que quedaron muy lejos de cumplirse sobre todo a nivel de salud por carencia de infraestructura médica, alta demanda de servicios, la falta de un modelo de operación de los servicios médicos y un desorden administrativo y potencializadas por las luchas populares y la dificultades internas de las instituciones de atención (Barajas, 2010).

### **2.2.6 México contemporáneo**

Desde principios del siglo XX el actor principal en el ámbito de la salud en México ha sido el Estado, específicamente en relación a los profesionales médicos y su empleo quedaron a cargo de dos grupos: los *tecnócratas de la salud* y los *estabilizadores del sistema*. Los primeros expertos con autoridad y poder de decisión que manejan las instituciones de salud para el funcionamiento más eficiente; el segundo grupo generalmente con más poder que el anterior actúa en las organizaciones encargadas del control político y el mantenimiento del sistema, siendo la atención en salud y la educación medios subsidiarios que pueden manipular para servir en lograr la estabilidad política (Frenk, Robledo, Nigenda et al, 1990). Existen otros actores como son: las universidades y el grupo profesional, este último puede pertenecer a los tecnócratas y a las autoridades de medicina, sin embargo como grupo profesional es heterogéneo, jerarquizado y dinámico, con intereses muy diferentes. La interacción de estos grupos en el ámbito de atención y educación ha estado determinada por condiciones políticas sociales y económicas en los distintos períodos, y es posterior al período de la medicina científica (1959-1967) cuando entra en un período de crisis (1968-1979), donde el hecho más sobresaliente es el desajuste cuantitativo entre egresados y plazas de trabajo porque las escuelas de medicina experimentaron una expansión inusitada. En las instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el número de hospitales se mantuvo constante, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(ISSSTE) registró un incremento sustancial por el crecimiento de la burocracia federal que se duplicó entre 1970 y 1976 (Collado y García, 1975; Frenk et al, 1990). Sin embargo la infraestructura de atención médica no se expandió en la misma proporción utilizando la subrogación de servicios relacionada con la crisis económica de 1974 y que tuvo su peor momento en 1976. En esa misma fecha se elaboró el primer Plan Nacional de Salud (1974-1983), y dado las situaciones en contra no se incrementaron la proporción de población cubierta por los servicios de salud públicos. Después del movimiento estudiantil de 1968 tras la demanda de contar con mayor acceso a la educación superior, el Estado influyó a las universidades en general y a las escuelas de medicina en particular para que abrieran sus puertas. Las autoridades universitarias movidas por razones políticas e ideológicas estaban a favor de normas de admisión más liberales, como resultado en 1978 existían 2.5 veces más alumnos que en 1970. Este proceso no tuvo una organización médica sobrepasando la capacidad del sistema de formación de médicos especialistas, ni tampoco el Estado fue capaz de mantener la expansión de la educación médica, por lo que un gran número de médicos ingreso al sector privado, provocando su rápida saturación en las grandes ciudades y fue cuando se empezó a hablar de desempleo (Frenk, 1995). Con todo lo negativo del periodo se intentó reorientar el currículo médico apartándolo de su énfasis en la especialización hospitalaria y se desarrollaron nuevas opciones de posgrado entre ellas la medicina familiar como especialidad a considerar un cambio hacia la atención primaria a la salud.

Durante la década de los ochenta la economía empezó a recuperarse en parte por la exportación de petróleo, y el gobierno optó por ampliar los programas de cobertura de atención primaria a la salud, surgiendo IMSS-Coplamar y Atención a la Salud de la Población Marginada de las Grandes Urbes, lo que también introdujo modificaciones importantes en el mercado laboral médico, creando nuevas fuentes de empleo pero no suficientes sobre todo porque los programas rurales no cubrieron sus puestos debido a la resistencia de los médicos de trabajar en zonas rurales, siendo estas plazas atendidas por pasantes en servicio social; y pese a las innovaciones curriculares de los setentas la mayoría de las escuelas de medicina no habían cambiado el modelo flexneriano por el de atención primaria a la salud.

La crisis económica de 1982 con la devaluación del peso mexicano de 600 por ciento, obligó a proteger el gasto social dando prioridad a la atención médica, la educación y los programas de vivienda. Asimismo se establecieron las bases para conformar el Sistema Nacional de Salud apoyados en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 con cinco ejes: descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria, así como el establecimiento de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) en 1983, instituida por el Presidente de la República, copresidida por los Secretario de Salud y de Educación Pública, y representantes de instituciones de salud y de universidades, con el objetivo de planificar estrategias de planificación, formación y empleo de profesionales de la medicina. Este órgano produjo un cambio relativo en el poder de los actores de la política de recursos humanos para la salud, fortaleció tanto a la tecnocracia de la salud como a las autoridades de las escuelas de medicina para la toma de decisiones.

La década de los '90s estuvo marcada por los requerimientos del Tratado de Libre Comercio de América del Norte entre Estados Unidos, Canadá y México (1994), lo cual conllevó a el diseño y aplicación de políticas en materia educativa tendientes a la definición y operación de organismos e instrumentos para la acreditación de carreras y la certificación profesional, convirtiendo al Estado en un regulador activo de los mercados educativos y de los mercados laborales de nivel profesional. Esta certificación profesional no fue del todo articulada a las instituciones, al proyecto de desarrollo y a la realidad mexicana, evidenciando una limitada participación de las instancias y de los actores involucrados específicamente de las organizaciones gremiales de carácter profesional que teóricamente representan y defienden los intereses de los profesionistas. Por otro lado las instituciones, las comunidades universitarias y los gremios profesionales, aunque copartícipes desempeñaron más un papel de proveedores de insumos de información a las instancias externas que supervisaban el proceso y emitían un fallo final (Valle-Flores, 2000).

Este período significó la fractura del modelo de desarrollo económico en México, de una sociedad conducida y estructurada por el poder público a un modelo donde el mercado emerge como el actor principal que estructura tanto la producción nacional como las

condiciones para el desarrollo social. El Estado como un actor más establece el nuevo orden de cosas para que los actores económicos y políticos operen bajo la noción de libre competencia, lo cual conllevó a una grave desigualdad, polarización en los ingresos de la población, desempleo y disminución en el acceso a los servicios de salud para la población. Y en términos de los profesionales favoreció un mercado laboral más individualizado y dominado por empresas privadas o por corporaciones de aseguramiento intermediarias (Jarillo et al, 2011). Las instituciones públicas de salud restringieron su oferta a paquetes básicos de atención e intervención selectiva y focalizada, por otro lado culpabilizan a los enfermos por no adoptar estilos de vida saludable y a la gestión de la disminución del riesgo de forma individual, así mismo se impulsan intervenciones costo-efectivas desde una supuesta neutralidad científico-técnica.

En el año 2003, con una reforma a la Ley General de Salud se crea el Sistema de Protección Social en Salud, como opción para extender la cobertura de servicios médicos, promoviendo un seguro voluntario subsidiado conocido como Seguro Popular, financiado con recursos públicos y cuotas de los beneficiarios, el cual ofrecía un paquete básico de servicios esenciales de salud y un fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) para el 2012 ya contaba con una cobertura de 38% a comparación del IMSS del 32%, cabe señalar que la afiliación rebasaba la expansión de infraestructura y recursos humanos para atenderlos ya que entre 2008 y 2010 se redujo la disponibilidad de infraestructura y equipo. Más que instrumento para la protección en salud, se privilegiaron los mecanismos financieros para re-direccionar los fondos públicos hacia la demanda y promover la competencia, por los recursos en redes plurales de proveedores públicos y privados (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

### **2.3 La profesión médica en México situación actual**

El ejercicio del profesional médico ha experimentado cambios radicales, desde su origen aristocrático hasta la realidad de nuestros días (Cleaves, 1985). La globalización, los nuevos modelos de gestión, los avances tecnológicos y educativos, entre otros, han dejado huella en la personalidad, en el actuar y en las formas asumidas por la profesión médica. Cleaves (1985) señala que las ideologías, técnicas y procedimientos de la profesión médica son mucho más compatibles con los estándares internacionales que con las normas nacionales de salud, es decir, la profesión enfrenta serias dificultades para mantener su propia identidad nacional.

El impacto de los nuevos sistemas económicos y sociales en el marco de la globalización, han influido en las profesiones propiciando el surgimiento de nuevas y reorientando las ya existentes. Las profesiones actuales se estructuran con base a la segmentación del conocimiento y de su propio ejercicio, siendo la profesión médica una de las más representativas.

Actualmente, la profesión médica está caracterizada por una noción mecanicista de los procesos que estudia, un fuerte enfoque biologicista, reduccionista e individualista con fuerte tendencia a la sub-especialización, una inherente incorporación al uso de alta tecnología, énfasis en lo curativo y rechazo de otras formas de ejercicio profesional de la salud.

Los valores de profesionalismo se han modificado por estas visiones a lo largo de la historia médica, la profesionalidad médica tradicional se basaba en la autonomía, la autorregulación y la competencia. Sin embargo, en el nuevo milenio, el significado de la profesionalidad ha cambiado bajo el concepto de responsabilidad que incorpora los valores clásicos.

La profesión médica tiene dos facetas: constituye un importante tema de interés histórico y sociológico, pero, al mismo tiempo, es una ideología (como sistema de creencias) en la propia comunidad médica que defiende los valores inherentes al *ethos* de la profesión. En la actualidad, las reflexiones están más orientadas sobre el profesional como concepto, en su

inserción teórica (orientada hacia la práctica) y sobre discusiones políticas de manera separada y no como totalidad.

Las profesiones fueron los elementos más estables de la sociedad, que preservaron y transmitieron tradiciones y funcionaron como “centros de resistencia a las fuerzas brutas” (Aldridg y Evetts, 2003). Un clásico de la profesión médica, argumenta que la estructura interna de la profesión no es congruente con el mercado libre dirigido por el consumidor, por el contrario se trata de un sistema burocrático de planificación y economía controlada (Freidson, 1978). El profesionalismo sigue una "tercera lógica", en la que los trabajadores con conocimiento tienen el poder de organizar y controlar su trabajo. Este tipo ideal de profesionalismo, significa que los expertos están haciendo un buen trabajo para su propia satisfacción y, en consecuencia, atender las necesidades de los consumidores y gerentes. Freidson (1978) sostiene que el monopolio y la noción de autogobierno son esenciales para el profesionalismo: "En el sentido más elemental, el profesionalismo es un conjunto de instituciones que permiten a los miembros ganarse la vida mientras controlan su trabajo" (p.17).

A diferencia de los enfoques funcionales de la sociología de las profesiones, la escuela de interaccionismo simbólico a mediados del siglo XX desarrolló una visión alternativa refiriéndose a los estudios sobre las interacciones de los individuos y los grupos sociales, eso permite una mirada más crítica al actual mundo de profesionales y reveló ideologías y mitos asociados con la noción de profesionalismo. El llamado “poder de acercamiento al profesionalismo” se esforzó por explicar cómo la profesión médica ganó autonomía y desarrolló dominación sobre otras ocupaciones en diversos lugares anglo-americanos (Macdonald, 1995, p. 4).

De esta manera la profesión médica puede ser vista como un fenómeno simbólico en la medida en que ha servido en circunstancias socio históricas particulares, para establecer y sostener las relaciones de dominación (Thompson, 2002) a merced del *status quo*, pero es un grupo dominado dentro de una estructura que moldea y determina una práctica ajena a los principios que determinan a la profesión. Johnson (1972) en su libro “profesiones y poder”

señala que estamos asistiendo al decaimiento de una forma de profesionalismo, basada en el autocontrol en beneficio de lo que él denomina “protección corporativa” y que constituye uno de los mecanismos esenciales de control ejercido por el Estado, sobre las actividades de servicios. Así mismo señala que las profesiones no sirven a las necesidades sociales, sino más bien imponen sus definiciones de necesidad y las formas de servir las en consumidores atomizados, en el caso de México la profesión médica siempre se ha desarrollado como parte del Estado mismo (Fernández, 2002). Esta se lleva a cabo bajo una autonomía relativa acordada por el Estado para realizar esta función de reproducción que incluye la división del control del proceso de reproducción. Para escapar de la explotación directa del capital, los profesionales emplean todas las estrategias de las antiguas corporaciones legitimadas por las instituciones del Estado corporativista al mantener el carácter esotérico de los conocimientos adquiridos en las universidades, al justificar ideológicamente la idea de servicio por encima del interés personal. Esta neutralidad oculta la alianza de la profesión con la clase dominante, a la vez que muestra como sus miembros disfrutaban de una posición envidiable en los aparatos de reproducción. La profesión médica legitima comportamientos del ser humano para dictaminar sobre el bien y el mal, de esta sutil manera y bajo la idea de servicio a la humanidad acrecienta su poder económico y su prestigio tanto científico como social, incluso de estratificación interna entre la práctica pública y privada (Foucault, 1999). La conducta del médico ante la enfermedad constituye la objetivación de los valores dominantes en la sociedad, tomando decisiones sociales al diagnosticar la enfermedad y es ese papel social que le hace capaz de mantenerse en su posición de poder y privilegio.

Todos estos escenarios espacio-temporales y los distintos niveles de análisis [recursos o capital, campos de interacción, reglas, convenciones y esquemas, instituciones sociales (reglas, recursos y relaciones), estructura social (asimetrías y diferenciales)] permiten captar los rasgos sociales de los contextos en los cuales actúan e interactúan los profesionales. Rasgos que son constitutivos de la acción y la interacción, en el sentido de que los médicos rutinaria y necesariamente ponen en práctica y emplean los diversos aspectos de los contextos sociales al actuar e interactuar. Los rasgos contextuales no sólo son restrictivos y limitativos también son productivos y facultativos determinando las acciones e interacciones que ocurren en la vida cotidiana, y son determinantes sociales de esas acciones e interacciones.

Este análisis proporciona contexto para considerar lo que interviene en el ejercicio del poder, entendiendo al poder como capacidad de actuar para alcanzar los objetivos e intereses que se tienen: un individuo tiene poder de actuar; el poder de intervenir en la secuencia de sucesos y de alterar su curso. Al actuar así, un individuo aprovecha y emplea los recursos que están a su disposición. En consecuencia, la capacidad de actuar para alcanzar los objetivos e intereses que se persiguen depende de la posición que se ocupa en un campo o una institución. El “poder”, analizado en el plano de un campo o una institución, es la capacidad que faculta o habilita a algunos individuos para tomar decisiones, seguir objetivos o realizar intereses; los habilita de tal manera que, sin la capacidad conferida por la posición que ocupan dentro de un campo o institución, no habrían podido seguir el trayecto relevante.

Cuando las relaciones de poder establecidas son sistemáticamente asimétricas y excluyentes, la situación se puede describir como de dominación. En tales casos podemos hablar de individuos o grupos «dominantes» y «subordinados», así como de aquellos individuos o grupos que ocupan posiciones intermedias en un campo, en virtud del acceso parcial que tienen a los recursos.

Se subraya que las profesiones adquieren sentido a través de su vinculación con la sociedad mediante dos procesos: su capacidad de adaptación a las condiciones estructurales que generan restricciones y oportunidades a su acción, y su participación activa, deliberada y organizada en la construcción de la sociedad de acuerdo con su propia visión, ideología, intereses y aspiraciones.

Según Briggs (2005), las perspectivas dominantes del conocimiento no son homogéneas, están aquellas producidas por los sectores científicos (epidemiólogos, investigadores clínicos, de laboratorio, etc), el traducido al lenguaje popular por los clínicos, los profesionales de la salud, los de relaciones públicas y el transmitido a los legos en interacciones médico-paciente, promoción a la salud o a través de los medios de comunicación y por último el recibido por el público. Este proceso no es unidireccional ni lineal, más bien crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del



conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional, cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén los grupos y los individuos, menores son la capacidad de agencia, el poder y la autoridad que les puede ser atribuido, generando relaciones de poder y desigualdades al estructurar una sociedad jerárquicamente diferenciada, representando cartografías hegemónicas alimentando las ideologías dominantes y los roles que representan.

La complejización de la respuesta social ante la enfermedad derivó en la institucionalización de la práctica médica. Distintos estudios han mostrado que el desarrollo de la medicina liberal y su institucionalización a través de la intervención estatal están relacionados con el desarrollo del capitalismo (Hernández, 1982; García, 1981). Resulta indispensable entonces concebir las instituciones de salud como resultado de un poder público que diseña e instrumenta estrategias de intervención de acuerdo con una ideología particular sobre cómo deben resolverse los problemas de la sociedad (Granados y Ortiz, 2003).

### **2.3.1 Categorización y segmentación de los profesionales de la medicina**

La especialización y sub especialización de los profesionales de la medicina, ha creado una evidente estratificación no sólo basada en los conocimientos y división del trabajo, sino también por los ingresos, condicionando un estatus económico y social dentro de los grupos profesionales. Esta estratificación social implica la clasificación jerárquica según algún criterio de desigualdad (riqueza, poder, prestigio, etc), siendo por ejemplo el prestigio una dimensión que Weber llamaba situación estamental como un fenómeno social generalizado en todos los puestos de la estructura de las ocupaciones de una sociedad, el cual es el resultado de dos factores: un sistema de valores y la importancia funcional de los papeles encuadrados en la estructura ocupacional de una sociedad (capacidad relativa de un papel para producir un bien o servicio) (Weber, 2004; Parsons, 1999, p.40)

En cada sociedad y en cada período histórico, el prestigio que cada quien posee puede no ser el mismo, sin que la variabilidad sea tan grande como postulan algunas interpretaciones ideológicas de la sociedad. Esta variabilidad se debe a que una misma función necesaria en

un sistema social, puede ser apreciada de diversas maneras de acuerdo a los valores dominantes en los diferentes sistemas sociales y épocas. Basados en esta estratificación se puede entender que sirva como sistema de motivación para desempeñar los papeles más difíciles o de mayor complejidad para el funcionamiento eficaz de la sociedad. Por lo tanto el estatus es la forma más general y persistente de estratificación en el cual las recompensas de naturaleza económica y el poder no son valorados por sí mismas, sino porque son indicadores simbólicos de un estatus elevado.

Autores como Ben-David señalan que una de las características de los integrantes de una profesión es que poseen un sueldo elevado, un estatus social y autonomía en su trabajo, y que su posición privilegiada se obtiene a partir de realizar funciones socialmente valoradas (Fernández, 2001). En este sentido Elliot menciona que las profesiones más antiguas son consideradas como las de estatus más elevado (Elliot, 1975). El ingreso ha tendido a convertirse en un símbolo importante de su éxito y el estatus tiene vínculos con el proceso de desarrollo vigente y con la participación del Estado (Nigenda,1995).

### **2.3.2 Escenarios de atención médica (instituciones públicas, instituciones privadas y medio liberal)**

El derecho a la salud es reconocido por todos los países, sin embargo su garantía está sujeta a las políticas públicas, definiciones legales, procesos organizacionales, servicios ofrecidos y su carácter público o privado. La salud de los mexicanos tiene todos estos condicionantes pero además se encuentra la condición de estatus laboral, lo cual fragmenta a la población en dos categorías: los derechohabientes y los no-derechohabientes de la seguridad social. De esta manera el sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), Servicios de Atención Médica de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR)], por otro lado están las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Bienestar (IMSS-B)]. El sector privado está integrado por compañías aseguradoras y profesionales que

trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados incluyendo los servicios de medicina alternativa.

Todas estas instituciones están bajo la rectoría de la SS que tiene como tarea la planeación estratégica del sector, la coordinación intra e intersectorial, la regulación de la atención a la salud así como de los servicios, programas, políticas institucionales y sistemas. Cada institución tiene características particulares: capacidad instalada (instalaciones físicas y recursos de atención), recursos tecnológicos (equipamiento y soporte para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), insumos (recursos de todo tipo para garantizar la operación y funcionamiento), personal de salud (responsables de armonizar la operación institucional con la atención médica) y quizá el elemento más significativo, el flujo de pacientes (Jarillo, 2016). Todos estos aspectos dotan a la atención médica de una complejidad como proceso multidimensional al momento de la evaluación costo-eficacia-eficiencia.

México es el país que menos recursos destina a la atención en salud (6.2% del PIB) comparativamente con el promedio de los países de la OCDE (8.9% del PIB), pero además los recursos que se aportan son diferente entre los subsistemas que encabezan las instituciones de seguridad social (OCDE, 2016). Esto conlleva a que la atención médica que se otorga en las diferentes instituciones de salud tenga la característica de ser precaria, insuficiente y de mala calidad. Así, la relación entre un mandato de derecho de protección a la salud y la realidad que se vive en las instituciones de salud es contradictoria. Por un lado un enunciado legal explícito y por otro las organizaciones de atención médica en salud carecen de suficiencia de instalaciones, personal y recursos para la atención, así como una misión-visión y estructura garantista de la salud desde su determinación social.

Esta deficiencia por parte de la atención institucional pública ha provocado un excesivo gasto de bolsillo ya que la población decide utilizar servicios privados pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos (ENSANUT, 2012) habiendo evidencia que el principal problema se sigue encontrando en el primer nivel de atención.

La falta de acceso a los servicios de salud, la percepción de una atención ineficiente, ineficaz, burocrática, arrogante, ha permitido el mercado de la salud con fenómenos como la creciente industria de las farmacias con consultorio adyacente (CAF). Este modelo fue incorporado en México en 1997 por una cadena de farmacia local bajo la estrategia empresarial de ofrecer medicamentos sin patente (genéricos) y atención médica a la población de ingresos bajos. Este modelo se expandió rápidamente por México y América, con auge a partir del año 2010 con la regulación para la venta de antibióticos solo con receta médica, con ello los CAF se fortalecieron para facilitar la prescripción de antibióticos y evitar pérdidas de ventas en las farmacias (Díaz-Portillo, Reyes-Morales, Cuadra-Hernández et al, 2017). Entre 2010 y 2014, el número de CAF aumentó 340% hasta llegar a 15.000 farmacias de grandes cadenas o independientes. Así, cerca de la mitad de las farmacias privadas mexicanas cuentan con un CAF, donde laboran alrededor de 32.500 médicos/as.

De esta forma, además de tener ya de por sí un sistema de salud fragmentado, además se tienen escenarios con sistemas diversos: el sistema estatal (burocrático), el sistema liberal (clientelar), el privado (clientelar, productivo) y el mixto (mezcla de las anteriores).

#### **2.4 La coyuntura actual**

En México hay 225,417 médicos en ejercicio público y 101,829 en ejercicio privado según datos del Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática [INEGI] (2017) y Secretaria de Salud [SS] (2017), esto equivale a 1.9 médicos por cada mil habitantes, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece un indicador de 2.9 para una atención adecuada a la población. Respecto a médicos especialistas México tiene 1.2 por cada mil habitantes (87 mil médicos especialistas) (INEGI, 2017), mientras que lo sugerido a nivel internacional es de 1.78 (OMS, 2017). Cabe señalar que el número total de médicos especialistas se desconoce con exactitud, o no son suficientes para conocer en forma completa la cantidad, tipo, distribución y perfil demográfico, ya que sólo se cuenta con datos sobre su número y distribución en el sector público. Aun cuando existe un Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, su funcionamiento no ha ocupado una atención prioritaria por parte del organismo rector en salud y la información que proporciona es incompleta y desactualizada, lo cual y tampoco ha permitido la planificación de especialistas

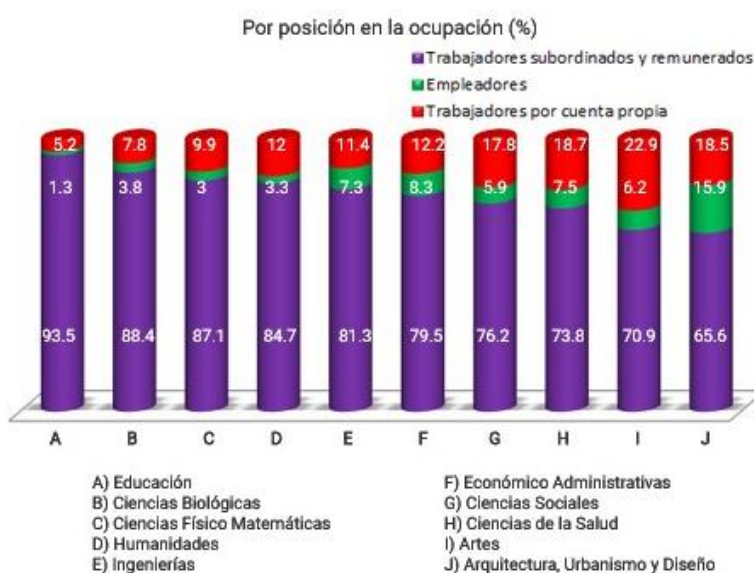
(Fajardo, García, y González, 2015). Esta formación práctica-académica está avalada y coordinada por alguna institución universitaria con apoyo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), por lo cual, al concluir la formación práctica/académica de posgrado el especialista obtendrá un título universitario y cédula de especialidad, registrada ante la Dirección General de Profesiones dependiente de la Secretaría de Educación Pública, y además, de manera simultánea un órgano colegiado u académico (organizaciones profesionales con personalidad jurídica propia, asociaciones civiles que pueden funcionar con fines de lucro o no) que certificará cada cierto tiempo estos conocimientos de la especialidad, en apego a la Ley General de Salud (artículo 81, 83, 271 con lo dispuesto en el artículo 272 Bis, Bis 1, Bis 2, Bis3), a través del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) dependiente de la Academia Nacional de Medicina (ANMN), Secretaría de Salud, Dirección General de Profesiones y Academia Mexicana de Cirugía (AMC). El CONACEM opera desde 2012 con certificación y recertificación de acuerdo a la normatividad de cada consejo. En México existen 47 consejos de especialidad vigentes avalados por el CONACEM, los cuales certifican y recertifican a 95 Especialidades médicas (CONACEM, 2015, 2017) a nivel Nacional como Internacional.

De esta forma la especialización, sub-especialización dentro de la profesión médica construye un espacio social de estratificación de clase de dominio de un conocimiento específico altamente especializado de un área disciplinar.

A nivel de instituciones públicas, el conflicto del salario con los profesionales estuvo vinculado al proceso de la creación de los sistemas de seguridad social IMSS-ISSTE, que permitió la fusión de las individualidades a un nuevo grupo social cohesionado por un conjunto de intereses laborales comunes. Este problema de formación profesional e incorporación a los sistemas de salud permea hasta nuestros días, ya que aparentemente hay una mayor cantidad de profesionales asalariados de las instituciones públicas lo que les hace vulnerables a los ajustes macroeconómicos de los regímenes laborales. De acuerdo al Observatorio Laboral y las tendencias del empleo profesional del tercer trimestre del 2018,

dentro de las áreas de Ciencias de la Salud, 73.8 % de los profesionales son subordinados y remunerados, 7.5% son empleadores y 18.7 % trabajan por cuenta propia (Figura 1).

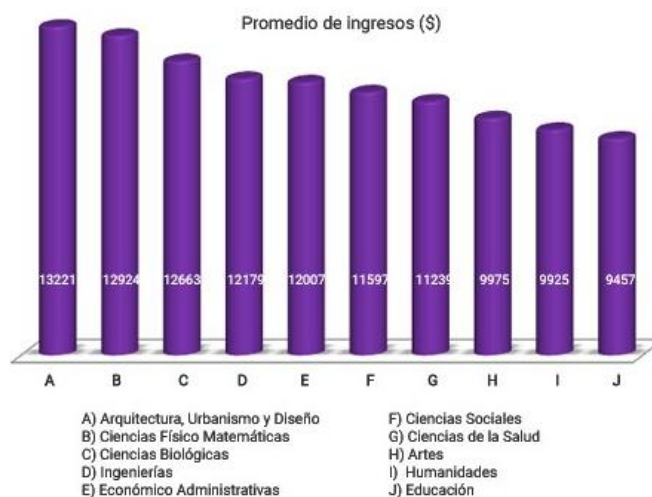
**Figura 1. Porcentaje de posición en la ocupación por área profesional**



Fuente: [https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias\\_empleo.html](https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias_empleo.html)

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) señala que para el tercer trimestre del 2018 el ingreso promedio mensual de los profesionistas ocupados del país fue de \$11,405 pesos y las áreas de Ciencias de la Salud posicionadas en el séptimo lugar de los ingresos más elevados, percibiendo un promedio de \$11,239 pesos mensuales, mientras que el primer lugar lo ocupa el área de Arquitectura, urbanismo y diseño una percepción de \$13,221 pesos al mes en promedio (Figura 2).

**Figura 2. Promedio de ingresos mensuales por área profesional**



Fuente: [https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias\\_empleo.html](https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias_empleo.html)

En cuanto al ingreso mensual promedio según carrera y género, la misma ENOE, en el mismo período señala que los profesionales de medicina ocupados suman alrededor de 279 211, con una representatividad de 55.8 % hombres y 44.2 % mujeres, percibiendo un promedio de \$15,768 pesos mensuales (tabla 1).

**Tabla 1. Ingreso mensual promedio por carrera**

Carrera	Profesionistas ocupados	Hombres (%)	Mujeres (%)	Ingreso mensual promedio (\$)
Biología y bioquímica	141,072	42.0	58.0	\$11,538
Ciencias ambientales	17,316	61.8	38.2	\$13,736
Química	24,476	52.6	47.4	\$19,781
Diagnóstico médico y tecnología del tratamiento	8,410	49.3	50.7	\$11,386
Enfermería y cuidados	252,466	18.9	81.1	\$9,792
Estomatología y odontología	115,041	44.6	55.4	\$10,703
Farmacia	14,539	38.0	62.0	\$12,228
Medicina	279,211	55.8	44.2	\$15,768
Psicología	283,646	25.2	74.8	\$10,082

Fuente: <https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Biologia.html>

Estas cifras contrastan con las expresadas en Indeed (2019a) quien señala una media salarial de \$ 9,881 al mes y. además, bastante heterogénea según el lugar donde se ejerza la profesión, cabe señalar que se hace referencia a médicos generales de los cuales con ejercicio liberal son los que menos percepción económica reportan, mientras que los médicos en instituciones públicas y/o privadas manifiestan una percepción mayor (tabla 2).

**Tabla 2. Salario mensual según institución pública, privada o liberal**

<b>Institución Pública o privada</b>	<b>Salario mensual pesos</b>
<b>Farmacias del Ahorro</b>	13,018
<b>Farmacias GI</b>	7,492
<b>Farmacias Similares</b>	8,879
<b>ISEM</b>	15,448
<b>IMSS</b>	12,446
<b>Fundación Best</b>	10,104
<b>Hospital Ángeles</b>	10,953
<b>Consultorio medicina general</b>	5,919

Fuente: <https://www.indeed.com.mx/salaries/M%C3%A9dico/a-general-Salaries>

De acuerdo al mismo Indeed (2019b), la percepción de un médico especialista es mayor a la de un médico general con promedio de \$14,801 pesos mensuales, sin embargo hay que considerar el tipo de especialidad y de igual manera la institución en dónde se ejerza la profesión: clínica (medicina interna, cardiología, neurología) o quirúrgica (urología, traumatología, neurocirugía), ya que a nivel institucional tienen un salario tabulado pero a nivel privado no hay una tarifa asignada para el cobro y estas dependen del lugar donde se ejerza y el procedimiento que se realice.

