



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**“Profesión y práctica médica. El caso de médicos que laboran en consultorios de la  
Fundación Best”**

COMUNICACIÓN IDONEA DE RESULTADOS

REPORTE FINAL DE INVESTIGACIÓN

P R E S E N T A

**SANTIAGO PICHARDO PALACIOS**

208380032

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRO EN ESTUDIOS SOCIALES

(LINEA ESTUDIOS LABORALES)

DIRECTOR: MTRO. MARCO ANTONIO LEYVA PIÑA

JURADOS: DR. RAÚL NIETO CALLEJA

DR. JAVIER RODRÍGUEZ LAGUNAS

IZTAPALAPA, D.F., JULIO 2010

**Dedicatoria:**

**A todas y cada una de las personas que se han cruzado en mí camino y han contribuido de una u otra manera en este gran proceso de aprendizaje de la vida.**

**A todos ellos mil gracias**

## ÍNDICE

### **Capítulo I. El estudio de las profesiones**

- 1.- La profesión y su construcción histórica
- 2.- Las teorías funcionalistas. El orden social y las profesiones
- 3.- El enfoque micro de las profesiones
- 4.- El enfoque crítico. La profesión como conflicto entre conocimiento y poder
- 5.- El declive de las profesiones
- 6.- Estrategia metodológica

### **Capítulo II. La profesión médica**

- 1.- La profesionalización de la medicina
- 2.- La profesión médica en México y su vinculación con el Estado
  - a. La formación académica y el modelo biomédico de atención a la salud
  - b. El proyecto nacional de salud de la revolución mexicana y la profesión médica
- 3.- La profesión médica en el modelo de desarrollo neoliberal

### **Capítulo III. Los mercados de trabajo de los médicos y su organización social de trabajo.**

- 1.- Los estudios de los mercados de trabajo
- 2.- Organización y mercado de trabajo
  - a. características del mercado médico en Farmacias similares
  - b. Los actores del mercado
    - La empresa Farmacias similares
    - Los médicos en los consultorios de la fundación Best localizados en la delegación Iztapalapa

### **Capítulo IV. La identidad profesional de los médicos**

1. – Las teorías de la identidad
- 2.- La identidad profesional de los médicos de los consultorios de la Fundación Best
  - a. La práctica médica
  - b. La autonomía profesional
  - c. La ética profesional
  - d. El orgullo profesional

### **Conclusiones**

### **Bibliografía**

### **Apéndice metodológico**

## INTRODUCCIÓN

En la Sociología, las profesiones son un objeto de estudio de primer orden para la comprensión de la constitución y reproducción de la sociedad. Incluso algunos autores plantean que colocar atención en la dimensión profesional es una prioridad para el entendimiento de procesos socio culturales fundamentales de las sociedades actuales, como es el caso de las identidades sociales que se encuentran en disputa teórica por la emergencia y fortalecimiento de severas transformaciones que se observan en el trabajo y la producción, las migraciones, transformaciones estatales y culturales, por ejemplo.

En los discursos sociológicos predominantes se coloca interés en las profesiones, como son los casos del estructural funcionalismo, del interaccionismo simbólico, del marxismo y del enfoque accionalista de Weber, aunque esa lectura sea menos intensa en comparación a otras dimensiones como el de las clases sociales; sin embargo, las profesiones tienen su propia legitimidad en la Sociología por ser una unidad de análisis específica de la organización de la sociedad. Pese a la diferencia de modelos y teorías de las profesiones hay puntos en común que se comparten en los análisis que son los aspectos de la política, la ética, la cultura y la economía. Desde estas dimensiones se analizan a las profesiones en su relación con la organización social que conforman y de la que son conformadas, a las actividades propias de los profesionistas por medio de su significación subjetiva y de la estructuración de los mercados de trabajo que los distinguen de los oficios.

Desde las perspectivas teóricas de la Sociología se fundan una serie de problemáticas que vinculan a las profesiones con la sociedad, otras se centran en el análisis de los grupos profesionales en sus múltiples interacciones y unas de corte neoweberianas observan como las profesiones en el reconocimiento de su competencia jurídica y legitimación de sus privilegios monopolizan segmentos del mercado de trabajo.

La variedad de teorías, métodos y técnicas que giran en relación al núcleo de análisis de las profesiones denotan que son un objeto de estudio interesante para entender el comportamiento o la acción social de actores laborales que requieren de miradas particulares o diferentes para su comprensión que sienten diferencia con las modalidades teóricas centradas en los obreros o en los trabajos informales o atípicos. Por lo menos, cuando se habla de profesión hay elementos distinguibles con relación a otros actores socio- laborales que se centran en oficios o que carecen de ellos, como son: el monopolio del conocimiento, control de la organización del trabajo, estudios universitarios y

autorregulación. Estos elementos de distinción entre sujetos laborales expresan formas de organización sociopolítica, prácticas y comportamientos que exigen y permiten la búsqueda de formas de construcción de conocimiento que reconozca la heterogeneidad estructural, cultural y subjetiva, de poder y acción de trabajadores y empleados, tanto en el espacio privado como público. En este sentido, el enfoque de las profesiones es una opción legítima en el campo de los estudios laborales, que en el caso de México ha tenido una recepción limitada pero que tiene un potencial para el entendimiento de conjuntos de población que trabajan pero que guardan diferenciaciones estructurales, culturales y de poder.

En la discusión teórica del futuro de los trabajadores pululan una serie de tesis como la inevitable degradación del trabajo que aparece como una especie de homogenización hacia la baja de condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores. Entonces para las clases medias implicaría un proceso de proletarización y para los trabajadores asalariados sería un empobrecimiento brutal y pérdida de control de sus procesos de trabajo. Este tipo de apreciaciones conceptuales ha sido objeto de una intensa crítica puesto que no a todos los actores laborales les va de la misma forma, ni todos se comportan con los mismos sentidos de la vida, ni todos pierden poder en términos de los vaivenes estructurales.

Con referencia a estas apreciaciones, aparecen en las profesiones tentaciones teóricas similares a las que se tratan para los oficios. Ante los fenómenos del neoliberalismo y la mundialización combinados con discursos de la posmodernidad han generado procesos como la reestructuración del trabajo a nivel internacional, la flexibilidad laboral, la precarización del empleo, la conformación de nuevas culturas laborales que han afectado a la estructura y funciones del Estado-Nación, al trabajo y la producción, al poder de los trabajadores y sindical, como a la producción de subjetividad cuyos resultados son el fortalecimiento de la individuación, crisis de las identidades, entallamiento de lo público y la variación de la vida social. Ante este tipo de modificación de las condiciones estructurales, políticas y culturales se plantea la tesis de la desprofesionalización como un potencial destino de esa forma de organización social. Esta tesis, al igual que los oficios en su propio espacio, hay que confrontarla con la evidencia empírica y colocar en duda la existencia de una especie de ley o tendencia que conduce a una homogeneización hacia la baja de todas las profesiones sin importar las mediaciones de poder y de subjetividad que se encuentran articuladas a las condiciones estructurales.

En este sentido, una pregunta necesaria que me hago, desde este nivel de conocimiento, es saber si todas las profesiones tienden a una igualación de sus condiciones estructurales hacia la baja y si esa posible tendencia elimina uno de los aspectos centrales en el conocimiento de las profesiones que es el proceso de construcción de identidad. Es probable que algunos profesionistas vivan el proceso de desprofesionalización, otros se mantengan en su estatus habitual y otros más se estén profesionalizando e inclusive reprofesionalizando.

Ante esta posible situación compleja de la profesión es necesario reflexionar respecto a si el proceso de desprofesionalización- reprofesionalización puede ser totalmente inteligible sólo a partir de una perspectiva estructural o exige de la incorporación del poder y de la subjetividad, por ejemplo la inclusión de la complejidad de la construcción de las identidades que en relación y en juego con las condiciones estructurales pueden responder a una amplia gama de respuestas y comportamientos de los profesionistas en tiempos neoliberales y de mundialización extrema.

Desde esta plataforma de preocupaciones que justifican el enfoque de las profesiones me interesa analizar lo que sucede con la profesión del médico. En particular esta inquietud por los médicos nace del origen y fortalecimiento de las Farmacias Similares, las cuales utilizan médicos en consultorios anexos a la misma farmacia y que se han hecho populares en el país e inclusive en otros países de AL.

Este tipo de servicio médico en el país se presenta como una opción de atención médica para las clases populares, un fuerte apoyo para la economía popular, una especie de salvamento de la salud en tiempos de crisis ante los límites que tiene el Estado para responder a las demandas de la población empobrecida y una medicina gerencial encarecida a la que tienen acceso sólo una minoría de la población.

Entonces, la pregunta básica es si los médicos que trabajan en las farmacias similares se pueden entender como una expresión de la desprofesionalización de los médicos o se requiere de la aplicación de la historia, del contexto y de situaciones políticas para entender la complejidad de la emergencia de un tipo de atención médica que se ha extendido de forma vertiginosa en amplias capas de la población mexicana.

Asimismo, el fenómeno de desprofesionalización, si se ve desde el ángulo de las identidades profesionales puede adquirir matices significativos; tal vez estos médicos estén reconstruyendo su identidad en una notable competencia al interior de la profesión, quizá tener empleo en una situación de desempleo médico pueda ser considerado como

una bendición y para los médicos que tienen una posición asegurada en el sistema de salud puedan concebir a los médicos de los similares como una maldición o que ellos se consideren asimismo como una opción para los pobres, autoidentificación que puede contribuir a la formación de una identidad que coloca en entredicho a las tradicionales visiones de lo que significa ser médico y de sus prácticas orientadas por un código ético.

La medicina es objeto de severas críticas, son clásicas las realizadas por Michel Foucault e Ivan Illich. Para el intelectual francés el discurso y la práctica médica son entendidos a partir de los efectos de poder, de la necesidad estatal de controlar a la población; el segundo señala, en *Némesis Médica*, la iatrogénesis de la medicina y de su poder de expropiación de la salud al lego. Esta rica perspectiva de análisis crítico se ha intensificado y es común encontrar en la literatura de la medicina, inclusive en la escrita por los propios médicos, sendas reflexiones de lo qué significa ser médico y formar parte de esa profesión.

Estamos en un momento histórico de cierto pesimismo, quizá bien ganado, en el que la medicina se cuestiona desde sus propios fundamentos. Son sustanciales las críticas que se realizan al modelo biomédico, que tiene su nacimiento conceptual en las entrañas de la filosofía de Descartes, y desde ese referente se realizan en cascada un sinnúmero de objeciones que llegan hasta la relación del médico con el paciente en el consultorio.

La medicina y la profesión del médico se encuentran fuertemente cuestionadas, y en la gestación de este ambiente, el modelo de desarrollo neoliberal ha desempeñado una acción fundamental. Es frecuente leer en libros y artículos médicos que el ejercicio de la profesión se ve cada más expuesto a desviaciones de su concepción original, en donde el respeto, la prudencia, y el secreto profesional constituyen características esenciales de la profesión médica. Asimismo, se asienta que con el neoliberalismo se ha generado una deshumanización de la medicina y la profesión se ha visto obligada a abandonar muchos de sus principios que le daban cohesión como: vocación, disciplina, competencia y compromiso.

Esta situación se considera como una expresión de una aguda crisis de la profesión, que conduce a plantearse que es diferente trabajar de médico que ser profesional médico. Lo primero implica la conversión de seres humanos en meros objetos, la despersonalización, indiferencia y frialdad humana, la ganancia como orientación de la práctica médica; en cambio, la profesión médica requiere, desde una visión nostálgica, la recuperación de

viejos valores como la vocación, responsabilidad, integridad, formación científica, humanismo y compromiso.

Desde el referente de la reprofesionalización del médico se reflexiona acerca de la vigencia de los valores tradicionales expuestos, como la vocación de servicio, la responsabilidad y el compromiso; se busca la reactualización de éstos y de la incorporación de otros como la excelencia, rendición de cuentas, protección de la salud individual y colectiva, y la gestación de nuevas prácticas médicas por medio de competencias técnicas y humanísticas, amén de una cuestión relevante: la adherencia irrestricta a los códigos de ética médica. Se propone el enriquecimiento de la profesión por medio de la reactualización de competencias científicas, técnicas, humanas y éticas.

En esta disputa abierta de la profesión, desprofesionalización y reprofesionalización del médico es donde me instauró para la problematización de los servicios de atención de las farmacias de similares. En ninguno de los trabajos revisados de la profesión del médico hay una situación parecida a la de los médicos de los Consultorios Best; aunque sea aventurado parece que estamos ante una situación inédita en la que se une la generación de un servicio médico específico con el consumo de una serie de medicamentos que requerían la construcción de un mercado propio.

El médico de estos consultorios ya nace delimitado por esa condición estructural, pero la cuestión es saber si puede ser caracterizado por esa situación como una expresión de desprofesionalización o no; quizá la dinámica de la construcción del mundo es más compleja y para una respuesta a esa interrogante se requiere la inclusión de: la historia, el contexto, las relaciones de poder, la cultura y la producción de subjetividad. En este sentido, hay que preguntarse cuál y cómo es la respuesta de este médico ante esa condición estructural desde el enfoque de las profesiones y si hay la formación de una nueva identidad profesional que permita vinculaciones novedosas con los pacientes que pertenecen a las clases populares, para las que fue creado ese servicio en particular.



# Capítulo I. EL ESTUDIO DE LAS PROFESIONES

## 0. Introducción

El concepto de profesión, como se conoce actualmente, está ligado al proceso de industrialización, ya que la idea de una "profesión" no existía en la antigüedad; aunque en la edad media, la medicina, el derecho y la carrera clerical empezaron a aproximarse a la concepción moderna de las profesiones.

En la actualidad el término "profesión" incluye una diversidad de ocupaciones distribuidas a lo largo del continuo de los niveles altos y medios de prestigio social, este hecho está vinculado al supuesto histórico de que las clases medias están en ascenso por la expansión de las ocupaciones profesionales y de ocupaciones en búsqueda de reconocimiento del estatus profesional; en este sentido la profesión es vista por Hughes como una etiqueta simbólica de un estatus deseado o como una demanda de estatus, de acuerdo a Habenstein. Ahora bien, junto al desarrollo de una economía industrial el sistema ocupacional se volvió más riguroso y extenso, cimentado en el aumento del conocimiento técnico y la especialización, lo cual hizo que se expandiera la educación y cambiara la función del sistema educativo (Elliot, 1975:14), el cual, en gran parte, se vuelve la parte esencial de la legitimación de lo que es una profesión.

Así, podría pensarse que el deseo de profesionalizar una ocupación conduciría a colocarse en un mejor sitio en la estratificación de la estructura ocupacional pues aporta mayores ingresos, mayor prestigio, mayor autonomía de trabajo, una mayor satisfacción profesional y la protección de la competencia. Conforme a esta idea se ha llegado a pensar que sería prescindible el concepto de profesión, pues éste forma parte de procesos cambiantes y por tanto sería más pertinente hablar de profesionalización (Hualde, 2000: 665). Profesionalización, haciendo referencia a la dinámica social, es el proceso en el cual las ocupaciones buscan el reconocimiento como profesiones, lo cual traería mayores beneficios sociales y económicos puesto que la categoría de profesión se aparta de las ocupaciones simples. De esta manera el adjetivo "profesional", refiriéndose al sujeto, se usa en un sentido opuesto a aficionado o principiante y se diferencia de un trabajo no especializado.

En términos generales, se han elaborado múltiples definiciones de "profesión" que intentan dar cuenta de los aspectos esenciales que han pervivido a lo largo del tiempo en la construcción de esta ocupación. Las definiciones de la profesión son variadas y, a

veces, contradictorias. Esta confusión se puede explicar por el desarrollo diferenciado de las profesiones en los Estados Unidos y la Europa continental, puesto que las profesiones surgen, por un lado, por la competencia de mercado y la atención del cliente que lleva a buscar el reconocimiento social mediante la certificación del poder público; por el otro lado, tenemos que las profesiones son reconocidas por el Estado, el cual emplea a los profesionistas en el servicio civil. En esta línea, Freidson (2001) ha sugerido que el profesionalismo es un problema que no tiene que ver con la inclusión de los rasgos o atributos en una definición, sino que es creado por intentar tratar la profesión como si fuera un concepto genérico en lugar de un concepto histórico con raíces particulares en las naciones industriales y que están fuertemente influenciadas por las instituciones anglo-estadounidense. (Waddington)

Como punto de referencia podríamos definir a la profesión como “una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales” (Fernández, 2001: 2)

De esta definición, los elementos que se desprenden son: monopolización de la actividad, conocimiento especializado, autonomía profesional y la función social de tal ocupación. En este punto es de mencionar que dichos elementos, respecto al foco de investigación, se relativizan en tanto que las condiciones laborales de los médicos que se estudian presentan características que se alejan de la definición. Sin embargo, sin importar las categorías utilizadas en cualquier definición, cuando se elige a un sujeto para insertarlo en una categoría, éste sólo puede adecuarse de manera parcial y nunca de manera absoluta a tal definición. De tal manera, la conformación de una definición formaría un tipo ideal que permite identificar un fenómeno social para examinar el papel que juega dentro de la estructura social general para dar cuenta de su complejidad, en vez de aislarlo para su análisis individual (Elliot 1975:16).

En este capítulo haremos un recuento de las diferentes teorías y enfoques que han abordado el estudio de las profesiones, haciendo un recorrido desde los principios de éstos estudios hasta llegar a los enfoques que evidencian la crisis de las profesiones en la situación actual.

Los estudios sobre las profesiones se han abordado desde la perspectiva histórica, dentro de éstos se encuentran el análisis de modelos explicativos (Ballesteros, 2007: 114) o el que realiza Elliot que marca el proceso de transformación de las profesiones de la etapa

preindustrial a la industrial tomando como base “la división del trabajo social” de Durkheim (Elliot, 1975: 15); otros priorizan el aspecto de las agrupaciones u organizaciones profesionales como un sello distintivo de las profesiones (teorías funcionalistas); otros más, se enfocan en el empleo como realización del sujeto (teorías interaccionistas); por su parte, hay posturas que ven a la profesión como parte de grupos que buscan aumentar su poder respecto de otros grupos sociales y que tienen en su autonomía grupal la característica principal del profesionalismo (teorías críticas); por último, los enfoques que ven los cambios que sufren las profesiones en la pérdida de su autonomía, en la pérdida prestigio, de los salarios más bajos y las peores condiciones de trabajo (teorías del declive).

## **1. La profesión y su construcción histórica**

A rasgos generales, históricamente, las profesiones se fueron creando con el desarrollo de las universidades, bajo los auspicios religiosos, en las que los aspirantes a profesionales tenían un largo entrenamiento en los campos elegidos y comenzaron a constituir una nueva clase de intelectuales. En el siglo XVIII con la secularización de la sociedad, se pasa del control religioso de las profesiones a las asociaciones profesionales con lo que se conseguía un estatus independiente. El término originalmente hacía referencia a un número limitado de ocupaciones, que eran las ocupaciones sólo en la Europa pre-industrial, que permitían a la gente sin ingresos ganarse la vida sin entrar en el comercio o trabajo manual. El derecho, la medicina y la teología constituyen las tres profesiones clásicas, pero los oficiales en el ejército y la marina también se incluyeron en las filas de las profesiones. (Weddington). Para el siglo XIX, las ocupaciones de la clase media como la odontología, arquitectura, ingeniería y empezaron a buscar su profesionalización pues aspiraban a la condición de “Caballeros” para ejercer una profesión liberal (Dingwall y Lewis, 1983).

En los siglos XIX y XX, el profesionalismo se desarrolló con la creciente división del trabajo y la racionalización de industrialización de Europa y los Estados Unidos, hecho que llevó a las personas que profesaban una ocupación a intentar profesionalizar su trabajo para mejorar su situación y ser competidores en las economías de mercado; además, querían mejorar sus posiciones económicas, asegurando espacios ocupacionales para sus servicios (Ritzer y Walczak, 1986). En los Estados Unidos, las universidades desempeñan el papel clave de la transferencia del *know-how* técnico y de

la cultura de profesionalismo a las nuevas generaciones de aspirantes a profesionales (Bledstein 1976).

Este breve resumen, de la conformación de las profesiones, nos permite ver varios elementos que se transforman: el paso del control de la iglesia a las asociaciones profesionales; el prestigio de la profesión y; la búsqueda de la profesionalización como una exigencia de especialización para ingresar y competir en la economía de mercado.

Ahora bien, estos elementos se han retomado en los estudios históricos por los modelos explicativos. Dentro de éstos se encuentran: el modelo católico de los cuerpos profesionales; el modelo de reforma protestante o colegial; el modelo liberal. Los tres modelos son tipos ideales que dan cuenta de la evolución histórica de las profesiones en un sentido weberiano que evidencia las tensiones entre uno y otro, así como su combinación histórica (Ballesteros, 2007:115).

Por su parte, Elliot hace un análisis histórico que pone énfasis en el paso de la sociedad preindustrial a la industrial en Inglaterra para explicar la transformación de las profesiones. En este punto, haremos un recuento breve de su análisis pues consideramos que nos aporta elementos interesantes para la explicación de las profesiones en su expresión actual.

Este enfoque histórico apunta el cambio de la profesión de estatus a la profesión basada en la especialización de conocimientos. Este autor considera que el profesionalismo de estatus era poco importante para la organización del trabajo o para los servicios en la comunidad, aunque ocupaban un alto puesto en el sistema de la estratificación social.

Los procesos de cambio en las profesiones dependían de los cambios fundamentales de la estructura básica social y económica. El avance de la tecnología industrial y la economía de mercado cambiaron la relación entre la ocupación y el *estatus* social. En la sociedad pre-industrial el más alto *estatus* no se dedicaba a trabajos y ocupaciones, en el sentido moderno, a una actividad específica con un valor en el mercado, los profesionales era un accesorio de los grupos más prestigiados de la sociedad. Por el otro lado, las ocupaciones en la época industrial, adquirieron importancia a causa del desarrollo del poder laboral como una utilidad importante en la economía de cambio; este cambio, dentro de la estructura social ha supuesto un impacto importante sobre las profesiones y convirtió a la profesión en una característica fundamental de la organización social moderna. De esta manera, tenemos que el desarrollo de la profesión moderna es una mezcla de profesionalismo de *estatus* y especialización ocupacional. En este tenor, la

nueva clase media, que surgió de las nuevas fuentes de riqueza industrial, ejerció gran presión para cambiar los sistemas educativos-ocupacionales y adaptarlos a sus necesidades. (Elliot, 1975:25-27).