Además de tener un sistema de salud bastante heterogéneo estructuralmente hablando, existe una disparidad en los salarios entre un ejercicio profesional liberal, a uno institucional - público o privado-, el extremo inferior lo representan los profesionales de consultorios anexos a farmacias cuyo salario base es el más bajo pero es una opción para los profesionales



que no tienen recursos para un consultorio propio (el cual es costoso), quienes acaban de egresar de la licenciatura y no entraron a una especialidad o, buscan un trabajo más flexible (horario, tiempo de atención, supervisión más laxa mientras definen su futuro mediano (Gómez-Sánchez, Vega, Fajardo et al, 2018).

La precarización es otro apartado con presencia en los sectores de las instituciones estatales, sin embargo se habla poco de la precarización laboral institucional y privada de los profesionales de la medicina. La precariedad se define como un fenómeno emergente vinculado a la pérdida y/o debilitamiento de los vínculos sociales de integración y protección social que sostenían el compromiso social fordista. En este sentido la precariedad laboral asocia al deterioro de las condiciones laborales a una condición de inestabilidad laboral y/o inseguridad laboral; un lugar en el espacio social donde el/la trabajador/a se encuentra desprotegido/a ante la expansión de las relaciones no formales, donde las leyes no lo protegen, la consolidación de un área de desprotección, la inexistencia de afiliación o participación sindical, etc. De igual manera la precariedad laboral debe entenderse en el contexto histórico y en su compleja multidimensional, espacial, temporal y semántica, como síntoma de los cambios y mutaciones en la dinámica e interior del patrón de acumulación capitalista, y como parte de una respuesta del capital a su propia crisis (Antúnez, 2005; Harvey, 2007). La precarización también constituye un proceso dialéctico de emergencia/descomposición de nuevas subjetividades e identidad(es), de clase en el mundo del trabajo (Dörre 2010).

En el caso de América Latina, la reestructuración de las economías, con la revolución neocapitalista de los 80', se insertaron las innovaciones de los modelos post-fordistas, toyotistas, las técnicas de *management*, la racionalización productiva, etc, lo cual generó una nueva red articulada de extracción de plusvalor en donde “el uso capitalista de las nuevas tecnologías no solo permite imponer métodos más flexibles de contratación laboral, sino que además tiende a aumentar y densificar el control y la dominación sobre el trabajo en el punto de producción: ese punto vivo y conflictivo en que se realiza el encuentro entre trabajo objetivado y trabajo vivo, entre trabajo pasado y presente” (Gilly y Roux, 2009, p. 45).

En México la desaceleración del crecimiento económico en 2009, la ola privatizadora de empresas públicas y de desregulación constituyeron un reto adicional a los problemas laborales de tiempo atrás, momento en el que la precariedad laboral se elevó considerablemente, destacando el incremento en los contratos temporales, especialmente la situación con los profesionales mostraba que más de una cuarta parte de estos desempeñaban sus labores sin contratos de trabajo y una tercera parte no contaban con prestaciones, con unos ingresos de trabajadores asalariados muy bajos (García, 2013). El problema de la precariedad laboral no se asocia directamente a un contexto de economía informal, ya que también se encuentra en la economía formal, ya que en el 2013 con la reforma laboral que institucionalizó el estado mexicano, se flexibilizó más el mercado de trabajo para mejorar la competitividad de las empresas, lo cual creó condiciones de trabajo más precarias (Pérez y Ceballos, 2019).

Un ejemplo de lo anterior lo representaron no sólo médicos sino también enfermeras y personal contratado para atender el Seguro Popular, los cuales carecían de seguridad social, no fueron incorporados a la nueva ley del ISSTE y los términos de su contratación no les garantizaba tiempos de cotización para pensionarse o para tener prestaciones de vivienda y de salud (Muñoz, 2014). A los profesionales más jóvenes se les ofrecieron plazas como de “base”, cuando en realidad no lo eran; bajo la figura de ser formalizados y homologados tendrían acceso a prestaciones como estímulos económicos, descansos, fondo de auxilio por defunción y fondo nacional sin embargo no tendrían prestaciones como: escalafón, becas en tiempo con fines académicos, licencias de trabajo con y sin goce de sueldo y falta de estímulos por puntualidad (Leal, Ulloa, Sánchez-Pérez et al, 2017; Nigenda et al, 2012).

### 3. Referentes conceptuales

#### 3.1 La profesión médica actual: Crisis y conflictos

En el momento histórico actual existe incompatibilidad entre factores intrínsecos de la profesión médica y nuevas formas sociales de trabajo lo cual es declarado por las asociaciones profesionales y la literatura médica como una crisis interna de la medicina (Donnangelo, 2011, p.155). Pueden señalarse las siguientes:

- El desarrollo de la profesión médica ha cambiado rápidamente en las últimas décadas de una modalidad autónoma y liberal a una práctica colectiva e institucional, bajo reglas o normas desde el Estado.

- El desarrollo científico y tecnológico ha promovido la división técnica y social del trabajo médico, llevando a la especialización y sub-especialización de los conocimientos médicos, pero fragmentando más al cuerpo y a la enfermedad, alejando aún más al profesional de la esencia del enfermo.

- Los profesionales y pacientes construyen un ideal de atención y reúnen la nostalgia de la eficacia asistencial de la antigua práctica, con la creencia en una mayor eficacia terapéutica de la práctica de hoy, la que parece tener, sobre todo, comprometida su capacidad de aliviar el sufrimiento de las personas.

- Los profesionales de la medicina de las instituciones públicas no atienden las necesidades de salud de la población, por el contrario perpetúan la desigualdad y reproducen las exigencias del sistema económico.

- El profesional es una parte de la reproducción dominante pero además es dominado por la macro estructura, lo cual genera un descontento entre los miembros de la profesión, el cual no es expresado por su condición de status y neutralidad y sólo aflora la resistencia de forma limitada.

- Proletarización laboral: El proceso de cambio en el empleo desde formas por cuenta propia hacia el empleo asalariado ha afectado a todas las profesiones desde comienzos del presente siglo. Según Derber y Schwartz (1992) la proletarización *técnica* es aquella según la cual el trabajador pierde el control sobre el proceso y producto de su trabajo. Los profesionales asalariados se enfrentan por el contrario a un proceso de proletarización *ideológica*, que significa la expropiación de valores o

del propósito del trabajo, perdiendo el control sobre el producto del trabajo y sobre la relación con la comunidad. La proletarianización es el último paso de la *burocratización*, lo cual implica la pérdida de control y la subordinación a los requerimientos superiores de la producción en el capitalismo avanzado (Guillen, 1990).

### **3.1.1 Desprofesionalización.**

La escolarización universal, los medios masivos de comunicación y el acceso a la información ha reducido la diferencia de conocimiento entre el profesional y el no profesional perdiendo la importancia relativa que se tenía en el monopolio de conocimiento técnico aplicado, erosionado además por la progresiva división del trabajo, condicionando disminución y pérdida de poder, autonomía y autoridad, características esenciales de las profesiones (Guillen, 1990; Freidson, 1978).

Los profesionales médicos han sufrido la cooptación ideológica que los conduce a una mayor identificación con los corporativos empresariales en contraste con la profesión y con la sociedad por pérdida del monopolio del conocimiento, prestigio social y debilitamiento de estándares éticos.

Desde una posición estructuralista, se observa la crisis de las profesiones como proceso unitario e inevitable, sin considerar la potencial diferenciación entre situaciones concretas originadas por la diversidad de formas de organización del trabajo, de relaciones asimétricas de las organizaciones profesionales con el Estado y la sociedad civil, de donde derivan desigualdades de poder y de una dinámica interna de cada grupo profesional, determinada por diferentes formas de control y autonomía (Finkel, 1996). Dubar (2002), en respuesta a los enfoques estructuralistas, se centra en la dimensión cultural para señalar que la vida profesional es un proceso autobiográfico con construcción de identidades a lo largo de la vida, las cuales se encuentran en serios riesgos por los procesos ya señalados. Así, las profesiones pierden poder para generar sus propias identidades; en su lugar, cada individuo debe arreglárselas por sí mismo para generar sus propias formas de identificación personal, generalmente emergentes, con múltiples orígenes y de corta duración.

Cada vez más la profesión deja de ser un eje de construcción de sentido hacia el significado de ser médico, las actividades que realiza, cómo las ejecuta y para quién trabaja. Para otros autores la desprofesionalización médica consiste en la redefinición de la relación entre la profesión y la sociedad (Castaño y Abel, 1999), el avance de la medicina gerencial coloca en tensión a la profesión médica; por un lado, su vinculación con la sociedad exige aportar al beneficio social; por otro, las presiones de las instituciones que dominan el mercado de los sistemas de salud condicionan la ética y los valores que orientan la relación médico-paciente.

El sistema de salud mexicano posee una condición estructural muy estratificada, lo que pone en duda la existencia histórica de un modelo médico ideal y homogéneo, de forma que se afirma la creencia que todos los médicos pasan por una misma crisis de las condiciones objetivas de la profesión. Puede suponerse que los profesionales tienen circunstancias diferenciadas para enfrentarse con las estructuras de la medicina gerencial; unos pueden estar en crisis y otros gozar de bonanza económica, sin que ello implique de forma mecánica que los que se encuentran en crisis se arrepienten de su profesión o rechacen ser médicos.

Una condición estructural de la profesión médica es la movilidad de sus integrantes entre diferentes espacios de ejercicio profesional, lo que permite la construcción de trayectorias laborales generadas por la articulación entre lo individual y lo social, los cuales expresan momentos, espacios, identidades y subjetividades que dotan de sentido a los actores.

### **3.1.2 Flexibilización y precarización laboral.**

Desde el inicio de la década de los ochenta se transformaron las relaciones laborales y de los sistemas de relaciones industriales a nivel internacional, originados por el advenimiento de las políticas macroeconómicas neoliberales (con su componente de desregulación de mercados), privatizaciones y ajustes macroeconómicos para controlar la inflación y lograr equilibrios macroeconómicos y nuevas doctrinas gerenciales originadas en Japón, que buscaban elevar la productividad y la calidad a nivel micro (De la Garza y Bouzas, 1998; Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez et al, 2012). La flexibilización del mercado laboral implicó eliminar rigideces para emplearse así como la fijación de salarios, por lo que las

instituciones, normas y sujetos conformados durante el período del Estado Benefactor que regulaban las relaciones entre el capital y el trabajo (leyes laborales, contratación colectiva, sindicalización, seguridad social, justicia laboral y sindicatos) se mueven en la lógica de los sistemas de relaciones industriales, flexibilizando las leyes laborales, los contratos colectivos, las políticas gubernamentales y reduciendo el poder de los sindicatos.

A nivel de la profesión médica en México un caso muy especial relacionado a la flexibilización de los médicos, es la Fundación Best, contrata profesionales de la medicina para trabajar en consultorios adyacentes a las Farmacias Similares, con contrato con base en comodato. En este modelo el médico usa sin pago de renta el consultorio de la fundación pero absorbe los costos secundarios de operación y recibe su remuneración económica según la consulta previamente fijada por la empresa y por la adquisición de medicamentos recetados (Pichardo-Palacios, 2014; Díaz-Portillo, Idrovo, Dreser et al, 2015).

La movilidad laboral, las jornadas flexibles y los salarios en función del rendimiento son condiciones que los actores aceptan ya que pueden trabajar en otro medio institucional o privado lo cual se puede considerar como un híbrido, encubriendo la flexibilización con campañas mediáticas promoviendo un servicio al pueblo. De esa forma, esa Fundación contrata a sus trabajadores de con contratos del orden civil evadiendo la posibilidad de demanda legal de carácter laboral. Con todo esto se consigue el propósito de la globalización neoliberal de la personalización de los salarios y la des-colectivización de las relaciones empresa-trabajadores, en este caso profesionales-empresa (Acosta, Torres, Díaz, Aguilera y Pozos, 2013; Anguiano, 2013).

La racionalidad económica induce a empresas aseguradoras a negociar con clínicas y hospitales contratos de servicios con la mayor cobertura y al menor precio posible y estos a su vez a contratan al menor personal posible con salarios basados a la productividad y contratos laborales condicionados al cumplimiento de restricciones y metas en la prestación del servicio. En estas condiciones los profesionales de la salud ponen en juego su racionalidad cumpliendo las restricciones institucionales impuestas para conservar su empleo e intentan

preservar su ejercicio con el riesgo de demandas por mala praxis médica. Tanto profesional como enfermo entran a la lógica de los mínimos: mínimo de tiempo-mínimo costo.

La flexibilización laboral conlleva también a un férreo control sobre los salarios (Nigenda, 1995), que en el caso de los profesionales de la medicina fue el sustento entre los médicos y el sujeto que demanda la atención, y que dado la regulación de los sistemas de pago y las organizaciones para proveer atención médica, establecen controles sobre la práctica y los pagos adicionales. Por lo que los sistemas de pago no modifican el ejercicio de la profesión, sino que la gerencialización y la estandarización del proceso de atención médica beneficia a la empresa administradora de los fondos a su beneficio de contención de costos y uniformidad de los problemas de salud (Jarillo, Chapela, y Mendoza, 2005).

### **3.1.3 Burocratización.**

El término burocracia se refiere al diseño de la organización fundamental para la prestación de bienes y servicios en el Estado moderno, según Max Weber se trata de un “*fenómeno social universal*”, cuando la burocracia es eficaz y se encuentra totalmente institucionalizada en una cultura política, la institución puede servir como una fuerza a favor del progreso y la modernización (Bozeman, 2015), pero una vez establecida completamente es, entre las estructuras sociales la más difícil de destruir. La burocracia según Weber, también es un instrumento de dominación que surge por necesidades históricas y que en su aspecto positivo sirve para la administración del Estado para favorecer a la sociedad en general, y de manera negativa, utilizará su posición para perpetuar su control y dominio de los gobernados. Según Marx la burocracia es un modelo de administración nocivo que genera alienación, y donde el Estado construye políticas para pretender dar solución a las necesidades de los ciudadanos. Por otro lado la “burocratización” es un término que hace referencia a la institución de la burocracia y sus componentes como medio de “organización social del trabajo”. El término burocracia en la actualidad es utilizado de manera peyorativa para hacer mención al Estado, hace referencia a una estructura tipificada por su jerarquización, con un carácter preestablecido de tareas rutinarias y funcionarios que atienden de manera impersonal, lenta, arrogante, relacionado con el poder.

En términos de salud, desde una perspectiva marxista sobre la atención médica, el sistema de salud refleja la estratificación social y los diferentes intereses políticos y económicos de grupo. Las instituciones de atención delimitan las modalidades para el acceso, institucionalizan la enseñanza y formación de los profesionales para mantener sus estructuras económica, política y cultural. Cada institución representa un poder público que diseña e instrumenta estrategias de intervención de acuerdo con una ideología particular sobre cómo deben resolverse los problemas de la sociedad relacionado con la salud, de igual manera cada institución tiene un origen histórico y formas regulatorias, orienta sus funciones a cierta población y guarda una jerarquización de niveles de atención de acuerdo a un criterio tecnológico-administrativo. La medicina institucionalizada estatal tiene un régimen burocrático muy estricto, el médico burócrata deja de interesarse por el paciente para responder únicamente a las exigencias del trabajo, interioriza y ejecuta las acciones preestablecidas, lo que generalmente no cubre las necesidades del paciente. Se señala que alrededor de 40% de las consultas de atención primaria tienen un contenido exclusivamente administrativo, donde no se toma ninguna decisión clínica, únicamente se rellenan papeles donde se consume recursos sanitarios pero no se contribuye a mejorar la salud, sin embargo son parte del ejercicio del profesional que quedan a merced de las normas y lineamientos institucionales (Bellon, 2006; Orozco et al, 2004). Las jerarquías de autoridad restringen la libertad del profesional, convirtiéndolo en un técnico impotente en conflicto con las demandas de los valores profesionales vs la burocracia, lo que abre el debate también entre la autonomía y la burocracia.

Un factor crucial para alcanzar la burocracia centrada en valores públicos sería la existencia de líderes de calidad que trabajen en y con la burocracia pública, sin embargo se ha demostrado un contraste desfavorable entre la organización burocrática y el profesionalismo, sugiriendo que las burocracias sofocan a los profesionales tales como médicos y científicos, y aunque parece ser un viejo tema éste continúa hoy en día, sobre todo porque los médicos se rebelan contra la “burocracia” (Barr y Steingberg, 1980; Cockerham, 2015). La burocracia también se asocia a:

- Opacidad y falta de respuesta/responsabilidad de los procesos y organizaciones.
- Irracionalidad y legalismo con poca conexión con la realidad.



- Retrasos y jerarquías se obstaculizan.
- Corrupción y sometimiento.

El precio de la burocracia es tan alto que según algunos estudios, pese a las restricciones administrativas al menos el 30 % por ciento de los costos en salud en Estados Unidos y Suiza, todavía se deben a terapias ineficaces y posiblemente peligrosas (Cocco, 2012). Los médicos y enfermeras deben codificar cada acción, contar cada minuto de actividad y considerar la actividad técnica, lo cual implica mayor tiempo con actividades “administrativas”; el modelo es de contención de gastos (indicadores) y aplicación homogénea de los conocimientos (guías de práctica clínica), las medidas son inflexibles y con sanción inmediata.

En México en las últimas décadas del siglo XX se generó un cambio de la burocracia a la tecnocracia, con la incorporación de funcionarios con estudios especializados (médicos con especialidad en gerencia hospitalaria y/o administración hospitalaria) teniendo la coexistencia de viejas y nuevas prácticas. Según Rodríguez-Araujo (1986): “ *...cuando se enfatiza la supuesta importancia de los tecnócratas o de los burócratas, como culpables de los problemas existentes en la sociedad capitalista lo que se está haciendo en concreto es ocultar una realidad , que los mismos ideólogos del statu quo, del sistema, ocultan y están interesados en ocultar: que esos problemas no son efecto del gobierno de burócratas o de tecnócratas, sino efecto de las irracionalidades del sistema, de sus contradicciones, del papel que realmente juega el Estado en la sociedad capitalista*”. (p.8) Los tecnócratas como los burócratas son producto de las condiciones que privan en ciertos momentos del desarrollo de las fuerzas productivas en la sociedad, y los profesionales de la medicina juegan este doble papel.

### **3.2 La profesión médica: Un modelo de contradicciones.**

La práctica de los profesionales de la medicina habrá que situarla en sus mediaciones estructurales y en sus determinaciones sociales (Jarillo y Salinas, 2015). La práctica médica funciona como un mecanismo de control para mediar la salud-enfermedad de los individuos

bajo un modelo basado en la relación médico-paciente, y éstos deben ajustarse a sus roles socialmente institucionalizados. El médico es la instancia reconocida socialmente y legitimada para reconocer o no la enfermedad, actuando como un agente de control desconectado de las condiciones de vida y de las necesidades reales del paciente, pues la función del profesional de la medicina está normalizada a un rol. La mirada de los profesionales se reduce a la enfermedad y a lo individual desconociendo los factores estructurales que la determinan, por lo cual no se reconoce sus contradicciones sociales.

La profesión médica y sus profesionales son una articulación importante con el modo de producción capitalista, pues juegan el papel de reproductores de las condiciones que en la sociedad determinan las formas de enfermar y morir de la sociedad, perpetuando mayor rendimiento de la fuerza de trabajo, producción y expansión de mercados.

La profesión médica y su práctica tienen una estrecha vinculación con el Estado y reproduce las contradicciones de una sociedad basada en la apropiación privada de la fuerza de trabajo para acumular capital. Esto es visible en la atención diferenciada de los servicios de salud, lo cual está relacionado con la estructura de clases, donde se presta cierto tipo de asistencia médica que no está en relación a las necesidades de quien lo solicita, sino al interés del capital, sirviendo como un “paliativo” ante los problemas que se originan en la desigualdad social sin tocar las bases estructurales del sistema. El modelo dominante de las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad se encuentra en razones de orden ideológico y político donde el concepto salud hace alusión al capital y la finalidad de la profesión médica y sus profesionales se centra en la fuerza de trabajo con connotaciones clasistas, dadas por la diferenciación de las instituciones médicas de atención: públicas y privadas, favoreciendo la atención diferencial de las clases sociales.

La introducción de recursos tecnológicos abrió paso a formas de organización de los servicios médicos dejando atrás a la medicina liberal para entrar en la producción de servicios médicos que no se orientan a las necesidades de la población sino a la acumulación de capital. La enfermedad se concibe como fuente de ganancias y poder para la profesión médica, enriqueciendo la industria farmacéutica, las compañías de equipo médico, material de

curación, prótesis, ortesis y todo avance tecnológico relacionado con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención del proceso salud-enfermedad.

Si hablamos de medicina institucional, esta se refiere a la existencia de una institución de seguridad social la cual definirá la práctica de los profesionales en sus funciones de atención médica, como práctica social (Hernández y Ordoñez, 2011).

La especialización aumentó la ganancia de los médicos y la comercialización de la atención médica, que no devino de las necesidades sentidas de la población, más bien es un ejemplo de una sociedad de consumo que fabrica necesidades, a fin de mantener el estatus y seguir ejerciendo su hegemonía.

La profesión médica se ha desvanecido. El prestigio social y la estabilidad económica que disfrutaba este gremio, se convirtió en clientelismo institucional, gerencia sanitaria, precarización laboral, y hasta ciertos rasgos de desprofesionalización. La práctica médica se observa como un acto tecnificado, breve y fugaz, supervisado, fuera de la realidad, dentro de un modo de producción capitalista, donde estados nacionales han desarrollado modalidades distintas para el ejercicio del poder en el área de la salud.

### **3.3 Ideología**

#### **3.3.1 Conformación socio-histórica de la ideología**

El término “ideología” fue forjado por Destutt de Tracy, Cabanys y otros colaboradores a finales del siglo XVIII, quienes inicialmente le asignaron por objeto la teoría (genética) de las ideas. Posteriormente Marx lo retoma para referirse a un sistema de ideas, de representaciones, que domina el espíritu de un hombre o un grupo social. De hecho siempre hubo interés por analizar y estudiar los fenómenos relativos a la legitimación intelectual de la dominación social y otras fuentes de distorsión mental en el conocimiento de la realidad en la lucha de clases. Por lo que el concepto de ideología fue ganando terreno tras las luchas de liberación de la burguesía de lo yugos feudales y el surgimiento de la nueva actitud crítica del pensamiento moderno. Durante el siglo XVIII, el concepto de ideología fue relacionado al de modernidad y más específicamente al de la Ilustración, la contemplación fue reemplazada por el conocimiento como producción, el orden jerárquico y teocrático fue reemplazado por un enfoque crítico que buscaba en la propia razón del ser humano y en su dominio de la naturaleza el nuevo criterio de verdad. Es por esto que al hablar de ideología surja en algunos documentos que conectan a Nicolo Maquiavelo (1469-1527) con temas directamente asociados con fenómenos ideológicos tales como: la conducta humana en política, la práctica política de los príncipes, la manera en que se relacionaba la religión al poder y la dominación y las crítica de las funciones sociales del pensamiento religioso. Estas observaciones de Maquiavelo así como la distinción entre apariencia y realidad fue más tarde desarrollada en un nuevo sentido adquiriendo gran importancia en la concepción de la ideología de Marx, así como el intento por encontrar un punto de equilibrio entre el uso de la fuerza y la obtención de la buena voluntad del pueblo lo cual fue considerado por Gramsci en la distinción entre hegemonía y coerción (Gramsci, 2003).

Según Marx el concepto de ideología debía entenderse a partir de tres raíces: la crítica a la filosofía del Estado de Hegel, a la antropología de Feuerbach y a la economía política clásica (Lenk, 2008). Fue de estas críticas que obtuvo los siguientes elementos:

1.- A partir del ensayo de Hegel, supera la antítesis entre razón y realidad en el elemento del concepto filosófico.

2.- La esencia de “el” hombre según la reducción de Feuerbach del mundo de las representaciones religiosas, no es algo abstracto, es desprendido de los procesos sociales.

3.- La teoría del valor-trabajo de Smith y Ricardo, que concebía las formas económicas del capitalismo como formas naturales de la producción humana.

En *La ideología alemana*, en colaboración con Engels, demuestran el carácter ilusorio de una revolución meramente teórica, con construcciones mentales como fuerzas trascendentes a la historia; estos complejos ideológicos se petrifican como potencias todopoderosas a las que están sometidos los individuos.

El “Prefacio” de 1859 es quizás la mayor fuente de interpretación donde Marx define la ideología como la totalidad de las formas de conciencia social o las ideas políticas pertenecientes a cada clase. En este pasaje la ideología parece ser la esfera supraestructural en la cual los seres humanos alcanzan la conciencia y la lucha en función de la contradicción básica de la sociedad.

Si bien las formas ideológicas de la conciencia son “las relaciones materiales dominantes expresadas como pensamientos”, en los ideólogos de la clase dominante subsiste la necesidad de desconocer su praxis encubriendo aquellos antagonismos de la sociedad que tienen a la superación de esta. Por lo tanto se eternizan las relaciones de poder históricamente condicionadas.

Para Marx la verdad o falsedad de una teoría de la sociedad no pueden reducirse a algo que se ligue a ciertos intereses, ni a su neutralidad valorativa, más bien depende de la medida en que permita discernir las leyes del movimiento y los nexos internos de los procesos sociales que determinan la vida de los hombres, y la pretensión de verdad no puede ser confirmada en el plano teórico, sino en el proceso de la historia.

En el siglo XIX el problema de las ideologías se convirtió como tal en tema de una disciplina académica. Max Scheler fue un iniciador de los primeros esbozos de una sociología del saber

con el propósito de desarrollar. La sociología seguida por ese autor, respecto del conocimiento y de la cultura responde a los esfuerzos por asegurar la existencia de una esfera espiritual y de valores, independiente en cuanto a su validez de factores históricos sociológicos, con un escepticismo acerca de la eficacia de las formaciones espirituales en la historia y con la filosofía de la vida (Lenk, 2008).

Lenin (1975) y Luckács (1985) generalizan el concepto al referir a la ideología como la expresión de los intereses de las diferentes clases en conflicto. Sin embargo fue Karl Mannheim quien representa un primer intento sistemático por elaborar una concepción neutral de ideología fuera del marxismo. Considera con concepción particular (referente a los encubrimientos) y una concepción total (se relaciona con los sistemas colectivos de pensamiento ligados a contextos sociales). Mannheim (2004) pensaba que se debía pasar de la unilateralidad (de Marx) a una concepción más generalizada (sociología del conocimiento).

Althusser en *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*, inicia su análisis en los mecanismos de reproducción social (la reproducción de la fuerza de trabajo y las relaciones de producción). La infraestructura (unidad de fuerzas productivas y relaciones de producción) determina en última instancia a la superestructura, compuesta por las instancias jurídico-política e ideológica. Dicho esquema permitiría establecer la autonomía relativa de la superestructura y su capacidad de reacción sobre la base.

### **3.3.2 Concepciones sobre la ideología:**

#### *3.3.2.1 La concepción epifenoménica.*

Considera a la ideología como proveniente y dependiente de las condiciones económicas y las relaciones de clase de la producción. Es un sistema de ideas que expresa los intereses de la clase dominante pero que presenta de manera ilusoria estas relaciones. Las suposiciones en las que se basa son las siguientes:

- a) La realidad es falseada por la reproducción de la superestructura. La ideología es un reflejo de las relaciones entre clases. Las condiciones económicas desempeñan un papel fundamental.
- b) La ideología dominante no se entiende ni comprende a si misma; está condicionada por la realidad socio-histórica, las formas ideológicas se explican por su relación con las condiciones de producción. Analizando históricamente estas relaciones se pueden desenmascarar los intereses de la clase dominante.
- c) Existe un desarrollo histórico que lleva al conocimiento de la posición de clase, el capitalismo moderno crea las condiciones para comprender con claridad las relaciones de clase y la posición de las clases oprimidas, por lo que pueden tomar conciencia y asumir la realidad para transformarla y suprimir las clases. Este proceso de conocimiento se logra mediante la ciencia no por ideología.

#### *3.3.2.2 Concepción Latente.*

La ideología es concebida como un sistema de representaciones cuya función es mantener las relaciones de dominación. Orienta a los individuos hacia el pasado y se apartan de esta forma de la posibilidad de un cambio social. Persisten imágenes tradicionales que se reproducen y modifican incluso pueden verse como parte de las fuerzas reaccionarias pero el fin es mantener el orden social sin cambio alguno que es beneficioso para la ideología de la clase dominante.

#### *3.3.2.3 Una concepción crítica*

Por su parte Thompson (2002) propone que la ideología sirva para estudiar las maneras del significado para la función de establecer y mantener relaciones de poder. Considera que no

todas las formas simbólicas son ideología, solo aquellas que mantienen y establecen relaciones de dominación. Thompson mantiene esta postura crítica al igual que Marx en relación a que la ideología se relaciona con la dominación. Pero difiere en el sentido de que las formas simbólicas no necesariamente son ilusorias o falsas. Por ello señala algunos modos de operación de la ideología como son:

a) Legitimación: considera que las relaciones de poder pueden mantenerse y establecerse bajo una figura representada como legítima, que es digna de apoyo. Sus estrategias de operación son: 1) racionalización, es decir se justifica en base a argumentos; Universalización, los intereses de unos se presentan como el de todos. 2) narrativización, se recurre a la historia para narrar el presente.

b) Simulación: bajo estas formas los procesos existentes se ocultan. Las estrategias de este *modus operandi* son: 1) Sustitución, cuando connotaciones positivas o negativas se transfieren de un objeto/sujeto a otro. 2) Eufemización, cuando las relaciones se describen en términos que generan una valoración positiva. Por último el tropo, que es donde se usa el lenguaje figurado o de las formas simbólicas.

c) Unificación: las relaciones de poder pueden mantenerse en base a la construcción de una unidad que abarque a una colectividad sin tomar en cuenta sus diferencias. Las estrategias son la estandarización, se adopta un marco de referencia estándar que se promueve como aceptable por todos. La simbolización de unidad, utiliza símbolos que brindan unidad a grupos diferentes con el fin de hacerlos partes de una unidad.

d) Fragmentación: en comparación con la anterior, las relaciones de dominación se pueden mantener al fragmentar a los grupos que representan un desafío al poder. Sus estrategias son la diferenciación, se enfatizan las diferencias de los grupos. La expurgación, se construye a un enemigo y se representa como maligno para que exista oposición hacia él.

e) Cosificación: las relaciones de poder pueden representarse como algo natural e histórico. Sus estrategias son: 1) naturalización, un estado de cosas que se trata como inevitable. 2) externalización; los procesos son separados de su historia y se ven como permanentes.

Estas son las formas en las que Thompson propone se deben concebir a la ideología. También propone un enfoque alternativo para el estudio de los fenómenos culturales: la



concepción estructural. Esta concepción se basa tanto en el carácter simbólico de los fenómenos culturales como en el hecho de que estos fenómenos se insertan siempre en contextos estructurados. El análisis cultural será el estudio de formas simbólicas en relación con estos contextos que son históricamente específicos en los cuales se producen y transmiten estas formas simbólicas.

Él considera que estos contextos pueden caracterizarse por ser relaciones asimétricas de poder; donde la diferencia en oportunidades responde a las formas simbólicas. Por ello, para entender a la cultura, es necesaria la interpretación de estas formas y la estructura en la que se insertan intencional, convencional estructural referencial o contextual.

Julieta Haidar (1992) y John B. Thompson (1985), conceptualizan las ideologías en términos de: prácticas sociales discursivas en las que cobran cuerpo relaciones asimétricas de poder. Se combinan en esta conceptualización ideas provenientes de campos de conocimiento tan distintos como: la sociología del conocimiento, la teoría de Gramsci del poder, la semiótica de la cultura y el análisis del discurso. Esta definición recupera lo fundamental del planteamiento de Marx y Engels en la medida que aborda a las ideologías como resultado y fundamento de la práctica social, como construcción colectiva de significados y como terreno de la confrontación de las visiones del mundo dominante y subalterno.

Esta concepción se basa en la idea de que los seres humanos se construyen a sí mismos en su práctica y en las interacciones que, en el marco de unas práctica sociales determinadas, establecen con la naturaleza y con los otros hombres; esto es, la idea del hombre como productor de sí mismo y de un entorno significativo; como un ser práctico-histórico, ontocreador y productor de sentido (Garzón, 1974).

Châtelet (1980) sostiene también el punto de vista en el que la ideología es una visión enmascarada, tamizada, de la realidad; un discurso que afirmando en la superficie unas cosas, juega, por debajo de la mesa, el papel de apuntalar y legitimar otras no explícitas. Un filtro que se constituye a partir de determinaciones que vienen de la propia práctica social, del hecho de que los seres humanos están en el mundo armados de una conciencia y una subjetividad que no funciona a la manera de un espejo, sino impulsada y regida por las

aspiraciones y deseos de los sujetos concretos y por su lugar en la estructura social. No puede funcionar como espejo, porque su papel no es dejar al mundo como está, sino transformarlo y adecuarlo para que satisfaga necesidades.

La ideología dominante juega un papel fundamental en el mantenimiento y la reproducción de las relaciones de poder en la medida en que asegura la cohesión social y la conformidad en torno a las estructuras y modos de funcionamiento de la vida social de ese momento; juega este papel porque se trata de una interpretación que explica las relaciones de poder existentes como parte necesaria de la realidad, porque impide, convirtiéndola en irracionalidad, cualquier otra interpretación que suponga como posibles una estructura social y unas relaciones de poder diferentes; porque presenta como natural y necesario, lo que es resultado de prácticas sociales y correlaciones de fuerzas históricamente determinadas.

A partir del hecho de que en esa ideología se expresan los intereses de la clase dominante, a los que legitima y hace aparecer como naturales, Marx y Engels la designan como falsa conciencia, es decir, como conciencia deformada de lo real. Falsa conciencia y legitimación del dominio de clase, no son independientes, dicen Marx y Engels, sino que “la falsa conciencia, velando o enmascarando los aspectos más duros y antagónicos de la dominación, tiende a facilitar la aceptación de la situación de poder y la integración política y social.

Gramsci (1978) analiza el tema de la visión del mundo dominante en una cultura y su impacto en las relaciones de poder de varios modos; uno de ellos, el más importante, es su comprensión de los mecanismos del ejercicio del poder: el poder, se ejerce por dos vías: el consenso y la coerción. La vía del consenso apunta a lo que él llama hegemonía y corresponde a los mecanismos a través de los cuales una clase se manifiesta como clase dirigente; la hegemonía consiste en la capacidad de esa clase para imponer su visión del mundo al conjunto de la sociedad como visión del mundo conscientemente afirmada, necesaria, legítima y racional. Esa capacidad y los mecanismos de poder para imponerla no impiden que, a otros niveles (inconsciente colectivo, por ejemplo) permanezcan elementos de otras visiones del mundo diferentes, y que en ciertas circunstancias (por ejemplo en situaciones de estallido social) se hagan presentes. La hegemonía se combina con la dominación, es decir

con el funcionamiento de aquellos otros mecanismos instituciones y prácticas, encargados de la misma función pero, esta vez, por la vía de la coerción. Por otro lado el consenso conlleva a la conformidad social. Desde su punto de vista, se construye a través de diversos mecanismos, estructuras, prácticas culturales e instituciones sociales sobre las que recae la función de asegurar la preeminencia de la visión del mundo en la que se sostiene el grupo social en el poder (Louis Althusser, siguiendo a Gramsci, llamó a éstos: aparatos ideológicos de Estado).

Gramsci, define la ideología como una concepción del mundo que se manifiesta en todos los aspectos de la vida individual y colectiva y que se expresa, con distintos grados de elaboración, desde el sentido común, la religión y el folclor, hasta la filosofía. La ideología es un elemento de la sociedad civil; es decir, pertenece al terreno donde se desenvuelve la lucha por la hegemonía cultural y allí ejerce su papel de instrumento de dominación. Es por esto que una historia, unas prácticas sociales, unas tradiciones y patrones de conducta y, sobre todo, una correlación de fuerzas determinadas, son las que hacen hegemónica una visión del mundo sobre otras.

Partiendo de la propuesta de Zizek (2003), entendemos la ideología como una configuración de paradigmas, disposiciones y prácticas, que aseguran la producción, reproducción y transformación del orden social, constituida de manera tal que oculta esta pretensión pragmática. La ideología entendida como paradigma trata sobre doctrinas, teorías, creencias y procedimientos argumentativos que, como significaciones/construcciones de la realidad, están destinadas a convencernos de su verdad, no obstante están al servicio de algún interés inconfeso de mantener o reproducir ciertas relaciones de poder.

Según Thomson la ideología trata de las maneras donde se moviliza el significado en el mundo social y por consecuencia sirven en circunstancias socio históricas particulares para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder (Thompson 2002).

### **3.4 Ideología dominante y la profesión médica**

Los significados permiten recorrer los pasos por los cuales la base material determina las representaciones y el pensamiento sobre la práctica y la concepción de la profesión. Esta base material a su vez constituye la matriz de un pensamiento sobre la profesión que, de la misma forma por referencia a la estructuración histórica de esta base, se consolida a partir de representaciones de la práctica, generada en las peculiaridades del país pero también, a partir del momento histórico del que forma parte: la medicina del capitalismo (neoliberalismo y globalización). Por otro lado, existe un proceso de determinación por parte de las condiciones específicas, sobre la representación que se hace de la profesión, puesto que esta es una actividad del concreto cotidiano; pero en esta determinación se encuentra reproducido a todas las sociedades modernas como el ideal de la profesión médica.

El propósito del análisis del discurso ideológico no es simplemente ‘descubrir’ las ideologías subyacentes, sino articular sistemáticamente las estructuras del discurso con las estructuras de las ideologías. Un análisis elemental de las ideologías en términos de cierto número de categorías hipotéticas que particularmente definen los parámetros sociales básicos de los grupos, permite también postular significados en el discurso típicamente orientados al grupo, especialmente cuando las características propias del propio grupo de pertenencia están en conflicto con otros grupos y cuando el propio grupo es desafiado, amenazado o dominado.

Este conjunto de autopercepciones, normas, valores y estrategias compartidas por los profesionales médicos en torno a la práctica de la medicina y como grupo profesional se construye y se transforma en la propia práctica profesional, sujeta a condicionamientos socioculturales, políticos, económicos e institucionales, lo que interviene en el establecimiento y regulación de las relaciones entre los miembros del grupo en aras de compartir capitales y posiciones dentro del mismo, y alcanzar su legitimación en la sociedad.

La profesión médica ha tenido transformaciones que corresponden con los modelos que ha adoptado la sociedad industrial moderna, pasando de un ejercicio liberal de la profesión a formar parte de un Sistema de Salud Pública y más recientemente a ser pieza clave en el negocio de la salud.

El impacto de los nuevos sistemas económicos y sociales en el marco de la globalización, han influido en las profesiones propiciando el surgimiento de nuevas y reorientando las ya existentes. Las profesiones actuales se estructuran con base a la segmentación del conocimiento y de su propio ejercicio, siendo la profesión médica una de las más representativas. La profesión médica se caracteriza por una noción mecanicista de los procesos que estudia, un fuerte enfoque biologicista, reduccionista e individualista con fuerte tendencia a la sub-especialización, una inherente incorporación al uso de alta tecnología, énfasis en lo curativo y rechazo de otras formas de ejercicio profesional de la salud.

Aunado a lo anterior el discurso político dentro del Plan Nacional de Desarrollo – Programa Sectorial de Salud (2013-2018) del sexenio anterior justificaba la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y entre líneas transfería la responsabilidad de la salud al actuar de las personas y a su responsabilidad de comportamientos bajo la lógica de factores de riesgo y no considera la determinación social del proceso salud-enfermedad como piedra angular. De esta manera la medicina institucional puede ubicarse en el sentido de la producción de un bien o servicio que responden a procesos de administración, gestión, normativas y políticas institucionales para garantizar su operación.

Al ser considerada la atención de la salud como un bien o servicio, se ha evaluado mediante indicadores de calidad: acceso limitado a servicios, servicios inefectivos e ineficientes, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales (Hernández y Alcántara, 2015). Esto conlleva a que la atención médica que se otorga en los diferentes instituciones de salud tenga las características de ser precaria, insuficiente, de mala calidad, fugaz, encarecida, efímera y de resultados no valorables en el paciente, todo esto condiciona, por un lado, profesionales de la medicina atados a un guion normativo científico (guías de práctica clínica), y por el otro lado, instituciones en salud públicas y privadas como reguladoras, vigilantes y reformadoras del acto médico, de esta forma todo evento procurador de la salud de colectivos, debe estar ejercida dentro de este ámbito, aunque sea insuficiente y altamente costosa, así es ejercida por la estructura de formación de la cual se desprende desde su origen.

El ejercicio de los profesionales de la medicina se ha convertido en un trabajo enajenado, llevado a palabras de Marx, Hegel y Feuerbach, la práctica médica ha entrado a un proceso en el que el Espíritu se convierte en objeto y no tiene plena conciencia de sí, enajenando la realidad. En esta lógica entre productividad y alienación, los profesionales se convierten en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce, alejándolos del control y la capacidad de decisión de la organización y resultados del trabajo. Esto ha conllevado a un desgaste profesional (burnout) como respuesta al estrés laboral crónico con deterioro físico, intelectual y conflictos interpersonales dentro del entorno laboral con actitudes de despersonalización (actitudes duras y deshumanizadas) en respuesta a las necesidades de los pacientes. La desprofesionalización, más allá de lo debatible (deseable, necesario, justificado, negativo), es percibido por los profesionales como una pérdida de valoración social desarrollando actitudes de auto idealización y autoritarias codificadas como poder, y ha propiciado la aparición de nuevas profesiones haciendo más competitivo el mercado de la salud (Smith, 2001; Toro, 2011; Zuger, 2004). Ocasionando que la única manera de procurar salud a los colectivos sea el perfil clientelar donde se perpetúan actos de una práctica médica burocratizada, precaria, deshumanizada y fallida (Ansoleaga, Toro, Godoy et al, 2011; Doval, 2007; Pellegrino, 1990).

La colectivización de la provisión de los servicios sanitarios como estrategia para garantizar un acceso equitativo a la salud, trajo como consecuencia a un médico funcionariado, ya que desde el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus estados miembros se comprometieron a desarrollar sistemas de financiamiento sanitario de manera que la población mundial tuviera acceso a los servicios sanitarios y no sufrieran dificultades financieras. Ante este reto de cobertura universal o sanitaria los gobiernos lanzaron el uso racional de recursos disponibles. Sin embargo los grandes avances en la sociedad del conocimiento y la investigación científica, acompañados del incremento de los costos de los servicios médicos para los que no cuentan con Seguridad Social, crean desigualdades en el acceso a los servicios de salud y aumento del costo o inaccesibilidad de los medicamentos (Castillo, 2011; OMS, 2017).

La ruptura o el agotamiento del contrato social médico constituye para algunos el centro de la crisis que se ha ido produciendo en la profesión médica, sustentado en la impotencia para responder a las expectativas de la sociedad y la crisis de representación y legitimación social de la figura del médico (Cruces y Cruces, 2000; Jovell y Navarro, 2006; Wynia, 2008). En los últimos años se ha abandonado la confianza en la figura médica y ha adoptado posiciones más críticas hacia el desempeño de los profesionales lo cual incrementa la tensión fruto del contexto y el desgaste del propio profesional, debido y como consecuencia de las reformas de los sistemas de salud (Brito, 2000; Homedes y Ugalde 2005; Jimenez, 2004; Méndez, 2009). El agotamiento del modelo médico hegemónico que ha prevalecido en el sistema de salud en general, basado en el modelo industrial gerencial y en el modelo biomédico de atención de la salud, revela insuficiencias expresadas en la escasa científicidad de algunos procedimientos, en la deshumanización de los profesionales, la insatisfacción de los prestadores y consumidores del servicio, la ausencia de controles de calidad de la práctica médica en una organización médica que proporciona una atención inoportuna, inequitativa e ineficiente en la población (Urbina, 2016).

Los párrafos anteriores hacen una descripción de la posmodernidad como momento histórico con sus implicaciones económicas y sociales, sirve de contexto para ubicar a la práctica médica y la concepción de la profesión médica dentro de las políticas neoliberales en tanto aparatos ideológicos del Estado como mecanismos de reproducción social (fuerza de trabajo y relaciones de producción) (Althusser, 2008). La ideología, en este sentido, trata de las maneras donde se moviliza el significado en el mundo y por consecuencia sirve en circunstancias socio históricas particulares para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder (Thompson, 2002). Estos pensamientos dominantes no son otra cosa más que la expresión de las relaciones dominantes, es decir de las relaciones de explotación, tomadas bajo la forma de ideas (Althusser, 2008).

La profesión médica y sus profesionales son una articulación importante con el modo de producción capitalista, pues juegan el papel de reproductores de las condiciones que en la sociedad determinan las formas de enfermar y morir, perpetuando mayor rendimiento de la fuerza de trabajo, producción y expansión de mercados.

La profesión médica y su práctica tienen una estrecha vinculación con el Estado y reproduce las contradicciones de una sociedad basada en la apropiación privada de la fuerza de trabajo para acumular capital. Esto es visible en la atención diferenciada de los servicios de salud, por la estructura de clases, donde se presta cierto tipo de asistencia médica que no está en relación a las necesidades de quien lo solicita, sino al interés del capital, sirviendo como un paliativo ante los problemas que se originan en la desigualdad social sin tocar las bases estructurales del sistema. El modelo dominante de las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad se encuentra en razones de orden ideológico y político donde el concepto salud hace alusión al capital y la finalidad de la profesión médica y sus profesionales se centra en la fuerza de trabajo con connotaciones clasistas, dadas por la diferenciación de las instituciones médicas de atención: públicas y privadas, favoreciendo la atención diferencial de las clases sociales.

La profesión médica ha mantenido el *status quo* del Estado, heredando de generación en generación habilidades bajo formas que aseguran el sometimiento a la ideología dominante y el dominio de su práctica, todos los agentes profesionales de esta ideología están compenetrados para cumplir con las tareas asignadas sean dominados o dominantes. En el momento actual, existe un choque ideológico entre lo que se construyó de la profesión médica en su naturaleza asistencial, altruista, religiosa y humanística, contra las exigencias hipermodernas mercantilistas, individualistas, hedonistas, fugaces e inciertas.

### **3.5 Ideología y poder**

En los últimos años se han realizado reflexiones bajo la preocupación de clarificar las relaciones entre lenguaje, estructura social y poder, en campos muy diversos, por ejemplo, la semiótica de la cultura y el psicoanálisis. Se ha vuelto a hablar del papel activo de la ideología en la conformación, legitimación y mantenimiento de las relaciones de poder y cómo las ideologías son más que una visión deformada de la realidad, son una visión enmascarada de la realidad, es decir, el resultado de la aplicación de un filtro por el que se hace pasar, intencionalmente o no, los datos de la realidad. No los deforma, sino que los hace aparecer



como lo que no son, asumiendo conexiones, interrelaciones, articulaciones que no son reales sino imaginadas.

Thompson, Reboul, Jakobson entre otros autores, han planteado la idea de la conformidad social y la legitimación del poder, en términos de prácticas sociales discursivas. Su punto de vista es que la conformidad social se consigue por la vía de las prácticas discursivas en que se concreta la visión del mundo de los sectores o clases sociales en el poder. Argumentan que las prácticas sociales discursivas, de conformidad con las cuales se desenvuelve la vida ordinaria de la comunidad, y que continuamente producen, difunden y reproducen, una visión del mundo, que se ajusta, apuntala y reproduce las relaciones de poder imperantes en el orden social establecido.

De esta manera conceptualizan la cultura como un entramado de representaciones e interpretaciones que conforman las ideologías, a través de las cuales se sustenta el poder. Estos autores no sostienen que la cultura se reduzca a la ideología, o que en una cultura encontremos una única ideología dominante, sino que, en una cultura, pueden convivir varias ideologías, o hibridaciones ideológicas, que se interconectan de diversos modos, uno de los cuales puede ser el conflicto, aunque, en la mayoría de los casos, es la subordinación.

Thompson sostiene que las ideologías no son sistemas de creencias como afirma la sociología contemporánea, ni falsa conciencia, como pensaba el marxismo ortodoxo clásico, sino que se trata de prácticas simbólicas esencialmente ligadas al ejercicio del poder; esto es, discursos dirigidos expresamente a mantener relaciones asimétricas de poder en una sociedad determinada: “ [...] estudiar la ideología es estudiar los modos en que el significado (o la significación) sirve al sostenimiento de relaciones de dominación” (2002: 4).

Thompson establece como foco de interés en la interpretación de las ideologías, detectar cómo el discurso moviliza el sentido al servicio de relaciones asimétricas de poder y de dominación, eludiendo tanto el error determinista que pretende explicar las formas simbólicas sólo en función de sus condiciones histórico-sociales de producción, como la del inmanentismo, con reducción de toda explicación cultural al análisis formal y meramente

interno de las formas simbólicas, equilibrando la dimensión subjetiva y hermenéutica de la cultura con las determinaciones que nacen del contexto histórico-social y las relaciones de fuerza entre los miembros de una comunidad determinada.

Según Reboul (1986), es en el discurso ideológico donde se puede reconocer una práctica social donde las relaciones sociales producidas y reproducidas son de dominación social, del poder social, de la prevalencia de los intereses y expectativas de una clase o sector social sobre otras. Es decir, en el discurso ideológico se expresa y se reproduce una estructura social de dominación, exclusión y marginación. Pero no sólo relaciones de poder se producen y reproducen en esta clase de discurso, también produce y reproduce una visión del mundo y una actitud hacia el hombre y la naturaleza.

Se requiere analizar los significados ideológicos haciendo explícitos los significados implícitos y aquellos significados que se toman habitualmente como lugares comunes. Poco importa si las instituciones quienes los materializan son públicas o privadas; lo importante es su funcionamiento. Las instituciones privadas pueden funcionar perfectamente como aparatos ideológicos de Estado las cuales operan masivamente con la ideología como forma predominante pero utilizan secundariamente una represión muy atenuada, disimulada, es decir simbólica, bajo la ideología dominante que es la de la clase dominante. En cambio las instituciones públicas son la expresión de las clases dominadas.

### **3.6 Aproximación a la ideología mediante los significados**

La reflexión sobre los fenómenos culturales se puede interpretar como el estudio del mundo socio histórico en tanto campo significativo de las maneras como los individuos situados en momento dado, producen, construyen y reciben expresiones significativas de diversos tipos (Thompson, 2002).

La profesión médica se puede entender como un fenómeno cultural híbrido junto a formas simbólicas en contextos estructurados, cuyo análisis cultural puede interpretarse como el estudio de la constitución significativa y de la contextualización social de las formas simbólicas, estos fenómenos culturales están insertos en relaciones de poder y de conflicto con una historia particular.

En el análisis del poder mediático se hace pertinente partir de las posibilidades de la comunicación pública de proveer relatos que encierran interpretaciones sobre el entorno, vinculadas a las metas y representaciones que le interesa conservar a grupos específicos (Martín Serrano, 2009).

Thompson (2002) define «análisis cultural» como:

“... el estudio de las formas simbólicas —es decir, las acciones, los objetos y las expresiones significativas de diversos tipos— en relación con los contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente en los cuales, y por medio de los cuales, se producen, transmiten y reciben tales formas simbólicas” (p.203).

El autor distingue cinco aspectos principales que intervienen típicamente en la constitución de las formas simbólicas: el intencional, convencional, estructural, referencial y contextual.

*Aspecto intencional:* Las formas simbólicas son expresiones de un sujeto y para un sujeto (o sujetos). Al ser producidas, construidas o empleadas, el sujeto “persigue ciertos objetivos o propósitos y busca expresar por sí mismo lo que «quiere decir», o se propone, con y mediante las formas así producidas”. El o los receptores “la perciben como la expresión de un sujeto, como un mensaje que se debe comprender” Se adquiere este carácter

significativo, aun en el caso de los patrones naturales “en la medida en que son considerados como la expresión de un sujeto intencional y con propósitos”. La constitución de los objetos como formas simbólicas presupone que sean producidos, contruidos o empleados por un sujeto para dirigirlos a un sujeto o sujetos, o que sean percibidos como si hubieran sido producidos así por el sujeto o sujetos que los reciben (p. 206).

*Aspecto convencional:* La producción, la construcción o el empleo de las formas simbólicas, así como su interpretación por parte de los sujetos que las reciben, son procesos que implican típicamente la aplicación de reglas, códigos o convenciones de diversos tipos. Son esquemas implícitos y presupuestos. Son parte del conocimiento tácito empleado en el curso de la vida diaria, es compartido por más de un individuo y está siempre abierto a la corrección y sanción de los demás (p. 208).

*Aspecto estructural:* Las formas simbólicas son construcciones que presentan una estructura articulada, se componen de elementos que guardan entre sí determinadas relaciones y comprenden una estructura que se puede analizar de manera formal (p. 210).

*Aspecto referencial:* Las formas simbólicas son construcciones que típicamente representan algo, se refieren a algo, dicen algo, acerca de algo en determinado contexto. Representan u ocupan el lugar de algún objeto, individuo o situación, así como el sentido más específico donde una expresión lingüística puede, en una aplicación dada, referirse a un objeto particular (p. 212).

*Aspecto contextual:* Se insertan siempre en contextos y procesos sociohistóricos específicos en los cuales, y por medio de los cuales, se producen y reciben. Siempre llevan las huellas de las relaciones sociales características de tal contexto. Lo que son estas formas simbólicas, la manera en que se construyen, difunden y reciben en el mundo social, así como el sentido y el valor que tienen para quienes las reciben, depende todo, de alguna manera, de los contextos y las instituciones que las generan, mediatizan y sostienen. Al poner de relieve el aspecto contextual de las formas simbólicas, vamos más allá del análisis de los rasgos estructurales internos de las formas simbólicas: el escenario, la ocasión, las maneras como se

reciben, no son aspectos de las formas simbólicas mismas, pero estos aspectos pueden distinguirse de los rasgos estructurales y elementos sistémicos. Tales aspectos pueden distinguirse sólo atendiendo a los contextos sociales, institucionales y procesos en los cuales se expresa, transmite y recibe la forma simbólica y analizando las relaciones de poder, las formas de autoridad, los tipos de recursos y otras características de dichos contextos (p. 213).

Las formas simbólicas, además de ser expresiones de un sujeto, son producidas por agentes situados en un contexto socio histórico y dotado de recursos y habilidades de diversos tipos; las formas simbólicas pueden portar, de distintas maneras, las huellas de las condiciones sociales de su producción. Esta inserción también implica que son por lo regular recibidas e interpretadas por individuos situados también en contextos socio históricos específicos, en posesión de diversos tipos de recursos; cómo entienden los individuos una forma simbólica particular puede depender de los recursos y las habilidades que sean capaces de emplear en el proceso de interpretarla. Las formas simbólicas son objeto de complejos procesos de valoración, evaluación y conflicto. Son valoradas y evaluadas, aprobadas y refutadas constantemente por los individuos que las producen y reciben. Son objetos de procesos de valoración en virtud de los cuales y por medio de los cuales se les asignan ciertos tipos de valor. Además, como fenómenos sociales, las formas simbólicas también se intercambian entre individuos ubicados en contextos específicos, y este proceso de intercambio requiere ciertos medios de transmisión.

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

Cuando se concibe una determinación ideológica, se hace alusión a la reproducción de significados y prácticas que constituyen las nociones de sentido de una sociedad. Los procesos de producción de esas ideas, creencias y significados, así como sus acciones conductas y prácticas tienen lugar en el discurso, este último adquiere relevancia sobre los profesionales de la medicina y la ideología como proceso cultural que media, moldea, produce y reproduce conciencias y acciones en los individuos. El análisis de estos procesos permite comprender las distintas ideologías presentes en los diferentes escenarios de ejercicio de los profesionales de las medicinas (institucionales estatales y privadas así como liberales y mixtas), constituidos en una sociedad determinada, en un tiempo determinado, así como las relaciones de hegemonía y subordinación que se establecen entre ellas. Es en estas contradicciones donde se hacen evidentes rasgos de resistencia que moldean los comportamientos en la práctica de estos profesionales, su concepción en relación a su profesión y su devenir con la sociedad y con sus pares. Esta investigación tiene anclajes en estrategias cualitativas ya que este tipo de metodología privilegia la producción de la palabra como cualidad del ser y permite un escenario donde se produce y reproduce la cultura en su expresión contextual pero además nos permite rastrear los rasgos predominantes construidos históricamente.

Thompson (2002) señala que la ideología tiene como propósito mantener la dominación; para ello moviliza significados de formas particulares para “establecer relaciones de dominación” (p.88). Estudiar la ideología es estudiar las maneras en que el significado sirve para establecer y sostener dichas relaciones y por consecuencia sirven en circunstancias socio históricas particulares para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder.

Para efectos de esta investigación centrada en el análisis de los significados de los profesionales en relación a su profesión, resulta óptimo la aplicación del método hermenéutico o concepción estructural de la cultura de John B. Thompson, la cual parte de la tesis que las diversas formas simbólicas son sólo explicables en relación a los contextos

sociales estructurados de los cuales forman parte y éstas son susceptibles de ser comprendidas e interpretadas.

Estas formas simbólicas se relacionan con las opiniones, creencias y juicios que sostienen y comparten los individuos como parte del mundo social, los cuales producen y reciben en el curso de su vida diaria las relaciones desiguales de poder, el acceso a los recursos y oportunidades sociales, los aparatos institucionalizados para la producción transmisión y recepción de las formas simbólicas.

Cabe señalar en referencia al carácter exploratorio de esta investigación, porque hay estudios realizados sobre los significados de los profesionales de la salud en relación a sus prácticas o algunos determinantes sociales, pero se carece de trabajos que traten el tema del poder la dominación y la resistencia como eje principal, por lo cual puede decirse de este estudio es pionero en este tipo de abordaje.

#### **4.2 Delimitación espacial y temporal de la investigación:**

Esta investigación se realizó durante los meses de marzo a octubre del 2018. Para proceder con las entrevistas a los profesionales así como para la realización de las observaciones correspondientes, conjuntamente se realizó el proceso de descripción socio-histórica de fuentes bibliográficas. Se consideró a población y muestra del estado de México oriente, donde se cuenta con profesionales de la medicina tanto en medios institucionales, privados y mixtos de los tres niveles de atención. Se eligió esta zona por cuestiones de factibilidad, al contar con relaciones personales en los diferentes escenarios para realizar las entrevistas disminuyendo así el tiempo de gestión y solicitud de permisos o licencias.

#### **4.3 Población de estudio.**

Las personas entrevistadas fueron médicos en ejercicio de su profesión y se dividieron en tres grupos:

- a) Profesionales de la medicina de instituciones de salud públicas (IMSS, ISSTE, SSA, ISSEMYM).

- b) Profesionales de la medicina con ejercicio profesional institucional privado.
- c) Profesionales con ejercicio en alguna institución de salud pública y ejercicio privado.
- d) Profesionales con ejercicio Liberal.

En cada grupo se selecciona personas de acuerdo a género, años de ejercicio profesional (menos de 10 años, de 10 a 20 años y más de 20 años), así como intencionadamente se representantes de los tres niveles de atención. Se solicitaron citas previas para presentación de los objetivos del estudio, tener un mayor acercamiento y solicitar la carta de consentimiento informado.

Las entrevistas se realizaron por la investigadora y un asistente a fin de apoyar logísticamente, se trató de disponer un lugar tranquilo para la entrevista y sin interrupciones, a fin que ésta fuera fluida y lo más clara posible. Previa a la entrevista se trató de familiarizar con el entrevistado a fin de disminuir la tensión de la entrevista y promover el libre discurso, así como para presentar los objetivos del estudio y solicitar el consentimiento informado.

#### **4.4 Fuentes de información utilizadas**

##### *El trabajo documental:*

La primera parte de esta investigación se fundamentó en un trabajo documental, mediante el cual se realizó una búsqueda bibliográfica sobre temas relacionados con el desarrollo socio-histórico de la profesión médica en México, con énfasis en su estructuración y organización y los modelos de ejercicio profesional, así como las tendencias de la profesión a partir de las políticas de globalización con el propósito de conformar el referente teórico-histórico relacionado a la profesión objeto de estudio. Los documentos se buscaron en las bases de datos de diferentes bibliotecas digitales, se recurrió a medios impresos o audios de bases de datos internacionales y nacionales en idioma español, inglés y portugués (Conricyt, Redalyc, EBSCHO, LILIACS, Scielo, Bibliotecas digitales).



### *El discurso de los profesionales de la medicina:*

La segunda parte de esta investigación correspondió a la realización de entrevistas semi estructuradas a fin de acceder a la concepción de los sujetos y los significados en relación a su profesión. Este tipo de entrevista permitió una serie de encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes.

## **4.5 Técnicas e instrumentos para la obtención de información**

### *Guía de entrevista (Anexo 1)*

La guía de entrevista contiene los temas y subtemas según los objetivos informativos de la investigación mediante núcleos temáticos con sustento teórico en los subtemas presentados anteriormente. Los núcleos temáticos fueron los siguientes:

Características principales de la profesión: Autonomía, reconocimiento social, dominio de conocimientos y valores.

Relaciones con el poder: Hegemonía, Dominación y Resistencia.

Con ellos, se establecieron preguntas base en el referente teórico, las cuales fueron adaptadas para cada grupo profesional.

La guía se inició con un apartado de identificación cuyo interés fue reconocer los aspectos generales de los entrevistados, la institución donde realizaron sus estudios, antigüedad en el ejercicio profesional y especialidad en el caso pertinente.