En el siglo XVIII, los procesos de reclutamiento y dependencia financiera de las profesiones se reforzaron por la falta general de especialización en cualquiera de las profesiones de elevado estatus. En algunos casos, como la medicina, el conocimiento profesional no proporcionaba una especialización de la ocupación; aunque existía un sistema de estudios de medicina, el aspirante dependía más bien de su iniciativa personal para conseguir conocimientos médicos. Ante esta situación, se implementó el concepto de examen como comprobación en el siglo XIX, primero como una comprobación más racional de las características del estatus y, posteriormente, en otras operaciones como una comprobación de la competencia técnica. La idea de exámenes escritos tenía como fin sustituir las técnicas antiguas como los debates orales, que se encontraban en desuso y descrédito, con un método para juzgar a los candidatos más eficaz, independiente y tangible.

La presión que ejercía la clase industrial para lograr una reforma en la estructura de las profesiones en la primera mitad del siglo XIX centró su atención en su capacidad para realizar las funciones sociales que proclamaban como suyas. Un nuevo elemento era el ideal del servidor público, y la idea de la confianza pública otorgada a los que habían sido afortunados de tener las oportunidades de una buena cuna y una buena educación, “la idea de un caballero culto y literario, deriva más directamente de la antigua tradición” (Elliot, 38-59)<sup>1</sup>. El contenido no profesional, como el prestigio de la clase económica alta, se convirtió en un medio de promoción profesional.

En la base del sistema educativo estaban las escuelas privadas, las cuales se fundaron con fines específicos de instruir jóvenes para el servicio clerical, profesional, militar o colonial y para dar educación a los hijos de los profesionales. Por su parte, las universidades desarrollaron ideologías de servicio público y de profesionalismo caballeresco, parecida a las escuelas privadas, para justificar su papel como agencias de selección social y de socialización.

---

<sup>1</sup> Weber consideraba la existencia de dos ideales educativos. En uno, la educación funcionaba como una ratificación del *estatus* y el ideal educativo era un hombre liberal con una cultura general. En el otro, la educación tenía como meta proporcionar una instrucción y conocimientos específicos que habilitasen a la gente para la realización de tareas sociales particulares.

La ideología de la educación liberal, el servicio público y el profesionalismo caballeresco se elaboró en oposición al desarrollo del industrialismo y el mercantilismo. Incorporaba valores como el servicio personal, un menosprecio de la competición, publicidad y lucro, una creencia en el principio del trabajo como afición más que como un medio de vida y en la superioridad del principio de servicio. El sistema educativo de finales del siglo XIX tomó miembros de estas clases para formar una élite gobernante, lo unificó y les proporcionó una ideología común, y los disuadió a ellos y algunos discípulos con antecedentes en el mundo de los negocios de meterse en carreras comerciales e industriales. La educación se hizo importante como mecanismo de selección social al mismo tiempo que la ocupación se hizo necesaria para cualquier intento de lograr una posición en la nueva clase media.

La ideología de la profesión se elaboró en oposición a las teorías económicas del capitalismo industrial, pero fue una ideología mediadora. Contribuyó a un proceso de adaptación gradual más que un cambio radical. Para la mayoría de los que entraban en política o en administración, la ideología simplemente les pedía mantenerse alejados del mundo de los negocios. Les unía en una élite gobernante, que compartía creencias comunes y un estilo de vida similar.

Los hombres de negocios no se incorporaron de inmediato a la élite gobernante, ni se sintieron atraídos a enviar a sus hijos a las escuelas privadas o a una de las antiguas universidades. Las escuelas privadas inicialmente también eran instituciones más bien para consolidar los valores de las clases de terratenientes y profesionales, que para asimilar o socializar a los hijos de negociantes y fabricantes. Al mismo tiempo, las antiguas universidades seguían dominado el acceso a los altos puestos de Servicio Civil y las escuelas privadas dominaban el acceso a las universidades.

El profesionalismo a fines del siglo XIX era producto compuesto de dos tendencias. Por un lado, la tradición profesional que pretendía tener derecho a una posición social más que a una responsabilidad en la realización de una función particular. Por otro lado, los conocimientos ofrecieron oportunidades para que las ocupaciones hicieran frente a las demandas de especialización en la organización económica y social (Ibíd: 59). La profesión médica nos ofrece un ejemplo particular en estos procesos que se encuentran vigentes en segmentos de de mercado de esta profesión que están vinculados principalmente a la especialización y a los logros económicos

## 2. Las teorías funcionalistas. El orden social y las profesiones

Estas teorías tratan de dar a las profesiones un papel particular dentro de la estructura social, centran su análisis en la organización de los profesionistas. Sus posiciones básicas son:

- El desarrollo, restauración y organización de las profesiones en las sociedades modernas
- Las profesiones como aseguramiento de la cohesión social y moral del sistema
- Las profesiones como alternativa al mundo de los negocios, capitalismo y lucha de clases (Ballesteros,2007:114)

### Durkheim y las asociaciones profesionales

Durkheim (1993), inició este tipo de análisis y consideraba que la división social del trabajo en sí misma era funcional para el mantenimiento de la cohesión social<sup>2</sup>. Para él, el desarrollo de la sociedad industrial colocó a la actividad económica como la actividad predominante en la vida social, de ahí su consideración sobre la organización ocupacional y los vínculos entre los grupos ocupacionales especializados e independientes como forma de organización que crearían un orden moral y comunal que se opondría a la anomía de la sociedad industrial. (Durkheim pensaba en corporaciones ocupacionales que incluían a patronos y obreros, no gremios formados sólo por trabajadores)

Según Durkheim, la función de la división del trabajo social se beneficia con la especialización de los órganos de la sociedad que surgen de la necesidad de hacer frente al aumento del volumen y la densidad de las sociedades; de esta manera, la especialización también aumenta el rendimiento del trabajo humano, así como la ampliación y diversificación del conocimiento humano. En este sentido, Durkheim inscribe su perspectiva dirigida al desarrollo pacífico de la sociedad y a una reconciliación que impide cualquier tipo de competencia o separación, en donde el desarrollo de las

---

<sup>2</sup> Durkheim realizó el contraste entre la solidaridad mecánica y social. La primera se presentaba en las comunidades pre-industriales que aseguraban que la sociedad se mantuviera mediante la similitud de vida disponible para la gente (afinidad) con la extensión del individualismo. La solidaridad social se presenta en donde la división de trabajo ha reemplazado un orden social basado en afinidades en otro basado en el cumplimiento del tipo colectivo, en la interdependencia de las funciones. La forma anómica de la división del trabajo es un estado de conflicto social en el cual se mantiene la estabilidad social sólo por la interacción de los grupos de poder e interés de la sociedad. Según Durkheim, resulta de la separación de las diferentes partes de la estructura social. Las partes interdependientes pierden contacto con otras, el cual había proporcionado la base para la solidaridad orgánica

coaliciones profesionales son una solución moral para desarrollar el sentimiento de solidaridad común e impedir la ley del más fuerte; es decir, la sociedad moderna basada en la solidaridad orgánica y en la interdependencia funcional propia de la división del trabajo, necesita nexos vinculantes entre el individuo y el todo social. Para Finkel, (1999:199), lo que Durkheim tiene en mente son las corporaciones profesionales, en tanto éstas tienen capacidad institucional de administrar la práctica de sus miembros sobre la base de los códigos de conducta (función de regulación moral) y establecer responsabilidades ante la comunidad (función de cohesión social).

En su obra “La evolución del pensamiento educativo”, resalta la idea de lucha y oposición entre grupos profesionales como forma de consolidar la unión intergrupala: “Para que cualquier grupo social, sea profesional o no, adquiera coherencia y conciencia de sí mismo y de su unidad moral, no es suficiente el que exista un cierto número de sentimientos y creencias compartidas por sus miembros, es además necesario que se vea provocado a oponerse a otros grupos que lo restringen y se le resisten. Es necesario que las demandas de lucha lo fueren a unirse firmemente y a generar una fuerte organización” (citado por Finkel, 1999:199).

La tradición funcionalista, al igual que la perspectiva esencialista<sup>3</sup>, identifica y define las características inherentes a las profesiones y las distingue de las actividades no profesionales, mas añade que la actividad profesional es la manera más adecuada para satisfacer de forma eficiente las necesidades de la sociedad.

Cuando el funcionalismo inglés cambió el paradigma durkhemiano de las profesiones como un elemento de control social de las sociedades modernas y de la defensa de la restauración de los grupos profesionales como forma eminente de regulación social, por el de las profesiones reconocidas jurídicamente y organizadas en asociaciones y a los individuos que las componen, el paradigma funcionalista se convirtió en una versión del individualismo liberal, surgiendo así la sociología de las profesiones (Real, 2004: 21)

---

<sup>3</sup> Esta perspectiva es también conocida como el enfoque de lista de verificación (“*check-list*”) y busca un acuerdo generalizado en cuanto a lo que constituye una definición adecuada o útil de la profesión. Estudios en EU e Inglaterra, a principios de siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, pretenden explicar como una ocupación alcanza un número de características, rasgos o atributos que son esenciales para la conformación de una profesión (Rodríguez y Guillén, 1992:12). Así, tenemos que hay dos tipos de características que retoman los aspectos objetivos y subjetivos de las profesiones: Características estructurales que se refieren a la creación de una ocupación a tiempo completo, la creación de asociaciones profesionales, la elaboración de códigos de ética, y la conquista de la autonomía para asegurarse el derecho exclusivo a la práctica profesional y a la evaluación de su trabajo. Características de actitud: la utilización de la organización profesional como referencia principal, la creencia en el servicio a la comunidad, la creencia en la autorregulación, la idea de vocación y la creencia en la propia autonomía como sentimiento de que el profesional debería tomar sus propias decisiones sin presiones externas.



### **La perspectiva inglesa de Carr- Saunders y Wilson.**

Carr-Saunders y Wilson defendieron que las asociaciones profesionales eran elementos estabilizadores dentro de la sociedad, consideraban que el desarrollo de estas asociaciones daría a los individuos un sentido de poder y de meta. También, pensaban que el número de gerentes asalariados, realizando funciones especializadas era una señal de que el profesionalismo se estaba introduciendo en el mundo de los negocios (Elliot: 20).

Consideran que son tres los elementos que caracterizan el profesionalismo:

- La técnica intelectual especializada, adquirida por medio de una formación amplia y formalizada que permite ofrecer un servicio eficaz a la comunidad.
- Las asociaciones profesionales constituyen un elemento esencial en la estabilidad social, su función específica, progresista, es constituir mediaciones entre los conocimientos puros y el mundo de la vida cotidiana, el saber especializado y el control popular.
- Las características que están en juego en las profesiones son la afiliación voluntaria de los miembros que ejercen la misma actividad que les proporcionará una dependencia, pero también y sobre todo valores de referencia, (libertad, dignidad, responsabilidad) y una continuidad de su identidad, con ello se marca la diferencia social entre profesional y otro trabajador.

En 1933, en su obra "Las profesiones", los autores publicaron una serie de reflexiones a partir de un estudio histórico de veintidós profesiones en Inglaterra; esta interpretación ayudó a ubicar a las profesiones dentro de la estructura social. Además, consideraron que las asociaciones profesionales eran elementos estabilizadores dentro de la sociedad, pues el desarrollo de éstas daría a los individuos un sentido de poder y meta. (Fernández, 2003: 45-46).

El sistema profesional, en este enfoque, es una alternativa a la sociedad salarial, definida por la explotación del trabajo, el capital y la lucha de clase. Se sustituye el mundo de las relaciones sociales de dominación y los conflictos por el mundo de la distinción moral y complementariedad profesional, en el que las profesiones son elementos unificados en una totalidad funcional moderna y estable (Real, 2004: 21). El trabajo de Carr-Saunders y Wilson ha sido criticado por considerarse idealista de la función de las profesiones en la

sociedad, ya que deja de lado los aspectos conflictivos intergrupales y se olvida de los demás sectores que no están constituidos en ninguna profesión.

### **La perspectiva funcionalista de Talcott Parsons.**

En su libro “El sistema social”, explicó la función de los grupos sociales dentro de la estructura social. Dentro de éstos se encontraban las profesiones y su papel en las sociedades industrializadas. Parsons toma elementos analíticos de Durkheim y Weber para analizar a las profesiones. Del primero retoma las ideas menos conflictivas y se centra en los aspectos relevantes para el funcionamiento de la sociedad en su conjunto o para la relación entre profesional y cliente; del segundo, rescata la mayor racionalidad legal del orden social vinculado al surgimiento de las profesiones modernas y la regulación y legitimación del poder (Dinwall, 2008: 2)

Para Parsons los profesionales son un grupo separado relativamente de los otros grupos y clases sociales, en razón de su especialización ocupacional, por lo que tienden a crear organizaciones autónomas al estilo de comunidades más o menos homogéneas, cuyos miembros se cohesionan en función de una identidad profesional, de atributos de rol que han de desempeñar y de intereses y valores compartidos. Dentro de los criterios del rol profesional está la existencia de una formación técnica en regla, con la correspondiente legitimación institucional, la tradición cultural y la posibilidad de aplicarla y la legitimación de que las actividades profesionales son socialmente responsables (Fernández, 2003: 46).

El estructural funcionalismo se centró en las ocupaciones profesionales porque su importancia radica en que estos grupos controlan un conjunto de conocimientos particulares que se aplica a tareas especializadas. Este paradigma establece su objeto de estudio en la funcionalidad y las características del rol que desempeñan las profesiones en los cuerpos sociales o en el sistema social. Así, la actividad profesional caracteriza mejor el sistema social moderno-liberal y no la actividad comercial financiera o la actividad administrativa burocrática.

Los rasgos que caracterizan la función de las profesiones en el sistema social son: primero, se diferencian de los comerciantes, los cuales *venden productos* a consumidores, porque *ofrecen servicios* a pacientes o clientes, sin llegar a significar que exista una dicotomía entre egoísmo y altruismo ya que el conocimiento profesional tiene un valor funcional y altruista (Finkel, 1999: 203); el segundo es la autoridad profesional, basado en una competencia técnica en un dominio definido y particular, en un terreno de

conocimiento y cualificación delimitada; el tercer rasgo está orientado a la colectividad, hacia la satisfacción de un cliente mediante recursos de valores impersonales como el progreso de la ciencia, el perfeccionamiento técnico o la competencia reconocida jurídicamente.

En general, de acuerdo al enfoque estructural funcionalista las profesiones tienen ciertas características ideales

1. El derecho a ejercer una profesión supone una formación de larga duración, impartida en lugares especializados
2. El control de las actividades profesionales es vigilada por el conjunto de colegas, que son los únicos que poseen la competencia para efectuar un control técnico y ético del ejercicio profesional
3. El control es reconocido legalmente por un acuerdo entre la profesión y las autoridades
4. Las profesiones constituyen comunidades reales pues sus miembros comparten identidades e intereses específicos comunes
5. Los profesionistas comparten una actitud de servicio y están orientados más a los intereses generales que a los beneficios personales
6. Los ingresos, el prestigio y el poder de los profesionistas son elevados, lo que los hace pertenecer a las fracciones más elevadas de las clases medias.

De las características precedentes se puede considerar que el eje del sistema profesional está en dos planos: la institucionalización de las disciplinas intelectuales en la estructura social (las académicas) y la aplicación práctica de las disciplinas, de los cuales surgen dos categorías primarias de profesiones que se encuentran en la base del sistema moderno: la profesión por erudición y la profesión liberal (Fernández, 2003: 47)

Es importante la inserción del concepto “profesión liberal” en el campo de las profesiones a partir de los planteamientos de Parsons, la cual es aquella asociación corporativa para la que es central el monopolio de un ámbito particular de actividades en la sociedad. Con este planteamiento, los estudios se enfocaron al análisis de los grupos de élite de las instituciones corporativas y las problemáticas inherentes a ellas (Fernández, 2003: 48).

Cabe mencionar que el enfoque funcionalista parsoniano buscaba hacer extensiva la aplicación del modelo a todas las profesiones, hecho que descuidaba las especificidades

históricas del surgimiento y decaimiento de otras profesiones, además de otorgar una gran prioridad a la racionalidad en el contenido de la práctica profesional, con lo cual casi elimina la dimensión del poder entre clientes y profesionales (Finkel, 1999: 203).

Ahora bien, a favor de Parson, vale señalar que es considerado junto con Hughes, un pilar de la sociología de las profesiones (Dinwall, 2005: 1). Los estudios que realiza sobre las profesiones pertenecen a su periodo pre-funcionalista y en ellos criticó la insuficiencia del utilitarismo económico que veía el orden social, en las sociedades capitalistas, como el producto de miles de actos atomizados, basados en el cálculo inmediato de maximización del propio interés, postura que lo ubica, por lo menos durante ese periodo, fuera de la corriente neoliberal a ultranza.

### **El proceso de profesionalización de Harold Wilensky.**

Aunque forma parte de la perspectiva funcionalista, difiere de ella al señalar que los indicadores que caracterizan a una profesión reflejan una secuencia histórica marcada por sucesos o hechos que permiten su constitución; el concepto de profesionalización se torna en un concepto dinámico por el que se puede conocer el devenir de una ocupación en profesión (Pacheco, 1997; Finkel, 1999). En su trabajo “¿La profesionalización de todo el mundo?”, señala las cinco etapas del proceso de profesionalización:

- Plena dedicación a la profesión. La gente empieza a trabajar a tiempo completo en una serie de tareas específicas que forman la competencia central de la nueva ocupación.
- Establecimiento a una escuela o universidad. Los practicantes de una ocupación establecen un programa de entrenamiento y algunos operadores se comprometen a la formación de nuevas generaciones de profesionales.
- Formación de una asociación profesional. Los profesionales y maestros se combinan para formar la asociación que determina los objetivos de la ocupación y las reclamaciones de la jurisdicción de habilidad
- Existencia de agitación política para conseguir la protección de ley para controlar el monopolio del conocimiento y de las habilidades. Los titulares del trabajo tratan de proteger sus derechos jurisdiccionales por medios políticos. Se busca la protección jurídica, en forma de concesión de licencias y los requisitos de certificación

- Un código de ética formal para excluir a los no cualificados o inescrupulosos y reducir la competencia interna. Se busca proteger a los clientes y se pone énfasis en el ideal de servicio.

Dentro de las críticas que se le imputan a este enfoque se encuentra la que nos dice que la generalización del modelo refleja únicamente los procesos de formación profesional en los Estados Unidos, por lo tanto es una visión limitada que imposibilita aplicarla en otras geografías de manera total. Otra crítica nos dice que el modelo responde a las influencias de las teorías del desarrollo y modernización de la época, que ven la realidad social como un continuo devenir y consideran que todo lo que queda rezagado de las etapas últimas evolutivas es atrasado (Finkel, 1999: 201)

### **3. El enfoque micro de las profesiones**

El interés de la postura interaccionista de Everett Hughes por las profesiones yace en la división del trabajo. Hughes no tiene la visión pesimista de Marx o Weber, sino la optimista de Durkheim y Simmel quienes vieron las posibilidades para la extensión de la libertad humana e interdependencia cooperativa (Dinwall, 2008: 4), pero discrepa de los funcionalistas en la idea de que los profesionistas son neutrales y altruistas, “como un dios dotado de un conocimiento abstracto adquirido en escuelas para dioses, que se reúne con otros dioses en asociaciones propias y, sobre todo, con un código ético y un sentido altruista de la existencia que sólo pueden tener aquellos dignos de vivir para siempre en el Olimpo” (Finkel, 203). La idea del código y el altruismo son derivados de la fe en la ciencia como liberadora del hombre

La aportación de Hughes, es la introducción de una nueva metodología de estudio de las profesiones que se desarrolla con posterioridad en una dirección fenomenológica que supone la realización de un trabajo interpretativo-antropológico, al analizar los discursos y las demandas de los propios profesionales, para desentrañar los juegos de poder y defensa de intereses.

El Interaccionismo rechaza la categoría entre profesional y no profesional ya que las diversas ocupaciones exhiben determinados grados de profesionalización, sin que exista una separación tajante. Everett Hughes hace un cambio de perspectiva hacia las situaciones micro y se enfoca en los oficios. En tanto que los funcionalistas se ajustan al orden jurídico creado, los interaccionistas lo toman como objeto de análisis para comprender cómo algunos profesionales logran obtener privilegios para sus miembros

(Real, 2005: 31). En este punto, es importante señalar que Hughes diferencia dos conceptos: el permiso y el mandato; la profesión es el primer ejemplo de la posibilidad legal, intelectual y moral en el ámbito del mandato (Dinwall, 2008: 4), que ciñe la actividad profesional al reconocimiento del Estado como fuente de legitimación de las agrupaciones profesionales

En la obra de Hughes se encuentran tres aspectos importantes: la justificación de la separación entre los miembros de las profesiones de las simples ocupaciones, aunque se niega la existencia de criterios universalistas para la delimitación entre estos tipos de actividad; el interés por un fenómeno social partiendo de situaciones de menor prestigio, ya que éste experimenta una tendencia a cultivar el secreto, en este sentido privilegia la observación directa y no se interesa por las actividades de prestigio sino por las más modestas, que son más accesibles: la profesión y oficio deben estudiarse como un sistema de actividades en evolución permanente y no solamente como un conjunto de actividades.

Así, la evolución de un oficio debe entenderse, en este sentido, como una carrera basada en los cambios que suceden en la organización interna del oficio y del lugar ocupado en la división del trabajo.

Otra aportación de Hughes hacer notar que las profesiones han establecido un pacto con la sociedad, a cambio del acceso a su conocimiento en asuntos de importancia fundamental para sociedad, la cual les ha concedido una licencia para determinar quien entrará a formar parte de su campo profesional, un alto grado de autonomía en la reglamentación y un mandato especial sobre el control social en sus áreas de especialización.