## **4.6 Estrategia de análisis**

Se utiliza la hermenéutica profunda (Thompson, 2002), la cual sugiere el análisis en tres momentos:

a) *análisis socio-histórico*: las condiciones particulares en donde los mensajes son construidos, emitidos y recibidos, tanto en el aspecto histórico-temporal como en el aspecto social-cultural. Se tomó especial énfasis en las características de la profesión: autonomía, reconocimiento social, normas/valores y dominio de conocimientos. Esta aproximación derivada de fuentes históricas tiende a articular éstas con los campos sociales y políticos donde se llevan a cabo eventos discursivos.

b) *análisis discursivo*: En este caso, se procede desde la propuesta de Van Dijk sobre el análisis crítico del discurso, como un conjunto de principios y teorías interdisciplinarias, en las que se integran diferentes enfoques para la exploración e interpretación del nivel micro y macro-discursivo, cuyo núcleo de reflexión es siempre un problema social, cultural o político donde se produce y reproduce el discurso. El análisis macro-discursivo pone en relación la estructura discursiva con la estructura social a través de conocer y representar, sólo se elabora en la mente de los sujetos sociales que interactúan con la comunidad (triada discurso-cognición-sociedad) (Dijk, 2003; 2009). El carácter crítico incluye los aportes de Habermas (1989), de la escuela de Frankfurt, Foucault (Foucault 2007; 1992) y Bordieu (2008) formulando relaciones entre conocimiento, discurso y poder, particularmente cuando estos se reproducen en formas de abuso de poder. El compromiso ético del investigador es reconocer las múltiples formas de dominación que se expresan en los discursos teniendo en su horizonte la diversidad, las prácticas sociales y las interacciones humanas. El discurso sirve a la formulación, permanencia y reproducción de las formas de ser, estar o parecer de los actores sociales y a la transformación del estatus quo, por lo que materializa las ideologías o sistemas de idearios vigentes en la cultura. Las ideologías son construidas y expresadas discursivamente.

c) *interpretación/ reinterpretación*: Siguiendo la propuesta de Thompson (2002), Fairclough (1995) y Van Dijk (2009) no pueden comprenderse adecuadamente los procesos de reconfiguración societal de las últimas décadas, si no se atienden las modificaciones discursivas como dichos procesos de cambio se expresan al mismo tiempo que se sostienen. Por lo tanto este nivel de análisis busca dar cuenta de las condicionantes socio-contextuales de los eventos discursivos, así como el modo en que éstos participan en los procesos de producción y sostenimiento de las formas de dominación, esto exige “ver al discurso dentro de una matriz de relaciones de poder” (Fairclough, 1989).

#### **4.7 Aspectos éticos**

##### **Implicaciones éticas del estudio**

La presente investigación reconoce que la investigación cualitativa exige una rigurosa metodología pero además de una postura ética consciente, razonada y coherente para guiar cada fase del proceso de investigación. En esta investigación se apela por el respeto y

confidencialidad de las personas entrevistadas, así como al compromiso de mantener su anonimato sustentado en el consentimiento informado de cada una de ellas.

#### Formatos de consentimiento

Para este trabajo fue necesario solicitar una carta de consentimiento y aceptación para participar en la investigación (Anexo 2).

## 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 5.1 Antecedentes

Se realizó una búsqueda sistematizada y jerarquizada, en diferentes bases de datos a nivel nacional e internacional de revistas indexadas y arbitradas, tomando en consideración las palabras clave: profesión médica, significados profesión, ideología médica. Se buscaron artículos en idioma inglés, portugués y español, lo cual nos permite mostrar la siguiente tabla con los trabajos más representativos y relacionados al tema objeto de estudio (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes relacionados con las palabras clave: significados, profesión, profesionales, ideología y perspectiva de los médicos.

SIGNIFICADOS			
AUTOR	Título	Tipo de investigación	Principales aportaciones
Angulo N, Carujo M. 2008	¿Qué significa ser médico para un estudiante del primer año de medicina?	Descriptivo, transversal.	42% vocación significó el <b>deseo innato de ejercer una profesión</b> . 40.4 % ser médico significaba ser una buena persona que <b>ayuda a la gente a recuperar la salud</b> .
Arakaki, J. 2011	Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010	Cualitativo	Investigar los significados de la enfermería desde el punto de vista de los estudiantes. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en relación a cuatro ítems. Se realizó análisis de contenido a partir de algunos desarrollos conceptuales de la sociología de las profesiones: vocacional, profesional, utilitaria y la comunitaria. <b>Hay indefinición y ambigüedad para dar significado y sentido a la profesión.</b>
Olavarría F, Fonseca O. 2015	Significados atribuidos por los trabajadores sociales a su profesión-disciplina en Concepción – Chile	Cualitativa	Comprender los significados que atribuyen los trabajadores sociales que se desempeñan en el ejercicio práctico de su profesión, debido a la discrepancia entre las definiciones normativas que se establecen de lo que es la profesión y cómo la entienden los profesionales. Se realizó una entrevista semiestructurada y se realizó análisis de contenido desde una perspectiva lexicométrica. Se infirió un énfasis en la <b>significación del trabajo social como una tecnología social, así como la presencia de una histéresis social</b> , en el sentido que <b>los cambios y los logros institucionales de la profesión en Chile no se manifiestan en las concepciones acerca de su profesión</b> , por parte de los trabajadores sociales que desempeñan laboralmente.
Romero M 2016	Significado del trabajo y sentido de la profesión en la academia	Cualitativo	Investigación enmarcada en el contexto de las transformaciones del trabajo en la academia universitaria de Colombia. Se recolectaron datos cuantitativos mediante un cuestionario de evaluación de condiciones de trabajo, carga de trabajo, bienestar laboral, burnout y engagement. La investigación cualitativa fue a través de preguntas abiertas del cuestionario y entrevista grupal. Los profesionales expresaron una moderada satisfacción con sus condiciones de trabajo, pero destacó el malestar asociado a la percepción de carga de trabajo, precarización de las condiciones contractuales y pérdida del vínculo identitaria con la academia. Tensión entre sentido de la profesión y el nuevo orden académico.
Leyva M, Pichardo P. 2012	Los médicos de las Farmacias Similares: ¿Degradación de la profesión médica?	Cualitativo	Hay una tendencia hacia la desprofesionalización, y de manera simultánea, otra que mantiene el núcleo básico de la profesión, como la ética, la autonomía, el monopolio de conocimiento y la vocación. Los médicos Simi, en lugar de representar la crisis del pacto de la profesión médica con la sociedad, son una especie de resignificación de esa vinculación, en el sentido de su proyección hacia la atención a de los pobres.

<b>Ochoa 2012</b>	Significado del trabajo en la profesión médica	Cualitativo/Cuan-titativo (tesis de doctorado)	En un contexto de transformación histórica, predomina un alto grado de incertidumbre sobre el presente y futuro de la praxis médica. Los profesionales encuestados se declaran atrapados en un conflicto entre dos culturas que tienen interiorizadas -la de servicio público y la de negocio privado-.
<b>PROFESIONALES- PROFESIONALISMO-IDEOLOGIA</b>			
<b>Evetts 2003</b>	Professionalism: Value and ideology	Teórico	No se refiere exclusivamente al panorama médico, es una visión crítica del profesionalismo, impuesto desde afuera, como valor normativo que puede ser usado como instrumento ideológico de dominación con los empleados.
<b>Watt, Nettleton, Burrows (2008)</b>	The views of doctors on their working lives: a qualitative study.	Cualitativo	Las nuevas definiciones del profesionalismo médico sugieren a los médicos ser afectuosos y expresar empatía pero al mismo tiempo trabajan en un sistema que les obliga a ser objetivos, así que hay contradicción. Sobre las nuevas condiciones laborales sienten ambivalencia y pérdida de conocimiento tácito y explícito en la práctica médica.
<b>Doolin (2002)</b>	Enterprise discourse, professional Identity, and the organizational control of clinicians	Cualitativo	Los programas neoliberales, el discurso gerencial y empresarial influyen sobre la autonomía profesional.
<b>Fernández, J.A 2002</b>	Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica.	Cualitativo	Estudio que busca develar desde los actores la estructura y la formación de los profesionales médicos cirujanos y el médico cirujano homeópata. Los médicos cirujanos homeópatas tienen un desconocimiento importante de lo que implica una profesión, falta una cultura profesional propia y una identidad. Los médicos cirujanos contemplan su desarrollo profesional bajo una doble perspectiva: insuficiencia de conocimientos como egresados y la orientación dominante del sistema educativo médico hacia el posgrado ya que se considera importante. Hay mayor participación en gremios o asociaciones con mayor sentimiento de pertenencia e identidad.
<b>Pichardo S. 2010</b>	Profesión y práctica médica. El caso de médicos que laboran en consultorios de la Fundación Best	Cualitativo	Las formas en que se estructura el mercado de estos médicos se encuentra en la lógica de la flexibilización y el desarrollo neoliberal. La empresa ha implementado mecanismos organizativos y publicitarios mediante la campaña de "ayudar a los pobres", esta ideología publicitaria se ve reflejada en el discurso con la idea de servir a la gente menos favorecida. La mayoría comparte la idea de rescatar valores de la profesión.
<b>Kälble 2005</b>	Between professional autonomy and economic orientation. The medical profession in a changing health care system	Artículo de revisión	Descripción de los cambios económicos y políticos y las reformas en el sistema de salud Alemán y explorar la importancia que la autonomía profesional adquiere dentro del concepto profesión desde el punto de vista de sociología de las profesiones. Analiza y describe las estrategias que la profesión utiliza para defender su autonomía. Los médicos enfrentan cambios radicales en la estructura de sus profesiones y también en las prácticas de cuidado y de servicio a los pacientes. La profesión médica solo puede evitar la pérdida de autonomía si es capaz de combinar costos, eficiencia y calidad.
<b>Watt, Nettleton, Burrows 2008</b>	The views of doctors on their working lives: a qualitative study	Cualitativo	Se le sugiere a los médicos ser afectuosos y empáticos pero el sistema les obliga a ser objetivos, fiables lo cual entra en contradicción y es percibida por los profesionales y explícita en la práctica. Existe un gran sentimiento de preocupación por el futuro por el impacto de los cambios regulatorios y la modernización.
<b>Hafferty &amp; Light 1995</b>	Professional dynamics and the changing nature of medical work.	Ensayo	La organización y prestación de los servicios de salud en los E.U. experimenta importantes cambios sociales, organizativos, económicos, políticos y culturales. Se plantea el desarrollo de "médicos ejecutivos" que adapten su identidad gerencial a la organización donde trabajan, con ello la formación de un nuevo estatus profesional.
<b>PERSPECTIVAS DE LOS MÉDICOS</b>			
<b>Díaz et al 2017</b>	Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: perspectiva del personal médico.	Cualitativo exploratorio	Entrevista aplicada a 32 médicos que destaca la experiencia vivida por el personal médico que labora en consultorios adyacentes a farmacias sobre su situación laboral y los elementos organizativos de estos consultorios. Los médicos enfrentan una difícil situación laboral por ausencia de garantías laborales, hay percepción de insatisfacción e incertidumbre en los relatos. La autora sugiere realizar estudios que analicen las posibles implicaciones del vínculo observado en los consultorios adjuntos a farmacias entre ingreso y prescripción médica sobre la calidad de la atención brindada.

Fuente: Realización propia.

El cuadro previo nos permite observar que hay un significado ambiguo sobre el significado de la profesión y sobre algunos rasgos esenciales de la misma como la autonomía, el estatus, algunos de sus valores intrínsecos, apoyando a señales de desprofesionalización y precarización laboral. Sin embargo no hay suficiente evidencia empírica en relación a escenarios contrastantes considerando las características de nuestro sistema de salud, fragmentado y estratificado.

## 5.2 Características de los informantes

Se realizaron un total de 60 entrevistas semiestructuradas, 50 por ciento fueron mujeres y la otra mitad hombres contemplando los años de ejercicio profesional y el nivel de atención donde se desempeñan. Se tomó el mismo número de entrevistados para los diferentes campos de ejercicio profesional (público, privado y mixto), la distribución se observa en la tabla 4:

Tabla 4. Distribución de la muestra de médicos (as) entrevistados

Años de Ejercicio profesional	Nivel de atención	Hasta 10 años		De 10 a 20 años		Más de 20 años	
		Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
<b>Ejercicio público (Ep)</b>	<b>1er nivel</b> Salario mensual (18,000-36,000)	28 años Soltera IMSS Médica Familiar (Ep1)	32 años Unión libre IMSS Médico Familiar (Ep2)	36 años Casada IMSS Médica Familiar (Ep7)	39 años Casado SSA Médico General (Ep8)	52 años Divorciada ISSTE Médica Familiar (Ep9)	57 años Divorciado SSA Médico General (Ep10)
	<b>2do nivel</b> Salario mensual (28,000-40,000)	35 años Soltera SSA Ginecóloga (Ep3)	43 años Soltero IMSS Ginecólogo (Ep4)	x	x	x	x
	<b>3er nivel</b> Salario mensual (32,000-42,000)	31 años Casada IMSS Neuróloga (Ep5)	32 años Soltero SSA Urólogo (Ep6)	x	x	x	x
<b>Institución privada (Ip)</b>	<b>1er nivel</b> Salario mensual (10,000-22,000)	26 años Soltera Farm. Similares Médica general (Ip1)	27 años Soltero Farm. Dr. Simi Médico general (Ip2)	39 años Unión Libre Hospital SAME Médica general (Ip7)	42 años Casado Hospital SAME Urgenciólogo (Ip8)	x	x
	<b>2do nivel</b> Salario mensual	32 años Soltera	35 años Casado Hospital	44 años Casada Hospital	47 años Divorciado Hospital	53 años Casada Hospital	60 años Casado Hospital

	(34,000-45,000)	Hospital Polanco Urgencióloga (Ip3)	Polanco Urgenciólogo (Ip4)	SAME Ginecóloga (Ip9)	Polanco Médica internista (Ip10)	Polanco Médico internista (Ip13)	SAME Cardiólogo (Ip14)
	3er nivel Salario mensual (40,000-52,000)	36 años Casada Hospital SAME Endocrinóloga (Ip5)	37 años Casado Hospital SAME Cirugía reconstructiva (Ip6)	43 años Casada Hospital SAME Reumatóloga (Ip11)	42 años Divorciado Hospital Polanco Neurólogo (Ip12)	55 años Divorciada Clínica Hemodiálisis Nefróloga (Ip15)	58 años Divorciado Hospital Polanco Hematólogo Ip(16)
<b>Ejercicio mixto (Em)</b>	1er nivel Salario mensual (22,000-40,000)	38 años Casada IMSS/Farm. Ahorro Médica general (Em1)	34 años Casado ISSEMYM/Farm Dr. Simi Médico general (Em2)	41 años Casada IMSS/Hosp Polanco Médica general (Em7)	45 años Casado IMSS/farm. Guadalajara Médico general (Em8)	56 años Casada SSA/Hospital SAME Médica general (Em13)	57 años Casado ISSEMYM/Farm. Ahorro Médico general (Em14)
	2do nivel Salario mensual (42,000-56,000)	37 años Casada IMSS/Consul. Propio Oftalmóloga (Em3)	38 años Casado IMSS/Consul Propio traumatólogo (Em4)	46 años Casada IMSS/Consul Propio Médica internista (Em9)	54 años Casada IMSS/Consul. Propio Cirujano (Em10)	57 años Casada IMSS/Consul. Propio Médica internista (Em15)	58 años Divorciado IMSS/Consul. Propio Pediatra (Em16)
	3er nivel Salario mensual (50,000-67,000)	35 años Unión libre IMSS/Consul. Propio Angióloga (Em5)	38 años Unión libre IMSS/cónsul. Propio Neurocirujano pediatra (Em6)	46 años Casada SSA/Consul. Propio Reumatóloga (Em11)	48 años Casado IMSS/Consul propio Otorrinolaringólogo (Em12)	53 años Casada SSA/Hosp Polanco Cardióloga (Em17)	60 años Casado IMSS/cónsul propio Médico Internista (EM18)
<b>Ejercicio Liberal (EL)</b>	1er nivel Salario mensual (20,000-32,000)	30 años Soltera Médica general (EL1)	24 años Soltero Médico general (EL2)	36 años Casada Médica General (EL6)	46 años Casado Médico general (EL7)	X	63 años Casado Médico general (EL12)
	2do nivel Salario mensual (48,000-55,000)	34 años Casada Oftalmóloga (EL3)	37 años Soltero Medicina física y rehabilitación (EL4)	46 años Casada Ginecóloga (EL8)	48 años Divorciado Cirujano (EL9)	54 años Divorciada Cardióloga (EL13)	65 años Casado Médico internista (EL14)
	3er nivel Salario mensual (53,000-70,000)	X	38 años Soltero Bariatra (EL5)	48 años Divorciada Cardióloga (EL10)	53 años Casado Traumatólogo (EL11)	50 años Casada Endocrinóloga (EL15)	52 años Divorciado Nefrólogo (EL16)

El promedio de edad de los entrevistados fue de 43.7 años, en cuanto a estado civil 34 son casados (56.6%), 11 divorciados (18.3%), 11 solteros (18.3%) y 4 viven en unión libre (6.6%). La percepción económica promedio fue de \$ 40 375 pesos mensuales. En cuanto a la edad cabe señalar que los profesionales más jóvenes se encuentran ejerciendo en el primer nivel de atención como médicos generales ya sea en un medio liberal o bien en consultorios

anexos a farmacias, siendo su percepción económica la más baja de todos los grupos, con la aspiración de poder ingresar a estudiar una especialidad en los años próximos.

En relación al estado civil, la mayoría refieren ser casados sin embargo los jóvenes son solteros o viven en unión libre y de los de mayor edad 41% está divorciado.

No fue posible tener profesionales que representaran el ejercicio público de segundo y tercer nivel de más de 10 años de ejercicio ya que todos ellos se encuentran laborando en medio privado o liberal, los profesionales entrevistados en este grupo menores de 10 años de ejercicio profesional acabaron de terminar la especialidad o bien están en espera de iniciar su ejercicio en otro lugar. Es necesario señalar que en el medio institucional público lo mismo gana un médico familiar que un médico especialista de segundo o tercer nivel de atención, contrastando con su percepción económica en el ejercicio liberal o mixto donde es casi el doble.

En cuanto a la institución privada la percepción económica en consultorios anexos a farmacias tiene un sueldo base pero hay una serie de bonos que dependen de la productividad y venta de medicamentos, así como de la realización de procedimientos médicos como aplicación de inyecciones, curaciones, suturas de heridas, retiro de suturas, colocación de sondas, etc. Por otro lado se encuentran los profesionales trabajando en consorcios hospitalarios, que a su vez tienen convenios con aseguradoras para la atención de pacientes involucrados en siniestros o para la atención de pacientes con seguro de gastos médicos mayores; su pago es por honorarios de acuerdo al número de pacientes atendidos y tienen bonos en caso de una recuperación más rápida de los pacientes y disminución de secuelas.

Los profesionales entrevistados con ejercicio mixto señalan que la institución les genera un ingreso “seguro” pero “precario”, por lo que es necesario recurrir al ejercicio privado o liberal a fin de cubrir sus necesidades personales y familiares.

Los profesionales que ejercen en el medio liberal manifiestan que “ganan” lo que “trabajan”, y se perciben como sus propios “jefes”. Casi todos están satisfechos con su percepción económica a pesar de las diferencias entre el primer y tercer nivel de atención,



sobre todo porque se sienten dueños de su *“tiempo”*. Cabe señalar que los médicos entrevistados de segundo y tercer nivel de atención la gran mayoría pertenecen a familias con antecesores médicos o con hijos que están estudiando la carrera de medicina con la aspiración de perpetuar el *“negocio”*.

Para analizar los discursos en relación a la ideología de los profesionales de la salud, se generaron las siguientes tablas de acuerdo a las categorías analíticas de los rasgos de la profesión, se realiza posteriormente una descripción socio-histórica de cada uno de estos rasgos y posteriormente se realiza una interpretación-reinterpretación de lo señalado en los discursos con las contrastaciones socio-históricas mencionadas.

## 5.3 Categorías analíticas

### 5.3.1 Autonomía.

Se entiende a la autonomía profesional según Friedson (1978), como “el derecho que tiene una profesión a establecer sus propios estándares de calidad y afirma que la sociedad concede éste derecho a los profesionales por: su alto conocimiento técnico, el altruismo que el profesional antepone por encima de sus propios intereses y la autorregulación”. Según este autor los profesionales que trabajan en organizaciones no pueden ser considerados como proletarios dado que perciben salarios elevados y mantienen un grado de control alto sobre las cualidades de acceso a la profesión, y comparten un conjunto de valores adquiridos en el período de formación universitaria de carácter técnico y vocacional (Freidson, 1986).

#### 5.3.1.1 Significados de los discursos: Categoría Autonomía

INSTITUCION PÚBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>...hay <b>exceso de trabajo</b> no podemos ejercer la medicina como se nos educó... <b>nos falta tiempo</b> (Ep1,Ep3, Ep4,Ep7,Ep9, Ep10)</p> <p>... tenemos <b>carencia de medicamentos, de estudios de laboratorio, de gabinete, quirófanos</b> (Ep1, Ep7, Ep8, Ep9, Ep10, Ep 5, Ep6)</p> <p>...tenemos 10 min por pacientes y a veces menos, las clínicas no cuentan con todos los servicios (Ep1, Ep7, Ep3)</p> <p>...<b>te supervisan todo</b>: referencias, recetas, incapacidades, mucha</p>	<p>...<b>hay libertad</b> porque te <b>organizas en tu tiempo</b> (Ip2, Ip3, Ip10, Ip14)</p> <p>... Tienes que <b>ser rápido</b> porque la gente quiere ser atendido lo antes posible, la gente viene y se va a trabajar (Ip1, Ip2, Ip8)</p> <p>... te piden <b>promocionar una cantidad de medicamento</b> (Ip1, Ip2)</p> <p>... puedo <b>trabajar en dos lugares</b>, no hay horario tan estricto (Ip9, Ip13, Ip6, Ip12, Ip16)</p>	<p>... en la práctica privada hay <b>más flexibilidad en el tiempo</b> ( Em1, Em4, Em8 Em10,Em16)</p> <p>... puedo tardarme hasta una hora con el paciente porque <b>sé que va a regresar</b> (Em7, Em9, Em 14, Em15)</p> <p>...en la institución pública estas al pendiente del reloj, no da tiempo... <b>en la privada tienes libertad de recetar lo mejor y en la</b></p>	<p>...me dedico hasta atender al último (EL2, EL12)...</p> <p>... <b>cobro poco</b>, no es prioritario el dinero (EL1, EL7)...</p> <p>...<b>libertad de atender a los pacientes sin miedo de ser demandado</b> (EL3, EL8, EL14, EL11)...</p> <p>...de los años <b>70 al 2000</b> <b>teníamos libertad de atención</b> ...ahora hay restricciones y <b>favorecen a las trasnacionales</b> (EL8)...</p>

<p><b>burocracia</b> (Ep1, Ep2, Ep3,Ep3, Ep7, Ep8, Ep10)</p> <p>... Todo está <b>normado</b> (Ep7, Ep9)...</p> <p>...tienes que seguir lo que dicen las <b>guías de práctica clínica</b> (Ep1, Ep2, Ep4, Ep8)...pero estas no son funcionales... <b>no se apegan a la realidad... a las necesidades del paciente</b> (Ep7, Ep9, Ep10)...</p> <p>...<b>todo son indicadores, somos números</b> (Ep1,Ep5, Ep7)...</p> <p>...<b>libertad no existe... tienes que hacer lo que te dicen</b> (Ep2, Ep4, Ep8, Ep10)</p> <p>...las <b>supervisiones</b> sólo buscan números y <b>trámites burocráticos</b> (Ep6, Ep 9)</p> <p>...todo es demanda... los <b>pacientes te culpan por todo</b> (Ep1,Ep3,Ep6, Ep7, Ep8, Ep10), hasta por falta de medicamento.</p> <p>... <b>te amenazan</b>...algunos llegan a los <b>golpes...llegan exigiendo</b>...(Ep, 7, Ep8, Ep9, Ep10, Ep3).</p>	<p>...tú <b>decides cuánto quieres ganar</b> por semana (Ip1, Ip9, Ip15, Ip6)</p> <p>...<b>puedes hacer</b> curaciones o aplicar inyecciones, <b>lo que tú quieras</b> (Ip1, Ip4, Ip7)</p> <p>... el material lo <b>cobras aparte</b></p> <p>... Tienes oportunidad de <b>prescribir de acuerdo a las economía</b> del paciente (Ip6, Ip7, Ip14)</p> <p>...se atienden <b>personas que no tienen seguridad social o las que tienen pero que no las ven en sus clínicas porque están saturados</b> (Ip1, Ip2, Ip9, Ip13)...</p>	<p><b>institución das lo que hay</b> (Em4, Em10, Em5, Em15)</p> <p>...aquí <b>atiendo lo que no puedo atender en el instituto</b> (Em4, Em10, Em12, Em5)</p> <p>... la gente busca que le <b>resuelvan su problema</b> (Em5,Em 10, Em12)...puedes <b>ofrecer más servicios</b> y no estas acotado a las normas...</p> <p>...tengo <b>cursos de acupuntura (quiropaxia, herbolaria) y no los puedo aplicar en el instituto</b> (Em2, Em8, Em14)...</p> <p>...en la <b>institución aprendo</b> y en la <b>priva cobro</b> (Em4, Em5)</p> <p>...en la institución falta mucho material, es <b>frustrante</b> (Em3, Em8 Em9, Em15, Em16)</p> <p>... en la priva <b>no hay límites</b> (Em6)...</p>	<p>...nos han <b>amenazado con cerrar los consultorios</b> (EL3, EL8, EL11)...</p> <p>... te dicen que mejor <b>trabajes para una aseguradora</b> (EL8,EL9)...</p> <p>..las visitas de <b>secretaria de salud exigen mucho...</b> <b>quieren que tenga hasta una ambulancia</b> disponible las 24 hrs... <b>exigen más que a los hospitales públicos</b>(EL3,E11,EL16)</p> <p>...he pensado en cerrar...los permisos de <b>secretaría de salud son muy rígidos</b> (EL6,EL7,EL12,EL8) y llama la atención que otros consultorios de <b>instituciones públicas están en peores condiciones</b> y siguen operando (EL8,EL11).</p> <p>... <b>las supervisiones no nos ayudan, nos exigen más que a instituciones públicas</b> (EL1, EL6,EL12;EL3,EL14EL5).</p>
---	--	--	---

### 5.3.1.2 Análisis socio histórico.

La autonomía de la profesión médica en México está representada en sus inicios por las primeras asociaciones colegiales en la Nueva España desde principios del siglo XVIII, y posteriormente por la fundación de la Academia de Medicina de México (1833) constituido por unos cuantos facultativos encargados de regular el ejercicio de la medicina, sin

presupuesto para investigación o autoridad para decidir acciones durante las epidemias (Carrillo, 1998). Fue en 1917 que se creó el Departamento de Salubridad dependiente directamente del presidente de la república, con capacidad ejecutiva y jurisdicción en toda la nación de leyes aisladas en materia de salubridad, elaboración de códigos sanitarios y de campañas científicas de salud pública. Posteriormente debido a la recepción de la medicina clínica y experimental europea se crearon los institutos nacionales de investigación médica lo que conllevó agrupaciones médicas incipientes y fugaces hasta la proliferación de asociaciones gremiales, particularmente la Academia Nacional de Medicina. Sin embargo, hubo conflictos entre los médicos y el Estado, principalmente por la exigencia de los facultativos al monopolio de la atención médica, así como por la imposición de asistir gratuitamente a los enfermos pobres, acudir al llamado de cualquier enfermo o adherirse a las ideologías políticas y por último invalidar el secreto médico en procesos judiciales o en caso de enfermedades contagiosas.

El nacimiento de la educación médica moderna está marcado por la creación del Hospital General de México (1905), el cual fue inaugurado por Porfirio Díaz, otorgándose servicios clínicos de vanguardia, marcando el inicio de la investigación clínica y el origen a los Institutos Nacionales de Salud concebidos como entidades que articulaban la investigación, la atención y la enseñanza (León-Bórquez, Lara-Vélez y Abreu-Hernández, 2018). Prácticamente todo el siglo XIX los profesionales tenían obligación de prestar auxilio a los necesitados sin obtener pago alguno, incluso en 1906 en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, dictado por Porfirio Díaz, se establecía que el alumno al protestar ejercer su profesión, tendría siempre el deber humanitario de aliviar los males sin recibir retribución en caso que éstos carecieran de recursos para darla (Plan de estudios de la carrera de médico cirujano y de especialistas en ciencias médicas, 1907).

En 1934 Plutarco Elías Calles, lanza el denominado ‘grito de Guadalajara’: aplica un anticlericalismo y llama a ‘apoderarse de las conciencias de la niñez y la juventud’; como reacción a esta postura, en 1935, surge en esa Ciudad la primera universidad privada de México, la Universidad Autónoma de Guadalajara, fundada por estudiantes y profesores disidentes de la Universidad de Guadalajara, abriendo el camino para la creación de La

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM); quien a la postre organiza el primer sistema de acreditación de escuelas de medicina en México. Durante varios años, la AMFEM operó este sistema hasta que se consideró necesario crear un organismo distinto, para evitar los conflictos de interés resultantes de que las propias escuelas arbitraran su acreditación. El resultado fue la creación, en el año 2002, del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). La AMFEM, con la Secretaría de Salud y el COMAEM, ha propuesto modificar la ley para que sólo puedan operar las escuelas con una acreditación inicial y los campos clínicos sólo se otorguen a las instituciones acreditadas.

El Sistema de Salud mexicano se enfocó desde la década de 2000 en la gestión de la calidad (Secretaría de Salud, 2001), y en 2003 con la creación del Seguro Popular (SP) (Secretaría de Salud, 2005), promovió la implantación de estándares homogéneos de calidad en estructura y procesos al impulsar la acreditación y certificación de calidad en establecimientos de atención médica. Ante la segmentación del sector, la política de integración funcional del sistema de salud en el 2007 se proyectó homologar las funciones del propio sistema. La integración funcional se conceptualizó como el sistema de salud que opera como si fuera único para sus diversos actores, a pesar de estar conformado por organizaciones independientes (Ibarra, Martínez, Aguilera, et al, 2013; Musgrove y González-Block, 2007). En esta conceptualización, se puso en marcha en el 2008 el programa de Guía de Práctica Clínica con el objetivo de elaborar guías únicas para todo el sector, así como una implantación homogénea en todas las instituciones, con el objetivo de homologar calidad médica en el sistema de salud (Gutiérrez-Alba, Gozález-Block y Reyes-Morales, 2015). La formación profesional médica se encuentra confrontada por múltiples mensajes provenientes del ENARM (Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas), la COMAEM, el CENEVAL (Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior), la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, cuyos mensajes son frecuentemente contradictorios (Abreu y León, 2016).

### 5.3.1.3 Interpretación-Reinterpretación.

En esta categoría se puede observar una diferencia en el medio público y el privado en relación al manejo del tiempo para otorgar la consulta. El tiempo no sólo restrictivo a la atención, también facilitador a la flexibilización laboral. En el medio institucional la autonomía está restringida a las normas y guías de práctica clínica, lo cual a su vez está limitado por faltas materiales, estructurales y de personal relacionado a la atención, lo cual a su vez determina un actuar fugaz y burocrático, que es más evidente en ejercicio profesional público.

El principio de autonomía se ha irrumpido por conceptos como productividad, racionalización, costo, rendimiento, compitiendo e incluso sustituyéndolo como principio legitimador de la organización y la gestión de las instituciones de salud, por lo que los médicos perciben que su autonomía, y por ende, su libertad se ha visto limitada.

El derecho a *recetar medicamentos* es un componente principal de la libertad profesional, el cual denota una clara diferencia entre los medios institucionales públicos y los privados. Desde un punto de vista sociológico, aunque los medicamentos tienen propiedades farmacológicas, también pueden ser considerados como objetos sociales, por lo que habrá que distinguir entre la medicina como objeto material y la medicina como base para la acción social (Dingwall y Wilson, 1995), por lo que los actos de prescripción y otorgamiento de medicamentos definen las relaciones sociales entre pacientes-médicos, la institución pública-privada y otros. En este sentido la prescripción clínica es un campo de batalla en el que se defiende la causa de autonomía clínica y las otras partes que la amenazan: las guías de práctica clínica (GPC), las normas, las políticas públicas, las gestiones y los trámites burocráticos (Gutiérrez-Alba et al, 2015).

Otro factor que recorta la autonomía de los médicos está relacionada con la homogeneización y estandarización en protocolos y guías clínicas de atención, lo cual podría considerarse un recorte al concepto mismo de profesión, tal como lo describió Freidson, quien señaló la tesis que la esencia de la profesión radicaba en la facultad de orientar y controlar el propio trabajo. La evidencia mundial ha demostrado barreras al implantar GPC por parte de los usuarios y a nivel institucional. En los usuarios, las barreras son de actitud, de poco compromiso para

seguir las recomendaciones, dificultad para cambiar la inercia al tomar decisiones y no superar los obstáculos. Las barreras institucionales son falta de incentivos, insuficiente tiempo para consultar y aplicar las GPC, ausencia de programas de educación continua, poco acceso a las GPC, carencia de recursos materiales y falta de liderazgo efectivo y diferencias estructurales en las instituciones de salud (Reyes, Gómez, y Gutiérrez, 2014).

Las reformas de los servicios de salud han impactado en la autonomía de los médicos y junto a la proletarización y precarización laboral condicionan pérdida del control sobre las condiciones de trabajo del grupo de profesionales como resultado de los requisitos económicos del capitalismo avanzado (Flynn, 2002) así como por criterios burocráticos. Starr (1991) señala que los organismos burocráticos representan dos tipos de amenazas para la profesión médica: por un lado, al proporcionar atención médica de manera gratuita, compiten con los liberales; por otro, pueden someter a los médicos a condiciones desfavorables de trabajo, y reducir su autonomía en cuanto a fijación de honorarios y toma de decisiones. Sumado a la burocratización se encuentra la homogeneización profesional, la cual es apoyada por la educación formal o la legitimidad cognitiva producida por profesionales / expertos con educación universitaria. Según los autores, la burocratización y la homogeneización surgen, sobre todo, fuera del área estructural de la organización (Dimaggio y Powell, 1983), esto significa que, incluso frente a una estructura estatal aparentemente frágil con respecto a sus instituciones burocráticas, los mecanismos ambientales pueden generar una mayor capacidad y autonomía del Estado en la conducción de las políticas públicas.

En este sentido la “autonomía profesional” es relativa ya que los grupos profesionales estables son un reflejo del sistema social (Cleaves, 1985). Según algunos autores cuestionan sobre la noción de autonomía como factor necesario para la práctica profesional o más bien como un elemento ideológico en la estrategia de poder de las profesiones (Carillo, 2002a), el cual se ve más vulnerable en las instituciones públicas en comparación al ejercicio liberal pese a la aparente homogeneización de la práctica médica.

### 5.3.2 Dominio de conocimientos.

Una de las características que definió y marcó diferencia entre una ocupación y la profesión fue el dominio de los conocimientos, que además se configuró como un mecanismo para el mantenimiento de posiciones sociales de poder y privilegio en una realidad social organizada (Cleaves, 1985; Dingwall y Lewis, 1985; Elliot, 1975; Starr, 1982). La profesión médica supone una actualización constante y auto reguladora con capacidad normativa, que fomentan una mayor división del conocimiento especializado y que conforman las especialidades médicas convirtiendo también a la profesión en “clases de subespecialidades”, lo cual plantea otro reto sobre quién y cómo se definen los contenidos de las mismas y sus competencias, y cómo éstas pueden afectar la homogeneidad de la profesión médica y la relación con la sociedad.

#### 5.3.2.1 Significados de los discursos categoría: Dominio de conocimiento.

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>... <b>nos tenemos que certificar y recertificar</b> cada cinco años (Ep1, Ep2, Ep3, Ep4, Ep5, Ep6, Ep7, Ep9)...</p> <p>Eso es ideal porque <b>nos exigen una capacitación continua</b> (Ep8, Ep10)...</p> <p>... a <b>nivel institucional no te brinda más que la satisfacción personal</b> (Ep2, Ep7)...</p> <p>la institución <b>no nos apoya</b> para la certificación, la tienes que <b>pagar de tu bolsa...no te</b></p>	<p>...la <b>certificación</b> sirve <b>como reconocimiento social</b> (Ip4, Ip 8, Ip9, Ip 12, Ip15, Ip 16), ...</p> <p>... <b>te da estatus</b> (Ip7 Ip3, Ip 13, Ip14, Ip6, Ip16... a nivel privado <b>te da credibilidad</b> (Ip3, Ip5, Ip 15, Ip16)...</p> <p>...las <b>asociaciones lucran</b> con su papel (Ip1, Ip4, Ip7, Ip8, Ip13, Ip16)...hacen un <b>negocio</b> de la certificación (Ip9, Ip11, Ip13)...</p>	<p>... tener más elementos para dar una <b>mejor atención</b> (Em2, Em5, Em6, Em9, Em10, Em16)...</p> <p>...las ventajas...<b>mayor confianza</b> para la atención (Em4, Em10, Em12, Em18)...</p> <p>...en <b>nivel privado</b> se da <b>mejor atención</b> y los pacientes <b>regresan</b>, a nivel institucional <b>debería mejorar los ingresos</b> (Em9, Em18)...</p>	<p>...<b>debes estar actualizado</b> (EL1, EL3, EL5, EL 9)...</p> <p>... la certificación te ayuda a <b>estar más seguro de lo que haces</b> (EL9)...le da <b>seguridad al paciente</b> por saber que te actualizas (EL16)...</p> <p>...sale <b>cara</b> la certificación <b>pero es una inversión</b> (EL10)...no he tenido problemas pero yo creo <b>te ayuda</b> (EL7)...pertenece a un colegio y <b>te da credibilidad</b> (EL11)...</p> <p>... es necesario conocer lo más nuevo de tu área para beneficiar a los pacientes (EL4...algunos</p>



<p>dan <b>permiso</b> para tomar cursos (Ep2, Ep3, Ep4, Ep5, Ep6)...</p> <p>... los <b>cursos</b> son siempre <b>los mismos</b>... ahora ya hay por internet pero se necesita la práctica (Ep1, Ep7, Ep9)...</p> <p>... las asociaciones sólo buscan dinero... la certificación <b>es un negocio</b> (Ep1, Ep9, Ep10, Ep4, Ep 6)...</p>	<p>... cuando tienes <b>un problema te dejan solo</b>, no te apoyan, <b>tú te tienes que defender</b> (Ip3, Ip6, Ip9, Ip13, Ip16)...</p> <p>... la <b>certificación</b> cuesta <b>mucho</b> (120 mil pesos- 150 mil pesos) (Ip 3- Ip5, Ip6, Ip8, Ip9, Ip15, Ip16)...</p> <p>... <b>pagas</b> por pertenecer al colegio (Ip3, Ip6), <b>pagas</b> por los congresos (Ip5, Ip8, Ip9), <b>pagas</b> por los exámenes (Ip3, Ip9, Ip 11)...</p>	<p>... la <b>certificación</b> cuesta <b>mucho</b> (100-180 mil pesos) (Em3, Em4, Em5, Em6, Em10, Em15, Em12, Em18)...</p> <p>... <b>los cursos son caros</b> (Em3, Em4, Em10, Em... los congresos <b>los tomo como vacaciones</b> (Em6, Em10, Em18)...</p> <p>... te pones de acuerdo con otros para <b>compartir gastos</b> (Em4, Em6, Em15)...</p> <p>... tomas algunas pláticas no todas... <b>los conocimientos nuevos no los puedes aplicar en las instituciones</b> son muy cuadrados (Em3 Em4, Em5, Em6, Em15, Em17) ...</p>	<p>representantes médicos o farmacéuticas te los pagan (EL15, EL5, EL16)... pero tienes que recetar sus productos... la certificación <b>te hace notar</b> de otros especialistas (EL3)...</p>
---	---	--	--

### 5.3.2.2 Análisis socio histórico

Desde la época colonial hasta nuestros días los médicos universitarios han pretendido tener un control sobre la práctica de la medicina; han afirmado ser la única autoridad confiable para proporcionar atención médica, y presionar al Estado para que autorice dicho monopolio. Los médicos universitarios tuvieron que competir con la medicina doméstica y la medicina indígena; la medicina “popular” española, negra y de mezclas, dando lugar así a lo que algunos denominan un modelo plural de atención. La gran competencia que entonces se daba entre los médicos, se debía a que la oferta era mucho mayor que la demanda.

Las Ciencias Médicas, y el Periódico de la Academia de Medicina de México, servían como instrumentos para difundir el conocimiento a los médicos del país, así como para señalar los peligros de prácticas médicas populares y de cirujanos sin estudio, en un intento de ayudar a la población a distinguir al *buen* del *mal* médico (Rodríguez, 2013). La fundación de sociedades médicas en el primer cuarto del siglo XIX, marcó el momento de nuevas comunidades de médicos que cubrirían el panorama científico mexicano del resto del siglo y primeros decenios del XX (Flisser, 2009; Rodríguez, 2014). En 1864 apareció el primer número de la *Gaceta Médica*, y posteriormente la sección médica de la Comisión Científica se independizó con el nombre de Sociedad Médica de México. En 1870, la Sociedad se organizó en Academia, y fue la primera corporación con una continuidad de más de 130 años. Los médicos no incluidos en la Academia Nacional de Medicina se organizaron y formaron la Sociedad Médica de Beneficencia (1852), la Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia (1868) y la Sociedad Pedro Escobedo (1968) (Rodríguez, 2014). Posterior a estas se formaron otras como la Sociedad Médico-Quirúrgica Luis Muñóz, la Sociedad Oftalmológica Mexicana y la Sociedad de Obstetricia Práctica Juan María Rodríguez. A las organizaciones gremiales se les veía como espacios para ratificar y rectificar opiniones y estimularse en el estudio; de ellas surgieron las normas relacionadas con aspectos de la enseñanza y de la práctica médica. Por eso sus organizaciones colegiales dieron a los médicos una identidad pública: ellos afirmaban tener autoridad, no como individuos, sino como miembros de una comunidad científica (Starr, 1991).

El siglo XIX con sus adelantos científicos, favoreció la cohesión de la profesión médica, sin embargo continuaban contradicciones entre los médicos mexicanos, mientras la mayoría seguía hablando de *miasmas* y *humores*, un reducido grupo de ellos iba a Francia y Alemania a estudiar con los “reyes de la ciencia” y llegaban con nueva información que no todos los facultativos asimilaban de inmediato. Otras contradicciones de esta época fueron las diferencias de generación, los médicos con clientela y sin ella, médicos dedicados a la investigación o a la salud pública, médicos de ciudad y de provincia, médicos mexicanos y extranjeros, médicos de distintas clases sociales, titulados y estudiantes y más tarde médicos generales, especialistas y sub-especialistas (Carrillo, 1998).

La necesidad de la existencia de la educación continua para los profesionistas nació hacia finales del siglo XIX, en las universidades alemanas que involucraban el ideal de Humboldt en torno a la unidad de investigación y educación. Posteriormente este modelo pasó la idea a las universidades norteamericanas. La UNESCO por su parte declaró en 1970 el “Año internacional de la educación” y propuso que la educación continua fuera la piedra angular de la política educativa (Fernández, 2001). En México, la educación continua inició a finales de los setenta y para los ochenta ya existían como un programa en las universidades y en los centros de enseñanza no universitaria. Esta necesidad propició la incorporación del concepto de actualización profesional como un elemento esencial dentro del desarrollo de las profesiones. En forma tradicional, las universidades eran las responsables de proveer de forma inicial el conocimiento profesional así como fijar los estándares bajo los cuales deberían regirse las profesiones, a partir de la puesta en vigor de los Tratados de Libre Comercio, las asociaciones y colegios de profesionistas tomaron esta responsabilidad al ofrecer diversos programas de actualización de sus miembros.

De acuerdo a la ley del 25 de marzo de 2015 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación : “Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas” [CONACEM], para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el título cuarto de dicha Ley (CONACEM, 2015), ésta dispone que los médicos especialistas deberán contar con certificación para la práctica de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, además de su cédula legalmente expedida por las autoridades competentes, deberán estar certificados como especialistas, siendo expedida dicha certificación por el Consejo de Especialidad que según corresponda y que éstos a su vez se encuentren reconocidos por el CONACEM, con lo cual todo médico especialista deberá contar con certificación vigente otorgada por su consejo pero avalada y registrada por el CONACEM, esto para *poder ejercer libremente* con los estatutos legales de una práctica médica regulada.

### 5.3.2.3 Interpretación-reinterpretación

En relación al dominio de conocimientos, en todos los escenarios de ejercicio profesional hay una gran preocupación por la actualización del conocimiento y los procesos de certificación, sobre todo porque se relaciona con la credibilidad y cierta protección hacia el ejercicio profesional y la práctica médica. Sin embargo a nivel institucional estos dos no son reconocidos, no son apoyados, ni remunerados. A nivel privado sirven para mayor reconocimiento social y la remuneración económica es el resultado de una promoción entre los pacientes por la mejor aceptación y credibilidad. Tanto en las instituciones públicas como privadas describen los procesos de certificación como un *negocio* que beneficia a los colegios y las asociaciones y no necesariamente apoyan a las necesidades reales de los participantes.

El desarrollo tecnológico, la creciente innovación en el equipamiento tecnológico, la especialización y la hiper especialización, ha reforzado la heterogeneidad dentro de la profesión lo cual puede conllevar a una pérdida de legitimidad y generar contradicciones así como brechas entre las diferentes sub clases de profesionales, siendo más susceptibles los menos especializados. Esto crea un entorno competitivo y hostil, llevando a las relaciones entre pares críticas e incluso destructivas.

Esta especialización ha jugado un rol para la obtención de beneficios no sólo en el estatus interno de la profesión, sino también en el mercado laboral agregándole un valor económico al acto médico. Desde el 2011 la certificación se convirtió en una obligación para todo médico especialista, pero esta ley es inconstitucional, pues viola la autonomía de las universidades y pretende suplantar las facultades que la Carta Magna asigna a los colegios de profesionistas, y además, el artículo 81 de la Ley General de Salud, plantea que para la expedición de la cédula de especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión del CONACEM, la cual de ninguna manera es vinculatoria, puesto que, si la opinión del CONACEM es de rechazo a la expedición de la cédula profesional, éste no puede ser mandato para la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública para negar una cedula, por lo cual esta modificación de ley tiene implícito el delegar a unos cuantos el poder de un conocimiento en aras de perpetuar el poder (Cruz, 2011; Yáñez, 2016). Los médicos en sus discursos comentan que para el ejercicio privado vale la pena la

certificación pues pueden cobrar más dinero, pero a nivel institucional no tiene relevancia, puesto que la institución no tiene contemplado un pago extra por certificación. Es llamar la atención que de 87 mil médicos especialistas en el país, solo un tercio cuentan con esta certificación. Los médicos especialistas han detectado que las certificaciones al estar en poder de particulares se han convertido en un robo académico, en aras de conseguir una certificación (Rivera, 2017). Al parecer la certificación se convierte en un mecanismo de control punitivo, burocrático o como elemento del sistema de control de calidad en la atención que no contempla necesariamente la articulación de sus funciones con las sociedades médicas, las instituciones educativas y las diferentes instituciones de salud. Paralelamente se encuentran los programas de educación continua que en México se realiza por universidades, hospitales y sociedades médicas y no hay un mecanismo para su regulación, por lo cual existen las más diversas orientaciones y calidades. No obstante, quienes pretenden certificarse como médicos generales o especialistas buscan que los cursos estén avalados por el consejo de la especialidad médica correspondiente o por el Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE), que a su vez están regulados por el CONACEM. Los consejos poseen estándares para otorgar el aval académico a los cursos de actualización; generalmente revisan la calidad de los profesores y del campo clínico, el programa del curso, la utilización de referencias actualizadas, los mecanismos de evaluación y el desarrollo de prácticas clínicas, sino también por sectores productivos (León-Bórquez, Lara-Vélez, y Abreu-Hernández, 2018). En términos generales, las asociaciones profesionales en México no definen el cuerpo básico de conocimientos de su campo que tendría que ser enseñado en las instituciones de educación superior, no establecen propuestas normativas para la profesión, tampoco regulan el ingreso a ella, no moderan las iniciativas personales ni facilitan la búsqueda de empleo; en términos generales, estas agrupaciones solamente ofrecen oportunidades para la expresión social, obtener un cierto prestigio, adquisición de material documental, participación en seminarios o reuniones ocasionalmente.

### 5.3.3 Normas y valores.

La profesión médica cuenta con atributos clásicos (valores) como la vocación, el altruismo, (Rodríguez y Guillén, 1992), además de normas jurídicas, éticas y dentológicas (nacionales y otras internacionales), algunos señalan que este sistema de valores mantiene el orden social regulado destacando su carácter de sistema hegemónico de principios así como de control de conducta profesional (Horwitz, 2006).

#### 5.2.3.1 Significados de los discursos categoría: Normas y valores.

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>...en el instituto <b>nos acatamos a normas</b> (Ep1, E2)... hay muchas normas, mucha <b>burocracia</b>... algunas <b>están fuera de contexto</b> de una realidad (Ep9)...</p> <p>...en la práctica <b>no son muy funcionales</b> por ejemplo el tiempo de espera (Ep7)...</p> <p>...hay mucha gente, somos pocos, te apuras pero no es suficiente (Ep3)... hay <b>muchas normas, trámites burocráticos y pocos derechos</b> (Ep10)...</p> <p>...los valores no se pierden se han modificado (Ep8)... un valor importante es <b>la responsabilidad</b> (Ep5), el buen trato al paciente, <b>el ser puntuales</b> (Ep6)...</p>	<p>...un valor es <b>estar actualizado</b> (Ip8)...</p> <p>...<b>ser fiel a los propósitos de la institución</b> (Ip2)...</p> <p>...ser <b>respetados por los compañeros y los pacientes</b> (Ip1)...</p> <p>... ya no hay respeto (Ip10)... atendemos gente que no tiene seguridad social, de <b>bajos recursos</b>, debes tomar en cuenta su estatus (Ip1)...</p> <p>...<b>ayudamos a los pobres</b> (Ip2)...debes seguir las <b>normas oficiales</b> (Ip3, Ip 9, Ip 13, Ip5, Ip11)...</p> <p>...<b>ser ético</b> (Ip8, Ip13, Ip12, Ip15)...<b>reconocer tus límites</b> (Ip1, Ip2,Ip4)...</p>	<p>...<b>actitud de servicio</b> (Em1, Em7, Em13), ser <b>empático</b> (Em7, Em15), buena <b>calidad moral</b> (Em9, Em14, Em16), humanismo (Em2, Em 6, Em17)...</p> <p>...<b>prevenir</b> (Em7,Em8, Em15)...he llegado ver a compañeros que <b>prefieren atender un cierto estatus social porque les va a dejar mayor remuneración</b> (Em5)...</p> <p>...Tenemos <b>derecho a tener lo necesario para trabajar y no tener miedo de ser demandado</b> (Em10,Em4)...</p> <p>...en el medio institucional <b>las normas y la burocracia te limitan</b> (Em3, Em15), <b>te ponen obstáculos</b> (Em12, Em17), <b>en el medio privado el límite es la economía del paciente</b> (Em6, Em10), <b>dependiendo de su</b></p>	<p>...el principal valor es <b>curar el dolor de la gente y a veces hasta el alma</b> (EL2)...</p> <p>...un <b>valor importante y necesario es el respeto</b> (EL1, EL12, EL8)...</p> <p>...<b>Nos podemos equivocar</b> (EL11)...<b>somos médicos no dioses</b> (EL5)...</p> <p>...debemos <b>conocer nuestros límites</b> y canalizar a otra especialidad cuando no podamos resolver el problema (EL1, EL7)...</p> <p>...un valor es <b>reconocer cuando llegas a tu límite</b>... las normas son para cumplirse, no hay de otra (EL6, EL8)...</p> <p>...<b>las más importantes son las Normas Oficiales</b>, las de la</p>

<p>...los <b>valores morales</b> (Ep2, Ep9, Ep10)...</p> <p>...es importante <b>el respeto</b> , ya no lo hay (Ep7, Ep9)...llegan y <b>te insultan</b> (Ep4, Ep2)...<b>te amenazan</b> (Ep4)...han <b>llegado a los golpes</b> (Ep4)...<b>te graban</b>, te suben al internet (Ep1)...</p> <p>...te <b>exponen en las redes sociales</b> (Ep2, Ep8,Ep3)...<b>hacemos lo que podemos con lo que tenemos</b>, (E3,E6)...</p> <p>...<b>no somos criminales</b> (Ep2,Ep9,Ep3)...</p>		<p><b>capacidad de pago</b> le puedes recomendar opciones de tratamiento (Em7, Em13, Em18)...</p> <p>...la <b>comunicación</b> es muy importante (Em2, Em13)...</p> <p>...tiempo para <b>explicar a detalle</b> (Em6,Em18)...otorgar <b>opciones de tratamientos y en la institución lo que haya</b> (Em3, Em16)...</p> <p>..<b>no somos dioses</b> (Em6, Em10)</p>	<p>Secretaría de Salud (EL2, EL4, EL6, EL15)...</p>
--	--	---	---

### 5.3.3.2 Análisis socio histórico

Durante el periodo 1821-1917 hubo un enfrentamiento entre médicos por la lucha de la ignorancia y la sabiduría, la superstición y la ciencia, la charlatanería y la ética, el abuso y el humanitarismo. Al igual que en otros países, fue sobre todo en nombre del bienestar de la humanidad como se ejerció el dominio médico sobre otras profesiones sanitarias y el derecho de imponerse a los enfermos (Clavreul, 1983). Tal era la pelea que en 1875, la Gaceta Médica de México destacó la presencia de “charlatanes y curanderos en el país”...que “si bien en todo los tiempos y en todas las partes habían existido plagas de la humanidad como testimonio de la ignorancia y de las preocupaciones del vulgo, tal vez ninguna como en México estaba tan desarrollada” (Sosa,1889). Sin embargo no sólo preocupaba la proliferación de médicos ilícitos, sino también existían numerosos médicos titulados “en regla” con una formación deficiente, pero además con una falta de deontología médica, tal como quedó declarada en una carta a la redacción de El Estudio, en la que se planteó por parte de un estudiante lo siguiente: “si supiéramos a buen tiempo cuáles son nuestros deberes

y cuál nuestra conducta con los enfermos, con los médicos, con los disidentes, con los farmacéuticos, con las parteras y con los curanderos, pertrechados con tales reglas, sería menos doloroso nuestro noviciado” (Órgano del Instituto Médico Nacional, 1889). Lo cual hablaba no sólo de una sólida formación científica, sino también de una formación moral. Es importante señalar que durante esta época algunos médicos con mayor prestigio mantenían nexos con el poder político, de igual manera durante el Porfiriato surgió un concepto homogeneizador del cuidado y de la práctica médica (Carillo, 2002b).

El advenimiento y la evolución tecnológica y científica de la medicina del siglo XIX, guió a los profesionales a una moral del éxito buscando como metas el lucro y el prestigio, influida por la secularidad de la sociedad, surgiendo un cambio a una nueva exigencia personal de deberes profesionales (Alcerro, 1985). En 1998 la World Federation of Neurosurgical Societies y la European of Neurosurgical Societies publicaron las Orientaciones éticas para una Buena práctica neuroquirúrgica, documento que contó con aportaciones de la delegación mexicana representada por la Comisión Nacional de Bioética. En el 2001 éste último órgano editó y difundió el Código de Bioética para el personal de salud y lo mismo hizo un año después el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, como parte esencial de una atención médica con calidad incluyendo otro Código de ética editado y presentado por la Academia Mexicana de Cirugía. Esto da una evidencia que en los inicios de este siglo hubo un interés creciente por considerar en la prestación de servicios los principios éticos de la medicina (Alcerro, 1985). Por otro lado hubo una mayor información a la población en general y los usuarios de salud sobre sus derechos y sobre temas médicos que originó cuestionamientos a las aseveraciones e indicaciones de los profesionales. Esta cultura de información médica, tuvo como fin mayor participación del paciente en el proceso de atención, así como visualizar y evidenciar los errores, omisiones o incluso negligencias lo cual derivó en quejas y demandas (Aguirre-Gas, 2004).

En relación a las normas se hace alusión a las Normas Oficiales Mexicanas y a las Guías de Práctica Clínica como documentos legales y regulatorios del ejercicio profesional. En la década de los ochenta, la Dirección General de Normas de Unidades de Atención Médica de la Secretaría de Salud Federal, emitió diversos tipos de normas de carácter técnico, dirigidas



básicamente al ámbito institucional. Éstas se encargaban de regular la organización, el funcionamiento y los procedimientos específicos de diversas áreas y servicios hospitalarios, a lo cual se adherieron algunos establecimientos del sector privado, con el propósito de contar con un marco de referencia y homologar criterios en la prestación de servicios.

Fue desde 1992 con la promulgación de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización que las normas técnicas adquirieron el carácter de Normas Oficiales Mexicanas (NOM) bajo cumplimiento de carácter obligatorio, con la finalidad de establecer, entre otros: las características arquitectónicas y de equipamiento de los establecimientos que prestan servicios de salud, así como las *actividades* de los profesionales que otorgan los servicios (Secretaría de Economía, 2009). Estas NOM's son elaboradas por la Secretaría de Salud, y establecen los requisitos mínimos, las condiciones básicas que deben de observar los prestadores de servicios de salud para otorgarlas con calidad, oportunidad y eficiencia, además de ser un instrumento jurídico para el ejercicio de actos de autoridad (Enríquez y Cárdenas, 2012).

### 5.3.3.3 Interpretación/Reinterpretación

El principal valor referido tanto en el medio institucional como en el privado es la *responsabilidad*, haciendo alusión al apego de las normas y guías de práctica clínica. Estas a su vez son referidas sobre todo en el medio institucional contradictoriamente como limitantes para al actuar diario, así como *no funcionales* a sus necesidades reales. Otro valor es el *respeto* al cual lo conciben de manera negativa por parte de los pacientes y por los pares. A nivel privado un valor importante mencionado es la *honestidad*, esto en relación a no lucrar con las necesidades en salud del paciente, mientras que para los médicos de farmacias anexas el valor de su labor radica en atender a pacientes *sin seguridad social* y cumplir con las exigencias de la vida de *atender* de manera *inmediata* para que el paciente pueda *seguir trabajando*.

Los valores clásicos de la profesión (altruismo, vocación) no fueron nombrados, más bien se hace referencia a valores que llevan implícito una carga médico-legal-institucionalizada, de

castigo-criminalización. Cabe señalar que durante la realización de esta investigación (abril 2018) se llevó a cabo un movimiento de profesionales de la medicina a través de redes sociales para apoyar a un médico traumatólogo pediatra oaxaqueño, acusado de homicidio doloso contra un niño. Tras este acontecimiento hubo una marcha solidaria en diferentes estados de la república y las manifestaciones de protesta y desacuerdo por parte del gremio enardecieron otro movimientos denominados #Yosoy17 que buscaban defender sus derechos y detener la criminalización del ejercicio profesional. El primer movimiento tuvo su origen en el 2014 y fue a raíz de la aprehensión de 16 profesionales del Hospital del Centro Médico de Occidente del IMSS Jalisco (Ferrer, 2014; Jimenez, 2018; Torres, 2014). Cabe señalar que el lema utilizado durante estos dos movimientos de apoyo fue el de: “Somos médicos, no dioses, no somos criminales”, lo cual se puede percibir en el discurso de algunos de los entrevistados como parte del momento histórico, ya que al preguntarles si habían tenido algún problema personal de este tipo, negaban tal situación pero se sentían identificados con sus pares y percibían cierto temor a poder estar en la misma situación. Esta situación fue más notoria en el grupo de los profesionales con ejercicio institucional y mixto, argumentando que cuentan con situaciones como la *burocracia* y las *normas institucionales* como riesgos para verse involucrados en una queja o denuncia, contrario a lo que mencionaba Mintzberg (1987) que postula que las burocracias profesionales consiguen la coordinación a través de la estandarización de las destrezas técnicas de los profesionales, y que estos se ajustan bien a las burocracias porque, dada su formación vocacional, tienen reglas y normas de comportamiento adquiridas, parece que en este caso son condiciones contrapuestas con estos principios y condicionan temor y actitud defensiva.

Se acepta y así aparece en diversos documentos médicos, jurídicos, sociales y de otra índole, que el médico debe actuar apegado a la “Lex Artis” o sea ejercer su profesión, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, con apego a la ley y la ética. Lo que le da un doble enfoque, uno meramente científico que fundamenta el uso racional de los conocimientos y la tecnología, y otro humanista, que implica normatividad jurídica, social y ética (Gutiérrez, 2011).

### 5.3.4 Estatus.

Para fines de esta investigación el estatus profesional define la posición relativa de la profesión médica con respecto a otras profesiones e internamente, también define una estratificación interna. De acuerdo a Freidson y Weber el estatus marcaba la diferencia entre una ocupación y una profesión, y la estima social en términos de privilegios positivos o negativos (riqueza, prestigio, poder) (Friedson, 1978; Weber, 2004).