La aportación de esta perspectiva establece que la conformación de una profesión se relaciona con todo tipo de actividades vinculadas a con la misma y que la segmentación de un mercado o el surgimiento de nuevos mercados son importantes toda vez que una profesión tiene a nivel de la sociedad un determinado eestatus que atañe a todos los elementos que cumplen con los requisitos establecidos por las instituciones formadoras y que su lugar de actividades es resultado de configuraciones que involucran aspectos políticos y culturales, entre otros.

En este sentido, la sociología de las profesiones sale del marco de las profesiones liberales o académicas, y se enfrenta a dificultades que explican, no sólo su

desmembración en múltiples corrientes teóricas sino también su relación con otras ramas de la sociología: del trabajo, de las organizaciones y de las relaciones profesionales.

Por último, a diferencia de Parsons que dejó pocas guías de trabajo empírico, los estudiantes de Hughes produjeron una serie de detalles etnográficos en sus trabajos; sin embargo, ambos descuidan el papel del mercado y las profesiones, y su contrato con la sociedad, así como también dejan abierto lo que es una profesión, ya que Parsons considera que es sólo una categoría dentro de la complejidad del sistema social, para Hughes es una cuestión de nivel o grado (Dinwall, 2008: 6).

Podríamos sintetizar los preceptos básicos de la postura interaccionista en los siguientes puntos (Ballesteros, 2007: 115):

- Valora al empleo como una realización del sujeto.
- Los grupos profesionales son un proceso de interacción que lleva a la auto-organización, defensa de la autonomía, del territorio y la protección de la competencia.
- La vida profesional es un proceso autobiográfico que construye identidades a lo largo de la vida
- La relación entre lo biográfico y las interacciones son la dinámica del grupo profesional
- Los grupos profesionales buscan el reconocimiento de sus pares mediante la búsqueda de protecciones legales

#### **4. El enfoque crítico. La profesión como conflicto entre conocimiento y poder**

En los cincuentas y sesentas se observa un cambio en los estudios sociológicos que pasaba del énfasis en la función positiva y desarrollo de las profesiones a una postura más crítica<sup>4</sup>. Sin embargo, es a principios de la década de los setentas que se argumentó que la definición de profesión por parte del enfoque funcionalista era ambigua analítica y empíricamente, en tanto que los enfoques esencialistas eran construidos de modo bastante arbitrario, con pocos intentos de articular teóricamente las relaciones entre los

---

<sup>4</sup> Abel-Smith y Robert Stevens en 1967, en su trabajo "un estudio sociológico de la profesión de leyes", rompieron con la tradición inglesa del siglo XVIII. Tomaron el estatus, los reportes de casos y los informes gubernamentales para su estudio, y a través de éstos pudieron describir la política social de la profesión del derecho (Fernández, 2003:48).

elementos. Por último, los críticos consideraron que este enfoque refleja la imagen ideológica que los profesionales tratar de transmitir de su propio trabajo, con una aceptación acrítica de las reclamaciones que se le hacen a las profesiones respecto a los atributos como el comportamiento ético, el altruismo y servicio a la comunidad (Weddington). Los atributos profesionales clásicos ya no son interpretados como componentes de un tipo ideal, sino más bien como instrumentos utilizados por diversas ocupaciones para aumentar su poder con respecto a otros grupos sociales.

Dentro de este enfoque hay varias posiciones que interpretan la evolución y el funcionamiento de las profesiones e intentan explicar la existencia de sus principales rasgos, sobre la base de relaciones de poder y privilegio que existen entre ellas y los otros sectores e instituciones. Estos enfoques cuestionan las justificaciones morales y las motivaciones vocacionales de los profesionales (crítica a la ideología del profesionalismo). Consideran las profesiones como grupos del sub sistema económico que han logrado un “nicho de mercado” en su actividad y el establecimiento de un monopolio de control sobre de él y lograr el reconocimiento de su competencia y legitimar sus privilegios sociales. Los conceptos comunes a todos ellos son el monopolio económico, aislamiento social y legitimidad social, que son de origen weberiano y marxista (Real, 2002: 34)<sup>5</sup>.

### **El mantenimiento de la autonomía profesional de Elliot Friedson.**

Friedson sigue en parte la tradición interaccionista, aunque plantea nuevas cuestiones sobre las formas de organización y control profesional de los médicos. Explica dos tipos problemas para abordar el estudio las profesiones:

- El primero, es un problema referente al desarrollo de la organización social y sostenimiento de la independencia y autonomía de la profesión. El análisis de éste tenía como finalidad proponer una caracterización teórica de las profesiones, identificando la capacidad de la profesión para acumular y utilizar conocimiento bajo sus propios estándares sin estar sujeta a control de otros actores, entre ellos el Estado. El método para analizar a las

---

<sup>5</sup> El interés de Weber es el sentido subjetivo que los hombres han dado, a lo largo de la historia, a sus actividades y a la dinámica general que los mueve. Al estudiar las relaciones entre la ética protestante y el espíritu del capitalismo, Weber llama la atención sobre el proceso de emancipación de las profesiones y el establecimiento de una ética autónoma propia de las mismas. (Weber, 1969: 233 - 262). Conforme a este enfoque, los grupos profesionales no son sólo "entidades económicas" sino también "grupos de estatus", que heredan o se dotan de recursos culturales para intentar hacer válida su visión del mundo. Por último, Weber establece un vínculo entre burocratización y profesionalización; la profesión se basa, en una dimensión emprendedora y en la idea de vocación profesional.



profesiones se basaba en el modo en que adquieren o pierden control sobre los términos, condiciones y sobre el contenido de trabajo.

- El segundo, es un problema sobre la relación del conocimiento y los procedimientos profesionales en la organización profesional como tal y con el exterior. Este problema lleva a entender cómo la profesión médica, en posesión de un monopolio del conocimiento sobre la salud y la enfermedad, ordena en su entorno la práctica de otros grupos profesionales o potencialmente profesionales (Freidson, 1978: 15).

De los aspectos anteriores se puede apreciar que la autonomía y la organización son los dos puntales en el análisis de Friedson. Respecto de la autonomía, el paso de la competencia limitada en un dominio técnico al peritaje general en un campo social constituye una característica del profesionalismo moderno, consecuencia directa de la autorregulación de la autonomía profesional. No obstante, el grave defecto de la autonomía profesional es que "al proteger a la profesión de las demandas de la interacción sobre una base libre y equivalente con las del mundo exterior, su autonomía la lleva a diferenciar de tal modo sus propias virtudes de las ajenas como para ser incapaz siquiera de percibir la necesidad y mucho menos asumir la autorregulación que promete" (Ibíd). Para Freidson la autonomía es la característica distintiva de las profesiones y se refiere a la capacidad profesional de los profesionales para definir y controlar su propio trabajo.

En esta perspectiva, los conocimientos especializados o de comportamiento altruista no se consideran como características esenciales de las profesiones. Sin embargo, afirma que tales atributos, ya sea válida o no, pueden ser importantes en el proceso de profesionalización en la medida en que constituyen la retórica en cuanto a los grupos profesionales que tratan de obtener de los privilegios especiales del Estado, como un sistema de licencias y una situación de mercado protegido.

El proceso de profesionalización se ve así como un carácter básicamente político, un proceso en el que el poder de persuasión y la retórica son de mayor importancia que el carácter objetivo de los conocimientos, formación y trabajo (Weddington). Una teoría de las profesiones requiere una atención cuidadosa de los procesos políticos por los cuales las ocupaciones obtienen del Estado el derecho exclusivo para desempeñar ciertas

tareas, para reclutar y reeducar a sus miembros, para dar instrucciones a otras ocupaciones y para definir en qué consistirá su trabajo<sup>6</sup>

La propuesta de Friedson ha tenido perdurabilidad aunque a partir de los ochentas surgieron nuevas interpretaciones que intentan entender la profesión médica no solo desde su caracterización sociológica, sino desde su posición funcional en la producción de servicios de salud en las instituciones sanitarias (Fernández, 2003)<sup>7</sup>.

### **Las formas de poder del estado de Terry Johnson**

La tesis de Johnson es una articulación entre el marxismo y la sociología de las profesiones. Su tesis es que estamos asistiendo al decaimiento de una forma de profesionalismo, basada en el autocontrol, en beneficio de una nueva forma que él denomina "protección corporativa" y que constituye uno de los mecanismos esenciales de control ejercido por el Estado, sobre las actividades de servicios, asimismo examina la relación de las profesiones con las élites económicas y políticas. Una de sus ideas más interesantes es la de que las profesiones no sirven a las necesidades sociales, sino más bien imponen sus definiciones de necesidad y las formas de servirlos en consumidores atomizados (Lascorz)

En su libro "*Profesiones y poder*", cuestiona la propuesta dominante que considera que el Estado y las profesiones son dos entidades diferentes, en la que el primero busca permanentemente extender sus aparatos de control a toda la sociedad, y la segunda, está en una búsqueda de constante de autonomía; para Johnson, tal separación no existe si considera que en todos los países donde la provisión de se realiza en forma socializada, la profesión médica se ha desarrollado como parte del estado mismo (Fernández, 2003:51)

---

<sup>6</sup> Prest, en 1972, incorporó elementos interesantes para el estudio de las profesiones como el historial de sus miembros, sus entrenamientos, reglas, sistemas de gobierno y su desenvolvimiento en eventos.

<sup>7</sup> Duman, en 1982, documentó el reclutamiento de las carreras y sus ingresos, durante el siglo XIX; la socialización y reglas de etiqueta de los miembros de una profesión, sus prácticas laborales y su acceso al oficio político. Para él la revolución industrial fue preponderante en las profesiones.

Holmes, por su parte en el mismo año, creó una estructura o distinción social de las profesiones a partir de nuevas formas de acción corporativa y de corporaciones de lealtad, dando como resultado una nueva influencia cívica. Freddi y Bjorkman (1989), tienen una propuesta basada en el carácter de las instituciones en la racionalización de la producción de servicios de salud, ubicaron el papel de la profesión médica en siete países desarrollados. Los avances científicos y tecnológicos de la atención de salud, desde principios del siglo XX, generaron una transferencia del control de los procesos que fue asumida por los grandes clínicos y cirujanos de la época, quienes mostraron una amplia capacidad para manejar en forma competente la complejidad de la vida hospitalaria. hasta la primera mitad del siglo XX, el poder de la élite médica era autoritaria y absoluta, alcanzando a todo el personal de salud; sin embargo, en los cincuenta, cuando se confrontó la profesión médica, la élite fue incapaz de retener esa capacidad de control.

Krause, parte del supuesto de que la estructura del sistema político está vinculado a la capacidad de obtener y defender el estatus de autonomía por parte de los profesionales, por lo que propone que la autonomía no es obtenida por la profesión misma, como en EU, sino que es otorgada por el Estado a cambio de lealtad política y asesoría técnica.

Estas formas de organización social en las que las decisiones económicas y políticas las toman los grupos corporatistas en relación con el Estado se producen a lo largo de la historia del capitalismo hasta llegar al capitalismo monopolista en que el Estado se encarga de organizar y gestionar un tipo particular y esencial de actividades de servicio, esto es, las que aseguran la reproducción de las fuerzas de trabajo necesarias para el funcionamiento y valorización del capital.

El concepto clave de la teoría neomarxista de Johnson es el de la autonomía relativa acordada por el Estado a ciertos grupos profesionales (médicos, abogados, docentes, trabajadores sociales) para realizar esta función de reproducción que incluye la división del control del proceso de reproducción. La persistencia de las formas e instituciones del Estado corporatista proporciona, según Johnson, la clave de estos mecanismos y su aceptación democrática en las sociedades capitalistas avanzadas.

El instrumento principal de esta división del poder de control social entre el Estado y los grupos profesionales encargados de la reproducción de la fuerza de trabajo, es "la lucha política para conquistar mejoras de estatus social".

Para escapar de la explotación directa del capital, los profesionales emplean todas las estrategias de las antiguas corporaciones legitimadas por las instituciones del Estado corporatista al mantener el *carácter esotérico* de los conocimientos adquiridos en las universidades, al justificar ideológicamente la idea de servicio por encima del interés personal, etc. Para Johnson, la aparente neutralidad de las profesiones oculta su alianza con la clase dominante, a la vez que muestra, como sus miembros disfrutaban de una posición envidiable en los aparatos de reproducción.

Con estas ideas, la profesión es un término reservado para una determinada forma de control del trabajo, que implica un alto grado de auto-regulación y la ausencia de control externo, que en su forma más desarrollada, fue producto de las condiciones sociales del siglo XIX en Gran Bretaña y los EE.UU. (Wellington)

### **El control del mercado de trabajo de Magali S. Larson.**

Larson, en su libro *"The rise of professionalism"* (el surgimiento del profesionalismo), introduce el concepto de estrategia profesional en que se refiere al proceso histórico por el que determinados grupos profesionales logran establecer un monopolio sobre un

segmento específico del mercado de trabajo y consiguen reconocer su dominio por el público, con la ayuda del Estado.

Esta es una estrategia histórica de constitución de un mercado profesional más que del ejercicio individual de una actividad profesional. El resultado al que llega esta estrategia es el aislamiento social (*Social Closure*). Este concepto significa dos procesos distintos, que constituyen la base del esquema conceptual de Larson:

1.- La consecución de un mercado cerrado de trabajo, esto es, un monopolio legal de determinadas personas sobre ciertas actividades

2.- El reconocimiento de un saber legítimo adquirido, sin el cual el ejercicio profesional sería imposible, que implica un aislamiento cultural de determinados grupos profesionales frente a quienes no poseen dichos conocimientos.

En este mercado sólo se puede comprar o vender a un profesional que pertenezca al "nicho" cerrado y específico de trabajo, y que cumpla con las condiciones legales preestablecidas, que no son otras que las de un saber derivado de una formación competente y práctica en instituciones prestigiosas que forman a los que llegarán a ser profesionales.

La certificación acordada y garantizada por el Estado sirve de puente entre el saber legítimo y el mercado profesional. En efecto, los profesionales manejan el monopolio legal, el saber legítimo y el estatus social, por lo tanto, pueden acabar con su aislamiento construyendo y controlando los criterios de su propio dominio.

Según Larson, por esta razón nunca son sólo profesionales, también se hacen "peritos" controlándose a sí mismos; la élite profesional asegura en general tareas de formación y control de sus compañeros. Considera que el profesionalismo es en EE.UU el principal soporte ideológico de la ideología dominante. Mantener los privilegios sociales debidos a la educación se ha convertido en el centro de las estrategias profesionales. Justificar la integración en la gran empresa de los nuevos profesionales por la posesión individual de competencias cognitivas y técnicas, y excluir a los que no las poseen se ha vuelto el credo de la ideología dominante, que justifica la gestión capitalista-burocrática de las grandes empresas.

### **Los procesos de ampliación o reducción de jurisdicciones de Andrew Abbott.**

Para este autor, el mantenimiento de los privilegios sociales y la estrategia profesional genera campos de influencia que los grupos de profesionistas intentan ampliar, como

señala en su libro "El sistema de profesiones" En este sentido, Abbott (1988) considera la profesionalización como un proceso de creación de lo que denomina "jurisdicciones", entendidas en el sentido jurídico, es decir, tener la legitimidad exclusiva de ejercer en un dominio específico de actividades.

De esta manera, las diferentes profesiones se repartirán los diferentes ámbitos del conocimiento formal a través de este sistema de jurisdicciones que él denomina el sistema de profesiones. Pretende comprender y explicar cómo un grupo en la competencia interprofesional puede triunfar sobre sus adversarios, para el reconocimiento jurídico de la competencia por medio del análisis del trabajo en sí, mediante lo que él denomina las tres operaciones de base de la práctica profesional: diagnóstico, inferencia y tratamiento (definir y clasificar un problema, la de razonar en torno al mismo y solucionarlo).

Para Abbott, la operación de inferencia no se puede delegar, ya que constituye el centro de la "resolución de problemas". La inferencia es el lugar de mayor vulnerabilidad jurídica (*jurisdictional vulnerability*), ya que ella sola articula el saber formal y la eficacia práctica, los conocimientos abstractos y los procedimientos concretos, así la profesión se construye por la articulación entre los conocimientos adquiridos y las tareas realizadas en el trabajo (Hualde, 2001: 60)

La forma organizativa de las profesiones afecta a las demandas de jurisdicción que realizan y a su éxito en tales demandas ya que la profesión más fuertemente organizada es la más efectiva en obtener una mayor jurisdicción. También se aborda la cuestión de cómo las profesiones estructuran sus habilidades, al señalar que el profesionalismo ha sido el medio principal de institucionalizar la habilidad en los países industrializados. Esta situación se presenta por tres razones: primero, porque la estructura ocupacional, en EU, se basa en el mercado y favorece el empleo basado en recursos personales, el profesionalismo ofrece de esta manera, oportunidades de vida independiente; en segundo lugar, porque casi todas las clases de conocimiento son organizables como fuentes comunes para un cuerpo de individuos, hay muy pocos problemas humanos que escapen al conocimiento profesionalizado; tercero, porque las formas compatibles de institucionalización no lo han vencido, la organización refuerza el profesionalismo (Abbott, 1988: 323-324).

Abbott ha argumentado que los grupos organizados son exclusivos de las profesiones ya que pueden ejercer jurisdicción sobre áreas específicas de trabajo. Esta competencia

descansa en el control de un cuerpo de conocimientos más o menos abstracto e intelectual; los grupos que carecen de esos conocimientos tienen poco éxito en su búsqueda de profesionalizarse.

Lo característico del enfoque de Abbott no es su definición de la profesión, sino su énfasis en que la profesionalización no puede ser entendida como un desarrollo lineal simple de ocupaciones consideradas aisladamente. Las profesiones se estudian como un sistema en el que la competencia intergrupal permite la evolución de las distintas profesiones (Wellington; Hualde, 2001; 61), ya que las tareas cambian por la misma interdependencia

### **El poder y privilegio de Charles Derber**

Este enfoque sostiene que el conocimiento experto se convierte en un recurso fundamental de clase necesario para toda producción. Cuando ese conocimiento es apropiado por unos pocos da lugar a un poder de clase que denomina "logocrático" o poder basado en el saber. Las relaciones logocráticas de producción se dan allí donde la división del trabajo intelectual/trabajo manual se ha institucionalizado.

Su descripción de las firmas de abogados y médicos se presentan como modelos de organización logocrática -que ellos denominan "logofirmas"- bajo control y propiedad de sus profesionales: "Las logofirmas colocan sólidamente a los profesionales en el sillón de mando, uniendo propiedad y control a las credenciales del saber" (Derber y Schwart, 1992: 57).

Estas firmas se distinguen de la empresa convencional en que la propiedad está restringida a profesionales y no a todos los que hayan invertido capital en ella. En cuanto control de las inversiones, el empleo y el despido del personal y la política de la organización, lo detentan los profesionales, en tanto que los no profesionales quedan excluidos de él. De la misma manera, es importante la experiencia en el trabajo para escalar a tareas directivas, para lo cual es necesario ser profesional.

En la formación de las grandes firmas, se da un proceso por el que se subdividen estas mismas dando lugar a logofirmas internas con su propia organización. Este tipo de organizaciones internas se presenta en el sector público, en las universidades, donde la administración central fija los parámetros generales y cada departamento funciona como logofirma independiente. En los colectivos médicos también se presenta esta organización, en la que los médicos se convierten en subcontratistas (ibid: 58).

En estas logofirmas internas la dirección se fusiona con el conocimiento del trabajo hasta tal punto que los profesionales se convierten en conspiradores en la dirección pues tienen dificultad para separar los roles de directivo y trabajador. La jerarquía de conocimientos estará bajo una jerarquía mayor controlada por los inversionistas y la alta dirección (Rodríguez Avila, 2008: 64-65)

De esta manera, se pone de relieve la enorme influencia de las profesiones sobre el desarrollo de las sociedades contemporáneas, las cuales han sido "profesionalizadas" porque, además de haberse amoldado a las condiciones que prevalecían, han participado activa, deliberada y organizadamente moldeando la sociedad de acuerdo a su propia visión, ideología, intereses y aspiraciones.

Sin embargo al otorgar ciertas franquicias de autonomía y monopolio a las profesiones el mercado como instrumento regulador estará restringido. En consecuencia, deben buscarse los mecanismos para asegurar que estas prerrogativas de poder cumplan con las finalidades sociales que justifican su existencia.

## **5. El declive de las profesiones**

Las orientaciones más optimistas apuntan a una sociedad cada vez más profesionalizada cuando las profesiones encuentran un medio favorable en las organizaciones complejas tales como las empresas y el Estado. Estas organizaciones contratan a diversos profesionistas para realizar ciertas tareas, caracterizadas por un elevado número de casos excepcionales y por un modo poco estructurado de buscar una solución para esas excepciones. La discreción profesional es elevada en estas ocupaciones.

Las organizaciones que poseen muchos puestos reservados a profesionales (hospitales, ministerios, firmas de consultoría) suelen desarrollar estructuras orgánicas flexibles y policéntricas, para conseguir la coordinación de los distintos individuos (profesionales) y unidades organizativas. Perrow (1992) sostiene que el problema no consiste en determinar si el profesional trabaja por cuenta ajena o no, sino de cuánto poder discrecional disfruta. En este sentido, las profesiones están sufriendo cambios drásticos en: la pérdida de la capacidad de autorregulación y control de su propio mercado, el incremento del trabajo asalariado, la erosión del estatus y prestigio, los salarios más bajos y las peores condiciones de trabajo, etc. Con base en estos cambios se han formulado explicaciones alternativas. Las "teorías del declive", como las denomina Finkel (1999), pronostican un futuro pesimista para las profesiones. La autora destaca entre ellas a:

## **Las tesis de la proletarización**

Esta propuesta fue desarrollada por Oppeneimer y Derber. El primero define al profesional como un trabajador que determina su propio ritmo y condiciones de trabajo, su producción y el precio de la misma y cuyo salario no sólo se regula por la venta de sus servicios en un mercado libre sino que va directo a él sin intermediario burocrático; sin embargo, esta definición se ajusta poco a la realidad porque los profesionales no están completamente libres. Derber, por su parte, plantea la “tesis débil de la proletarización”, más ajustada a la realidad. Este autor distingue entre la “proletarización técnica”, que implica la pérdida de control sobre el conocimiento y el proceso de trabajo (afecta principalmente a los trabajadores industriales), y la “proletarización ideológica”, que supone la pérdida de control sobre los objetivos y propósitos del propio trabajo. Esta última es la que estarían experimentando los profesionales, expresada por la pérdida de control sobre la selección de temas de investigación o sobre la selección de los clientes. (citado por Guillén, 1990: 43). En respuesta a este proceso, los profesionales expresan, o bien una insensibilización ideológica (o disociación respecto al contexto de la organización), o bien una cooptación ideológica, que equivale a una nueva definición de objetivos adaptados y coherentes con los de la organización.