#### 4.3.4.1 Significados de los discursos categoría: Estatus

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>... no me quejo, <b>ganamos bien</b> (Ep1)...</p> <p>...aquí <b>gana lo mismo un neurocirujano que un cirujano general</b> (Ep2, Ep8)...</p> <p>...no te pagan por la <b>responsabilidad</b> (Ep3, Ep5), <b>puedes hacer tres o cuatro cirugías y te pagan igual que si hicieras una</b> (Ep3,Ep4)...</p> <p>...hay <b>otras profesiones mejores pagadas</b> que nosotros con <b>menos responsabilidad</b> como las <b>ingenierías</b> (Ep9) o en la <b>política</b> (Ep5) ...</p>	<p>La profesión <b>está mal pagada</b> (Ip1, Ip7, Ip8, Ip4, Ip13, Ip5)...</p> <p>...se estudia mucho, es <b>mucha responsabilidad</b> (Ip8, Ip4, Ip14), otras profesiones como <b>informática</b> (Ip6), <b>ingeniería</b> (Ip14), <b>robótica</b> (Ip6), <b>políticos</b> (Ip1, Ip 15, Ip16) <b>ganan más</b> sin tanta responsabilidad...</p> <p>...los <b>quirúrgicos</b> ganan más (Ip2, Ip7) ...</p> <p>...los subespecialistas ganan más (Ip4, Ip9,Ip10)...</p> <p>...necesitas trabajar en <b>dos o tres lugares</b> (Ip3, Ip8,</p>	<p>...a nivel institucional como privado es <b>de las peor pagadas</b> (Em 2, Em 8, Em13)...</p> <p>... el tiempo de <b>estudio no es equiparable con el sueldo</b> ( Em5, Em16, Em11, Em18)...</p> <p>...<b>otras licenciaturas ganan mucho más robótica</b> (Em4), sistemas computacionales (Em7), economía ( Em14), relaciones internacionales (Em17) ...</p> <p>...ahora tengo dos empleos, antes tenía tres pero decidí quedarme en el (IMSS) y los pacientes me buscan en mi consultorio, <b>en la institución aprendes y en tu consultorio puedes cobrar</b> (Em4, Em6).</p>	<p>... está <b>bien pagado pero tienes que invertir mucho en tu actualización</b> (EL14), <b>la certificación</b> (EL2, EL16) y contar con lo que te piden las autoridades en cuanto al <b>equipamiento de tu consultorio</b> para acreditación y permisos (EL 4, EL8)...</p> <p>...<b>las supervisiones exigen mucho</b> (EL 8, EL 11)...</p> <p>... <b>no puedo cumplir con los requisitos de infraestructura</b> ( EL5) exigen mucho para quirófanos y hospitalización (EL9)...</p> <p>...en comparación a otras profesiones <b>hay otras mejor pagadas informática</b> (EL2),</p>

<p>...en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ganamos más que en el Seguro popular o en la Secretaria de Salud (Ep8)...</p> <p>...los médicos de segundo y tercer nivel <b>nos tachan de flojos e ignorantes</b> (Ep2, Ep7)... no saben nuestras limitaciones (Ep9)...sólo ven una vez al paciente (Ep10)...</p> <p>...<b>los médicos de primer nivel mandan todo</b> (Ep4)...<b>no resuelven nada</b> (Ep3), <b>les falta preparación</b> (Ep6)...</p> <p>...el reconocimiento por parte del estado es nulo somos números... (Ep1, Ep7), ...máquinas (Ep2), <b>obreros</b> (Ep8, Ep4) de la medicina (Ep10), servimos al sistema (Ep3).</p>	<p>Ip13,Ip5)... <b>o en otra actividad.</b></p> <p>...no tengo relación con otros médicos (Ip4), soy mi jefe (Ip7)...</p> <p>...si necesitas apoyo de un especialista lo envías y ya (Ip3)...</p> <p>...generalmente <b>somos un grupo de especialistas</b> el anesesiólogo, el pediatra, la enfermera y yo <b>todos nos llevamos bien</b> (Ip9).</p> <p>...somos equipo (Ip13, Ip6)...comemos juntos (Ip11, Ip16, Ip15)...</p> <p>...<b>el estado reconoce parcialmente nuestro trabajo</b> (Ip1)... somos necesarios para cubrir las demandas (Ip8, Ip13, Ip15)...</p>	<p>...<b>en el instituto no hay reconocimiento, todos estan en contra de todos</b> (Em3, Em9, Em16), el director es autoritario (Em4), el jefe es irracional (Em17), no hay consensos (Em1, Em5), hay contradicciones (Em12).</p> <p>...la relación con mis colegas es buena (Em7, Em13, Em9)... los respeto (Em4, Em16)...profesional (Em5, Em15)</p> <p>... <b>el estado nos reconoce mientras paguemos impuestos</b> (Em6)...</p> <p>... el estado creo que <b>no nos reconoce</b> (Em13)...</p>	<p>dentistas (EL12), futbolistas (EL16)...</p> <p>...<b>todas las ingenierías</b> (EL1)...he pensado en <b>cerrar</b>, son muchos requisitos (EL8)...</p> <p>... el trato con los otros médicos es buena (EL6)</p>
--	--	---	--

#### 5.3.4.2 Análisis socio histórica.

En la época colonial la medicina tenía limitaciones a nivel mundial, y era concebida más como oficio que como profesión, se carecía de un alto estatus pues no se tenía el mismo reconocimiento que otras ciencias, situación que era cuestionable y criticada por los médicos por la poca consideración que la sociedad daba a su profesión. (Carrillo, 2002b). La

fundación de sociedades médicas en el siglo XIX, Ciencias Médicas y posteriormente la Sociedad Médica de México tuvieron un número limitado de socios, pertenecientes a una élite social, donde además se dictaban disposiciones que indicaban los honorarios que los médicos podían recibir por sus servicios en función del enfermo, la enfermedad, el lugar y la hora de su asistencia, el tiempo empleado por el médico, el trabajo corporal e intelectual que reclamara la enfermedad, el lugar donde ejerciera su profesión, el éxito de la curación e incluso la atención a cierto tipo de pacientes (Rodríguez, 2013). El consejo Superior de Salubridad establecía la necesidad de investigar sobre la práctica, vida y costumbres de los individuos que se recibían de médicos, para evitar que ejercieran “personas de baja extracción y ásperos modales”, dividiéndolos en “primera, segunda y tercera clase”, de acuerdo al impuesto que pagaran al Estado.

Los médicos de pocos recursos económicos no incluidos en la Academia Nacional de Medicina se organizaron formando la Sociedad Médica de Beneficencia (1852), la Sociedad Filoiátrica y de Beneficencia (1968) y la Sociedad Pedro Escobedo (1968), cuyos objetivos eran contribuir al adelanto de las “ciencias médicas patrias” (la terapéutica y la materia médica nacionales) y estrechar los vínculos de fraternidad y filantropía entre la “clase médica media” a que pertenecían, incluso funcionando como sociedades mutualistas en caso de enfermedad o muerte de alguno de sus miembros.

#### *5.3.4.3 Interpretación- Reinterpretación.*

Relacionado al estatus en todos los grupos existe una inconformidad con el pago recibido, afirman que la profesión está mal pagada, que el pago no corresponde al grado de responsabilidad, y exigencias legales así como administrativas. Consideran que existen otras profesiones con mayor prestigio como las relacionadas a tecnología-informática, computación y/o ingenierías, que son mejor remuneradas aún sin la necesidad de estudios de especialidad.

En cuanto al tema del salario según se describe en párrafos anteriores, siempre ha existido una percepción que el pago del profesional médico es nulo, caritativo o mínimo. Según la

opinión de los médicos Secundino Sosa y Alberto Salinas y Rivera, era costumbre” pagarle al médico de “manera verdaderamente humillante, como si éste recibiese una limosna dada con el más piadoso disimulo a un pobre de solemnidad (Agostini, 2001).

De igual manera se percibe una estratificación interna entre los médicos de primero, segundo y tercer nivel dentro de una estructura burocrática centrada en la intervención del Estado en la atención médica. El estatus de los profesionales de la medicina tiene dos vertientes: la de clase del médico y la posición del trabajo definida por las estructuras ocupacionales y burocráticas de la estratificación social y la interna de la profesión. La profesión médica y su papel en el desarrollo de los sistemas de salud puedan ser valorados bajo una perspectiva más amplia, que rebase la concepción de profesión dominante y hegemónica. La profesión médica está estratificada y su estratificación es en gran parte determinada por el tipo de ejercicio profesional (institucional público, privado o liberal).

El sector público en salud tiene el 65% de especialistas en su nómina (Fajardo, 2015), esto equivale a 1.2 médicos especialistas por mil habitantes, esto indica que existe un gran número de médicos especialistas en ejercicio privado o mixto, esto puede entenderse de dos formas, por un lado, las instituciones formadoras no pueden ofrecer trabajo a los nuevos médicos especialistas y además, los sueldos son muy bajos [21 mil pesos mensuales -1105 US-], y por el otro lado, los médicos especialistas pueden ofrecer sus servicios privados [de 1000 pesos a 500 pesos -50 a 25 USD - la consulta privada en promedio 8 al día] (Mentado, 2017), en la comodidad de su tiempo, a la cercanía a su hogar y con un valor agregado, el cual consiste en que son remunerados sus servicios de mejor manera, pero cabe mencionar, que en comparación con médicos de Estados Unidos [30.875,00 USD mensuales], Canadá [10.324,13 USD mensuales], Ecuador [2.641,00 USD mensuales] y Chile [2.849,75 USD mensuales] (Ministerio de Salud Pública, 2016), el médico en México cuenta con un salario bajo.

### 4.3.5 Reconocimiento Social

Según Freidson (1978), las profesiones de consulta requirieron en el proceso de institucionalización de sus disciplinas el reconocimiento de sus pares y del apoyo del Estado, pero además que el público reconociera el valor del conocimiento y de las destrezas de quien la realiza con la exclusión de otras prácticas. De acuerdo con Smith (1998), la profesión médica estableció un contrato social, implicaba que la sociedad otorgaba a la profesión médica un estatus y un reconocimiento especial que la distinguía de otras profesiones, lo que debería incluir un salario más elevado y el poder de autorregularse.

#### 5.3.5.1 Significados de los discursos categoría: Reconocimiento social

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>... antes éramos <b>respetados</b> (Ep 8, Ep9, Ep10)... se ha perdido por: (Ep8)... <b>errores</b> (Ep9), el sistema (Ep3)... <b>la burocracia</b> (Ep4)... <b>la falta de insumos</b> (Ep5)... <b>corrupción</b> (Ep7, Ep8, Ep10)... <b>ausencia del sindicato</b> (Ep9)... <b>la gente: agrede</b> (Ep1)... <b>te grita</b> (Ep3)... <b>insulta</b> (Ep2, Ep8, Ep4)... <b>amenaza</b> (Ep5, Ep4Ep6)... <b>esperan en el estacionamiento para golpear</b> (Ep4)... <b>llegan con el celular</b> (</p>	<p>... <b>no tiene el reconocimiento de antes</b> (Ip7, Ip1)... es una profesión reconocida (Ip10, Ip6, Ip 15, Ip16)... <b>los medios de comunicación mal informan</b> (Ip1, Ip3, Ip8, Ip9)... <b>las redes sociales: exponen</b> (Ip2, Ip4, Ip13)... <b>son amarillistas</b> (Ip 4, Ip14, Ip5, Ip7)... <b>acusan de negligencia</b> (Ip6, Ip9)</p>	<p><b>El médico ya no es reconocido como antes</b> (Em3, Em 4, Em 8, Em 10, Em12, Em14, Em18) <b>ni los maestros</b> (Em9, Em16), <b>ni los sacerdotes</b> (Em 1, Em5, Em11)... <b>... la masificación evita que tengas una relación más estrecha</b> con los <b>pacientes</b> (Em7, Em, 11, Em15, Em16, Em 18). <b>En el ámbito privado</b> esto no se da porque <b>sí hay una verdadera relación médico –paciente</b> (Em5, Em9, Em 12, Em14) <b>tienes el tiempo</b> (Em1,</p>	<p>... <b>antes era respetable</b> (EL1, EL7, EL 1, EL13) <b>ahora nos tenemos que cuidar de los pacientes</b> (EL8, EL9, EL11)... <b>te amenazan</b> (EL6, EL5, EL16)... <b>usan su celular y te están grabando</b> (EL2, EL 3, EL9, EL11)... <b>todo es negligencia</b> (EL2, EL14)... <b>te sientes acosado</b> (EL1, EL8, EL11)... <b>hay reconocimiento de manera parcial</b> (EL4, EL10)...</p>

<p>Ep1,Ep4,Ep6, Ep9)  <b>graban y exponen</b> en las redes sociales de <b>negligencia</b> (Ep1, Ep 3, Ep4, Ep 5, Ep6, Ep8,Ep10)...<b>faltan el respeto</b> (Ep1, Ep8,Ep4)... llegan <b>exigiendo</b> (Ep3, Ep 4, Ep6, Ep 8)...<b>ya no creen (confían) en lo que les dices</b> (Ep1, Ep3, Ep5,Ep9)...los pacientes están <b>politizados y mal informados</b> (Ep4)...</p>		<p>Em3, Em4, Em7, Em10 Em17), no hay límites (Em 6, Em13, Em 16)...</p>	
---	--	---	--

### 5.3.5.2 Análisis socio histórico

Entre 1607 y 1738, la medicina tenía limitaciones a nivel mundial, y era todavía más un oficio que una profesión (Lanning, 1985). Los médicos con excepciones carecían de un alto estatus, la educación teórica y práctica que recibían era mínima, sus diagnósticos solían ser poco acertados y sus tratamientos escasamente eficaces. La medicina no tenía el mismo reconocimiento que otras ciencias. Incluso de los estudios que eran posibles de realizar en la Real y Pontificia Universidad, los menos prestigiados eran los de medicina (Solominos, 1957). Durante años, los médicos criticaron la poca consideración que la sociedad daba a su profesión, al mismo tiempo que trababan de demostrar que la medicina era no solo una ciencia útil, sino la más útil de las ciencias. En el siglo XIX, la medicina fue de las profesiones sanitarias más prestigiadas pero tenía menos prestigio que otras profesiones. Manuel Carpio (clínico y catedrático) denunciaba en 1839, que en México no se respetaba el trabajo de los facultativos y la situación de la ciencia era funesta, a diferencia de otros países donde la medicina y las ciencias habían salido de la barbarie que los gobiernos habían protegido a los sabios condecorándolos y tratándolos como seres útiles (Carpio, 1839). Los médicos decimonónicos buscaron, en todo momento, obtener el reconocimiento público de su trabajo y el apoyo del Estado, y lo hicieron colectivamente por medio de sus asociaciones colegiales.



En general, los médicos se quejaron tanto en la época colonial como en el México Independiente, la República restaurada y el porfiriato, de su falta de clientela; ni los poderosos recurrían a ellos (Carrillo, 2002a). El Estado forzó a la población a consumir atención médica; por ejemplo, en las campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo (1903), la peste (1902-1903) o la tuberculosis (1907), éstas se realizaban en puertos, fronteras y ciudades importantes, ligadas al proyecto económico de la dictadura porfiriana, las autoridades sanitarias aislaban a los enfermos en casas de salud contra su voluntad y la de sus familiares (Carrillo, 2001).

Con el advenimiento de la atención gerenciada de la salud y el debilitamiento del Estado y de las instituciones de carácter público también se debilitaron los sistemas de atención a la salud con detrimento en la calidad de la atención: racionalización, extensión de cobertura y desmedicalización, tendientes a disminuir la presencia estatal en el gasto social. Paradójicamente esto incrementó la participación privada en la atención médica siendo funcional al complejo médico industrial dejando expuesta a la población a una medicina orientada por el afán de lucro. Estos determinantes “extrasanitarios” dentro de la estructura social fueron distractores para deshistorizar y despolitizar el ejercicio profesional.

#### *5.3.5.3 Interpretación- Reinterpretación.*

Los entrevistados de todos los grupos coinciden que no hay un reconocimiento social adecuado. Los médicos institucionales manifiestan agresiones verbales por parte de los pacientes, señalan falta de información del Estado sobre la situación real de los sistemas de Salud, y prevalece el discurso de faltas administrativas y estructurales. Estas agresiones han condicionado que el paciente sea considerado como una amenaza del tipo de acoso laboral. En el medio privado señalan una mejor relación médico-paciente por disponer de mayor tiempo para su atención.

La relación entre la medicina y población se construye alrededor de un proceso dialéctico entre confianza y duda, respeto y desilusión, ambas caras deben ser ganadas bajo un clima de incertidumbre creciente.

Los sistemas de comunicación por un lado sirven de vitrina para la exhibición de un sinfín de información relacionada a los avances médicos y tecnológicos sin mayor filtro, sin contemplar diferencias por país, por sistema de salud, etc y además exhiben los desatinos, errores y denuncias de la acción de los médicos, lo cual alimenta al imaginario colectivo y distorsiona realidades concretas.

Los cambios asociados a las transiciones sanitarias determinan la adopción de un conjunto de roles por parte de la profesión que obliga a definir un nuevo modelo de contrato social, ya que el modelo tradicional basado en el Juramento Hipocrático no responde a las expectativas sociales.

La división de la atención médica condicionó una clara diferencia estructural y organizacional pero también en cuanto a la percepción de la atención otorgada, siendo percibida como limitada y escasa en el primer nivel y de mejor calidad en los otros niveles.

### **5.3.6 Categoría analítica: Hegemonía médica.**

Para Gramsci (2003) la sociedad civil (iglesia, partidos, sindicatos, sistema educativo, medios de comunicación) tienen como tarea dar vida y difusión a un complejo mundo de ideas, culturas y valores bajo dirección y consenso, es decir hegemonía, más no dominación de clase.

Según Menéndez, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) constituía el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada por criterios científicos, como por el Estado. Los rasgos característicos de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente y legitimación jurídica (Menéndez , 1985). Este tipo de medicina, se ha concretado como un sistema médico de atención a la salud a través de una serie de procesos sociopolíticos y económicos que la ha ordenado bajo los lineamientos de políticas de salud pública en cada uno de los países que la oficializan, asumiendo como responsabilidad la salud de los ciudadanos, permitiendo así la incursión de la medicina en distintos ámbitos de la vida cotidiana, entre ellos la industria, dando así como resultado la caracterización de “la medicina como una institución social”.

5.3.6.1 Significados de los discursos categoría: Hegemonía.

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>...antes una indicación era una ley, ahora llegan exigiendo medicamentos, <b>ya no interesa nuestra opinión</b> (Ep1)... le hacen <b>más caso al internet</b> (Ep2, Ep 4, Ep8, Ep10)... a la <b>televisión</b> (Ep5, Ep9)... llegan <b>diagnosticados</b> (Ep6)...</p> <p><b>... la gente exige estudios</b> (Ep9), <b>tomografías</b> (Ep7)...hay una <b>medicina institucional y otras medicinas</b> (Ep2, Ep 8)...ésta es la <b>medicina del cuadro básico</b> (Ep1, Ep4)...no se da lo que necesita sino <b>lo que haya disponible</b> (Ep5)...la gente <b>utiliza remedios caseros</b> (Ep2, Ep8, Ep9) tés, licuados, hierba, siempre lo han hecho (Ep10)...</p> <p><b>...la teoría es una y la práctica es otra</b> (Ep2)... <b>no hay enfermedades sino enfermos</b> (Ep9)...no todos los pacientes responden igual (Ep10)...algunos</p>	<p>...yo <b>he estado enfermo y me he sentido solo</b> (Ip14)...          ...tenemos una <b>gama de ofertas de paquetes y tratamientos acorde a las necesidades</b> del paciente (Ip4)...          ...tenemos tratamientos <b>de células madre</b> (Ip16, Ip5))...<b>el educador en diabetes y la nutrióloga son de apoyo</b> (Ip10, Ip5)...siempre hay que considerar la opinión del paciente (Ip16)...  <b>...ahora existen otras terapias</b> que nos ayudan a controlar al paciente (acupuntura, laser, ozono) (Ip11)...</p>	<p>...la <b>prescripción y las indicaciones son muy cuestionadas</b> por los pacientes (Em13)...  <b>... van con diferentes médicos</b> ( Em2, Em 10, Em 16) a pedir opinión... incluso <b>utilizan otras terapias</b> (Em18)... <b>hierbas</b> (Em2)... <b>hasta yoga</b> (Em4)... o utilizan ambas pero <b>no te dicen</b> (Em15)...</p> <p>... los pacientes <b>exigen</b> cada vez más les <b>garanticen su curación inmediata</b> y recibir el último tratamiento que vieron en internet, o en la televisión (Em5)...</p> <p><b>... existe pobreza, desigualdad, malos empleos, salarios precarios, cosas ajenas a la enfermedad, así como puedes ayudar</b> (Em14)...</p> <p><b>...la medicina se ha visto superada</b> tienes que estudiar otras alternativas (Em8)... <b>acupuntura</b> (Em4)... <b>Quiropraxia</b> (Em7)... <b>herbolaria</b> (Em13)... <b>terapia solar</b> (Em</p>	<p>... <b>no se toman su medicamento</b> (EL1)... <b>no se cuidan</b> (EL6)... no acuden a su revisión... van a ver a <b>otros médicos</b> (EL 7)...</p> <p><b>...la gente pobre se enferma más...</b>la rica se enferma pero por otras cosas...(EL 13)</p> <p>...en este <b>momento es necesario saber de todo, hierbas, acupuntura, células madre</b>, etc...los pacientes usan otras terapias, <b>otras medicinas</b>...</p> <p>...no hay una medicina, hay muchas medicinas...esta es científica pero hay otras más baratas...</p>

necesitan <b>otras terapias alternativas</b> (E8)...  ... <b>no todo lo cura la medicina</b> , hay factores que no se pueden combatir...		8)... <b>magnetoterapia</b> (Em2)... <b>medicina anti</b> envejecimiento (Em9)...	
--	--	---	--

### 5.3.6.2 *Análisis socio histórico.*

La hegemonía médica ganó terreno con las acciones de higiene pública las cuales se pueden observar desde la época prehispánica, y luego en los periodos Colonial (1521-1821), del México Independiente (1821-1867) y de la República Restaurada (1867-1876). Pero el paso del sanitarismo a la salud pública tuvo lugar durante el gobierno de Porfirio Díaz (1876-1910).

Desde el siglo XVIII, la política corporativa de los profesionales de la medicina buscó asegurarse el monopolio, entre otras cosas, sobre la gestión de la salud mediante un pacto con las burocracias estatales para excluir administrativa y jurídicamente cualquier medicina alternativa. La atención de salud estaba confiada mayoritariamente a los particulares y apoyada por multitud de oficios curadores y por una red institucional (hospitales, hospicios y santuarios) destinados a ofrecer asilo, cuidado o intervenciones curativas de naturaleza milagrosa, dividiendo la atención en salud en un sector técnico-científico, y otro de prácticas tradicionales (Comelles, 1993).

El Estado porfirista se organizó estructural e ideológicamente para enfrentar los problemas colectivos en salud politizando la práctica médica al articularla con el proceso de producción económica. Fue durante el porfiriato que la población mexicana sufrió graves epidemias (viruela, sarampión, tos ferina, escarlatina, peste, cólera e influenza) y endemias (paludismo, la fiebre amarilla y el tifo, tuberculosis, la diarrea, la enteritis, la neumonía y la bronquitis) todas ellas agravadas por el hambre y el alcoholismo (Bustamante, 1982). A finales de 1880 se realizó un cuestionario sobre enfermedades en todas las municipalidades y a partir de esas respuestas Domingo Orvañanos (1889), médico del Consejo de Salubridad y profesor de la

Escuela de Medicina, escribió un ensayo de geografía médica y climatología. Esta obra mostraba la idea de que ante la enfermedad había responsabilidad individual y social (Contreras y Galindo, 2014), por lo que la política sanitaria fue empleada por el Estado porfiriano como medio para disciplinar a la población. En los hospitales, lo mismo que en los cuarteles, las cárceles, los asilos y las escuelas, se trató de enseñar a los individuos el orden, la puntualidad y la limpieza que eran factores necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo. Con el argumento de que los derechos individuales debían estar supeditados al bienestar de toda la sociedad, se sentaron las bases de políticas que autorizaban a la burocracia sanitaria a intervenir también lugares públicos y en las viviendas para reglamentar y vigilar la higiene privada y pública (Carrillo, 2002a).

En el siglo XIX y XX se pone énfasis en el surgimiento de un nuevo discurso ideológico médico en el que la salud y la enfermedad son tratadas de forma exclusiva y excluyente, cercando otras alternativas posibles a ese planteamiento teórico-ideológico, desconociendo todas aquellas prácticas terapéuticas que coexistieron tradicionalmente.

A mediados del siglo XX, se impulsó y consolidó la medicina científica sin embargo, la medicina tradicional siempre ha estado presente en un tipo de sincretismo en diversos sectores de la población que en mayor o menor medida recurren a ella en forma paralela a la medicina científica.

#### *5.3.6.3 Interpretación- reinterpretación.*

En esta categoría puede observarse que la noción respecto a hegemonía biomédica curativa presenta una disolución o pérdida de control por elementos hegemónicos técnicos y de comunicación, se refiere a los metadatos de interconexión dados por el internet donde los autodiagnósticos son la fuente primaria de información y respuesta de la sintomatología del paciente, dejando a un lado la fuente primaria de información diagnóstica que ofrecían los profesionales de la salud, pasando a un segundo plano donde la exigencia respecto a

prescripción de medicamentos y prontitud de respuesta al diagnóstico clínico se han convertido en una exigencia hacia el profesional, independientemente del lugar de ejercicio profesional.

El pensamiento hegemónico médico se apropia de conceptos tan importantes como Derecho a la Salud o Determinación social y los desnaturaliza, siendo que éstos tienen una enorme carga política y quedan reducidos a factorizaciones o indicadores de productividad. El discurso de productividad construye las responsabilidades y deberes de las profesiones de la salud y dilucida los procesos hegemónicos, más que una pérdida de autonomía hay una pérdida de gubernamentalidad, refiriéndonos al concepto de Foucault como proceso dual de problematización y acción sobre los comportamientos del individuo, organizando y gestionando conductas sin violar formalmente el carácter privado. Sin embargo afloran en algunos discursos el reconocimiento de determinantes sociales y algunas ideas contrahegemónicas que se quedan cortadas por temor o tratando de evadir entrar en terrenos políticamente incorrectos, pero que denotan que son parte de la experiencia cotidiana que confrontan y niegan algunos conocimientos operacionales.

Por otro lado se habla de la medicalización y el uso indiscriminado de la tecnología como un rasgo hegemónico, sin embargo según los discursos, se le podría considerar como una idea de dominación tanto de los pacientes como de los profesionales a fin de legitimar todo acto o toma de decisión de manera objetiva pues es la única forma de materializar la presencia o ausencia de enfermedad, llegando a representar no sólo una necesidad, sino una exigencia en el proceso técnico de la consulta médica.

En relación a los medio masivo de comunicación es posible ver cómo estos operan en el caso de la salud en los contenidos de la televisión mexicana para proponer y enfatizar ciertos modelo de atención y constituyendo un correlato con los discursos sociales que pueden tener efecto en las subjetividades colectivas (Rojas, 2016).

La mercantilización de la salud es otro rasgo que aflora en los discursos pero no sólo desde la medicina biomédica, sino también hace referencia a las otras medicinas, las alternativas,

las cuales se puede observar que incluso empiezan a ganar terreno o interés por los propios biomédicos en un tipo de sincretismo médico, que por momentos rebasaría lo permitido por el positivismo, observando cómo algunos profesionales están buscando formarse y adentrarse en áreas como la magnetoterapia, acupuntura, quiropraxia, herbolaria, terapia solar o neural, como adyuvantes a su profesión, ya que se sienten rebasados a las necesidades y respuesta de su campo de formación. Cabe señalar que los profesionales que manifestaron este interés son pertenecientes al primer nivel de atención y algunos de segundo nivel como un traumatólogo y un anesthesiólogos, los primeros señalaron que han buscado otras formas de ayudar a los pacientes, por interés personal, por inquietud o por experiencia personal; mientras que los segundos señalan que algunas técnicas han sido incorporadas hace varios años y han mostrado eficiencia y eficacia así como reconocimiento por parte de sus asociaciones. En los discursos se puede observar el pluralismo y las nuevas formas de organización de la atención en salud, lo que ha contrapuesto el liderazgo médico y debe compartir el poder de decisiones con los administradores y gerentes así como demás profesionales de la salud y con los propios pacientes, creando un nuevo equilibrio de poder. Es en este sentido donde se habla de un nuevo “contrato social”, a decir por Edwards y col (2002), el descontento de los médicos se asocia a cambios en la expectativas del paciente, gobiernos y empleadores, no explicado sólo por la carga laboral y la remuneración, es decir el trabajo es ahora diferente a los que los médicos esperaban que fuera. Smith (2001) por su parte aboga por el reemplazo de este contrato social (pacto fraudulento) por uno más realista, en el cual pacientes y médicos reconozcan sus limitaciones y su participación, así como los riesgos y la limitación del poder, particularmente para solucionar problemas sociales.



### 5.3.7 Dominación

Para Weber (2004) la explicación del mundo social tiene que tomar en cuenta la manera en que los individuos asignan significados subjetivos a las situaciones y orientan sus acciones de acuerdo a la percepción de dicha situación. Siguiendo esta línea, la dominación la define como la “probabilidad de imponer la voluntad, dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad” (p.170).

Según Weber (2004) existen tres tipos de dominación legítima: a) de carácter racional (autoridad legal), b) de carácter tradicional (creencia cotidiana que rige desde tiempos lejanos) y c) carácter carismático (descansa en la ejemplaridad de una persona) (p.172).

En este sentido se buscó explorar los significados de los profesionales en sus relaciones con pares jerárquicamente superiores, de su misma jerarquía y con los pacientes. Es en estas interacciones microsociales donde es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y la reproducción de las relaciones de dominación.

#### 5.3.7.1 Significados de los discursos categoría: Dominación.

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>los <i>jefes</i> no entienden... <b>no tenemos tiempo</b>... no <b>tenemos el espacio</b>... no contamos con los <b>materiales adecuados, nos restringen</b> ...nos <b>amenazan con no darte contrato... nos vigilan las incapacidades</b>...nos obligan a <b>no dar medicamento, no dar incapacidades, no enviar a otras especialidades</b>, las normas...<b>no nos escuchan</b>...entre colegas ni nos</p>	<p>...mi superior <b>no lo veo</b>... es una química que <b>sólo viene a checar las metas</b>... la relación es buena, casi no viene...            ...los que se <b>pelean son las aseguradoras</b>... quieren que <b>saques al paciente lo antes posible</b>...            ...hay problemas con los familiares <b>cuando se eleva la cuenta</b>...piden su <b>alta voluntaria</b></p>	<p>...las <b>instituciones son muy diferentes, las reglas igual, te tienes que acostumbrar</b>...            ...la institución te sofoca, te ahoga...<b>he visto compañeros muy pesados en la institución y súper amables en la priva</b>...            ...muchos están en la institución <b>sólo para jalar pacientes a su clínica</b>...            ... Va a haber muchos cambios en el sector salud...<b>cada día hay más</b></p>	<p>...siempre me he llevado bien con mis pacientes... intuyo que en las instituciones se sienten mal atendidos por el exceso de trabajo... no tengo jefes...nadie me presiona...</p>

<p>vemos...<b>todo son indicadores...somos números...</b> Te piden <b>dar más con menos</b>...los indicadores <b>son manipulados</b>...los pacientes se molestan con nosotros porque <b>somos los que damos la cara</b>... los jefes <b>nos avientan por delante</b>...el instituto <b>te deja morir solo</b>... hay mucha <b>corrupción</b>... nos está <b>acabando</b>...</p>	<p>y lo llevan a la <b>institución pública</b>... ...la relación con mis pacientes es buena...<b>estamos dándole más de poder en la toma de decisiones</b>... <b>sugerencia informada</b>... ... hay que <b>olvidarse del paternalismo</b>... <b>dar un trato digno</b>... no hacerlo esperar...</p>	<p><b>pacientes, más enfermos, hay más gastos en el país</b>... Hay pacientes que tienen dos o tres instituciones de atención, <b>piden medicamento por todos lados y no se lo toman, lo tiran, lo venden, lo regalan</b>... ...la institución te tiene maniatado <b>no puedes decir nada contra el sistema porque te persiguen</b>, te amenazan...<b>los medicamentos son de pésima calidad</b> a quién recurre...<b>te obligan a quitarle el oxígeno a los pacientes porque es muy caro</b>...<b>la máquina de diálisis sólo se la van a dar a trabajadores, los jubilados no porque no son productivos</b>...y mi directora como si nada... tiene demandas en derechos humanos...</p>	
---	--	--	--

### 5.3.7.2 Análisis socio histórico

Durante los años ´60 y ´70 se desarrolló una crítica a la biomedicina así como a las instituciones oficiales y privadas generándose diversas propuestas alternativas, una de ellas la declaración de Alma Ata que promovía el desarrollo del Sector Salud basado en principios de Atención Primaria Integral. Estas críticas cuestionaban sobre la ineficiencia, la burocracia y la escasa calidad de la atención. Es en esta época donde las propuestas neoliberales constituyeron en gran medida una respuesta a la situación económico-política en América Latina (Menéndez , 2005).

La profesión médica y sus profesionales son mediadores del Estado y participante activa para la implementación e imposición de políticas públicas y controles sociales. Junto con las instituciones de salud son aparatos ideológicos de poder y dominación, los cuales se observan

desde sus propios orígenes. La conducta profesional ha sido estudiada desde hace varias décadas y en las últimas ha tomado mayor interés en puntos álgidos como la violación de los derechos humanos y reproductivos así como trato deshumanizado y no ético por parte de los profesionales. Estos problemas se han abordado generalmente desde un enfoque de salud pública, ético-asistencial, gerencial y de manera testimonial, como un problema de calidad. Los estudios que han abordado los problemas de ejercicio de poder y dominación se atribuye el problema a las difíciles condiciones de trabajo o como problema de falta de formación ética y en el intento de rastrear los determinantes sociales que se ven involucrado en este proceso vuelven a postular la necesidad de humanizar a los médicos así como las acciones, pero no como un problema sociológico del sistema de salud y sus principales actores.