El principal problema de esta teoría es que supone que los profesionales se proletarizan porque trabajan en organizaciones burocráticas. En ese caso, la ingeniería estaría proletarizada desde sus orígenes (Finkel, 1999:217).

## **La teoría de la desprofesionalización**

Las nuevas formas culturales de los sesentas y setentas provocaron una mayor participación de grupos como los consumidores, mujeres, jóvenes y grupos comunitarios en cuestiones políticas (Guillén, 1990: 41), lo cual ilustra que el público ya no aceptaría la autoridad basada en el conocimiento. Haug sostiene que la acción combinada de: 1) un cada vez más elevado nivel educativo de la población, 2) el efecto de las computadoras que codifican y estandarizan el conocimiento profesional, y 3) la división del trabajo entre las distintas profesiones (lo que hace a cada profesión más vulnerable al intrusismo de otros grupos), está haciendo peligrar el monopolio del conocimiento por parte de los profesionales.

Para Haug, las amenazas que sufre el monopolio del conocimiento y el debilitamiento de los estándares éticos de los profesionales (la erosión de la confianza del público en el



espíritu humanitario de los profesionales), contribuyen a la pérdida de autonomía profesional.

Ambas tesis, la de la proletarización y la desprofesionalización, toman como referencia al profesional empleado en grandes organizaciones, bajo el capitalismo monopólico. Las dos tesis ofrecen explicaciones muy distintas del declive, pero coinciden en que el profesional asalariado pierde el monopolio sobre el conocimiento y la autonomía en su trabajo. Por otro lado, comparten una perspectiva común en lo que se refiere a los siguientes aspectos: presentan el declive de las profesiones como un proceso inevitable; no consideran situaciones específicas, diferentes formas de organización del trabajo, ni el poder relativo de las organizaciones profesionales en relación con el Estado y la sociedad civil; no discriminan entre situaciones en las que existen diferentes formas de control, autonomía y poder dentro de un mismo grupo profesional (Finkel, 1999: 219-220).

## **6. Estrategia metodológica**

La revisión de los estudios de las profesiones muestra la inexistencia de un modelo general que proporcione una mirada unitaria de lo que es una profesión de aquí deriva una serie de debates que buscan objetos de estudios alternativos como profesionalización, trayectorias profesionales, grupos profesionales. Cada corriente teórica construye sus objetos de distinta forma, depende de las relaciones de ese objeto con la: sociedad, agentes, estructura, cultura, subjetividades y poder. La complejidad de construcción de la profesión deriva en el cuestionamiento de la existencia de una sociología de las profesiones o la aceptación de enfoques sociológicos de grupos profesionales.

Desde un enfoque positivista la cuestión de la teoría puede resolverse con la propuesta de un marco teórico que significa a grosso modo adherirse a una teoría desde la que se proponen hipótesis a ser verificadas. Sin embargo, plegarse a una teoría y a la definición de hipótesis significa hacer visibles partes de la realidad que normativamente te deja ver la teoría y deja fuera muchos aspectos de la teoría que pueden ser significativos para comprender una realidad que histórica, dinámica y contradictoria. Al contrario de esta metodología considero que en los planteamientos de la metodología reconstructiva de Zemelman se pueden obtener orientaciones para conformar nuestra estrategia metodológica como la problematización de la teoría acumulada, en este caso la de las

profesiones. Como el objeto de investigación es un fenómeno relativamente nuevo, la elección de determinadas características no busca hacer una comprobación de indicadores para hacer una descripción del objeto de estudio, más bien considerarlos como ejes analíticos que permiten problematizar la situación ya que como mecanismos de relación con lo empírico NO deben analizarse desde las teorías particulares sino desde la perspectiva de los campos posibles de contener diferentes teorizaciones (Zemelman, 1982:9)

Algunos enfoques ponen énfasis en los aspectos de la formación académica y el “credencialismo”; en tanto que otros ven en los ingresos elevados, el estatus alto y la autonomía en el trabajo el grado de su profesionalización; otros más agregan que la posición privilegiada era consecuencia de la valoración social de la función social de la profesión, la cual utilizaba sus capacidades basadas en conocimientos teóricos y formación de capacidades que eran garantía de competencia, y que la existencia de un código de conducta garantizaba la integridad profesional para la realización del bien público; por último hay otro enfoque que privilegia el análisis en la existencia de una asociación que organice a sus miembros.

Cada enfoque propone orientaciones, metodologías y dimensiones de las profesiones que sería inadecuado intentar juntarlos, en una especie de eclecticismo. Mi esfuerzo radica en rescatar dimensiones y variables de los enfoques expuestos y darles un sentido particular con relación al problema de investigación y de la relación entre estructura y subjetividad, limitando a esta última a la identidad profesional.

En el desarrollo de las sociedades industriales, en particular cuando el sistema de reproducción en masa incorpora a las profesiones éstas se encuentran en constante movimiento de adaptación y cambio, lo que conduce a que algunas de sus características fundamentales se mantengan como la formación y el conocimiento abstracto, y otras se debiliten como la autonomía (Fernández, 2003: 49). Desde este referente de una realidad en movimiento, se problematizan las teorías de las profesiones hasta llegar al punto de la formación de una sociología de las profesiones multiparadigmática sometida a una confrontación permanente entre sus enfoques teóricos.

De los diferentes enfoques que se privilegian para estudiar a las profesiones se pueden derivar varios elementos en la construcción de lo que es una profesión y de su identidad, con la inquietud de tener presente la vinculación de estructuras y subjetividad. Para

efectos del presente análisis se dividieron los elementos ordenadores en tres dimensiones:

<b>Dimensiones</b>	<b>Elementos ordenadores</b>
Organización social del trabajo. (Define a los profesionistas como grupo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios académicos</li> <li>- Función social del conocimiento profesional</li> <li>- Plena dedicación a la profesión</li> <li>- Verificación y actualización del conocimiento</li> <li>- Estatus profesional. Jerarquía del conocimiento</li> <li>- Prestigio social y altos ingresos</li> <li>- Agrupaciones profesionales para la protección de los intereses y para establecer un control técnico y ético del ejercicio.</li> <li>- Formación de un código de conducta</li> <li>- Relación de las agrupaciones profesionales con el Estado</li> <li>-</li> </ul>
Identidad profesional (valoraciones que inciden en su práctica médica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica médica</li> <li>- Autonomía profesional</li> <li>- Ética profesional</li> <li>- Orgullo profesional</li> </ul>
Mercados de trabajo (condiciones estructurales de la profesión)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de trabajo</li> <li>- Conocimiento especializado</li> <li>- Ingresos (honorarios o trabajo asalariado)</li> </ul>

De las teorías funcionalistas se retoma la idea de considerar los atributos o rasgos específicos de la profesión, pero no en un sentido de atributos inmutables, sino en el contexto de un proceso histórico que mira a los actores en movimientos permanentes de desestructuración y reestructuración, en lucha y en conflicto, como nos dicen las teorías de la acción centradas en los agentes sociales.

Por su parte, las teorías críticas nos proporcionan una perspectiva más amplia en atención al marco histórico de individuos y colectividades. Consideran que el trabajo profesional debería estudiarse como parte de la red de relaciones sociales económicas y no sólo en el contexto de la división del trabajo; la importancia que se le da al conocimiento se reafirmó pues la división del trabajo es una división del conocimiento, por

tanto hay dependencia recíproca y vulnerabilidad entre los participantes ya que el conocimiento es un producto social que reproduce y constituye un orden social. Estas tienen en cuenta la dinámica histórica de las profesiones dentro de la economía de mercado, problematizan su intento de monopolizar un segmento de actividad en la economía liberal capitalista y analizan la relación entre el mercado, el Estado y las profesiones.

Los enfoques de Freidson y Abbott en cuanto a la estratificación interna son útiles porque consideran a las profesiones como entidades heterogéneas con jerarquías internas y tienen en cuenta la posibilidad del conflicto dentro y fuera del mundo profesional que permiten entender las distintas situaciones profesionales en relación con un contexto más general e identificar distintos tipos de acciones colectivas y de relaciones y conflictos entre diversos grupos profesionales. El enfoque de Friedson se complementará con el de la desprofesionalización en el sentido que hablan de la autonomía como elemento principal para la distinción de las profesiones

Así, consideramos que las teorías sobre la proletarización o desprofesionalización, al hacer referencia a la crisis y cambios de las profesiones en la actualidad, nos permiten reflexionar respecto al caso específico de los médicos de los consultorios de la Fundación Best (MFB), en los que posiblemente se encuentren en situación de condiciones de trabajo deteriorado en comparación con otros médicos, pero tal vez se hayan formado una identidad que los hace sentir valiosos y útiles por atender una población de recursos económicos limitados.

Con la inclusión de diversos elementos o rasgos de las profesiones se puede repensar, en un sentido más amplio, el funcionamiento de la profesión médica en la realidad mexicana actual, ya que no se pueden considerar las profesiones como realidades a priori sino como objetos de investigación en transformación, como dice Abbott, ya que las tareas cambian por la evolución de la profesión en relación con las demás profesiones es decir las profesiones no se pueden estudiar aisladamente sino como un sistema.

Un elemento fundamental para entender a las profesiones es situarlas en su contexto específico de acción. Para el caso de los médicos de los consultorios de la fundación Best es fundamental incluir al neoliberalismo como el contexto histórico que puede permitir comprender las condiciones estructurales de su nacimiento, así como sus características especiales que los hacen diferentes al interior de la profesión médica. El surgimiento de esta empresa es una expresión del sistema económico político que responde a la

liberalización de todas las actividades para que entren al juego de la oferta y la demanda de bienes y servicios, como sucede en EU con el *managed care*; con esta empresa se puede evidenciar la diferenciación jerárquica de mercados de la salud, ya que, si bien es cierto que es un modelo gerencial de salud, es muy diferente a los demás.

La empresa en cuestión va dirigida a un sector que, se supone, ha quedado al margen de los beneficios de salud pública y compromete, desde el discurso que dice beneficiar a los sectores más desprotegidos, el trabajo de médicos que no han logrado insertarse en el sector público o no han logrado realizar alguna especialización, lo que puede influir en sus condiciones laborales y en su ética como médico.

Asimismo hay que preguntarse respecto al potencial de esos médicos hacia la organización. Estos desde su nacimiento nacieron ya organizados lo que implica conocer si existe potencial para formar su propia organización profesional o una organización sindical que les permita enfrentar a sus situaciones salariales o de empleo, cuestión que nos conduce a plantearnos el cómo estos médicos son percibidos por sus colegas que algunos pueden estar en mejores condiciones económicas y otros quizá en la adversidad. Esto es una cuestión fundamental en el entendimiento de la acción de los médicos de los Consultorios de la Fundación Best puesto que se parte de que los profesionistas constituyen asociaciones profesionales con la finalidad de definir criterios de admisión, niveles educativos, títulos o exámenes de ingreso, carreras y áreas de jurisdicción.

Un atributo fundamental de la profesión y su práctica se encuentra en su autonomía o autorregulación. Este aspecto es visto como el control de los procesos de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, este es otro núcleo de análisis en éstos médicos que exige de la problematización de la teoría, puesto que al estar condicionados a recetar medicamentos genéricos de las mismas farmacias podría pensarse en una situación de desprofesionalización con relación a su poder en el tratamiento, cuestión que requiere más de análisis empírico que de deducciones lógicas.

Por último, el código de ética está conectado directamente con la práctica médica puesto que tiene que ver con las decisiones que toma el médico en beneficio de la salud del paciente, pues desde la formación en la universidad el médico se torna en promotor de los valores de la salud por encima de los valores del gobierno o de los planes corporativos de atención de la salud. Se presupone que quien tiene una profesión tiene una fuente de motivación y la ejerce en forma continua, además de poseer, un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un periodo prolongado de educación y

entrenamiento. Quién detenta una profesión, toma decisiones a favor de un cliente conforme a principios generales y ofrece un servicio profesional basado en las necesidades de éste con un alto espíritu de servicio y no tanto por las utilidades pecuniarias, entonces vale preguntarse si esto sucede en los médicos de la fundación Best.

Otros elementos importantes de la profesión médica son su legitimación intrínseca, su validez y su función, los cuales están enmarcados por las características históricas de la sociedad en que ha surgido y se ha desarrollado. Sus modos específicos de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación dependen de las condiciones en las que surge, de los intereses de quienes la promueve y del poder político de sus miembros. En consecuencia, la profesión médica, como unidad estructural de la sociedad moderna, condensa procesos y elementos de la realidad social, política e ideológica en la que se circunscribe, encontrándose formalmente establecida y legitimada por el sector social que las ha constituido como tales, en nuestro caso, los empresarios emergentes de la sociedad neoliberal.

Las situaciones comentadas respecto a éstos médicos se pueden catalogar como de una evidente desprofesionalización con relación a la literatura especializada del tema. Como la propuesta de investigación tiene la intención de ir más allá de demostrar si hay o no desprofesionalización en este nicho de mercado de los similares, se presenta la exigencia de buscar las vinculaciones de la estructura con la identidad para observar el movimiento particular del caso que puede tener combinaciones especiales entre procesos de desprofesionalización y reprofesionalización, digamos una explicación específica para un caso específico y no la simple demostración de una hipótesis formal derivada de la teoría o de contrastación de una especie de modelo ideal de las profesiones médicas con el mundo real de los médicos.

La complejidad del mundo médico nos sugiere ampliar los conceptos y enfoques ya que explicar una profesión de manera aislada impediría ver las causas eficientes de los resortes que impulsan las decisiones de los actores en el contexto específico.

De esta forma, la división de los elementos en tres dimensiones, lejos de limitar el análisis, permite que entren en confrontación con los supuestos de la teoría de la desprofesionalización y de la proletarización, a pesar de que las conclusiones generales de los estudios sobre autonomía que realizó Derber apuntaran hacia el hecho empírico de que la proletarización de los profesionales no es una consecuencia necesaria de la

burocratización o asalarización (Guillén 1990: 44), ya que, si bien es cierto que los médicos en instituciones públicas y privadas pueden no sentir la pérdida de autonomía por el hecho de encontrarse en condiciones laborales favorables, la realidad de los consultorios de la Fundación Best puede apuntar a la situación contraria, se podría pensar que la autonomía más que estar definida por condiciones estructurales puede ser además producto de la subjetividad y de relaciones de poder entre los médicos con los dueños para satisfacer los objetivos de la empresa: la venta de medicamentos

La investigación propone retos interesantes para el análisis de los datos empíricos que arroje el trabajo de campo, toda vez que se podría reconstruir la visión de un concepto de profesión en una forma de administración gerencial de la salud, la cual se expandió en la última década y ha sido emulada por otras firmas comerciales, lo cual está constituyendo un segmento de mercado de trabajo médico importante en el país.

## Capítulo II. LA PROFESIÓN MÉDICA

### 1. La profesionalización de la medicina

Con el arribo de la industrialización, el conocimiento científico se convirtió en el único conocimiento válido para ordenar la vida social. El nuevo orden de la realidad social implicó transformaciones profundas en el ámbito de la medicina, la cual, antes de la etapa industrial, era considerada como un oficio que estaba al servicio de la nobleza; en tanto que los encargados de curar a los enfermos de la población en general eran brujos, hechiceros o magos. Este proceso de transformación de la profesión médica que se presenta en el caso europeo, nos muestra distintos momentos que confluyen en su constitución plena como profesión: el paso de una profesión estatus a una ocupación profesional, la validación del conocimiento por medio de instancias académicas y la formación de agrupaciones profesionales.

El marco contextual de Europa nos permite allegarnos de elementos para contrastarlo con el proceso de formación y consolidación de la profesión médica en nuestro país, ya que si bien es cierto, son muy distintos los escenarios, no menos cierto es que la profesión comparte una característica que es de tipo universal para el ejercicio de la medicina, la validación del conocimiento y la experiencia por una institución educativa.

En la sociedad preindustrial, a pesar de la existencia de instituciones formativas de los médicos—que estaban bajo el control de la iglesia—y de agrupamiento en asociaciones — que protegían sus intereses y prestigio-- formaba técnicos de la curación que no eran más eficaces que los sanadores que contaban con un conocimiento vernáculo sobre la salud. Unos y otros dependían fuertemente de la creencia en su capacidad de curar que tenían los pacientes.

Las profesiones de estatus, como la medicina, mantenían su posición de caballeros, atenuando la responsabilidad de su trabajo y ensalzando “el estilo de vida ocioso y honorable” de sus miembros; es decir, sus responsabilidades estaban poco definidas en cuanto a su función social, sus prácticas no eran amplias y no estaban respaldadas por el conocimiento y la experiencia (Elliot, 1975: 41); es por esto que existía poca confianza de la gente en la medicina, pero a medida que los médicos fueron manifestando una mayor eficacia en el tratamiento de las enfermedades, tuvo lugar el cambio de actitud de la gente hacia la medicina y su práctica.



En el siglo XIX, la aceleración de la industrialización impactó de manera drástica el crecimiento de los agrupamientos urbanos (Elliot, 1975:44) y generaron distintas problemáticas, entre otras las de salud pública, que llevaron a redefinir la importancia de las profesiones en general. De la medicina se requirió que atendiera de manera eficaz y rápida a la población, para lo cual los profesionistas de la medicina buscaron mayores conocimientos basados en la ciencia.

La transformación de esta profesión de estatus en una profesión “moderna y ocupacional” surgió de su vinculación con dos grupos ocupacionales que tenían menos reconocimiento o prestigio social, los cirujanos y los farmacéuticos. El ejercicio de la medicina por el médico, el cirujano y el farmacéutico suponían diferencias de función, organización y posición social. Los médicos se encargaban de la medicina interna, los cirujanos de la externa, y los farmacéuticos de la prescripción de medicamentos.

Entre los médicos y los farmacéuticos se libró una batalla legal por el derecho a dar consejo médico, sin embargo, los segundos consolidaron su posición debido a la eficacia en los tratamientos pues utilizaban los conocimientos requeridos por el nuevo orden basados en la especialización de las actividades ocupacionales. Esta lucha, podríamos decir que continua en nuestro siglo, sobre todo cuando la profesión del farmacéutico fue absorbida plenamente por la industria y ésta, la industria farmacéutica, es una de las más poderosas económicamente a nivel mundial que cuenta, en algunos casos con la ayuda de los médicos para la promoción de sus productos<sup>8</sup> y en otros promueve diversos mecanismos de automedicación, hecho que atenta contra los intereses del médico, que es cobrar por la consulta y recetar los medicamentos.

Ante la situación, los médicos trataban de mantener su posición como los indiscutibles dirigentes en el campo médico, reclamando su estatus de caballeros, y por tanto, la defensa de su posición se realizaba desde de la posición de los médicos como casta privilegiada; es decir, sólo discutirían en términos de su posición social, lo cual implicaba la resistencia a un cambio sin involucrar las adecuaciones de la práctica médica que era hacerla más efectiva.

El grupo selectos de médicos eran instruidos en las principales universidades para ser, principalmente, caballeros; estaban familiarizados con las obras clásicas grecolatinas, los conocimientos eran adquiridos en la biblioteca y su ejercicio raramente los ponía en

---

<sup>8</sup> En Estados Unidos, la industria farmacéutica gasta 29.9 millones de dólares en publicidad televisiva y para los médicos.

contacto con el paciente. De esta manera, se excluía a los que querían ingresar en éste si no tenían el título, aunque en su formación académica no se incluía nada de medicina en los requisitos para obtener el título. Lo que se buscaba era defender la posición de estatus que era fundamental para la sobrevivencia de estas universidades y de la posición de los médicos. Las personas que obtenían sus títulos de licenciados en universidades que no eran reconocidas por los grupos de élite, en las que sí se incluían conocimientos de medicina, y que tenían antecedentes sociales similares a los de los miembros de las prestigiosas instituciones de medicina, eran despreciadas por los miembros de éste (Ibíd.: 42-44).

Fuera de los gremios médicos se estaban desarrollando estudios científicos en anatomía y fisiología que fueron detenidos por las instituciones médicas, primero, por falta de centros para una educación médica formal y también por actitudes sociales que veían con suspicacia a la ciencia médica en general que prohibía legalmente el uso de cuerpos humanos para la investigación; esta prohibición venía de consideraciones de la Iglesia de no aprobar el derramamiento de sangre, por lo cual los cirujanos estaban fuera de las actividades universitarias. Posteriormente, la profesión de cirujano se fusionó con la de médico cuando se hizo necesario que la formación de médicos debía incluir la práctica de la medicina externa como complementaria.

Ahora bien, a pesar de los cambios en la sociedad que requerían otro tipo de atención médica, los médicos pretendían seguir sirviendo de manera exclusiva a la clase acomodada, con un cierto apoyo discrecional y displicente a los sirvientes de dicha clase; por otra parte, los farmacéuticos, y en menor grado los cirujanos, eran requeridos para atender las necesidades de las clases medias y bajas que iban en aumento. Era así que el término de “Médico de medicina general” se empezó a referirse a este tipo de actividad que se ejercía más ampliamente en la comunidad, a pesar de los intentos gratuitos de los médicos de proporcionar clínicas, sobre todo en provincias, para desafiar a los farmacéuticos y a los calificados como cirujanos-farmacéuticos. Inclusive, se ha llegado a mencionar que la mejora de la salud pública a fines del siglo XVIII se debió a la actividad de los farmacéuticos.

El desorden del campo de la medicina no permitía que la profesión fuese efectiva para la solución de problemas colectivos de salud, como el caso de las epidemias; la debilidad de la posición de la medicina respecto a las autoridades y a los clientes individuales, llevó a

cuestionar la necesidad de la medicina curativa basada en el empleo profesional<sup>9</sup> (Ibíd.: 45). La búsqueda por la obtención del monopolio del ejercicio de la actividad por parte de los médicos tuvo que pasar por la apropiación de los conocimientos de los cirujanos – estudio del cuerpo humano--, el desarrollo de la tecnología y los descubrimientos de la farmacopea, para estar en contacto directo con el saber y los pacientes, lo cual es parte de una estrategia para legitimar su función dentro de la sociedad.

Por su parte, los farmacéuticos fueron los primeros que se tomaron en serio la responsabilidad sobre la instrucción profesional para elevar su condición de comerciantes a profesionales. De esta manera, se estableció un sistema de exámenes y requisitos educativos para la actividad farmacéutica que aseguraba que tuvieran algunos conocimientos sobre medicina. El hecho de examinar la competencia profesional indica la importancia creciente del conocimiento profesional como base del estatus profesional y el sistema de títulos se utilizó para asegurar la capacidad y los conocimientos especializados y no sólo para ratificar el hecho de ser miembro de un grupo de estatus.

Junto con el establecimiento del conocimiento profesional avalado por instituciones, la creación de agrupaciones profesionales permitió el desarrollo de la profesión médica, puesto que éstas velarían por mantener el monopolio de la actividad médica, impedir el acceso social a la profesión y legitimar ante las autoridades políticas el control del mercado de la medicina, lo cual quiere decir que la acción colectiva de las agrupaciones, en este punto, hace reconocer la disciplina por el Estado, dotándola de dispositivos cognitivos y prácticos para monopolizar el mercado y obtener su autonomía (Ballesteros, 2007: 114).

Otro paso hacía el desarrollo y consolidación de la profesión médica fue la creación de un órgano, con jerarquía superior a las asociaciones y organizaciones de médicos, que diera orden y cohesión a la profesión. Un beneficio que se obtuvo, para la formación de los médicos, fue el mejoramiento en las facilidades educativas ya que las escuelas médicas se desarrollaron en torno a hospitales voluntarios, lo que facilitó el contacto directo con los pacientes y la experiencia de la práctica. Este órgano, además, tenía la supervisión de supervisar a todas las instituciones que otorgaban títulos y la facultad de castigar a los

---

<sup>9</sup> Es en esta época de desorden en la medicina, en el que la curandería era abundante, cuando los médicos empezaron a buscar seguridad en conocimientos formalizados que les permitiera garantizar en cierta medida la curación de sus clientes; aunque requerían de ayuda financiera para comenzar el ejercicio ya que en todas las profesiones de estatus llevaba algún tiempo, sobre todo a un médico, conseguir una clientela porque la medicina que practicaba no se consideraba una actividad esencial.

médicos expulsándolos del registro en caso de indisciplina. Esta facultad para responsabilizarse de la disciplina representaba el interés de la comunidad y el de la profesión, lo cual lleva a la creación de un código de conducta que fortaleció los principios éticos que debían observarse en el ejercicio de la medicina, elemento propio de una profesión consolidada. El establecimiento de este cuerpo único se situaba entre la profesión, la comunidad y el Estado, es el señalamiento de la fundación de la profesión médica unificada.

Hasta aquí, en el momento en que la medicina tiene un cuerpo de conocimientos basados en competencias técnicas, neutralidad afectiva (objetividad), orientación de servicio, una organización colegial, una licencia y mandato comienza a considerarse profesión (Coe, 1973: 222-224). Todos estos rasgos característicos de la profesión médica se conservan en gran medida hasta nuestros días, amén de que se considera que representa el tipo ideal de profesión pues cuenta con un alto prestigio, alta remuneración y realiza servicios esenciales dentro de la comunidad.

## **2. La profesión médica en México y su vinculación con el Estado**

A diferencia del desarrollo de las profesiones en los países anglosajones, cabe hacer unas diferenciaciones respecto al caso de México. En el contexto mexicano las profesiones se fueron consolidando junto con el Estado Mexicano, pero sucedió un fenómeno peculiar: a los médicos, abogados e ingenieros se les prohibió durante gran parte del siglo XIX crear agrupaciones profesionales específicas, de tal manera que estas profesiones sólo podían incorporarse al Estado, el cual era el único que proveía empleo a los profesionistas, así el trabajo y las normas de los profesionistas pasan a segundo término, dando a los trabajadores administrativos el papel primordial (Cleaves, 1985: 17).

El surgimiento de algunas asociaciones profesionales que competían entre sí, llegaban a convertirse en ámbitos para el despegue y desarrollo de funcionarios con título profesional para obtener puestos honoríficos que les sirvieran para convertirse posteriormente en altos funcionarios burocráticos; hecho que refleja la carencia de mecanismos que regularan la práctica médica.

La obtención del título universitario era suficiente para certificar la competencia para ejercer una profesión; las restricciones para ingresar a una universidad, recibirse y ejercer son casi nulas y se reducían a lo económico; cualquier persona que tuviera el deseo de ser profesionista y tuviera las posibilidades económicas podía ser profesionista (Ibíd.: 18-32).

Podemos ver que la formación de agrupaciones profesionales tenía de manera inherente el reconocimiento social por el simple hecho de haber cursado estudios universitarios, lo cual llevaba la expectativa de insertarse en el aparato de gobierno. La búsqueda de formación académica, en este sentido, tenía una racionalidad pragmática que tenía por objetivo el reconocimiento del estatus y la obtención de altos ingresos. Así, en México la construcción de la profesión se consolidó por el papel fundamental de la formación académica y su relación con el Estado; la formación académica y la actividad profesional tenían el reconocimiento social, el cual se derivaba del prestigio de las clases económicas que podían sostener la formación, hecho que estaba reservado para las élites de la sociedad.

#### **a. La formación académica y el modelo biomédico de atención de la salud**

La profesionalización de los médicos en los países anglosajones partió de circunstancias distintas a las que existieron en México. Aquí, los médicos no pasaron por un proceso de lucha en su profesionalización y por eso la universidad es fundamental en la construcción de la profesión. Es conveniente notar que también se buscó imponer un conocimiento sobre el concepto de salud que pretendía desaparecer todo los saberes de los sanadores prehispánicos (Aguirre, 1994:261) y que estableció un sistema de salud con base en el modelo biomédico, el cual fue importado del mundo anglosajón.

La diferencia de funciones y prestigio entre los médicos y los cirujanos, al igual que en Europa, mantenía marcadas diferencias sociales. Los primeros, como graduados de la Universidad, disfrutaban de prestigio social, mientras que los segundos, por ejercer una arte manual, les tenían poca consideración (Arce, *et al.* 1982: 36).

En el siglo XV España decreta la creación Tribunal del Protomedicato, organismo gubernamental, colocándose a la vanguardia en Europa, el cual aprobaba y certificaba a las personas que practicarían el ejercicio de la medicina. Sin embargo en México, la instrucción médica y la reglamentación de los médicos eran menos estructuradas que en España y es hasta 1527 que el ayuntamiento de la Ciudad de México acepta una cédula

traída de España por el médico Pedro López, mediante la cual se nombra el primer protomédico en la Nueva España. El Tribunal del Protomedicato se instaure como una corporación colonial, con privilegios, fueros y monopolio sobre todas las actividades relacionadas con el ámbito de la salud (ibíd.), se convierte en el guardián de los intereses de clase impuesto desde la metrópoli.

En 1553 se funda la Universidad de México y es en 1578, cuando se establece la cátedra de medicina impartida por el doctor Juan de la Fuente basada en las obras de Hipócrates, Aristóteles y Galeno. En la primera mitad del siglo XVII se mejoró la calidad de la enseñanza médica al añadir nuevos cursos como el establecimiento de la cátedra de anatomía y cirugía en 1621, siendo dos décadas después que por primera vez en México se hizo obligatoria la asistencia a disecciones humanas, con lo cual se rompía la barrera eclesiástica en la formación de conocimiento práctico de la medicina.

Las personas que ejercían la medicina en la Nueva España podían optar por tres grados universitarios: bachiller, licenciado y doctor (Arce, *et al.* 1982; Gil, 2004).

- a. En el bachiller. Se consideraba que para llegar a este primer grado de la profesión médica resultaba difícil; legalmente no podía curar. Antes de obtener este grado debía aprobar los cursos de anatomía, cirugía, astrología, y matemáticas. Posteriormente se realizaba un examen ante ocho doctores y maestros para obtener la insignia y, para finalizar el acto el candidato realizaba la profesión de fe, juraba sobre los estatutos de la vida universitaria y adquiría el compromiso de *defender la virginidad de María, madre de Jesús*. Para el ejercicio de la profesión médica debía haber transcurrido dos años de práctica dentro de la facultad de medicina y la sustentación de un nuevo examen ante el protomedicato.
- b. En la licenciatura. Se podía solicitar cuando se acreditaba por lo menos tres años de pasante; se presentaba el grado de bachiller, un informe al Santo Oficio y un examen de conocimientos generales; todo esto como preparatorio para presentar el examen que le otorgaría este grado. Acompañado de un ritual, en donde el aspirante debía asistir antes a misa para después presentar el examen de dos días, el primero de ellos era de por lo menos cinco horas y el posterior de una sola hora. Una vez que el candidato obtenía el grado, el rector, el secretario y los doctores visitaban al licenciado en su casa y todos juntos

realizaban el reconocimiento por la calles hasta llegar a la catedral donde se realizaba los juramentos para dar termino al acto protocolario.

- c. Grado de doctor. Se requería presentar la solicitud en la Universidad; al aprobarse la solicitud se llevaba a cabo la escena protocolaria que consistía en la visita del rector, el secretario y los doctores en la casa del solicitante, quienes a caballo realizaban un recorrido por las calles. Al día siguiente, se otorgaba el grado y se hacía el juramento correspondiente ante la catedral.

En años anteriores existieron intentos por liberar la medicina del Protomedicato, uno de esos intentos fue cuando el cirujano José Miguel Muñoz en 1822, ante el congreso imperial solicitó unir las carreras de medicina, cirugía y botánica. Cuatro años más tarde, la Comisión de Instrucción Pública del Congreso Nacional formulaba el reemplazo por una Facultad de Medicina de la Federación Mexicana, que sería un organismo con la función de dar licencias para ejercer y vigilar la salud pública (Arce, *et al.* 1982: 98).

En los primeros años de 1870 la medicina se estudiaba en 10 entidades, mas el nivel académico no se comparaba al de la Escuela de Medicina de la capital. La organización del curso médico era similar en todas las entidades debido a la influencia de la Escuela de Medicina; en Jalisco, Oaxaca, Michoacán y Nuevo León la carrera se cursaba en 6 años y Guanajuato y Puebla estaba programada en 5 años (Arce, *et al.* 1982: 160).

La rama de la medicina que más destacó en México fue la cirugía. Sin embargo, las actividades médicas legalmente autorizadas para practicar la cirugía son poco claras. En 1897 el título era simplemente de médico y para 1906 era el de médico-cirujano. Se establecieron títulos de especialista en donde era necesario primero ser médico cirujano, las cuales fueron en Anatomía Patológica, Fisiología Experimental, Bacteriología, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Venereología, Psiquiatría, Higiene Legal y Pediatría. Para los profesionistas que cursaron sus estudios en el extranjero tenían que ser revalidados por la Secretaria de Instrucción Pública siempre y cuando el plan de estudios coincidiera con el del Distrito Federal; una Ley anterior exigía a los titulados en los estados o en el extranjero se sujetaran a un examen profesional respectivo, sin el cual no podrían ejercer legalmente la profesión.

Durante el gobierno de Venustiano Carranza se crearon el Instituto de Biología General y Médica y la Escuela Constitucionalista Médico Militar, este ultimo inicio como una pequeña escuela de médicos para el ejército, pronto creció y sus egresados comenzaron a atender no solo a los soldados sino también a sus familias (Arce, *et al.* 1982: 283).

El alto nivel de la investigación médica que se mantuvo en México sobre el campo de la salud, se debió en gran medida por el apoyo institucional que ofreció el gobierno a la comunidad científica desde inicios de la revolución. Uno de los objetivos revolucionarios era la salud pública (Arce, *et al.* 1982: 282).

El presidente Cárdenas ordena la fundación de la Escuela Superior de Medicina Rural, como parte de IPN, con la encomienda de formar médicos para el servicio social como respuesta a la recomendación del 2do Congreso de Higiene Rural y para los años 60's, se funda el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN; por su parte la Escuela Nacional de Medicina hasta el año de 1957 cerró sus puertas del recinto para trasladarse a la facultad de Ciudad Universitaria.

Respecto al modelo médico que se enseñaba en México estaba impregnado por el "modelo francés", el cual se enfatizaba la destreza sensorial en el estudio clínico, un enfoque poco especializado del cuerpo humano. En la década de los cuarenta, este modelo empieza a declinar y empieza a dar paso al "modelo flexneriano"<sup>10</sup>, en donde se proponía una división de los cursos de acuerdo a la especialidades médicas, el uso de hospitales como principales centros de capacitación y la sustitución de la destreza sensorial en el diagnóstico y tratamiento por la precisión de los resultados de laboratorio.

A principios del siglo XX, después del informe de Abraham Flexner en 1910, supone un modelo único capaz de curar y conservar la salud. El médico supone que tanto en la teoría como en la práctica de su profesión se convierte en una actividad autónoma e independiente del resto de la sociedad (Ortiz; 1997, Aréchaga y Benítez, *et al.*, 2000, Fernández, 2009). Ortiz menciona que la negación de los aspectos humanos en este modelo se encuentra estrechamente vinculada con la teoría concebida del hombre; donde las ideas, teorías, hipótesis, estudios, investigaciones, trabajos, elaboración de ideas y demás, se dirigen únicamente al cuerpo biológico desligándose de lo humano<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Este modelo es el paradigma del pensamiento teórico práctico de la salud pública de la escuela estadounidense que apareció con el reporte de Flexner en 1910.

<sup>11</sup> La creación de la ciencia médica bajo la influencia del paradigma cartesiano dio como resultado el llamado modelo biomédico que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. En este modelo el cuerpo humano es analizado desde una visión mecanicista, una máquina estudiada a partir de cada una de sus partes; en tanto que la enfermedad es concebida como un funcionamiento defectuoso del mecanismo biológico y para lo cual la tarea del médico se basa en intervenir, física o químicamente para corregir las disfunciones. Antes de Descartes, la mayoría de los sanadores se orientaban hacia una interacción entre cuerpo y alma, trataban al paciente dentro de un contexto tomando de su entorno social y espiritual. La separación mente y cuerpo como parte de un paradigma que respondía a la racionalización de la sociedad industrial llevó a concentrar a los médicos al cuerpo y olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad (Capra, 2003:139)



En México el efecto del informe de Flexner empezó a visualizarse su impacto en los años 30, los primeros especialistas con los que se contó en el país se formaron en Europa y en los Estados Unidos; quienes a su regreso fueron los primeros promotores de su especialidad. El resultado fue que para 1945 se reabrió en la UNAM la Escuela de Graduados, y dentro de ésta se crea la División de Medicina Humana.

Las escuelas de medicina respondían al nuevo paradigma de “medicina científica”, el modelo flexneriano proponía que durante los dos primeros años de la profesión médica, la asistencia de los estudiantes a cursos de ciencias básicas, posteriormente los dos siguientes años el de especialidades clínicas en hospitales y en el quinto año, se dedicarían a llevar a cabo su internado, el estudiante tenía que trabajar de tiempo completo en un hospital antes de iniciar un año de servicio social. Ahora bien, la adopción del nuevo paradigma médico se reforzó por la escasez del personal médico en Estados Unidos como efecto de la Segunda Guerra Mundial, lo que permitió que los profesionistas mexicanos se abrieran la oportunidad de realizar internados y residencias en hospitales norteamericanos.

En este momento cabe hacer algunas consideraciones respecto al modelo biomédico de atención de la salud, ya que en la actualidad es el modelo imperante en medicina, la cual como ciencia obedece a los presupuestos del modelo cartesiano. Este paradigma dirige el estudio y tratamiento de la enfermedad, así como la forma en que se concibe la salud y la enfermedad.

La influencia de Descartes en la construcción y concepción científica del proceso salud-enfermedad se manifiesta en la manera en que retoma gran parte de los presupuestos del método científico. Los presupuestos que retoma la medicina del método científicos son: 1) evitar la precipitación en el diagnóstico y la prevención; 2) dudar de todo lo que se vea claro y luzca distinto; 3) examinar cuidadosamente todas las partes del problema; ajustar de la parte más simple a la más compleja; 4) enumerar todas las partes hasta estar seguro de no omitir ninguna (Babini, 1985:19)

Esta manera de concebir el mundo de forma lineal y mecanicista, así como al ser humano como un sujeto dividido, en dos partes, en cuerpo y mente son presupuestos que rigen la práctica médica de nuestros tiempos<sup>12</sup>. Esta diferenciación y al mismo tiempo división del

---

<sup>12</sup> Descartes escribió: “Yo soy una cosa que piensa o una sustancia cuya esencia es el pensar y carece de extensión. Tengo un cuerpo que es una cosa extensa que no piensa. De ahí que mi alma, por la que yo soy, es completamente distinta de mi cuerpo y puede existir sin él”. (citado por Ballesteros, 1989:22).

cuerpo y la mente es un axioma importante en el tratamiento de la enfermedad. El hombre fragmentado es el axioma que guía al modelo Biomédico imperante en medicina.

El pensamiento Cartesiano plantea que la enfermedad es un desperfecto de alguna parte del cuerpo humano, el hombre entonces se concibe como una máquina que en algún momento alguna de sus partes se descompone y afecta el funcionamiento de dicha máquina, ese mal funcionamiento de la máquina es lo que los médicos llaman enfermedad, que para ser tratada se fragmenta al individuo y al médico mismo, pues si se trata de un mal funcionamiento del cuerpo esta será atendida por un médico general, pero si es una enfermedad de la mente el psiquiatra es el único médico encargado de aliviar al paciente que presente esta enfermedad.

El modelo Biomédico fragmenta al ser humano y al mismo tiempo fragmenta la medicina moderna. La ciencia médica se divide en aquellos médicos que se encargan del estudio del cuerpo y de las enfermedades derivadas del mal funcionamiento de este y los médicos que se encargan del estudio y tratamiento de las enfermedades de la mente derivadas del mal funcionamiento del cerebro.

Los médicos fueron divididos en dos grandes grupos y al ir avanzando la medicina, los médicos se dividen en médicos generales y médicos psiquiatras, aparecen las especialidades médicas resultado de la concepción cartesiana como la Ginecología, Oncología, Pediatría, Neurología, Urología, Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, etc.

En este escenario, el papel del médico es arreglar los desperfectos del paciente; esta condición hace que el paciente se convierta en mero objeto de estudio, a fin de proporcionarle una mejor salud física, es fragmentado para ser examinado y tratado; el médico asume que el cuerpo es una suma de partes que se encuentra separada de la mente y de las influencias externas. (Sánchez: 2003). Bajo la concepción de enfermedad como lesión o alteración orgánica, la atención del médico se focaliza en el cuerpo, pues las causas de la aparición de la enfermedad son físicas.

Esta concepción del proceso salud- enfermedad basada en el pensamiento cartesiano que aún en nuestros días impera en la medicina contemporánea, ha traído grandes problemas para el tratamiento de la enfermedad, puesto que deja de lado aspectos importantes en la vida del sujeto, como lo son la sociedad, sus relaciones interpersonales y el contexto en el que vive; varias son las críticas imputadas al modelo biomédico por la manera de tratar la enfermedad.

Para muchos críticos de la medicina moderna, la crisis actual del modelo biomédico se debe a su base epistemológica en la filosofía Cartesiana, a que la medicina poco ha hecho por el bienestar de los sujetos que padecen alguna enfermedad y, principalmente, a que la medicalización de la sociedad ha producido más problemas que soluciones. Así, lo que agudiza la actual crisis del modelo biomédico es la comparación entre la científicidad y la eficacia de la medicina (Foucault, 1980: 8).

En las últimas décadas se ha incrementado la tendencia de erradicar la enfermedad por medio de medicamentos y tratamientos que la mayoría de las veces tienen costos elevados, todo el mundo está dispuesto a realizar los mayores esfuerzos y la medicina cree que eliminando las causas podrá hacer imposible la enfermedad.

El objetivo del tratamiento mediante medicamentos es reparar el organismo del paciente, objetivo que en la mayoría de los casos no siempre es la solución a los males del enfermo, por el contrario acarrea consigo efectos nocivos ya sean por la ingesta de medicamentos, errores de diagnóstico, o por la propia intervención médica (Foucault, 1980: 9); estamos en presencia de un riesgo médico donde la posibilidad del tratamiento puede ser la cura o enfermedad. La medicalización de la vida sigue incrementándose, pese a los efectos que ésta produce, la medicina ha creado más desastres que beneficios. La medicina como ciencia es peligrosa y los medicamentos llegan a ser nocivos por sus efectos secundarios o por su proclividad a generar adicción (Illich, 1978: 41).

El modelo Biomédico ha sido objeto de críticas muy duras por parte de los que no comparten la idea que la enfermedad debe tratarse por separado de la subjetividad del sujeto. Esta manera de tratar la enfermedad por medio de medicamentos que crean más enfermedades de las que curan es una muestra de que el modelo Biomédico no es tan eficiente como los médicos dicen, es por ello que apareció el modelo bio-psico- social para tratar la enfermedad, como alternativa al modelo Biomédico.

#### **b. El proyecto nacional de salud de la revolución mexicana y la profesión médica**

La enfermedad y el bienestar de la persona dejan de ser asunto meramente individual para convertirse en materia pública. La intervención del Estado en las acciones de salud, se ubica desde Alemania en el siglo XVIII, en donde la “medicina del Estado” se centra en el concepto de “policía medica” creada en 1764 (Frenk *et al*, 1994: 52). En ésta el Estado se interesa por la salud como una cuestión de política pública, basada en la

argumentación de la teoría política de Woff, en donde señala que todo monarca necesita de súbditos sanos y capaces de cumplir sus obligaciones. El médico entonces, está obligado a tratar a los enfermos y a supervisar la salud de la población (Rosen, 1985: 158).