En años recientes se ha estudiado y demostrado ejercicios de poder en diferentes niveles y con diferentes actores dentro de la formación y el ejercicio de los profesionales de la medicina, formando un habitus a partir de un currículum oculto que es la clave del autoritarismo que estos profesionales ejercen durante su práctica profesional (Castro, 2014) (Consejo y Viesca-Treviño, 2008).

#### *5.3.7.3 Interpretación- reinterpretación.*

En estos discursos se puede observar que la noción dominación transcurre entre tres elementos primordiales: el primero muestra que la estructura condiciona a través de normas, guías y trámites una dominación indirecta hacia el paciente y directa hacia el profesional, el segundo elemento es el funcional donde los médicos ven acotadas sus capacidades profesionales y un adecuado desarrollo; el tercer elemento es la dinámica donde la parte subjetiva del paciente y del médico se percibe como un proceso acabado.

El desafiar a la hegemonía médica requeriría un espacio de comunicación entre profesional y población, sin embargo existen contradicciones sustanciales de interés entre la clases involucradas frustrando la posibilidad de una praxis emancipadora como propondría Breilh (2003).

El campo médico es un espacio constituido por un conjunto de instituciones que proponen, a través de leyes y reglas, la dimensión sanitaria en una sociedad, o sea, las políticas de salud

y sus formuladores, los diversos profesionales que actúan en las redes de servicios, las instancias de formación de esos profesionales, y los propios usuarios de los servicios de salud. Estos campos son relacionales, dinámicos, contingentes y en constante cambio, en una interacción relacional o dialéctica.

Según Starr (2001) el poder médico se funda en la autoridad técnico-científica de la profesión, a partir de la legitimidad científica de sus conocimientos y de la dependencia de la sociedad de esos mismos conocimientos. El poder médico depende de la posibilidad de que los grupos profesionales organizados generen nuevas formas de dependencia de sus conocimientos y su competencia. A este tipo particular de autoridad, Starr la denomina "autoridad cultural". En ella, si bien el médico es buscado y consultado por los consumidores, no tiene el poder de imponer un tratamiento determinado, en caso de que el paciente se rehúse a seguirlo.

El éxito técnico como en el desarrollo de los vínculos de confianza (con asimetría de autoridad de los sujetos implicados) se fundamenta el proceso material y simbólico para la construcción de una tradición de la profesión médica idealizada en conjunción a un grupo de valores y virtudes. Parte de ese ideario persiste hasta hoy, sobre todo aquel referido a la autoridad cultural, incluso con diversos valores y virtudes construídos históricamente y que actualmente muestran un contraste con los profundos cambios de conformación material, institucional y técnica de la profesión, así como con la modalidad del ejercicio de la profesión. Según Arendt (2011) la crisis se experimenta como una ruptura de la tradición cuando, frente a un conflicto, el pasado ya no proporciona criterios que validen y autoricen las respuestas; es decir, no podemos valerlos de las mismas referencias que han estructurado el mundo hasta ahora. Siendo así, los médicos no pueden apelar a los modos a través de los cuales la medicina del pasado habría solucionado los conflictos. El profesional se sitúa en el mundo laboral como detentor de los medios de producción de su trabajo y como regulador del flujo de su clientela, con una autonomía de carácter mercantil, debido a la amplia libertad en la ejecución de su práctica como producción social de un servicio, y libertad en la fijación de su remuneración, a la que se suma la autonomía técnica y la de la organización y control de su servicio. Según Starr (2001) los conocimientos especializados y la autoridad son la

mejor manera de asegurar ingresos y poder, y según este autor para justificar la confianza del público los profesionales establecieron unos estándares de conducta muy altos para autorregularse. Según Cruces y cols (2000) el compromiso de la profesión es poner al servicio de los pacientes y de la sociedad sus conocimientos especializados de una manera altruista, lo cual es evidentemente contradictorio debido a los perversos incentivos financieros, así como a la competencia comercial, los mandatos burocráticos, suplantando cualquier imperativo hipocrático, moral o deontológico de la profesión médica.

Donnangelo (2011) habla de una autonomía típica, en contraste con las readaptaciones que sufre la inserción del médico en su mercado de trabajo y con la rápida incorporación de las tecnologías a mediados del siglo XX, sea en forma de nuevos tratamientos o como recursos diagnósticos, desapareciendo el trabajo médico liberal (práctica solitaria) y se cambia a un trabajo.

Chauí (2008) señala sobre apelar a la ideología en situaciones de crisis: los individuos tienen una gran dificultad para percibirse como sujetos históricos precisamente por la consciencia que ello despierta con relación al cambio de nuestras posiciones en la sociedad. Chauí comenta este aspecto al analizar cómo, especialmente para la producción científica y para sus representantes, en los límites de una ideología de la armonía y de la permanencia de las posiciones sociales, el término crisis se transforma en la noción de desajuste, englobando como solución, en los marcos de esa misma ideología, un retorno a la posición supuestamente de ajuste construida anteriormente (al desajuste/crisis).

A nivel de las interacciones microsociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y la reproducción de las relaciones de dominación.

### 5.3.8 Resistencia

La teoría de la Resistencia es un recurso teórico e ideológico que ofrece las herramientas para analizar la relación entre agenciamiento humano y las relaciones existentes entre las instituciones y la sociedad dominante. Según Giroux (1991) es necesario comprender más a fondo las formas complejas bajo las cuales los individuos responden a la interacción entre sus propias experiencias y entre las estructuras de dominación y opresión. Siguiendo esta línea señala que las resistencias son conductas de oposición frente a las estrategias externas u obligaciones cotidianas, que surgen del interés emancipatorio y que tienen por objeto desarticular las formas de dominación implícita o explícita.

#### 5.3.8.1 Significados de los discursos categoría: Resistencia

INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	MIXTO	LIBERAL
<p>... se ve un <b>futuro complicado</b> para la profesión <b>por cuestiones políticas, económicas, sociales...</b></p> <p>...si el director de la institución fuera médico <b>entendería el dolor, el sufrimiento...</b> <b>mejorar el sueldo...</b></p> <p>...aprender a <b>escuchar</b> a observar, ser consciente de lo que es el <b>respeto a los compañeros, al paciente</b> y a uno mismo...</p> <p>...disminución de la consulta del número de pacientes... <b>24 consultas por turno eso es lo ideal...</b></p> <p>...oportunidad para <b>comer...</b> por lo menos para <b>ir al baño...</b>que <b>se valore nuestro trabajo...</b>son</p>	<p>...la <b>falta de recursos</b> tiene que ver con la <b>insatisfacción...</b> tanto <b>laboral como del paciente...</b></p> <p>... si se necesita una cirugía y no hay material...ahí empieza el deterioro de la relación...<b>un salario adecuado para no trabajar en tantos lugares...</b></p> <p>...te agotas llegas cansado...quieres terminar rápido y tener un tiempo libre...</p> <p>...<b>la recompensa no es económica es una satisfacción personal...</b></p> <p>...el futuro no es sencillo para la profesión porque hay mucha desacreditación...</p>	<p>...el panorama para el médico <b>se ve muy difícil...</b>incrementar su puesto de trabajo, <b>mejorar salarios...</b>no hay reconocimiento para la profesión... <b>diseñar un sistema propio y no copiado de otros países...</b></p> <p><b>No criminalizar el acto médico...</b>informar a las personas sobre la falta de medicamentos, de personal...</p> <p><b>que no haya corrupción en las instituciones.</b></p> <p>...<b>que no seamos chivos expiatorios del gobierno...</b>que se le dé a la gente lo que necesita...que demos una <b>consulta con lo que se necesite y se tenga que improvisar...</b></p>	<p>...es necesario una <b>actualización continua sólo así tienes oportunidad de cobrar...</b></p> <p>...formular adecuadamente la nota médica, revisar adecuadamente al paciente sobre todo para <b>protegernos...</b></p> <p>....canalizar con el especialista cuando llegamos a nuestro límite... <b>mejorar la comunicación con el paciente...</b></p> <p>...<b>falta seguridad, sufres de asaltos, secuestros, extorsiones...</b></p>

<p>más las cosas positivas que se realizan <b>que los errores</b> que se cometen...</p> <p>...la sociedad cambia las enfermedades también... ojalá los pacientes entiendan que <b>nosotros no tomamos las decisiones</b>, no compramos el medicamento, no contratamos médicos, <b>son los de arriba...a ellos nadie les reclama...</b></p>			
--	--	--	--

### 5.3.8.2 Análisis socio histórico.

La inconformidad y resistencia por parte de los profesionales de la medicina se puede observar desde su origen en la etapa colonial, manifestadas por la inconformidad en el pago de los servicios, la lucha por su autonomía y búsqueda de su reconocimiento ante la sociedad. La estrecha relación y dependencia que tuvieron con el Estado formalizó y legitimó el ejercicio profesional, al mismo tiempo que planteó las bases para su profesionalización y condiciones laborales, sin embargo también hubo descontentos y desacuerdos. El descontento contribuyó a la crisis de 1958, la cual se caracterizó por una política de gastos de administración y operación en el nivel más bajo, dentro de los que estaban los sueldos de los médicos, por lo que cinco movimientos laborales lucharon por los aumentos salariales, prestaciones y la elección democrática de los comités ejecutivos de cada uno de los sindicatos como: Movimiento Revolucionario del Magisterio, Sindicato de Trabajadores Petroleros, Movimiento de la Alianza de Telegrafistas y del Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros de la República Mexicana. En 1964-65, se desarrolló el conflicto médico de residentes y pasantes inicialmente y posteriormente con la participación de médicos de base y especialistas de las instituciones de seguridad social, derivado de las bajas remuneraciones, la dureza de los horarios (para médicos residentes e internos) en todas las instituciones consistía en 36 horas de trabajo por 12 hrs de descanso, y la falta de recursos humanos ya que la Secretaría de Salubridad y Asistencia debía atender a una población de 30 326 956

mexicanos sin acceso al IMSS o ISSSTE para lo cual contaba con 9,140 médicos en todo el país (3,318 mexicanos por médico). El salario oscilaba entre 400 y 1500 pesos/mes (para los residentes de últimos años) (Pozas, 1977). El movimiento tuvo una implacable represión por parte del régimen pero advertía de la insatisfacción en el interior de la burocracia estatal y de las clases medias formadas del país (Pozas, 1993).

Durante el movimiento nació la Alianza de Médicos Mexicanos, que agrupó a residentes, internos, pasantes y sector privado, pese a esto los participantes fueron boletinados en todo el país, para evitar el acceso a algún puesto. El sistema hospitalario burocrático desterró a los dirigentes a fin que el sistema político pudiera asegurar su reproducción y estabilidad. La represión y el mecanismo de control circunscribieron la enseñanza y formación académica, coaccionando y trastocando normas y valores dentro de los hospitales (Casas, Reséndiz y Casas, 2009).

Cabe señalar que desde el año de 1964 no se había presentado un movimiento médico de impacto nacional hasta el 22 de julio del 2014, cuando surgió el movimiento “yo soy médico 17 –#yosoy17-” -con el lema: somos médicos, no somos dioses ni criminales- (Animal Político, 2014), donde se concentraron las voces de profesionales del área de la salud, los cuales buscaban la no criminalización del acto médico apoyado por la redes sociales. Durante esta *movilización social por redes*, los profesionales de la salud de diferentes partes del país expresaron las situaciones de precarización, hostigamiento laboral, criminalización del acto médico y violencia (Ávila, 2014; Partida, 2014). Lo notorio de este movimiento fue la falta de colaboración de sindicatos, academias, consejos o facultades de medicina, quienes no declararon ningún posicionamiento y el movimiento se diluyó. Dos años después, el 22 de junio del 2016, profesionales sanitarios pertenecientes al movimiento #Yosoymédico17 realizaron un paro nacional en setenta ciudades de la República rechazando el Sistema de Salud Universal, descriminalizar el acto médico, así como el rechazo a la Ley de Violencia Obstétrica. Según el presidente de esta Asociación Civil, Carlos Moreno, aseguraba que “muchas negligencias que ocurren en los hospitales no siempre son responsabilidad de los médicos, ya que el país tiene un sistema de salud rebasado, no hay insumos y faltan medicamentos” (Notimérica, 2016).



#### *5.3.8.3. Interpretación- reinterpretación.*

En esta gama de discursos se observa núcleos discursivos que transcurren entre falta de recursos, panorama difícil, futuro complicado, criminalización del acto médico, falta de tiempo para una consulta médica, exceso laboral, salarios bajos, corrupción institucional y mala comunicación con el paciente. Estos núcleos conforman una noción de resistencia que puede ser considerada como una descripción extrema sobre todo en los escenarios institucionales tanto privados como públicos, no así en el escenario liberal donde la principal preocupación expresada está relacionada con la violencia–seguridad. Otro punto a señalar es el tema de corrupción que se manifiesta en diferentes partes de los discurso pero generalmente se hace una reserva a este comentario quizá por desconocimiento o por temor a represalias.

## 6. CONCLUSIONES

Esta investigación muestra parte de una realidad fundamental en el significado de una profesión por antonomasia, que en estos momentos muestra significados diversos y en ocasiones no compatibles con sus definiciones de origen, creando una ideología que transcurre entre: una autonomía condicionada y limitada por el tiempo, una falta de reconocimiento social; una certificación de conocimientos mercantilizada, una necesidad de valores principales de responsabilidad y respeto; y la percepción de que las exigencias de la profesión superan la remuneración económica y no existe reconocimiento social. Es así que la ideología en esta época socio-histórica se muestra como una inevitable caída hacia la propia significación del Ethos médico.

El Estado mexicano jugó un papel fundamental en la consolidación de la profesión médica, pero este apoyo significó a los médicos una dependencia del Estado. Es decir, implicó influencia del poder estatal sobre el trabajo profesional de aquéllos. Además, una serie de conflictos estuvieron siempre presentes en su relación. Estos tuvieron que ver con la imposición a los médicos de asistir gratuitamente a los enfermos pobres, acudir al llamado de cualquier enfermo o asumir ideologías políticas; también, con los intentos por parte del Estado de controlar la enseñanza y la práctica de los médicos o de ejercer acción penal contra éstos por responsabilidad en el ejercicio profesional; y principalmente, por la falta de respuesta a la exigencia de los facultativos de garantía del monopolio de la atención médica. Contrario a la forma como lo realiza la sociología clásica que señalaba a las profesiones como autogobernadas, con control social, en la actualidad puede ser vista con un papel obligado, sofocante y conformista de las normas. La profesión médica pasó de un enfoque funcionalista a uno caracterizado por el conflicto o las teorías del poder (Abbott, 1988, Johnson, 1972; Larson, 1977). Las estrategias de aumentar el control estatal o gerencial sobre las profesiones, creando mecanismos (principalmente burocratización) fueron responsables de erosionar la autonomía profesional (Elston 2004, Ritzer y Walczak 1988).

Existen varios elementos como: el aumento de los costos de atención, el aumento de la demanda pública, de las expectativas, la gestión ineficiente y las restricciones presupuestarias así como el control sobre la profesión, los cuales llevaron a nociones de crisis, pero estas han

transgredido a las construcciones históricas de los profesionales de la medicina incluyendo su núcleo ético así como sus normas y valores, que paradójicamente fue el mismo Estado quien se los otorgó para mantener el *status quo* bajo un contrato social idealizado. La introducción de las ideologías gerenciales al mundo médico representó un atentado más hacia la autonomía de la profesión, y en el intento de devolver la responsabilidad fiscal al gremio se inició el desarrollo de nuevos roles profesionales (directores clínicos, administradores) que favorecieron una reestratificación profesional (Freidson, 1978).

Al hacer una síntesis de los rasgos socio histórico con los discursos, se observan diferencias sustanciales y contradictorias, las cuales pueden resumirse en la siguiente tabla 5.

*Tabla 5. Comparación del análisis socio histórico vs el análisis discursivo en relación a los rasgos principales de la profesión médica.*

	<b>AUTONOMÍA</b>	<b>DOMINIO DE CONOCIMIENTO</b>	<b>NORMAS Y VALORES</b>	<b>ESTATUS</b>	<b>RECONOCIMIENTO SOCIAL</b>
<b>SOCIO HISTÓRICO</b>	Una de las principales características de la medicina liberal desde sus inicios. Sirvió incluso para dar un estatus y diferenciar de las ocupaciones. Hace referencia a la autorregulación y toma de decisiones. Ha estado determinada por el Estado quien regula, legitima y delimita las políticas en salud.	Conocimientos de manejo especializado, avalado y certificado por Asociaciones, Colegios, Universidades, Academias. En este momento la certificación y recertificación de conocimientos son obligatorios para ejercer la profesión además de funcionar como estatus. Las instituciones de certificación se mantienen ajenas a las condiciones laborales.	Son ejes rectores, moduladores y reguladores de los comportamientos profesionales y de relación interpersonal, destacando y apelando por el humanismo y el altruismo así como la vocación de servicio. El altruismo, el humanismo y la vocación son valores reconocidos como los más importantes.	Profesión por antonomasia, reconocida por el estado otorgándole autonomía y reconocimiento social.  Se trató de un reconocimiento moral ante las ocupaciones, e ideológicamente condicionó a la clase media para aspirar un estatus más alto.	Contrato social que demarca la relación de los profesionales con la sociedad.  La sociedad los reconoce siempre y cuando los profesionales atiendan sus necesidades.  Sin embargo existe un intermediario que es el Estado el cual define las bases en cómo se otorgará y garantizará el acceso y atención a la salud.
<b>ANÁLISIS DISCURSIVO</b>	La libertad es condicionada por el tiempo. No hay libertad para el ejercicio profesional. Está	Existe una gran preocupación por el conocimiento más especializado. Los procesos de certificación no se	El altruismo no aparece ninguno de los discursos. Se expresa una necesidad de promover el	No hay diferencia con otras profesiones, incluso las profesiones relacionadas a ingenierías son de mayor	Hay una ruptura del contrato social.  El profesional se considera amenazado, cuestionado,

	<p>condicionado a normas y guías. Se ejerce una profesión burocratizada. Menor percepción de autonomía en los medios institucionales.</p>	<p>consideran obligatorios, se realizan porque brindan seguridad y estatus pero no mejoran los ingresos económicos. Se considera la Certificación como un negocio por parte de las Academias, Consejos, Asociaciones, que no brindan apoyo de ningún tipo en situaciones de demanda.</p>	<p>humanismo en el sentido de considerar al profesional como un ser humano con límites y sujeto a cometer errores. Se hace referencia a la responsabilidad como un valor y una norma, relacionada con la delimitación de funciones y límites de acción, pero también la delimitación de la acción y deberes de los demás.</p>	<p>reconocimiento y mejores remuneradas económicamente y no tienen una responsabilidad como la profesión médica.</p> <p>No se considera una posición de estatus material, sino medianamente de reconocimiento social. Por lo que se ha recurrido a realizar otro tipo de actividad remunerada no asociada a la profesión o incluso actividades pertenecientes al comercio formal o informal.</p>	<p>criminalizado y perseguido, sin considerar situaciones ajenas (externas) a la profesión externos que determinan un tipo de ejercicio profesional y no necesariamente el idealizado.</p>
--	---	--	---	--	--

Esta articulación sirve para entender que la profesión médica tiene una comprensión histórica la cual no puede ser generalizada en los diferentes ámbitos laborales, puesto que en el servicio público se puede observar que la decadencia en la percepción de los profesionales está condicionada por el fallo estructural del mismo sistema, por otro lado en el ámbito laboral mixto permite conocer de manera más abierta las fallas del ámbito público en contraposición con el privado, y no es que una sea mejor que otra, sino que la concepción de salud en el privado gira alrededor de su mercantilización.

Se nota una disminución en la percepción que los profesionales poseen en relación al altruismo, autonomía, autoridad sobre sus procesos de ejercicio profesional, conocimiento general sistemático, cultura profesional distintiva, y comunidad y reconocimiento legal (Ritzer y Walczac, 1988), sin embargo, podría argumentarse que el enfoque sociológico de la desprofesionalización es unidireccional y determinista y puede pasar por alto las perspectivas que ofrecen otros marcos conceptuales (Bezes et al. 2012; Petrakaki et al., 2012). En su revisión del gerencialismo en el profesionalismo médico, Numerato et al. (2012) afirman que la interacción entre profesionalismo y la gestión es más matizada que los

enfrentamientos, la hegemonía y la resistencia manifiestos. En general, faltan estudios sobre las asociaciones médico gremiales como factores de poder en el contexto social, y la democracia al interior de las mismas sociedades, así como el efecto de la tecnoburocracia sanitaria en el ejercicio profesional y determinante de una práctica dominante.

El pensamiento médico dominante es aquel que promueve la identidad profesional como una representación colectiva, al reconstruir en lo imaginario, a partir de las diversas condiciones concretas de la práctica cotidiana. Permite así mismo que diferentes agentes de trabajo se reconozcan como sujetos de una misma categoría ocupacional. En la apreciación de los significados de los médicos en relación a su profesión, no solamente explora el trabajo intelectual, sino además la producción de corrientes de pensamiento, las cuales producen en la práctica perspectivas técnicas, políticas e ideológicas, con una contundente polémica acerca de las organizaciones y respuestas a las necesidades en salud.

No se debe subestimar el poder político y la fuerza social de estos pensamientos, si bien es verdad que estas corrientes traen para el colectivo social la polémica, permitiendo a los diversos sujetos sociales que se apropien de problemas, de este modo socializados, es igualmente verdad que la polémica sirve, ante todo, para la conquista del dominio político-ideológico. Esto significa el establecimiento de un discurso que, al tornarse hegemónico, pasa a tener el efecto práctico de guiar los desempeños de los sujetos sociales en la vida profesional, mientras esta última represente la existencia de ciertas relaciones entre sus integrantes. Los profesionales adheridos al pensamiento en el cual identifican sus problemas y al cual legitiman, como constructor competente y correcto de sus explicaciones y respuestas, regulan sus actuaciones específicas, como sujetos político-sociales y partícipes de su práctica profesional.

El recurso ideológico al don o la vocación, representa el llamamiento a lo trascendente para recomponer la separación que el propio pensamiento médico hace al adoptar esa racionalidad científica, entre el sujeto y las cosas de la naturaleza, produciendo la curiosa simbiosis de un natural nada natural constituyendo el don y un arte para la profesión.

Las profesiones son elementos esenciales de la socialización moral porque constituyen una de las instancias de socialización de los individuos y la forma contractual moderna de las actividades. Merton (1957) afirma que la medicina constituye una de las mayores instituciones de nuestra sociedad porque forma la organización llave que transmite la cultura. En este sentido la constitución de una carrera y su afiliación a la universidad son decisivas para la formación de una profesión.

Para Parsons (1999) la relación médico –paciente es típica de la actividad profesional porque revela la estructura de la actividad, fundada sobre la institucionalización de los roles y su función es asegurar el control social y contribuir a la reproducción de esta estructura.

Desde el interaccionismo la profesión es un proceso biográfico e identitario, los actores están mejor situados para analizar su trabajo, su trayectoria, su ciclo de vida y el sentido que tiene una actividad profesional. Hugues (1992) añade la dimensión relacional e interactiva, la primera como pertenencia a un grupo de compañeros que construye un orden interno provisional pero necesario. Este orden es el resultado contingente de la acción de un grupo de trabajo que valora el trabajo bien hecho, trata de controlar su territorio y de protegerse de la competencia.

Desde las teorías críticas se pone en duda la posición ideológica subyacente en la propuesta de un tipo ideal de profesión e insiste en que el componente de conformación de un mercado de trabajo monopólico, en su acceso y regulación interna, presentan a su vez deficiencias debido a que se centran en el análisis de las condiciones estructurales de las profesiones, que si bien resaltan que los grupos de profesionistas y su relación con su ocupación se mantienen a través de relaciones de poder dejan fuera del análisis a la cultura, la identidad y la subjetividad como elementos que participan en la construcción de las profesiones.

La legitimación de grupos de poder, que dan forma a una difusión cargada de significación para una cultura médica, que tiene sus tintes propios y únicos, donde la cultura se entiende como algo que uno posee o como un proceso que uno moldea para pertenecer al grupo, donde

la diferenciación clasista asociada a las especialidades médicas conforma la constante actividad renovadora en busca de la identidad ideológica.

Desde la ideología, las relaciones sociales también se reproducen típicamente mediante el uso o la amenaza del uso de la fuerza, así como mediante la mera repetición rutinaria de la vida diaria. Pero la reproducción simbólica de los contextos sociales es un fenómeno importante que vale la pena analizar por sí solo. Es en este punto donde el problema de las formas simbólicas se reincorpora al problema de la ideología (que es el estudio de las maneras como el significado es movilizad por las formas simbólicas, sirve, en circunstancias específicas, para establecer, mantener y reproducir relaciones sociales que son sistemáticamente asimétricas en términos de poder). En la sociedad actual se cuestiona la relevancia que tuvieron en el pasado las profesiones, y la perspectiva de la desprofesionalización adquiere peso; en el caso de la medicina anuncia la vulnerabilidad de la vocación, de la autonomía en la práctica médica y de la ética de los médicos. Estas situaciones se derivan de las transformaciones radicales ocurridas en el campo médico, como el desarrollo de la medicina gerencial.

Es necesario reflexionar el desarrollo de una profesión desde un punto de vista sociológico y político, ya que en el caso de la profesión médica, las tendencias históricas en México, y otros países, tienen una implicación de las políticas nacionales. En el marco de las ciencias sociales, “una palabra se convierte en concepto, si la totalidad de un contexto de experiencia y significado sociopolítico, en el que se usa y para el que se usa una palabra, pasa a formar parte de esa única palabra” (Koselleck, 1993, p.117), lo cual constituye un proceso de significación, apropiación y uso del concepto de forma legitimada por una comunidad parlante. Bajo éste prisma de análisis, la precariedad laboral juega un rol contradictorio en su condición, ya que puede ser identificada en el contexto latinoamericano con: a) una carga simbólica política de una crítica a la falta, como protesta política y negatividad emergente en el contexto de una contrarreforma neoliberal, como matriz dominante, que re-instala la crítica a la explotación capitalista, en cuanto a las condiciones de la explotación, más no de la explotación en sí misma, y por ello se orienta a una construcción político narrativa socialdemócrata en referencia al trabajo concreto, más no al abstracto; y/o b) como una teoría

de medio alcance en la caracterización de las condiciones de trabajo, acercándose a las raíces de la sociología industrial, con la idea de generar mayores acercamientos a la subjetividad y a la condición laboral en general, en torno a un proceso sociohistórico en curso, siempre desde el prisma ideológico de la modernidad, en referencia a una connotación humanista en su conceptualización. Existe una heterogeneidad de la precariedad como fenómeno emergente en profesiones donde existía un estatus del empleo (Atria, 2004) y en el sentido simbólico que articulaba su hacer en el proyecto-relato de la modernización como parte del aparato público-estatal. La carga simbólica del concepto de precariedad (laboral) es un problema político y sociológico que desnuda la repetitividad, la arbitrariedad y la tecnoburocratización planteando desafíos a reconocer estos fenómenos, en el campo de la acción sindical, la movilización de los trabajadores y el sistema político, bajo la premisa de la precariedad como negación de un bienestar.

Con esto, se pretende generar algunas referencias, problemas e inquietudes con respecto a un debate que, a través del legado reflexivo-crítico de las ciencias sociales, la sociología de las profesiones y la salud colectiva sean capaz de integrar dialécticamente en su sujeto/objeto de estudio y praxis investigativa, como parte de una discusión epistémica sobre un concepto ampliado de profesión, de la heterogeneidad estructural de las instituciones de salud y del ejercicio profesional, del estudio de las identidades precarias y la formulación de algunas nociones epistémicas para la reconstrucción del imaginario del profesional (precario y no-precario) como elemento central en la constitución de subjetividades, discursos y acciones políticas de la profesión asalariada y de clase trabajadora en la actualidad.

Con respecto a la burocratización de los profesionales de la medicina, no importa el grado de profesionalización que estos tengan, en su ejercicio dentro de la institución pública éstos son concebidos como parte de un aparato burocrático lo cual como señala Yamura (2014), es un factor clave es la confianza de los ciudadanos en el Gobierno como una fuerza de cambio positiva. Es así que por ejemplo, los países escandinavos modernos tiene un nivel relativamente alto de empleo público, debido a la creencia generalizada de los ciudadanos en el uso de Gobierno como un medio para lograr un propósito social común, contrario a otros



países incluyendo el nuestro, donde existe una desconfianza histórica en torno al Gobierno como medio de solución de los problemas (Bergh, 2011).

Es necesario nacer de nuevo en el sentido histórico-social. Para ello puede ser un buen reinicio compartir juicios y decisiones con los otros (sujetos-pacientes o miembros del equipo de trabajo), y renovar la forma de actuar responsable de los profesionales, de forma más democrática y considerando su realidad.

## 7. Bibliografía

- Abreu, L. y León, R. (2016). *Una agenda para el cambio de la educación médica en México horizonte 2030*. Recuperado de <http://www.amfem.edu.mx/index.php/publicaciones/libros/44-agenda-para-el-cambio>
- Acosta, M., Torres, T., Díaz, D., Aguilera, M. D., y Pozos, B. (2013). Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31*, S181-S191.
- Agostini, C. (2001). El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas. En S. E. Agostini. (Ed), *La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)* (pp. 97-111). México: Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Agostoni, C. (1877). Médicos científicos y médicos ilícitos en la Ci. *Gaceta Médica de México, 19* (244), Recuperado de <http://www.historicas.unam.mx/moderna/ehmc/ehmc19/244.html#rnf16>
- Aguirre-Gas, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía Cirujanos, 72*, 503-510.
- Alcerro, R. (1985). Evolución de la ética y la deontología médica. *Revista Médica Honduras, 53*, 140-150.
- Aldridg, M., y Evetts, J. (2003). *Retrinking the concept of professionalism: the case of Journalism*. Recuperado de [https://www.um.es/ESA/papers/Rn15\\_23.pdf](https://www.um.es/ESA/papers/Rn15_23.pdf)
- Althusser, L. (2008). *Ideología y aparatos ideológicos de Estado. Freud y Lacan*. Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Animal Político. (Junio del 2014). ¿Qué es #YoSoy17? Animal Político. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2014/06/que-es-yosoy17/>
- Anguiano, A. (2013). Reforma laboral en México: precarización generalizada del trabajo. *El cotidiano, 182*, 95-104.
- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A. y Blanch, JM. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile, 139*(9), 1185-1191.
- Antúnez, R. (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayos sobre la afirmación y negación del trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Herramienta Taller de Estudios Laborales.
- Arendt, H. (2011). *Entre o pasado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva.
- Atria, R. (2004). *Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Ávila, A. (Agosto del 2014). #YoSoy17 o las malas condiciones en que trabaja el personal médico. Animal Político. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/yosoy17/>

- Barajas, G. (2010). Políticas de bienestar social del Estado postrevolucionario: IMSS 1941-1958. *Política y cultura*, (33), 61-82.
- Barr, J., y Steingberg, M. (1980). Organizational Structure and Professional Norms in an Alternative Health Care Maintenance Organizations. *The Journal of Sociology and Social Welfare*, 7 (3), 341-358.
- Bellón, J.A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria*, 38 (5), 293-8.
- Bergh, A y Bjørnskov, C. (2011). Historical trust levels predict the current size of the welfare state. *Kyhlos*, 64 (1), 1-19.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C, Normand, R., Benamouzing, D., Pierru, F., Evetts, J. (2012). New public management and professionals in the public sector. What new patterns beyond opposition? *Sociologie du Travail*, 54 (1), 1– 52.
- Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.
- Bozeman, B. (2015). Causas, efectos y eficacia de la burocratización en las administraciones públicas nacionales: desarrollando reformas sensibles a culturas políticas singulares. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (63), 5-32.
- Breihl, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Briggs, Ch. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14: 101-24.
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2), 45-54.
- Bronfman, M., y Castro, R. (1999). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México, D.F: EDAMEX.
- Bustamante, M. E. (1982). La situación epidemiológica de México en el siglo XIX. En E. Florescano, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México* (pp. 425-76). México, D.F.: IMSS.
- Canguilem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Carrillo, A. M. (1998). Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX. *Asclepio*, L-2, 149-168.
- Carrillo, A.M. (2001). Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México. *Gaceta Médica de México*, 113 (12), 564-73.
- Carillo, A. M. (2002a). Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional. *Acta Hisp Med Sci Hist Illus*, 22, 351-375.