La intervención del Estado en materia de salud, como una de sus obligaciones conforme a la constitución, tiene repercusiones diferenciadas en la profesión y en práctica médica. Con los gobiernos emergidos de la revolución mexicana se estaba en presencia de un proyecto de nación, en donde la salud y la educación eran los pilares en la construcción del país. El reconocimiento del derecho a la salud de las clases populares por parte del Estado llevó a la creación de los grandes hospitales de salud pública y de las instituciones de seguridad social, para lo cual se requirió de mayor personal para la atención de los usuarios de estos servicios. }

Así, la política pública en materia de salud del Estado se centra en dos puntos: la infraestructura de instituciones hospitalarias y la formación de médicos. Para el médico, el escenario del hospital le ofrece un ambiente mejor dotado de requisitos técnicos que aseguran un mayor y mejor resultado en el proceso de terapéutico; en cambio, en la sociedad liberal del siglo XIX, el escenario por excelencia del médico es el consultorio, en éste el médico tiene el control absoluto de la situación aflictiva del paciente, en contraste el hospital ofrece un escenario, en cierto sentido neutral para el médico y el paciente<sup>13</sup>.

En la actualidad, la influencia de los médicos en la institución hospitalaria ha manifestado grandes avances; en sus inicios las condiciones de atención se realizaban en la misma sala: amputaciones, curaciones, cirugías, partos, amortajamiento de cadáveres, etc., posteriormente la aparición del quirófano y de otros servicios específicos permite las secciones de atención. El hospital ha llegado a ser el lugar de aprendizaje para el personal de atención en salud en todos los niveles como complemento a la instrucción educativa.

La institución hospitalaria ha operado de tres formas distintas en la historia del país: como instrumento de caridad (1524-1760), como procurador de orden urbano (1760-1904) y como procurador de bienestar social mediante la intervención estatal que inicia a partir de 1905 (citado en Gil, 2004: 72) y se ve mermada a mediados de los años ochentas con el inicio de implantación del modelo de desarrollo neoliberal.

---

<sup>13</sup> El hospital en sus orígenes surge como un lugar de refugio para el transeúnte que no dispone de parientes o amigos a quienes pedir alojamiento.

Respecto a la intervención del Estado en la formación de médicos, encontramos cambios en los sistemas educativos nacionales respecto a la actual corriente de integración económica mundial. La política educativa buscaba incrementar el número de estudiantes en las escuelas de medicina para responder, a mediano plazo, a la expansión hospitalaria<sup>14</sup>.

En México, a principios de siglo XIX, había menos de 2 500 médicos en todo el país y la mayoría se encontraba concentrada en las ciudades; sin embargo, el 80% de la población era rural y atendían sus malestares con los curanderos de su localidad, utilizando conocimientos y recursos provenientes de la naturaleza. La Facultad Médica aseguraba que en el Distrito Federal había muchos médicos que daban consultas gratuitas; sin embargo, no pasaba lo mismo en el resto de las entidades. Los honorarios de los médicos variaba por la región y el conocimiento, la tarifa fue diferenciada si la persona asistía al consultorio o si era a domicilio; también se cobraba por los kilómetros de recorrido, ida y/o vuelta. En esta época los servicios médicos marcaban una diferencia al público con base en los recursos económicos, debido a que la actividad profesional médica tenía los resabios de ser una profesión de prestigio, se ejercía la profesión de una manera liberal; es decir, que aunados a los conocimientos de medicina estaba detrás el prestigio de un grupo selecto de personas que tenían el privilegio de ser instruidos, en comparación con el resto de la población de mediados del siglo XIX. Recordemos que durante todo el proceso de consolidación del Estado mexicano antes de la Constitución de 1857 muchos de los intelectuales tenían la formación en medicina<sup>15</sup>.

Con la fundación del Hospital General en 1906, se diversificó la medicina y se desarrollaron las ciencias auxiliares, a la par que la institución crea una creciente demanda de médicos. Este es el primer paso que comienza el proceso de transformación de la medicina en una profesión hospitalaria.

Ya en pleno proceso revolucionario, en 1917, se crea el Departamento de Salubridad Pública y dos años después nace la primera organización médica: la Asociación Médica Mexicana inaugurada por el doctor Gregorio Mendizábal. El surgimiento del Estado Social retoma las necesidades sociales exigidas por el movimiento de revolución y las eleva a

---

<sup>14</sup> Entre 1958 y 1967 la matrícula principal de la Facultad de Medicina de la UNAM se mantuvo constante; los egresados de la profesión en el país pasó de 1 127 en 1961 a 2 560 para 1971; en relación a las escuelas de medicina en 1971 el total era de 25 y para 1977 ascendió 59.

<sup>15</sup> Entre otros se encuentran José María Mata y Valentín Gómez Farías.

nivel constitucional, en sus artículos 3, 27 y 123, mismos que se convierten en el eje de la política de los gobiernos hasta la década de los 40's.

Para la década de los veintes, el Estado inicia su función de asistencia social como un deber y sustituye los conceptos de caridad y beneficencia. Al poco tiempo, fue elevado al rango de secretaria y se ampliaron sus funciones para cubrir no sólo la asistencia a las niñas y niños, sino dar asistencia pública a los habitantes; surge de esta manera, la Secretaría de Asistencia Pública que se mantuvo por separada del Departamento de Salubridad Pública durante varios años, hasta que en 1943 se fusionan para dar vida a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1937 el presidente Lázaro Cárdenas crea el Departamento de Asistencia Infantil, como un organismo independiente del Departamento de Salubridad Pública, formula y expide el proyecto de Ley del Seguro Social, pero logra ser promulgada en enero de 1943, bajo la presidencia de Manuel Ávila Camacho, en un momento de intensa actividad obrera. Esta Ley funcionó posiblemente como sustituto a las demandas que giraban en torno a incrementos salariales en donde algunos sindicatos radicales se oponían ante su implementación (citado en Frenk, *et al*, 1994: 56-57). Es en este mismo año que se crea al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la cooperación del Estado y para mayo se ordena la primera afiliación de los trabajadores de la Ciudad de México. Al año siguiente la institución inicia con los servicios médicos para que posteriormente se extiendan sus servicios a las cuatro principales ciudades del país.

La fundación de las instituciones del Estado para la atención médica alteró drásticamente el mercado de trabajo para los médicos. La intervención del Estado por lo general tiene un efecto dual: desde lo cuantitativo, amplía oportunidades de trabajo para los profesionistas e introduce modificaciones cualitativas en los paradigmas en la práctica médica. Se transforma primeramente, la ubicación dominante para la atención médica, se pasa de la práctica ambulatoria a la práctica hospitalaria; cambia el contenido de la práctica, se pasa de la práctica general de la medicina a la práctica especializada; y también se transforma el perfil institucional, ya que se pasa de la atención privada a la pública- (citado en Frenk, *et al*, 1994: 98). Es también en el año de 1943, cuando se da comienzo a la creación de instituciones de especialización como el Hospital Infantil de México, un año más tarde abre el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Hasta 1961 se inauguran tres hospitales del Centro Médico Nacional y en 1963

otros cuatro. En el año siguiente se inaugura el Centro Médico La Raza, con tres hospitales.

Al iniciar el crecimiento del sistema hospitalario en México se instaura el primer programa de internado de posgrado en el hospital General de México. El Seguro Social en la primera década de su funcionamiento sólo enfocó sus servicios a los trabajadores de las ciudades y es hasta 1954 cuando se extiende la cobertura a pequeños propietarios y ejidatarios e inicia, en el mismo año, la creación de cuatro internados de posgrado.

Es con el presidente Adolfo López Mateos que se hace la creación del otro gran organismo de seguridad social: el Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), quien presenta ante el Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, un año después la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma en el ISSSTE. El instituto es la base para la atención de los burócratas que laboran en las secretarías y organismos descentralizados. Los trabajadores contribuyen al sostenimiento de los servicios que presta la institución mediante un porcentaje que se sustrae del sueldo. Cuatro años después de su creación ya contaba con 33 hospitales y 68 clínicas.

La creación de estos organismo de medicina social, permitieron que muchos médicos combinaran el ejercicio liberal de su profesión con el trabajo asalariado en las instituciones de salud. La participación del Estado en la producción de servicios médicos no sólo amplió cuantitativamente la demanda, sino también creó la solicitud de un nuevo profesionista de la salud: un médico más orientado a la práctica hospitalaria y de especialidad, el cual se asimilaba cada vez a un trabajo asalariado (Frenk, *et al*, 1994: 72). Las características de la práctica hospitalaria institucional imponen una parcelación en el control de su trabajo, lo cual lleva a un cambio radical con una de las características básicas de la profesión liberal de la medicina que es la autonomía de la práctica médica.

En 1964 un grupo de internos y residentes inició un paro de labores en demanda de mejores salarios y seguridad en el trabajo, esto fue el inicio de lo que se conoció como el “movimiento médico”. Los médicos de base se unieron al movimiento y formaron la Alianza de Médicos Mexicanos, una organización que agrupó a médicos del sector público. El régimen existente en ese momento se negó a negociar, y fragmentó el movimiento al incrementar los salarios de los médicos del IMSS sobre otras instituciones.

La expansión de los hospitales en los años sesenta, introdujo modificaciones en el mercado de trabajo médico, lo que significó una renuencia a trabajar en campo. Los programas enfocados para estas zonas enfrentaron la incapacidad de cubrir todas las vacantes, además de que este tipo de servicios médicos eran manejados por los pasantes. En la siguiente década, la existencia de desequilibrios en la práctica médica reflejaba, que el modelo que prevalecía era el flexneriano y el modelo basado en la APS (Atención Primaria de Salud<sup>16</sup>) no era aceptado en su mayoría, este último se encontraba dirigido a los grupos marginados.

La renuencia de los médicos a trabajar en zonas marginales descuidaba la importancia de este modelo y anteponía una racionalidad instrumental que contradecía los principios de altruismo y dejaba latente el prestigio tradicional de la profesión; sin embargo, a partir de 1981 la Secretaría de Salud inicia el programa APS a través de un proceso de regionalización, donde se construyen 255 centros de salud con una capacidad de cobertura de cuatro millones de personas (Frenk, 1990).

La demanda de los médicos egresados había crecido para 1975, cerca de 6 000 médicos tuvieron que competir por menos de 2 000 plazas de residencia. La especialización de la profesión hacía más difícil encontrar un trabajo antes de concluir la residencia; el proceso de selección había sido transferido de la escuela de medicina a la educación de posgrado. En el mismo año había cerca de los 46 000 médicos que vivían en el país, una tercera parte se concentraba en la Ciudad de México debido a que el trabajo en las zonas rurales no representaba una opción deseable y algunos de ellos se concentraron en campos ajenos a la medicina (Frenk, *et al*, 1994: 109); así, las instituciones de salud redujeron el número de plazas, las escuelas de medicina incrementaron su matrícula y la inversión en la infraestructura del sistema de salud redujo<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> El modelo APS (Atención Primaria de la Salud) es ante todo una estrategia dirigida a la cobertura universal de los servicios de salud (Tejada, 2003). Es la atención que se conoce como de primer nivel o primer contacto. El concepto de APS conlleva a atender las necesidades básicas de los sectores pobres o excluidos, con lo cual se crea la idea de que se trata de una medicina exclusiva para los pobres. Con el modelo flexneriano todos los esfuerzos sanitarios estaban dirigidos hacia la elaboración de un diagnóstico y un tratamiento correctos, ya que según el paradigma biomédico la salud se tomaba como un concepto individual, al que se debía llegar luego del proceso de enfermedad. Como este paradigma no podía satisfacer los requerimientos sanitarios de las diferentes comunidades se comenzó a pensar en un concepto de salud colectiva y se fueron presentando cambios que dirigieron los esfuerzos y estrategias hacia el mantenimiento de la salud, intentando que el individuo no enfermase, se mantuviese sano, asegurando su derecho a la salud e interpretando a la enfermedad como un fracaso del sistema de salud.

<sup>17</sup> El IMSS mantuvo el número de hospitales constantes y número de camas creció; en el ISSSTE, el número de afiliados registró un incremento sustancial como resultado del crecimiento de la burocracia federal, que se duplicó entre 1970 y 1976, aunque la infraestructura de atención médica no se expandió en la misma proporción; por su parte, la SSA tuvo un crecimiento muy ligero en su capacidad hospitalaria (Frenk, *et al*. 1990)



La tendencia política y económica del Estado desde los años ochentas es disminuir su intervención en los rubros donde el sector empresarial ve grandes posibilidades de sacar ganancias. En 1984 se crea el Sistema Nacional de Salud, el cual será el encargado de planear, coordinar e integrar las actividades y programas de las instituciones públicas relacionadas con la salud. Esta institución ha pretendido realizar las reformas que han contribuido a relegar o disminuir la intervención del Estado

Es así que las reformas del sector salud se basan en una estrategia neoliberal que va dirigida a que los servicios de salud sean cubiertos por los individuos, la familia o el mercado, por lo que al Estado sólo le corresponde impulsar dichos servicios pero no financiarlos (Gil, 2004: 118-119). Al respecto, las reformas al sistema de pensiones del IMSS y del ISSSTE son un avance de la política neoliberal para dismantelar el sistema de seguridad social en su conjunto para que los empresarios sean los encargados realizar la función que corresponde al Estado.

Por último, habría que hacer algunos señalamientos referentes a la participación del Estado en materia de formación de médicos. El modelo de la “universidad de masas” en oposición a la “universidad elitista” fue objeto de una aceptación generalizada sin tomar en cuenta la incapacidad de absorber el número de jóvenes egresados que buscaban empleo, sin embargo, y debido a protestas estudiantiles en 1971, condujeron a promover una política de puertas abiertas en las universidades. Esta fue una alternativa para potenciar la apertura de la universidad, tanto para dar respuesta a la demanda de educación y para posponer las presiones ejercidas en el mercado de trabajo (Frenk, *et al*, 1994: 105-106).

El crecimiento de la población estudiantil que ingresa en las escuelas y facultades de medicina y el surgimiento de las instituciones asistenciales y de seguridad social ha dado como resultado que se modifique el modelo de enseñanza de la profesión médica en México. Las autoridades de la Facultad de Medicina de la UNAM, no se encontraban de acuerdo a una política de puertas abiertas, mas todos los solicitantes de ingreso a la Facultad de Medicina fueron aceptados en ese año.

En todo el país, la población total de estudiantes de medicina creció de 21 127 en 1967 a 41 675 en 1971-1972; la UNAM concentró el 42% de los estudiantes a nivel nacional. Durante los siguientes años se inicia la apertura de otras escuelas de medicina en regiones periféricas; la UNAM abre tres escuelas nacionales, dos de ellas ofrecían la profesión médica. Para 1974, seis nuevas escuelas abrieron sus puertas, cinco de ellas

se establecen fuera de la Ciudad de México; y en el trascurso de dos años posteriores se incorporaron a la lista otras 12 instituciones de educación superior.

Los factores relacionados al número de escuelas y el exceso de matrícula y de egresados han dado lugar a un cambio en la educación, que para algunos ha sido en detrimento del nivel académico. En la década de 1970 aparecieron los planes modulares como intento de resolver la fragmentación de la enseñanza y su desarticulación con las problemáticas de salud (Aréchaga y Benítez, *et al*, 2000: 185).

En 1981 del total de programas existentes, 15 eran privados y 44 pertenecían al ámbito público; 48 tenían el plan de estudios de tipo tradicional, organizado en asignaturas divididas en ciclos básicos y ciclos clínicos, conforme a la recomendación flexneriana, y únicamente 11 tenían un plan de estudios innovador, organizado por módulos. Hasta antes de finalizar el siglo XX la enseñanza de la medicina se impartía principalmente por escuelas públicas, las cuales dependían del subsidio gubernamental ya fuera de índole federal o estatal; por otro lado, la participación de la iniciativa privada en la educación, incrementó el número de escuelas que impartían la carrera de medicina a partir de la última década del siglo pasado.

En la educación médica mexicana el Estado ha sido históricamente el principal empleador de los egresados de las escuelas y facultades del país, y que además el mayor número de cursos de actualización médica a nivel nacional se lleva a cabo mediante las universidades públicas e institutos del Sector Salud. La intervención del Estado en la educación y prácticas médicas se incrementó a partir de 1910, ya que los gobiernos posrevolucionarios basaban sus proyectos de desarrollo social y su marco de legitimidad en dos aspectos: las instituciones educativas y las asistenciales. La sustitución del gobierno por empresarios en el ámbito de la educación y de la salud no ha solucionado los problemas que se generaban antes de su llegada; la profesión médica ha dado cambios importantes en cuanto a la organización de su trabajo y de sus condiciones laborales que afectan principalmente sus ingresos y su práctica médica al quedar sujetos a las leyes del mercado, en las que el Estado sigue el principio de achicar cualquier ámbito, que pueda ser aprovechado por la iniciativa privada, a través de la reducción del presupuesto (Véase tablas 1 y 2)

### **3. La profesión médica en el modelo de desarrollo neoliberal**

El siglo pasado sufrió fuertes transformaciones científicas, económicas, políticas y sociales a partir de la conjunción de tres fuentes de cambio: la aparición del modelo de desarrollo neoliberal, la mundialización y el discurso de la posmodernidad. Sin lugar a duda, estas fuentes que impulsaron los cambios de los Estados de Bienestar o, para nuestro país, del modelo de desarrollo de sustitución de importaciones tienen sus propias dinámicas y efectos según los espacios nacionales de los que se trate. Pese a las especificidades nacionales que es necesario considerar, hay supuestos y estrategias comunes en las que se fundaron las iniciativas de conformación de las nuevas sociedades en su etapa capitalista, como la de enfrentar al Estado como el eje de constitución de la sociedad. Por otro lado, es interesante señalar que esas concepciones, políticas y estrategias que sustentan a las sociedades neoliberales han sido fuertemente criticadas hasta por algunos de sus propios creadores y simpatizantes, y aún así se impulsan con fuerza como la solución a las crisis económicas capitalistas sin importar demasiado el disgusto de fuertes sectores de la población. Para el entendimiento de los servicios que ofrecen las farmacias similares, es básico entender las orientaciones que sustentan al modelo de desarrollo neoliberal, puesto que desde esos referentes se gestan las condiciones económicas y sociales que abren la oportunidad del desarrollo de una industria farmacéutica dirigida a los sectores altamente empobrecidos de la sociedad mexicana.

Desde 1947, se empezaron a desarrollar las orientaciones críticas hacia los Estados de Bienestar, entre los más destacados exponentes que se reúnen para dialogar y buscar opciones se encuentran Karl Popper, Milton Friedman, Salvador de Madariaga, Ludwig Von Mises y Walter Lippman, intelectuales convencidos en la libertad sin adjetivos. En plena etapa de oro del capitalismo se iniciaban las críticas hacia su elemento fundamental: el Estado de Bienestar. Implícitamente esos intelectuales, que reivindicaban la libertad sin adjetivos, se encontraban forjando las condiciones para la expansión del capital ahora sin restricciones, sin obligaciones sociales y fiscales. (Kurnitzky, 1998)

El modelo de desarrollo neoliberal se estructura con base de principios rectores que orientan políticas económicas, estrategias políticas y sociales para reactivar la ganancia capitalista. Destacan los principales principios orientadores: el individuo como el eje de la organización social; la libertad individual y de los mercados de capital; la formación de

mercados sin restricciones legales, ni fiscales; la competencia como la base del triunfo material como el sentido de la vida.

La mundialización, es otro proceso que coincide con el neoliberalismo para enfrentar la hegemonía del Estado en la conducción de la sociedad. Con este proceso que significa una nueva división y reparto del poder político en el mundo, se cuestionó la existencia del Estado-Nación, la extinción de la división bipolar de las naciones y la caída del muro de Berlín, lo que trajo como consecuencia la formación de bloques de naciones en la disputa por el mundo (Husson, 1995: 6; Beck, 1998). Por medio del derrumbe de las fronteras nacionales se consiguieron los complementos del proceso neoliberal; al cuestionar la soberanía de las naciones se impulsó la libertad del capital, localizado en las grandes empresas, y sobretodo el que se benefició más fue el capital financiero. De la hegemonía estatal en la sociedad se pasó a otro tipo de dirección de la sociedad esta vez centrada en las empresas mundializadas y en el capital financiero. La economía se traslado hacia los mercados internacionales lo que implicó un desplazamiento de los capitales nacionales, ahora subordinados a los grandes capitales.

Con la mundialización se construyó el paraíso para la exigencia de libertad de los diferentes mercados de capital, que con un Estado replegado a la función mínima del monopolio de la violencia legitimada se convirtió, en los hechos, en una condición para el crecimiento de capitales tan libres que gozan de privilegios excepcionales como la evasión de impuestos y de una serie de canonjías por parte de los gobiernos con tal de atraerlos, y sin embargo, cuando logran sus objetivos se trasladan a otros lugares sin mayor miramiento de la estela de degradación productiva, laboral y ecológica que generaron. Este proceso de derrumbamiento de trabas para la libre fluidez de los capitales en todo el mundo es básico para establecer procesos de descentralización productiva y de flexibilización del trabajo que colocaron en grave situación a los trabajadores al disminuir su poder político, por ejemplo, en la huelga como el instrumento de lucha de la clase obrera. Como sentencia Beck, la mundialización es una fase de un capitalismo sin trabajo y sin responsabilidades productivas y financieras (1998).

Son diversas las discusiones respecto al discurso posmoderno, rebasan a esta investigación hacer un recuento de las mismas, pero lo que se es necesario hacer es presentar los puntos de vinculación con los procesos neoliberales y de la mundialización. El discurso posmoderno puede ser entendido como una justificación del mercado para el reforzamiento de la ofensiva capitalista. Las críticas que realizan los posmodernos a los

grandes proyectos políticos colocan en situación difícil al marxismo, al humanismo y al socialismo, el cambio es una ilusión. Su énfasis en el fin de las ideologías y de las utopías cercena de tajo cualquier posibilidad de emancipación de la sociedad capitalista al sostener que la lucha carece de sentido para erradicar a las injusticias sociales. La crítica hacia la política modernista se inclina hacia la inoperancia de cualquier tipo de vanguardia y de organización social y política. En este sentido, el ataque al intervencionismo del Estado y a cualquier tipo de planificación se realiza a favor de la promoción del individuo como eje de la sociedad. En consecuencia, una virtud del individuo es el resguardo de la libertad personal, que se expresa en el regreso de narciso, del hedonismo y del mercado. Como sentencia Huyssen (1995), el posmodernismo es un proyecto de hegemonía cultural capitalista para lubricar la ofensiva neoliberal y de las empresas mundiales de modo que penetre en la sensibilidad de las personas. En este sentido, el Estado de Bienestar quedo en un frente de fuego con poderosos enemigos que al fin de cuentas impulsaron la hegemonía empresarial como la única racionalidad legítima para gobernar al mundo.

Desde este conjunto de críticas se orquestó una fina estrategia para derrumbar el Estado de Bienestar, también denominado fordista, al que se le adjudica que es antieconómico, antiproductivo y desmotiva al capitalista para invertir y conforma culturas y racionalidades que poco incentivan al trabajador a trabajar, ineficiente por que no logró erradicar la pobreza, al contrario generó un fuerte paternalismo estatal que a la larga empobreció más a los pobres. En síntesis, este tipo de Estado fue generador de la crisis económica internacional que se manifestó en un fuerte deterioro de la ganancia, producto de un sistema tecnológico obsoleto, en la deficiente organización del trabajo taylorista fordista (De la Garza, 2007: 71), de la rigidez de las relaciones laborales y, de culturas laborales y sindicales paternalistas y clientelares.

Ante la exigencia empresarial de recuperación de tasas de ganancia que cumplieran con la expectativa de arriesgar capital en los procesos productivos y en la reconstitución de nuevas reglas de consumo se desquebrajó el modelo del Estado de Bienestar, este proceso de sustitución se inició con la aplicación de políticas económicas recesivas y antiinflacionarios aún a costa del crecimiento económico; ampliación de las grandes empresas exportadoras por medio reducción de impuestos, apertura y disciplina de mercado; privatización de la empresa pública; contención de los salarios, eliminación del salario mínimo e impulso del salario variable; políticas sociales compensatorias y de

disminución del gasto social; mantenimiento del libre cambio y eliminación de tarifas aduaneras.

Para este estudio es importante la política laboral que se instauró a partir del modelo de desarrollo neoliberal, puesto que tiene repercusiones en la degradación del trabajo de los mexicanos (De la Garza, 1994). En el antiguo régimen del modelo de sustitución de importaciones uno de sus basamentos fue una política laboral a favor de las regulaciones de las relaciones entre capital y trabajo como una forma de institucionalización del conflicto industrial por medio del desarrollo de relaciones corporativas entre el Estado y los actores de la producción, principalmente sindicatos.

En la política laboral corporativa el centro se localizaba en el presidente de la república y en las múltiples medicaciones políticas del Partido Revolucionario Institucional. En términos de establecer la paz social como un medio para el crecimiento económico y la industrialización del país se generó una relación perversa entre el Estado, el partido único, PRI, los empresarios y las organizaciones sindicales. De este conjunto de relaciones se creó la necesidad de controlar a los trabajadores política y socialmente como una forma de neutralizar al conflicto de clases a cambio de otorgarles una serie de condiciones materiales para su reproducción social, como educación pública gratuita, vivienda popular y un sistema de salud público. También se realizaron modificaciones a la Ley federal de Trabajo que permitieron gozar de una serie de protecciones sociales a los trabajadores, como jornada laboral límite, salarios mínimos, regulación de la huelga y de las condiciones de trabajo y seguridad laboral.

Este ciclo de regulación laboral se instituyó también con base de dotarle fuerte poder a las organizaciones sindicales, para asegurar su monopolio de representación a partir de cláusulas de ingreso laboral y de exclusión laboral que cancelaban cualquier atisbo de libertad sindical y de democracia sindical, así como la formación de juntas federales y órganos institucionales para atender las demandas laborales de los trabajadores que terminaron siendo una vasta red de control obrero, de complicidades y corrupción de empleados públicos y líderes sindicales.

El corporativismo sindical fue el baluarte del poder del Estado, y si el Estado se encontraba en el banquillo de los acusados entonces de igual manera se situaban a las organizaciones sindicales. Uno de los síntomas graves del corporativismo sindical es la separación entre los líderes sindicales y sus bases, que realmente fue poco cuestionada por los propios trabajadores y si por las organizaciones sindicales denominadas

independientes del estado o de izquierda que poca incidencia tenían en el mundo sindical, puesto que los sindicatos oficiales eran los más representativos y se localizaban en los sectores importantes de la producción el país.

La separación de los líderes sindicales y las bases de trabajadores se sostuvo a través del control de los primeros hacia los segundos, por medio de la repartición de bienes materiales y simbólicos que le dotaban de legitimidad a los dirigentes sindicales. En este ciclo de control de los trabajadores, los líderes sindicales contaban con recursos económicos y políticos para atender las demandas de los trabajadores y de mecanismos informales clientelares y de corrupción que servían para controlar las partes vivas de un sistema que requería de poco movimiento de las bases y cuando estos se daban eran en marcos institucionalizados como eventos de conmemoración de días sagrados para el movimiento obrero o de la retórica política.

Este modelo de relaciones corporativas se criticó con fuerza por los gobiernos neoliberales que inician con Miguel de la Madrid y continúan hasta la fecha por ser altamente proteccionista de derechos y practicas laborales y sindicales que en su momento tuvieron su eficacia, pero que en momentos de crisis económica estructural se observaban como una de sus causas y por tal motivo era necesario modificarlos. A las relaciones corporativas se le imputaron ser las causas del desempleo, de los bajos niveles de productividad y una escasa competitividad de las empresas. La solución fue simple flexibilidad del trabajo, readecuación de las relaciones entre Estado y sindicatos, mutilación de contratos colectivos de trabajo, remoción de líderes sindicales disidentes, propuestas de reformas a la Ley del Trabajo y mantenimiento del sistema legal de aplicación de la ley corporativa.

Si bien los sindicatos se vieron fuertemente presionados para cambiar su posición política, corporativa, a un tipo de sindicatos técnicos reguladores de la productividad y la calidad, no se logró esa expectativa neoliberal pues los sindicatos supieron mantenerse en el nuevo juego neoliberal, además se mantuvieron como puntales políticos de los gobiernos neoliberales que nunca supieron construir una ciudadanía capaz de competir con el corporativismo.

Con el neoliberalismo y el impuso de una política laboral flexibilizadora las organizaciones sindicales perdieron poder pues se disminuyó su participación en el diseño de las políticas públicas, asimismo los líderes perdieron recursos económicos y políticos lo que les dificultó el control de sus bases; sin embargo, mostraron ser impermeables al cambio

social y los atisbos de democracia que aparecieron en el país jamás aparecieron en los sindicatos, que además enfrentaron con demasiada tibieza a las políticas neoliberales, incluso algunos sindicatos fueron impulsores de iniciativas presidenciales que atentaron en contra de los trabajadores. En un punto crucial de la reproducción de los trabajadores, las organizaciones sindicales han mostrado hasta cierto punto una fuerza significativa como en las reformas al seguro social y al ISSSTE.

Es de conocimiento público que los gobiernos federales han intentado privatizar la seguridad social y ante la potencial resistencia de los sindicatos lo que más se ha atrevido a hacer el Estado es la realización de reformas que para unos son catalogadas de privatizaciones enmascaradas y por otros como de reformas que aún no logran extirpar a las responsabilidades del Estado para ofrecer salud a los trabajadores.

Las repercusiones del modelo neoliberal hacia los trabajadores y la población se pueden sintetizar en la degradación del trabajo y de la vida del conjunto de la población. La degradación del trabajo se sostiene en la flexibilización del trabajo, la precarización del empleo y en la creciente inseguridad de prestaciones socio laborales de los trabajadores. Las repercusiones están a la vista, grupos minoritarios de trabajadores que en conjunto les va bien en contraposición con la formación de empleados desechables para trabajos desechables articulados a una masa informe de población empobrecida. Sindicatos que luchan por sus intereses gremiales como una estrategia de sobrevivencia y que de manera pública dicen luchar en contra del neoliberalismo pero en lo privado se pliegan a las políticas estatales en espera de un mejor momento para una acción honesta, responsable y transparente en y para la sociedad.

En esta especie de Némesis social en donde la sociedad capitalista genera masas de actores empobrecidos sin posibilidad de encontrar empleos de calidad y quizá de empleos desechables, también permite la aparición de formas de control social y de atención social a sus necesidades mínimas siempre encuadradas en la ganancia de capital. En este sentido, la disminución de trabajadores que se pueden integrar al IMSS y al ISSSTE, pero con la imposibilidad de atender sus enfermedades en el sistema de salud privado, el Estado y los empresarios buscan nuevas fuentes de legitimidad en una suerte de oasis de la salud para las masas empobrecidas.

Para el Estado en su suerte de legitimarse ante el descontento de la población generó el seguro popular con una lógica política, más que para influir estructuralmente en la salud de la población. Y por otro lado, en una lógica empresarial que poco respeto tiene para la



salud pública nace el Sistema de Similares como una fuente de negocios extraordinarios en la industria farmacéutica, éste es un fiel representante del neoliberalismo que aduciendo una ideología de enfrentamiento de la pobreza, es en realidad un sistema novedoso que tiene su propio segmento de mercado, los pobres y clases medias empobrecidas, que al tener mínimas opciones de atención en centros de salud y hospitales públicos, que se encuentran al borde del precipicio financiero, o por tener creencias poco favorables para acudir a esos sistemas públicos deciden engancharse en los consultorios de la Fundación Best en los que la atención al paciente se encuentra más allá de lo corporal y mental y se instaura como eje en los medicamentos de similares que se tienen que prescribir o vender como una obligación médica, cerrando un vital ciclo entre la producción y el consumo de medicamentos.

Fue con la reestructuración económica de los países que se dio paso a un nuevo modelo de orden mundial que comenzó con la reapertura de los mercados a nivel global e internacionalización de la economía. A partir de 1983, el cambio de la política estatal mediante la reducción del tamaño del Estado y el paso de un Estado *propietario* de empresas a un Estado *promotor* de bienestar social (Gil, 2004: 117), dieron la pauta general para comenzar la transformación del modelo de desarrollo. Entre los años de 1985-1988 la economía mexicana --que seguía postrada ante la creciente crisis y generaba preocupación por la deuda externa y la creciente inflación-- inició un proceso de apertura comercial que se expresó a partir del ingreso del país al GATT (Acuerdo General de Tarifas y Aranceles, ahora Organización Mundial de Comercio), para después iniciar las negociaciones para la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá (Aboites, 2008)<sup>18</sup>.

El proceso de cambio económico, político y tecnológico influyó en el sistema educativo profesional de la medicina y en el sistema de salud. El sistema educativo, tenía que hacer frente a los cambios tecnológicos y al crecimiento de nuevas ofertas educativas por parte de los particulares, preparando profesionistas para las nuevas competencias necesarias que exigía el mercado de trabajo.; en tanto que el sistema de salud, vería mermado la

---

<sup>18</sup> En el caso del TLCAN la propuesta de una integración educativa de los tres países arrancó en Wingspread, Wisconsin. Allí unos cuantos rectores de universidades, funcionarios gubernamentales y empresarios de los tres países junto con un grupo de académicos delinearon los grandes rasgos de lo que debería ser un sistema único trinacional de educación superior para América del Norte; se proponía el libre flujo de estudiantes y académicos a través de las fronteras; la libre circulación de capitales para financiar investigaciones y, por supuesto, el intercambio de los servicios educacionales. Al mismo tiempo, a finales de los años noventa América Latina entró en lo que sería una primera etapa de la relación con Europa. Llegó a los países una oleada de ofertas de servicios educativos desde universidades europeas.

calidad del servicio que ofrece, debido al aumento de la población y la disminución de la participación del Estado en el presupuesto para el sector.

A medida que el conocimiento científico y la incorporación de nuevas tecnologías evolucionaron, la medicina se vio fortalecida; mas la distancia entre el grado de conocimiento (la especialización como el elemento de competencia de sus miembros) y la demanda de la población se amplió significativamente. Por un lado, se encuentra una diferenciación entre médicos altamente especializados, en constante actualización y con acceso a los nuevos avances tecnológicos, en contraste de los médicos generales que practican la medicina en su propio consultorio, que laboran en dos trabajos o, en el peor de los casos, se encuentran en otras ocupaciones (Frenk, 1994: 45). Por el otro lado tenemos a una población que demanda servicios especializados debido al surgimiento de padecimientos diferentes propios del aumento de las expectativas de vida que requieren de atención especializada<sup>19</sup> y que de no estar afiliados a algún tipo de seguridad social, difícilmente podrán acceder a los servicios de centros médicos privados donde los honorarios de las especialidades son altos.

Es así que el avance científico en la medicina fue cobrando independencia del apoyo gubernamental y de la creación institucional. El trabajo en equipo, la incorporación de la tecnología en los laboratorios experimentales y el establecimiento del área de comunicación con las comunidades científicas del resto del mundo obligó a que la ciencia floreciera, predominantemente, en los lugares donde existieran recursos financieros.

Las nuevas tendencias de la medicina, impulsadas desde el siglo XX por la escuela estadounidense mostraron una gran influencia en la medicina mexicana, las cuales se encuentran conceptualmente integradas a las políticas y acciones que se inscriben en el campo de las ciencias de la salud. El aumento exponencial del conocimiento, es decir, el acelerado desarrollo de la ciencia y la tecnología impone cambios constantes en la profesión. Se estima que la mitad del conocimiento en medicina se desecha por obsoleto o pierde la importancia que originalmente se le había concebido en un período no mayor de cinco años.

La especialización médica, que por una parte, es producto inevitable en el avance del proceso científico y tecnológico de la profesión, predispone a perder de vista la totalidad indivisible del ser humano. Los instrumentos técnicos, con creciente grado de

---

<sup>19</sup> La esperanza de vida al nacimiento que se tenía en 1930 era de 37 años, en 1985 se aproximó a los 65 años y para el año 2009 llegó a los 75 años.

sofisticación, han aumentado el poder del especialista en su capacidad de diagnosticar lesiones que anteriormente eran imperceptibles por permanecer ocultas o inaccesibles; sin embargo, amenaza con entorpecer la sensibilidad clínica y con fomentar la dependencia de los instrumentos (Jinich, 1997: 30, 83).

En este punto es relevante decir que dentro de las especialidades médicas se encuentran, entre otras, la medicina familiar y la del trabajo, las cuales intentan integrar en el diagnóstico las causas de enfermedad en los factores sociales. Conforme se avanza y se profundiza en el conocimiento de los procesos que intervienen en la salud, la posibilidad de la intervención médica ocurre durante etapas cada vez más tempranas del desarrollo de la enfermedad, y en algunos casos, hasta impedir la aparición de la enfermedad; en oposición, o más bien como complementaria está medicina curativa, la cual está constituida por una multitud de dispositivos, fármacos, equipos de tecnología, etcétera, cuyo objetivo es el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, incluida la rehabilitación, o sea, que se limita a actuar sobre los síntomas de las enfermedades.

Ahora bien, en las instituciones médicas públicas el avance del burocratismo llevó a la degradación el trabajo del médico debido a la forma de organización y convirtió el ejercicio de su profesión en un actividad rutinaria, empobrecida de conocimiento y desprovista del sentido humanista; creó una relación de mutuo desencanto entre el paciente y el médico, en la que las razones pueden ser múltiples: salarios insuficientes –que obligan a ser completados con otros ingresos-, número excesivo de horas de trabajo o la participación de terceros actores que entran en la intermediación entre el médico y el paciente (Jinich, 1997; Viniegra, 1991), entre los que sobresalen las empresas farmacéuticas.

El alto costo de la medicina curativa es una de las razones por la que la medicina preventiva ha llegado a ser considerada como parte de la salud pública, ya que aun con las aportaciones de la investigación provenientes de la salud pública, las enfermedades sólo podrán atenuarse o modificarse, pero no desaparecerán. Además, hay que considerar que a la medicina preventiva se le asigna recursos menores que a la curativa, lo que sugiere que por ser barata los empresarios no invierten en ella por no ser redituable para ellos (Viniegra, 1991). Y si bien, consideramos el incremento del costo de inversión en tecnología, se contrasta con el recorte presupuestal per cápita del IMSS, ISSSTE y Secretaria de Salud, durante la primera década de este siglo, que ha traído como consecuencia la desvalorización de las instituciones de salud por los bajos salarios a trabajadores, las restricciones en la compra de equipo --en contraste con la mayor

cobertura de la población atendida sin aumento de recursos--, así como el cuestionamiento del prestigio médico y social de las instituciones de salud por la población usuaria.

En los dos últimos Programas Nacionales de Salud (2001-2006 y 2007-2012), se aseguró que los sistemas de salud requieren de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que se atiende, pero que el país enfrenta dos problemas al respecto: la escasez de trabajadores de la salud bien preparados y su inadecuada distribución geográfica. En un estudio realizado por sector salud y la iniciativa privada nos muestra que en tan sólo seis entidades del país (Distrito Federal, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla y Veracruz), se concentran cerca del 50% de los médicos de todo el país, lo cuales son un total de 197 mil médicos. Esta cifra resulta insuficiente ya que el número de médicos que hay en México arroja una tasa de 1.85 por cada mil habitantes, siendo que el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de 2.9 por cada mil habitantes. (El Universal, 23 octubre 2007).

La insuficiencia de recursos humanos, de tecnología y de materiales se torna un problema grave, puesto que en las ciudades donde se concentra el exceso de oferta de personal médico y paramédico, se traduce en desempleo y subempleo, en tanto que en el medio rural se presenta la escasez. (Ruiz, *et al.* 116).

### **El profesionalista de la medicina en el mundo actual**

Los considerables cambios provocados por las nuevas tecnologías, la globalización, la medicación de la sociedad y las diversas transformaciones sociales, así como las expectativas de los pacientes hacia la medicina, han suscitado profundas modificaciones en el ejercicio de la práctica de la medicina, para las cuales el profesional no está preparado (Ortiz, 1997:20). En la actualidad, el médico no puede diagnosticar o curar aisladamente, requiere una serie de elementos que conforman la industria de la salud; los diagnósticos médicos exigen memoria, conocimientos y experiencia. Elaborar diagnósticos precisos en una primera aproximación, aunque es capaz de hacerlo, se ve precisado a solicitar estudios de laboratorio o gabinete para ratificar o rectificar su primera impresión.

La utilización de la ciencia y la tecnología en la medicina de manera mecánica, fue inspirado por el modelo industrial de tipo gerencial utilizado en la etapa de la reestructuración productiva, el cual tiene como propósito central la productividad. Al

trasladar este concepto a la actividad médica hablamos de atender el mayor número de enfermos con el menor costo posible, sin brindar la atención pertinente a los propósitos, métodos y resultados.

El industrialismo exigió, en esta línea, una educación en masa y la organización del conocimiento en disciplinas permanentes y especializadas. La realidad laboral adquirió su expresión en la creación de instituciones oficiales que obedecen a criterios de eficiencia; las instituciones médicas con sus diferentes niveles de atención dio como resultado un trabajador especializado al que se le capacita únicamente para actuar y no para reflexionar acerca de su tarea (Ortiz, 1997: 73).

La práctica médica al estar determinada por los preceptos de la actividad industrial, terminó por parecerse al trabajo que se realiza en proceso productivo de la industrial: los hospitales se parecen a las fábricas y los especialistas se comportan como obreros calificados. Al edificarse la industria de la salud, el médico se constituyó como un trabajador asalariado (Ortiz, 1997: 11). Ahora, la máquina está desplazando al profesional de la medicina, ya que, si antes era un instrumento auxiliar en el diagnóstico, hoy es parte esencial del tratamiento.

La reificación de la máquina junto con la comercialización de la medicina permite la creación artificial de servicios, en donde la población que solicita atención a su propia salud recibe a muchos más especialistas de lo que su problema de salud requiere, siempre y cuando pueda cubrir las ofertas que le hacen. Las diferencias existentes entre las instituciones privadas y públicas en el área de la atención a la salud se hacen presentes: las ganancias de la medicina privada provienen de los usuarios y la presencia de una competencia por prestar el servicio se orientará hacia el beneficio de los consumidores, contemplándose la salud como mercancía. Los altos costos de los servicios médicos, se deben a factores comerciales e industriales que rodean a la disciplina. La práctica privada de la medicina, asume diversos tipos de organización que tienen por objetivo central la ganancia económica. Frente a los elevados costos y la crisis económica, se desarrolla una competencia por la prestación del servicio de la salud (Ortiz, 1997: 75).

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 médicos, en la deshumanización de los profesionales que

ejercen la disciplina, en la insatisfacción de los prestadores y consumidores del servicio, en la ausencia de controles de calidad en la práctica médica, en el elevado costo de la medicina y en una organización médica que proporciona una atención inoportuna, inequitativa e ineficiente en la población (Ortiz, 1997:47).

Ante tal situación, tenemos a un profesional de la medicina que, ante los pronunciados avances tecnológicos, busca adentrarse e ir al ritmo del progreso de la generación de conocimientos médicos, lo cual lo lleva a un alejamiento de las personas por las cuales juró profesar su actividad de manera humanitaria; el médico se fragmenta en su actividad por el reforzamiento del modelo biológico que desplaza la dimensiones psicosociales y enfoca el conocimiento a la enfermedad, pero evita comprender menos al ser humano que la padece.

El médico, por su parte, padece la misma vulnerabilidad psicológica que afecta a cualquier otra persona en su trabajo. Dentro de estos factores causales se encuentra la tensión a que es sometido el profesional de la medicina, así como el desgaste físico y psicológico resultante de la práctica médica, que se agravan se encuentran bajo injustas condiciones laborales y económicas (Ortiz, 1997: 19).

A la situación anterior, se le podría añadir que la opinión que se tiene sobre la atención de la salud se fue modificando debido a la calidad del servicio médico que se brinda en las instituciones de carácter público y social, con lo que se llegó a concluir que la atención médica no era una gran contribución a la salud, que la atención a las comunidades era escasa y, sobre todo, que las familias cuando utilizan el sistema de salud desembolsan una gran parte de su dinero.