- Carrillo, A. M (2002b). Economía, política y salud pública en el México (1876-1910). *História, Ciências, Saúde*, 9, 67-87.
- Carpio, M. (1839). Establecimiento de Ciencias Médicas. *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*, 4, 81-86.
- Carr-Saunders, A.M y Wilson, P.A. (1933). *The Professions*. Oxford: Clarendon Press.
- Casas, D., Reséndiz, S., Casas, I. (2009). Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. *Boletín Mexicano de Historia Filosofía Médica*, 12 (1): 9-13
- Castaño, Y., y Abel, R. (1999). *Medicina ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Bogotá: Fundación Creer.
- Castillo, J. (2011). Algunos comentarios a las reformas sanitarias latinoamericanas desde España. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16 (6), 2692-2694.
- Castillo, L. (25 de octubre 2016). Ley obliga a especialistas a obtener certificación médica Conamed. *Saludiarario*. Recuperado de <https://www.saludiarario.com/ley-obliga-a-especialistas-a-obtener-certificacion-medica-conamed/>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, (2), 167-197.
- Castro-Vázquez, M. D. (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad*, 16 (30), 43-83.
- Châtelet, F. (1980). *Introducción, en Historia de las ideologías*. México: Premiá
- Chauí, M. (2008). Cultura y democracia. *Crítica y Emancipación*, (1): 53-76.
- Cleaves, P. (1985). *Las profesiones y el Estado. El caso de México*. México: Colegio de México.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.
- Cocco, G. (2012). Bureaucracy and medicine, an unholy marriage. *Cardiovascular Medicine*, 15 (9), 243-244.
- Cockerham, W. (2015). Max Weber: Bureaucracy, formal rationality and the modern hospital. En F. Collyer. (Ed), *The palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (pp. 35-58). London: Palgrave Macmillan.
- Collado, R. García, J. (1975). Los médicos en México en 1970. *Salud Pública Mex*, 17 (3), 309-325.
- Comelles, J.M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.
- CONACEM. (2015). *Manual de Procedimientos del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C*. Recuperado de: <https://conacem.org.mx/index.php/acerca-de/manual-de-procedimientos-2015>

- CONACEM. (2017). *Marco jurídico: dependiente de la Ley General de Salud México*. Recuperado de: <https://conacem.org.mx/index.php/marco-juridico/estatutos-conacem>
- Consejo, C. y Viesca-Treviño, C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano Historia y Filosofía Médica*, 11(1), 16-20.
- Contreras, C. y Galindo, M.G. (2014). La Geografía Médica en México: breve reflexión sobre su pasado y porvenir. En M. V. Santana, M.G. Galindo, G. Santana, C. Contreras (Ed), *Salud, Geografía de la salud. Sin fronteras desde Iberoamérica* (pp. 58-71). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Cruess, R., Cruess, S., y Johnston, S.E. (2000). Professionalism and medicine's social contract. *The Journal of Bone and Joint Surgery American*, 82 (8), 1189-1194.
- Cruz, Á. (23 de octubre del 2011). UAM: inconstitucional, la reforma que obliga a médicos a certificarse. Viola autonomía de universidades y suplanta facultades de los colegios de profesionistas. *La Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2011/10/23/sociedad/037n1soc>
- De la Garza, E. (2000). *Sociología del trabajo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Garza, E. y Bouzas, E. (1998). Contratación Colectiva y Flexibilidad del Trabajo en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 60 (3), 87-122.
- Derber, C. (1983). *Professionals as workers: mental labor in advanced capitalis*. Massachussets: R.K. Hall.
- Derber, C., y Schwartz, W. (1992). ¿Nuevos mandarines o nuevo proletariado?. *REIS*, 59, 57-87.
- Díaz-Portillo, S., Idrovo, A., Dreser, A., Matías-Juan, B., y Wirtz, V. (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública México*, 57, 320-328.
- Díaz-Portillo, S., Reyes-Morales, H., Cuadra-Hernández, S., Idrovo, A., Nigenda, G. y Dresser, A. (2017). Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 459-165.
- Dijk, T. V. (2003). *Ideología y discurso*. Barcelona: Ariel.
- Dijk, V. T. (2009). *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa.
- Dimaggio, P.J. y Powell, W.W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. *American Sociological Review, United States*; 48 (2): 147-160.
- Dingwall, R. (1976). Accomplishing profession. *Social Review*, (24), 331-349.
- Dingwall, R. y Lewis, P. (1985). *The sociology of the professions: lawyers, doctors and others*. London: Macmillan Press.

- Dingwall, R. y Wilson, E. (1995). Is pharmacy really an 'incomplete profession. *Perspect Soc Problems*. 1995, 7, 111–28.
- Dolci, G., García, S. y González, M. (2015). La planificación y formación de Médicos Especialistas en México. En G. Fajardo, *La formación de médicos especialistas en México* (pp. 33). México, D.F: Intersistemas SA de CV.
- Donnangelo, M. (2011). *Medicina & Sociedade*. Sao Paulo: Huitec Editora.
- Doval, H. (2007). Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. *Revista argentina de cardiología*, 75 (4), 336-339.
- Dörre, Klaus (2010). La Precariedad ¿Centro cuestión social del siglo XXI?. *Revista Actual Marx Intervenciones*, 8, 79 – 108.
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades: la interpretación de una mutación*. Barcelona: Bellaterra.
- Duran-Arenas, L. (2001). Determinantes del estatus profesional de los médicos en México. *Gaceta Médica de México*, 137 (6), 509-520.
- Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: What are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 324: 835- 836.
- Elliot, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. México: Tecnos.
- Elston, M. (2004). Decline of medical autonomy. En J. Gabe, M. Bury y M. Elston (Eds.), *Key Concepts in Medical Sociology*(pp. 151-155). London: Sage Publication.
- Enríquez, J., Serrano T.A., y Cárdenas, R. (2012). Normalización y calidad en la gestión de servicios. En M. A. Alcántara, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp. 106-107). México, D.F: Secretaría de Salud.
- ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Fairclough, N. (1989). *Laguage and power*. Londres: Longman.
- Fairclough, N. (1995). *Critical Discourse Analysis. The critical study of language*. Londres: Longman.
- Faircough, N., y Wodak, R. (2000). Análisis crítico del Discurso. En T. V. Dijk (Ed), *El discurso como interacción social* (pp. 367-404). Barcelona: Gedisa.
- Fajardo, G., García, S., y González, J. F. (2015). La planificación y formación de médicos especialistas en México. En G. Fajardo y J. S. Lavallo, *La formación de Médicos especialistas en México: documento de postura* (pp. 31-42). México: Intersistemas S.A de C.V.

- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 3(2). Recuperado de <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/40/1180>
- Fernández, J. (2002). *Estructura y formación profesional*. Puebla, México: BUAP.
- Ferrer, M. (5 de junio de 2014). Juez ordena aprehender a 16 médicos del IMSS por negligencia en Jalisco. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2014/06/05/politica/006n2pol>
- Fierros, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México*, 150, 195-199. Recuperado el 2018 de 03 de 08, de [https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM\\_150\\_2014\\_2\\_195-199.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf)
- Finkel, L. (1996). *La organización social del trabajo*. Madrid: Tecnos.
- Flisser, A. (2009). La medicina en México hacia el siglo XX. *Gaceta Médica de México*, 145(4), 353-356.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 10(2), 152-170.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1999). Estrategias de Poder (págs. 363-384). Barcelona, España: Paidós Ibérica, S.A.
- Foucault, M. (2007). *Las palabras y las cosas*. Madrid : Siglo XXI editores.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- Frenk, J. (1995). Los Médicos en México, 1970-1990. *Salud Pública de México*, 37(1), 19-30.
- Frenk, J., Robledo, C., Nigenda, G., Ramírez, C., Galván, O. y Ramírez, J. (1990). Políticas de formación y empleo de médicos en México. *Salud Pública de México*, 32(4), 440-448.
- García, B. (2013). *Precariedad laboral y desempleo en México*. México: Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3538/10.pdf>
- García, J.C. (1981). La medicina estatal en América Latina(1880-1930)". *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 102-126.
- Garzón, J. (1974). *Carlos Marx: Ontología y revolución*. México: Grijalbo.
- Geertz, C. (2003). *Interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Gilly, A., y Roux, R. (2009). Capitales, tecnologías y mundos de la vida. El despojo de los cuatro elementos. En E. Arceo y E. Basualdo (Eds), *Las condicionantes de la crisis en América*

*Latina. Inserción internacional y modalidades de acumulación* (pp. 27-52). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

- Giroux, H. (1991). *Teoría y Resistencia en Educación*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Gómez, V.M. (1982). Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional. *Revista de la Educación Superior en México*, 58-59.
- Gómez-Sánchez, E., Vega, M. G., Fajardo, E., y González, G. (2018). Consultorios médicos adscritos a farmacias ¿Una opción de trabajo para recién egresados? *Revista de Educación y Desarrollo*, 44, 29-38.
- Graciano, R.A. (2006). Bioética: ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria? *Ágora Papeles de filosofía*, 25 (1), 135-165.
- Gramsci, A. (1978). *La política y el Estado moderno*. México: Premiá Editora
- Gramsci, A. (2003). *Notas sobre Maquiavelo: sobre la política y sobre el Estado moderno*. Buenos Aires: Nueva Visión Argentina.
- Granados, J. A. y Ortiz, L. (2003). Descentralización sanitaria en México: transformaciones en una estructura de poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 65(3):591-627.
- Guillen, M. (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista española de investigaciones sociológicas*, (51), 35-52.
- Gutiérrez, C. G. (2011). Valores morales y axiología. El fin y los medios. *Cirujano General*, 33, S117-S121.
- Gutiérrez-Alba, G., Gozález-Block, M., y Reyes-Morales, H. (2015). Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. *Salud Pública de México*, 57 (6), 547-554.
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la Acción Comunicativa*. Madrid: Tecnos.
- Haidar, J. (1992). Las materialidades discursivas: un problema interdisciplinario, *Revista Alfa*, 36, 139-147.
- Haidar y Rodríguez (1996). Funcionamiento del poder y de la ideología en las prácticas discursivas. *Dimensión Antropológica*, año 3, vol. 7, mayo/agosto
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid, España: Akal.
- Hernández, F. y Alcántara M. A. (2015). Niveles de evaluación de la Calidad. En M. A. Alcántara(Ed). *La Calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones* (pp.15-21). México D.F: Secretaria de Salud.
- Hernández, I. (2001). *La participación de los obreros en la construcción del IMSS* (Tesis de licenciatura). UNAM. México



- Hernández, J. (2014). *Revolutionary Medicine: homeopathy and the regularory of the medical profession in México 1853-1942* (Tesis de doctorado). Universidad de California. Estados Unidos.
- Hernández , H. (1982). Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980. En F. Ortiz (Ed). *Vida y muerte del mexicano* (pp.49-96). México: Folios Ediciones
- Hernández-Sáenz, L. M. (1993). *Learning to heal: the medical proffesion in colonial México 1767-1831* (Tesis de doctorado). Universidad de Arizona, Estados Unidos .
- Hernández, V., y Ordoñez, H. (2011). La mirada médica disciplinaria desde la perspectiva de la Medicina Social. *Salud Problema*, 4 (9), 50-58.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y de alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3), 202-209.
- Horwitz, N. (2006). El sentido social del profesionalismo médico. *Revista Médica de Chile*, 520-524.
- Hugues, E.C. (1992). *Le regard sociologique*. Paris: EHESS
- Ibarra, I., Martínez, G., Aguilera, N., Orozco, E., Fajardo-Dolci, G. y González-Block, M. (2013). Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud pública de México*, 55(3), 310-317.
- IMSS. (1983). *Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943-1983, cuarenta años de historia*. México: IMSS.
- Indeed. (01 de 06 de 2019). *Salarios de Médico/a general en México*. Recuperado de <https://www.indeed.com.mx/salaries/M%C3%A9dico/a-general-Salaries>
- Indeed. (01 de 06 de 2019). *Salarios de Médicos/a especialistas*. Obtenido de <https://www.indeed.com.mx/salaries/M%C3%A9dico/a-especialista-Salaries?start=10>
- INEGI. (2017). Salud, discapacidad y seguridad social. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=21702>
- Jarillo, E. C., Chapela, C. y Mendoza, J. M. (2005). Repercusiones de los nuevos sistemas de pago profesionales en la profesión y la formación médica. *Reencuentro*, (44), 1-15.
- Jarillo, E. C., Outón, M., y Salinas, A. (2011). *Formación y práctica de profesionales de la salud: una mirada a su historia en México*. México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Jarillo, E., Casas, D., y Contreras, G. (2016). La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 4 (11), 1-20.

- Jarillo, E., Mendoza, J.M. y Salinas, A. (2015). La formación de recursos humanos para la salud. En C. Tetelboin y J. A. Granados (Eds), *Debates y problemas actuales en medicina social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación* (pp. 85-114). México: UAM.
- Jimenez, C. (04 de 07 de 2018). Convocan a marcha nacional en apoyo a médico acusado de negligencia. *El Universal*. Recuperado de <https://oaxaca.eluniversal.com.mx/sociedad/07-04-2018/convocan-marcha-nacional-en-apoyo-medico-acusado-de-negligencia>.
- Jimenez, J. (2004). Cambios en el entorno del trabajo médico. *Revista Médica de Chile*, 132, 637-42.
- Johnson, T. J. (1972): *Professions and Power*, Londres: MacMillan.
- Jovell, A. y Narro, M.D. (2006). *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social*. Barcelona: Fundación Alternativas.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.
- Kószik, K. (1979). *Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo*. México: Ed. Grijalbo.
- Kumate, J. (1977). *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. México: El Colegio Nacional.
- Lanning, J.T. (1985). *The royal protomedicato: The regulation of the medical professions in the Spanish Empire*. Durham, NC: Duke University Press.
- Larson, M. S. (1979). *Professionalism: Rise and fall, International Journal of Health Services*, 9 (4): 607- 627.
- Larraín, J. (2007). *El concepto de ideología*. Santiago: LOM Ediciones.
- Laurell, A.C. (2007). Health system reform in Mexico: a critical review. *Int J Health Serv*; 37:515-35.
- Leal, G., Ulloa, O., Sánchez-Pérez, H., y León-Cortés, J. (2017). La seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado: "crónica de una muerte anunciada". *Estudios Políticos*, (41), 105-126.
- Lenin, V.I. (1975). *¿Qué hacer?* Madrid: Akal.
- Lenk, K. (2008). *El concepto de ideología. Comentario crítico y selección sistemática de textos*. Buenos Aires: Amorrortu
- León-Bórquez, R., Lara-Vélez, V. y Abreu-Hernández, L. (2018). Educación médica en México. *Fundación Educación Médica*, 21(3), 119-128.
- Lina, P.-M. M. (1945). *Dos etapas ideológicas del Siglo XVIII en México a través de los papeles de la Inquisición*. México, D.F: Fondo de cultura económica.

- López-Arellano, O. y Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, (33), 1-13.
- Loyo, M. (1973). *La seguridad social en México*. México: IMSS.
- Lukács, Georg. (1985). *Historia y conciencia de clase*. México: Grijalbo.
- Macdonald, K. (1995). *The sociology of the professions*. London: Sage.
- Malavassi, A. P. (2006). El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921. *Diálogos*, 7(1), 115-149.
- Mannheim, Karl. 2004. *Ideología y utopía: introducción a la sociología del conocimiento*. México: FCE.
- Martín-Serrano, M. (2009): *La producción social de la comunicación*. La Habana: Pablo de la Torriente y Félix Varela.
- Max, W. (1964). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Méndez, C. (2009). Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (3), 276-280.
- Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconomía y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, (33), 3-34.
- Menéndez, E. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. *Salud colectiva*, 1 (2), 195-223.
- Mendoza, J. E. (2018). La secularización de los hospitales y el ayuntamiento de la Ciudad de México ante el decreto de supresión de órdenes monacales, 1820-1822. *Andamios*, 15 (38), 339-364.
- Mentado, P. (20 octubre 2017). Médicos especialistas: cuánto ganan en México. *Unión Yucatán*. Recuperado de <https://www.unionyucatan.mx/articulo/2017/10/17/economia/cuanto-ganan-los-medicos-en-mexico>
- Merton, R.K. (1957). *The Student Physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud Dirección de Economía de la Salud. Ampliación del análisis comparativo de las remuneraciones médicas: Colombia, Perú, Chile, México, España y Ecuador incluido Canadá, EE.UU. y Argentina*. Informe Técnico Nro. DES – ES – 2015 – 006 (2). Recuperado de: [http://alemania.embajada.gob.ec/wp-content/uploads/2016/02/comparativo\\_salarios\\_profesionales\\_salud\\_19\\_oct\\_2015.pdf](http://alemania.embajada.gob.ec/wp-content/uploads/2016/02/comparativo_salarios_profesionales_salud_19_oct_2015.pdf)
- Mintzberg, H. (1987): *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel

- Muñoz, P. (07 de 07 de 2014). Trabajadores enfrentan precarización de las condiciones de su retiro: Gustavo Leal. *La Jornada*, pp. 1-4.
- Musgrove, P. y González-Block, M. (2007). La integración funcional del Sistema de Salud de México: algunas consideraciones preliminares. México D.F: Foro de Liderazgo en Salud. Hacia la Integración Sectorial.
- Nigenda, G. (1994). *Doctors and Corporatist politics: The Case of Mexican medical profession*. Tesis de doctorado. London: School of Economics.
- Nigenda, G. (1995). Asociaciones médicas y políticas corporativas en México: Apuntes sobre algunos cambios recientes. En M. Machado, *Profissoes de Saude: Uma abordagem sociológica* (pp. 63-73). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Aguilar-Martínez, M. E., y Bejarano-Arias, R. (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Pública de México*, 54 (6), 616-623.
- Notimérica. (Junio de 2016). Médicos mexicanos, en huelga por el nuevo Sistema de Salud Universal. Notimérica Sociedad. Recuperado de <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-medicos-mexicanos-huelga-nuevo-sistema-salud-universal-20160622124000.html>
- Numerato, D., Salvatore, D. y Fattore, G. (2012) The impact of management on medical professionalism: a review, *Sociology of Health & Illness*, 34 (4) , 626– 44.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones 2016*. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- OMS. (2017). *Health Workforce. Working for Health: five years action plan for health employment & inclusive economic growth adopted at the 70th Worl Health Assembly*. Recuperado de [http://www.who.int/hrh/news/2017/working4health\\_fiveyearactionplan/en/](http://www.who.int/hrh/news/2017/working4health_fiveyearactionplan/en/)
- Orozco, D., Pedrera, V., Gil, V., Prieto, I, Rivera, M., y Martínez, P. (2004). Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*, 33, 69-77.
- Ortiz-Quesada, F. (2000). *Hospitales*. México: Mc-Graw-Hill-Interamericana.
- Parsons, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Editorial Alianza.
- Partida, J.C. (Junio del 2014). #Yosoy17, campaña apartidista que nació de la indignación: promotores. *La jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2014/06/21/estados/026n1est>
- Patiño, J. F. (2004). El profesionalismo médico. *Revista Colombiana Cirugía*, 19 (3), 146-152.
- Pellegrino, E. (1990). The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics, *Boletín de PAHO*, 24 (4): 370.

- Pérez, J. A., y Ceballos, G. (2019). Precariedad laboral en México de 2005 a 2015 a través del modelo logístico ordinal. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 28 (55), 109-133.
- Petrakaki, D., Barber, N. y Waring, J. (2012). The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (re/de-)professionalisation of pharmacists in England. *Social Science & Medicine*, 75 (2), 429– 37.
- Pichardo-Palacios, S. (2014). Las relaciones laborales y sindicales en Farmacias Similares y Asociados. *Trabajo*, 8, 59-77.
- Plan de estudios de la carrera de médico cirujano y de especialistas en ciencias médicas. (1907). *Gaceta Médica de México*, 2 (2), 67-84.
- Pozas, R. (1977). El movimiento médico en México 1964-1965. *Cuadernos políticos*, (11), 57-69.
- Pozas, R. (1993). La Democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965. México: Siglo XXI.
- Programa Sectorial en Salud. (2013). Estrategia Nacional para la consolidación de la Calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. México: Publicado en el Diario Oficial de la Federación.
- Ramírez, J. L., Ocampo, R., y Rodríguez, F. (2009). *Anales de Radiología México*, 4, 331-335.
- Reboul, Olivier (1986). *Ideología y lenguaje*. México: FCE.
- Reyes, H., Gómez, E. y Gutiérrez, G. (2014). Guías de práctica clínica: La experiencia Internacional y los retos para su implementación. En G. J. Dávila J, *Medicina basada en evidencias. Las Guías de Práctica Clínica* (pp. 235-248). México D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Ritzer, G. y Walczak, D. (1988). Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces*, 67, 1, 1– 22.
- Rivera A. (3 diciembre 2017). Exigen médicos que sea el estado quien los certifique. *El Universal*, Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/exigen-medicos-que-sea-el-estado-quien-los-certifique>
- Rivera-Tapia, J. A. (2003). La situación de salud pública en México (1870-1960). *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*, 6 (1), 40-44.
- Rodríguez J. y Guillen M. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Reis [en línea]*, 59 (92), 9-18.
- Rodríguez, J. y Guillén, M. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Reis*, 59, 9-18.
- Rodríguez, M. (2013). La academia Nacional de Medicina de México (1836-1912). *Gaceta Médica de México*, 149, 569-75.

- Rodríguez, M. E. (2014). De la sección médica a la Academia de Medicina de México. En V. T. Carlos, *La Academia Nacional de Medicina de México. 150 años de actividad ininterrumpida* (pp. 51-69). México, D.F.: Intersistemas S.A de C.V.
- Rojas, S. (2016). La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud colectiva*, 12 (2), 189-201.
- Ross, P. (2005). *From sanitary police to sanitary dictatorship: México Nineteenth-century public Health movement*. Tesis de doctorado. Universidad de Chicago: Estados Unidos.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México D.F: Secretaría de Salud.  
doi:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>
- Secretaría de Salud. (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México, D.F: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2017). «Recursos humanos en salud: numeralia de médicos en el país». Recuperado de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/e\\_rhumanos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/e_rhumanos_gobmx.html)
- Secretaría de Economía. (2009). Ley Federal de Metrología y Normalización. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/107522/LEYFEDERALSOBREMETROLOGIAYNORMALIZACION.pdf>
- Smith, R. (1998). Renegotiating medicine's contract with patients: The GMC is leading the way. *British Medical Journal*, 316, 1622-3.
- Smith R. (2001). Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. Editorial. *British Journal of Medicine*; 322: 1073-4
- Solórzano, A. (1996). La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949. *Revista Mexicana de Sociología*, 58 (1), 173-203.
- Solomino, G. (1957). *Historia y medicina Figuras y hechos de historiografía médica mexicana*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sosa, S. (1889). Nuestro programa. El Estudio. Semanario de ciencias médicas. Órgano del Instituto Médico Nacional 1889; 1(2): 1.
- Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: FCE.
- Thompson, J. B. (1985). *Studies in the theory of ideology*, California: University of California Press.
- Thompson, J.B. (2002). *Ideología y cultura moderna*. México: UAM-X.



- Torres, R. (11 de 06 de 2014). Médicos exigen en redes sociales derechos laborales. *El Universal*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/estados/2014/medicos-exigen-en-redes-sociales-derechos-laborales--1016516.html>
- Toro, A. (2011). Consideraciones acerca de las cualidades del buen médico y del profesionalismo en medicina. *Acta Médica Colombiana*, 36 (1), 45-50.
- Touraine, A. (2000). *Crítica de la modernidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Urbina, M. (2016). *Los determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud*. México, D.F.: Intersistemas, S.A de C.V.
- Urteaga, E. (2008). Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*, 18, 169-198.
- Valle-Flores, M. A. (Marzo de 2000). La regulación de los mercados profesionales en México: el papel de los gremios. En CLACSO (Presidencia). Conferencia llevada a cabo en el XXII Congreso Internacional Latin American Studies, Miami
- Viesca, T. (2011). Reflexiones acerca de los planes de estudio de la Facultad de Medicina en el Siglo XXI. *Gaceta Médica de México*, (147), 132-136.
- Weber, M. (2004). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Wilensky, H.L. (1964) The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70 (2): 137-158.
- Wynia, M. (2008). The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51 (4), 565-578.
- Yamura, E. (2014). Trust in Government and its effect on preferences for Income redistribution and perceived tax burden. *Economics of Governance*, 15 (1) ,71-100.
- Zemelman, H. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Polis*, 27, 2-10.
- Zertuche, F. (1980). *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944*. México: IMSS.
- Zurger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 350, 69-75.

## **Anexo I Guía de entrevista**

### **I. Identificación.**

Escuela de procedencia licenciatura: \_\_\_\_\_

Años en ejercicio de la profesión: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Institución de procedencia de Licenciatura: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horas de desempeño profesional: \_\_\_\_\_

Número promedio de consultas al día: \_\_\_\_\_

Remuneración: Por salario: \_\_\_\_\_ b) por consulta \_\_\_\_\_ c) por comisión \_\_\_\_\_

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edo Civil: \_\_\_\_\_

### **II. Profesional de la Medicina**

¿Qué significa ser un profesional de la medicina?

¿Qué se necesita para ser un buen profesional de la medicina?

¿Cuáles son los problemas que enfrenta actualmente un profesional de la medicina?

¿Cuál crees que sea el futuro de la profesión médica en México?

¿Qué diferencias crees que exista entre los profesionales de la medicina de hoy y los de hace 20 años?

¿Cómo te sientes de ser un profesional de la medicina?

### **III. AUTONOMÍA**

¿Crees que existan diferencias en el ejercicio de la profesión en el medio institucional y privado? ¿Cuáles?

¿En qué medio consideras se puede ejercer con mayor libertad tu profesión?

¿Cuáles son las principales barreras con las que te enfrentas para ejercer tu profesión?

¿De qué manera vences estas barreras?

¿Desde hace cuantos años percibes grandes cambios en el ejercicio de tu profesión y qué tipo son?

¿Cuentas con lo necesario para desarrollar tu profesión de la manera más adecuada?

¿Has pensado en ejercer tu profesión en otro medio?

### **IV. DOMINIO DE CONOCIMIENTOS**

¿Consideras que cuentas con los conocimientos necesarios para ejercer tu profesión?

¿Crees necesario que existan organismos que avalen tus conocimientos como profesional?

Podrías mencionar si perteneces a un organismo, academia o consejo que certifique tu profesión.

¿Cuáles con las ventajas y desventajas de pertenecer a ese organismo, academia o consejo?

Consideras que tu salario es proporcional al dominio de conocimientos avalado por el organismo, academia o consejo? ¿Por qué?

### **V. NORMAS Y VALORES**

¿Cuáles son las normas que regulan el ejercicio profesional de la medicina en nuestro país?

¿A quién le corresponde establecer las normas para el ejercicio de los profesionales de la medicina?

Tu profesión responde a tus expectativas y necesidades

Cuáles crees que sean los valores más importantes de tu profesión

Cuáles crees que sean los valores que sean más susceptibles en estos momentos?

### **VI. RECONOCIMIENTO SOCIAL**

¿Qué beneficios tiene el profesional al desarrollar su profesión dentro de la institución del sector salud (o institución privada)?

Consideras que eres reconocido por tus compañeros.

Consideras que eres reconocido por tus pacientes

Consideras que eres reconocido por tus jefes mediatos

¿Consideras que el pago por tu ejercicio profesional es proporcional a las exigencias de tu profesión?

### **VII. HEGEMONIA**

¿Qué significado tiene para ti la enfermedad?

¿Qué determinante consideras más importante en el desarrollo de la enfermedad, el biológico, el social, el político, el económico? ¿Por qué?



¿Consideras que la salud-enfermedad actualmente ha servido al servicio de la comercialización? ¿Por qué?  
¿Crees que la medicina científica dé solución a todos los problemas de salud?  
¿Cuál crees que sea la mejor profesión en este momento?  
Podría describir ¿por qué es eficaz tu profesión en relación a otras profesiones?

#### VIII. DOMINACION

¿Cuáles son los problemas que enfrentas en la relación con el paciente?  
¿Qué características tiene la relación con los compañeros?  
¿Cuáles son los problemas que enfrentas en la relación con los compañeros?  
¿Qué características tiene la relación con tus jefes mediatos?  
¿Cuáles son los problemas que enfrentas en la relación con tus jefes mediatos?

#### IX. RESISTENCIA

¿De qué manera usted cubre las necesidades en salud de los pacientes en su ejercicio profesional?  
¿Cómo superas los problemas en la relación con el paciente?  
¿Cómo superas los problemas en la relación con los compañeros?  
¿Cómo superas los problemas en relación con tus jefes mediatos?  
¿Cuáles son los principales problemas con los que te enfrentas en tu ejercicio profesional y como los enfrentas?

## Anexo 2. Carta de Consentimiento informado

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

La presente investigación : “SIGNIFICADOS DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN RELACION A SU PROFESION EN EL MARCO DE LA IDEOLOGIA DOMINANTE”, la cual está bajo la autoría y responsabilidad de quien suscribe: Alejandra Rodríguez Torres, tiene como objetivo principal analizar el significado de los profesionales de la medicina en relación a su profesión en el marco de la ideología dominante para lo cual realizará un reconstrucción socio-histórica de la profesión médica en México para después acercarse a los actores en momento actual y así poder articular las expresiones de significado de la profesión en el marco de la ideología dominante.

Esta investigación la importancia de esta investigación radica en demostrar desde los actores la subjetividad determinante y determinada de la profesión médica construida socio históricamente y contextualizarla en el momento actual en diferentes escenarios.

Estos objetivos requerirán realizar una entrevista audio grabada, aclarando que el contenido mantendrá completamente el anonimato y se respetando en todo momento la voluntad de su participación al igual que en el caso que así usted lo desee dar por concluida dicha entrevista.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la persona entrevistada

\_\_\_\_\_

Firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_

Firma del testigo