De acuerdo al INEGI, el porcentaje respecto del PIB de gasto privado en salud es superior al gasto público (gasto público 3% del PIB, gasto privado 3.4%), cifras que se agudizan cuando se considera que el 10% de los hogares más pobres de México utilizaron 9.6% de su ingreso total en pagos de bolsillo<sup>20</sup> para adquirir bienes y servicios de salud, contrastando con el 4.5% del 10% de los hogares más ricos; dentro de este gasto, el 10% más pobre de la población destinó 56% de su gasto de bolsillo a la compra de medicamentos, mientras que en los hogares más ricos este porcentaje fue de 31%, en

---

<sup>20</sup> El gasto de bolsillo –gasto proveniente de las familias al momento de utilizar los servicios de salud– concentró más de 90% del gasto privado y más de la mitad del gasto total en salud. Esta cifra es muy superior a la de Argentina (34%), Brasil (38.5%), Chile (34.3%) y Colombia (29%). Este gasto tiene la peculiaridad de que es la forma más ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud, ya que no aprovecha la agregación de riesgos y rompe con un principio básico de justicia financiera que indica que los individuos deben aportar al financiamiento de su salud de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud (Sesma- Vázquez, *et al*, 2005). Véase tablas 3 y 4

tanto que el gasto en hospitalización como porcentaje del gasto de bolsillo fue de 12% para el 20% de los hogares más pobres y de 42% para el 20% de los hogares más ricos del país (Sesma-Vázquez, *et al.*,2005)

De esta manera, educación y salud, ámbitos donde el Estado Benefactor incidía de manera directa, están siendo alejados de la acción estatal en beneficio de los capitales privados, nacional e internacional, en el marco de una globalización económica que tiene su directriz en el modelo de desarrollo neoliberal. Situación que lleva a que la profesión médica se vea afectada al hacerse onerosa, predominantemente curativa y sumamente desigual. Así, la distribución inequitativa de riqueza y la falta de oportunidades laborales se vuelven una constante que afectan no sólo a las clases inferiores sino a los sectores que había integrado en su mayor parte la clase media: los profesionistas.

**Tabla 1**

Presupuesto público federal para el Sistema Educativo Nacional en México, por nivel de escolaridad, 1998-2005. (Millones de pesos).									
SF	Nivel de escolaridad	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0	Servicios	5,874.2	4,545.8	4,628.0	5,153.2	6,716.4	-	-	-
1	Básica	89,678.0	109,346.0	130,117.7	160,593.4	177,285.4	199,159.6	210,972.1	229,369.5
2	Media Superior	15,257.7	18,100.8	21,592.0	25,752.8	26,487.5	28,865.0	30,686.7	30,970.7
3	Superior	20,671.4	24,219.9	29,105.0	32,500.5	37,972.9	39,967.6	39,310.9	44,440.7
4	Posgrado	1,786.8	2,069.9	2,453.9	3,369.7	3,070.4	3,784.1	5,158.1	3,870.6
5	Adultos	3,304.1	3,787.3	4,529.8	5,007.6	5,032.8	4,808.7	3,725.3	5,089.5
6	Ciencia y Tecnología	8,294.0	8,938.9	9,866.6	12,001.6	12,313.0	13,904.3	14,694.0	16,810.5
7	Cultura	-	-	-	-	-	-	5,141.4	7,078.9
8	Deporte	2,965.9	4,001.4	4,052.6	4,432.2	5,459.3	-	840.7	797.4
9	Apoyo en Servicios Educativos Concurrentes	674.9	683.8	660.9	691.6	823.8	-	5,649.7	1,545.4
10	Otros Servicios Educativos y Actividades Inherentes	-	-	-	-	-	-	-	9,439.4
	<b>Presupuesto total</b>	<b>148,507.0</b>	<b>175,693.8</b>	<b>207,006.4</b>	<b>249,502.8</b>	<b>275,161.5</b>	<b>290,489.3</b>	<b>316,178.9</b>	<b>349,412.6</b>

**Fuente:** Elaborado por la División de Economía y Comercio del Servicio de Investigación y Análisis de la Cámara de Diputados con información de la Cuenta Pública Federal y el Presupuesto de Egresos de la Federación.

1/ La información correspondiente a los años 1998 a 2003 se obtuvo de la Cuenta Pública Federal, por lo tanto, corresponde al presupuesto ejercido.

2/ La información correspondiente a los años 2004-2005 se obtuvo del Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo tanto, corresponde al presupuesto aprobado por la Cámara de Diputados y está sujeto a modificaciones durante el ejercicio correspondiente.

**Tabla 2**

Presupuesto público federal para el Sistema Educativo Nacional en México, por nivel de escolaridad, 1998-2005. (Participación de cada nivel en el presupuesto total en educación).									
A. Presupuesto Público Federal en Educación									
SF	Nivel de escolaridad	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0	Servicios	3.96	2.59	2.24	2.07	2.44	-	-	-
1	Básica	60.39	62.24	62.86	64.37	64.43	68.56	66.73	65.64
2	Media Superior	10.27	10.30	10.43	10.32	9.63	9.94	9.71	8.86
3	Superior	13.92	13.79	14.06	13.03	13.80	13.76	12.43	12.72
4	Posgrado	1.20	1.18	1.19	1.35	1.12	1.30	1.63	1.11
5	Adultos	2.22	2.16	2.19	2.01	1.83	1.66	1.18	1.46
6	Ciencia y Tecnología	5.58	5.09	4.77	4.81	4.47	4.79	4.65	4.81
7	Cultura	-	-	-	-	-	-	1.63	2.03
8	Deporte	2.00	2.28	1.96	1.78	1.98	-	0.27	0.23
9	Apoyo en Servicios Educativos Concurrentes	0.45	0.39	0.32	0.28	0.30	-	1.79	0.44
10	Otros Servicios Educativos y Actividades Inherentes	-	-	-	-	-	-	-	2.70
	<b>Presupuesto total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Elaborado por la División de Economía y Comercio del Servicio de Investigación y Análisis de la Cámara de Diputados con información de la Cuenta Pública Federal y el Presupuesto de Egresos de la Federación.



Tabla 3

GASTO PRIVADO EN SALUD, GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD Y GASTO PRIVADO PER CÁPITA, MÉXICO, 2002								
No.	Entidad federativa	Gasto privado	% del gasto privado nacional	Gasto en salud como % del PIB		Gasto en salud como % del gasto total en salud		Gasto privado en salud per cápita
				Público	Privado	Público	Privado	
1	Aguascalientes	2 028 662	0.98	2.63	3.25	44.7	55.3	2 021.0
2	Baja California	7 253 078	3.49	2.02	3.96	33.8	66.2	2 641.1
3	Baja California Sur	1 427 214	0.69	3.84	4.69	45.0	55.0	3 035.7
4	Campeche	546 203	0.26	2.20	0.81	73.2	26.8	734.7
5	Coahuila	3 587 386	1.73	2.47	2.05	54.7	45.3	1 457.6
6	Colima	1 057 791	0.51	3.34	3.49	48.9	51.1	1 846.1
7	Chiapas	5 736 075	2.76	4.12	5.98	40.8	59.2	1 345.3
8	Chihuahua	6 538 311	3.15	2.00	2.76	42.0	58.0	1 991.9
9	Distrito Federal	40 983 706	19.74	2.40	3.18	43.0	57.0	4 650.4
10	Durango	2 880 059	1.39	3.24	4.00	44.7	55.3	1 870.9
11	Guanajuato	6 641 976	3.20	2.82	3.66	43.5	56.5	1 338.0
12	Guerrero	3 815 031	1.84	3.44	3.90	46.8	53.2	1 181.7
13	Hidalgo	2 778 241	1.34	3.66	3.62	50.3	49.7	1 187.1
14	Jalisco	20 203 126	9.73	2.78	5.60	33.1	66.9	3 029.2
15	Estado de México	23 001 344	11.08	2.14	4.01	34.8	65.2	1 631.2
16	Michoacán	9 286 108	4.47	2.94	7.14	29.1	70.9	2 216.3
17	Morelos	2 202 328	1.06	2.57	2.83	47.6	52.4	1 319.8
18	Nayarit	1 744 901	0.84	4.50	5.38	45.5	54.5	1 779.1
19	Nuevo León	12 104 317	5.83	1.82	3.21	36.2	63.8	2 967.3
20	Oaxaca	4 429 230	2.13	4.19	5.07	45.2	54.8	1 211.8
21	Puebla	7 287 276	3.51	2.43	3.64	40.0	60.0	1 351.4
22	Querétaro	2 104 641	1.01	2.04	2.29	47.1	52.9	1 376.2
23	Quintana Roo	1 715 739	0.83	2.02	2.32	46.5	53.5	1 723.6
24	San Luis Potosí	4 348 252	2.09	2.91	4.45	39.6	60.4	1 827.1
25	Sinaloa	6 397 969	3.08	3.42	5.61	37.8	62.2	2 361.0
26	Sonora	4 626 372	2.23	2.69	3.03	47.0	53.0	1 935.8
27	Tabasco	2 760 134	1.33	5.21	3.96	56.8	43.2	1 374.2
28	Tamaulipas	6 364 835	3.07	2.95	3.83	43.5	56.5	2 108.3
29	Tlaxcala	1 647 077	0.79	3.84	5.64	40.5	59.5	1 598.7
30	Veracruz	8 304 125	4.00	3.84	3.39	53.1	46.9	1 147.2
31	Yucatán	1 349 651	0.65	4.08	1.82	69.1	30.9	771.7
32	Zacatecas	2 434 265	1.17	3.66	5.52	39.8	60.2	1 724.3
	Nacional	207 585 424	100.00	2.43	3.37	41.8	58.2	2 003.2

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México 2002  
Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México, 2002

Tabla 4

GASTO PRIVADO EN SALUD POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO, 2002							
Entidad federativa	Gasto de bolsillo		Seguros privados		Cuotas de recuperación		Gasto privado total
Aguascalientes	1 954 226	(96.3%)	42 902	(2.1%)	31 534	(1.6%)	2 028 662 (100%)
Baja California	7 012 118	(96.7%)	191 238	(2.6%)	49 722	(0.7%)	7 253 078 (100%)
Baja California Sur	1 376 835	(96.5%)	14 179	(1.0%)	36 200	(2.5%)	1 427 214 (100%)
Campeche	521 017	(95.4%)	5 808	(1.1%)	19 378	(3.5%)	546 203 (100%)
Coahuila	3 373 974	(94.1%)	157 756	(4.4%)	55 656	(1.6%)	3 587 386 (100%)
Colima	1 001 796	(94.7%)	36 603	(3.5%)	19 391	(1.8%)	1 057 791 (100%)
Chiapas	5 653 296	(98.6%)	45 437	(0.8%)	37 342	(0.7%)	5 736 075 (100%)
Chihuahua	6 118 117	(93.6%)	351 217	(5.4%)	68 978	(1.1%)	6 538 311 (100%)
Distrito Federal	34 799 701	(84.9%)	5 835 678	(14.2%)	348 328	(0.8%)	40 983 706 (100%)
Durango	2 802 825	(97.3%)	18 981	(0.7%)	58 252	(2.0%)	2 880 059 (100%)
Guanajuato	6 295 872	(94.8%)	109 263	(1.6%)	236 841	(3.6%)	6 641 976 (100%)
Guerrero	3 671 805	(96.2%)	13 960	(0.4%)	129 267	(3.4%)	3 815 031 (100%)
Hidalgo	2 661 077	(95.8%)	21 317	(0.8%)	95 847	(3.4%)	2 778 241 (100%)
Jalisco	19 487 899	(96.5%)	647 788	(3.2%)	67 440	(0.3%)	20 203 126 (100%)
Estado de México	22 176 398	(96.4%)	553 727	(2.4%)	271 219	(1.2%)	23,001,344 (100%)
Michoacán	9 094 760	(97.9%)	43 802	(0.5%)	147 546	(1.6%)	9 286 108 (100%)
Morelos	2 089 518	(94.9%)	65 580	(3.0%)	47 231	(2.1%)	2 202 328 (100%)
Nayarit	1 695 676	(97.2%)	7 704	(0.4%)	41 520	(2.4%)	1 744 901 (100%)
Nuevo León	10 223 207	(84.5%)	1 810 727	(15.0%)	70 384	(0.6%)	12 104 317 (100%)
Oaxaca	4 346 494	(98.1%)	8 177	(0.2%)	74 559	(1.7%)	4 429 230 (100%)
Puebla	7 012 309	(96.2%)	203 962	(2.8%)	71 005	(1.0%)	7 287 276 (100%)
Querétaro	1 905 072	(90.5%)	120 915	(5.7%)	78 654	(3.7%)	2 104 641 (100%)
Quintana Roo	1 629 730	(95.0%)	41 867	(2.4%)	44 142	(2.6%)	1 715 739 (100%)
San Luis Potosí	4 256 821	(97.9%)	49 472	(1.1%)	41 959	(1.0%)	4 348 252 (100%)
Sinaloa	6 237 190	(97.5%)	46 518	(0.7%)	114 260	(1.8%)	6 397 969 (100%)
Sonora	4 217 185	(91.2%)	288 730	(6.2%)	120 457	(2.6%)	4 626 372 (100%)
Tabasco	2 667 846	(96.7%)	21 067	(0.8%)	71 221	(2.6%)	2 760 134 (100%)
Tamaulipas	6 096 194	(95.8%)	190 020	(3.0%)	78 621	(1.2%)	6 364 835 (100%)
Tlaxcala	1 600 323	(97.2%)	8 173	(0.5%)	38 581	(2.3%)	1 647 077 (100%)
Veracruz	8 055 440	(97.0%)	70 739	(0.9%)	177 945	(2.1%)	8 304 125 (100%)
Yucatán	1 200 295	(88.9%)	124 199	(9.2%)	25 157	(1.9%)	1 349 651 (100%)
Zacatecas	2 394 310	(98.4%)	11 404	(0.5%)	28 552	(1.2%)	2 434 265 (100%)
Nacional	193 629 326	(93.3%)	11 158 909	(5.4%)	2 797 189	(1.3%)	207 585 424 (100%)

\* Las cuotas de recuperación son una forma de gasto de bolsillo que sólo es aplicable cuando se ejerce ante proveedores públicos de los servicios de salud. Se hizo la distinción porque el Sistema de Cuentas Nacionales sólo capta información de los proveedores privados

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, México, 2002

## **Capítulo III. EL MERCADO DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS Y SU ORGANIZACIÓN SOCIAL DE TRABAJO**

### **1. Los estudios sobre los mercados de trabajo**

El análisis teórico de los estudios de los mercados de trabajo era tradicionalmente realizado por la disciplina económica. Es a partir de los años 60's que en la misma se comienzan a consolidarse corrientes disidentes a la ortodoxia neoclásica que, para el abordaje de dicho objeto, incorporan elementos teóricos y metodológicos previamente desarrollados por las Ciencias Sociales. Se trata del surgimiento de lo que más tarde se conocería como "Teoría sociológica del mercado de trabajo" (Pries, 2000).

En los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, un cierto número de académicos de aquel país tomaron mayor contacto con los "problemas prácticos" de las relaciones industriales. Desde entonces también se produce un mayor acercamiento de la Economía a los desarrollos de la Ciencia Política, la Psicología, la Antropología y, sobre todo, de la Sociología. Las nuevas teorías sobre el mercado laboral comienzan a formularse durante la posguerra y alcanzan un mayor desarrollo y difusión a partir de la década de los sesentas, período del auge de masas, de reformas sociales y del "combate contra la pobreza" en aquel país. Desde el principio, estas corrientes teóricas se desarrollaron con un fuerte apego a las investigaciones sobre el terreno, con mayor inclinación a hacer uso de metodologías cualitativas.

Las perspectivas neoclásicas, en cambio, resultan más bien deductivas y econométricas, centran su interés en las grandes estructuras y en el comportamiento racional de los actores individuales (Herrera, 2005). Tienen fuerte arraigo en los supuestos que sustentan los sistemas generales de la teoría económica ortodoxa –la libertad de elección individual "racionalmente" orientada al beneficio personal, las fuerzas del mercado en que se manifiestan agrupadas y la tendencia final al equilibrio eficiente con mayor beneficio para el conjunto-, y en concordancia con aquellos sistemas, desarrollaron en forma progresiva sofisticados enfoques específicamente orientados al mercado laboral, como las perspectivas microeconómicas basadas en la productividad marginal y referidas al capital humano, para analizar la demanda y la oferta de trabajo respectivamente (Tohaira, 1983).

En este sentido, las críticas de los economistas neoclásicos a las corrientes disidentes se han concentrado en señalar que estas últimas adolecen de una integración semejante a los sistemas teóricos de la disciplina económica o, más precisamente, en puntualizar que

las mismas esgrimen argumentos y explicaciones “no económicas” sobre el funcionamiento de los mercados laborales. Ello se debe a que la ortodoxia economista, aún reconociendo su presencia, considera a los factores sociales y políticos que intervienen efectivamente en el funcionamiento real de los mercados laborales como imperfecciones, como aspectos exógenos, externos al mercado y al ámbito de la economía antes que como elementos inherentes a su concepto.

Aceptando estos términos podría decirse que, en efecto, las corrientes que “desafían” a la teoría ortodoxa abordan el estudio de los mercados laborales tomando en cuenta los factores “no económicos”, presentes en su estructura y funcionamiento; que los consideran inherentes a su objeto de estudio y no como factores externos o ajenos al mismo. En este punto, es preciso advertir que la expresión “teoría sociológica de los mercados de trabajo” sólo aparece como una contradicción de términos cuando se considera a la esfera económica como escindida de la sociedad. En cambio, partiendo de la investigación empírica, las teorías disidentes de la ortodoxia neoclásica cada vez más se han acercado a la adopción de un punto de vista inverso: realmente los mercados carecen de un funcionamiento autónomo y no se hallan escindidos de la sociedad; antes bien se hallan “inmersos” en la sociedad, “embebidos” por ella; a tal punto que el mercado de trabajo debe ser considerado en sí mismo como una institución social.

El enfoque de la sociología económica señala que lo económico sólo puede ser separado de lo social con fines analíticos. En este sentido, el concepto de *embededness* se presenta como una postura distinta que le quita la rigidez económica al análisis del mercado y enfatiza la importancia de las redes sociales en la estructuración de los procesos de inserción y movilidad de la fuerza de trabajo. El concepto es útil desde el punto de vista teórico pues reconstruye un hecho empírico con la articulación de otros conceptos pertenecientes a otras disciplinas y evita el reduccionismo economicista (Gómez, 2004).

El sujeto en esta perspectiva sigue siendo racional, aunque ya no en términos neoclásicos, puesto que su acción puede estar influida por factores diferentes a los económicos, como lo social o lo simbólico; tampoco es un sujeto determinado por las estructuras, sino que tiene margen de libertad para su acción; y es un sujeto social que está en interacciones múltiples y recurrentes que supone el conocimiento de los otros individuos y de las reglas sociales de funcionamiento. Son sujetos embebidos en redes sociales que intervienen en el mercado de trabajo y tienen la posibilidad de influir en él

(Herrera, 2005). La pertenencia a una red social influye en el desempeño de las personas en los mercados laborales. Las diversas vinculaciones entre los individuos generan lazos que pueden ser fuertes o débiles, los que suponen la posibilidad de acceder a información relevante para actuar en un mercado de trabajo.

En esta perspectiva, el tiempo y el espacio son relevantes. El tiempo tiene un sentido macro, meso y microsocio; en tanto que el espacio se vuelve importante porque las redes de relaciones son espacios diferenciados que están condicionados por sus características específicas. La cantidad de contactos forman el capital social o relacional que permite mover recursos y personas, capital que se puede intercambiar con otros capitales; el acrecentamiento del capital social se funda en mecanismos informales legítimos al interior de las redes sociales, hecho que puede llegar a constituirse en un impedimento para la formación de dicho capital. Cabe mencionar la idea de la fortaleza de los lazos débiles y la debilidad de los lazos fuertes de Granovetter (1973). Desde esta perspectiva, el mercado de trabajo, no es un fenómeno aislado, es una institución formada que se nutre de las acciones de los individuos y sus permanentes interacciones, aunque es de mención que la información sobre el mercado no es abierta a todo el mundo, sino que es propiedad de los grupos sociales y se convierte en capital social en los mercados internos y competitivos (Herrera, 2005).

El texto fundante de las corrientes que podrían agruparse bajo la denominación general de Teoría Sociológica del Mercado de Trabajo, de acuerdo con Pries (2000), fue el ensayo del economista neoinstitucionalista Clark Kerr, "*The Balkanization of Labor Markets*", que sostiene que los mercados laborales se hallan disgregados, fraccionados en espacios relativamente cerrados, fragmentados en diferentes submercados con funcionamientos más o menos autónomos; como se diría posteriormente, se hallan "segmentados".

Según sugiere la argumentación de Kerr, lo que las teorías económicas predicaban sobre los mercados de trabajo no es lo que se observa en la práctica; la mayoría de las veces se desconoce la realidad de estos mercados debido a las "ideas místicas" que se tienen en mente. Contra el postulado de aquellos economistas que piensan en el mercado, suponiendo que cada trabajador compite por los empleos con todos los demás trabajadores y que cada empleador compite con todos los demás empleadores por la oferta de los trabajadores, Kerr profundiza en la circunstancia real de que los empleos y la mano de obra se hallan divididos en diversos grupos no competitivos. Los trabajadores

manuales no compiten con los de cuello blanco, ni estos con los profesionales, etc.; y a su vez cada uno de estos grupos se hallan divididos en otros subgrupos que tampoco compiten entre sí. Del mismo modo, tampoco todos los empleadores compiten entre sí por los trabajadores, pues los buscan en diferentes áreas geográficas y para diferentes empleos. Un trabajador desea ser empleado en cierta área y en cierto tipo de empleo, y un empleador busca empleados entre ciertos grupos y con determinadas características. Sólo cuando los espacios definidos por estos espectros de búsqueda concuerdan puede hablarse de “mercados”.

Siguiendo este principio metodológico puede identificarse, entonces, una multiplicidad cada vez mayor de mercados o submercados laborales diferentes, separados por barreras más o menos rígidas y donde operan internamente condiciones particulares. Al mismo tiempo, entonces, habrán de aceptarse también supuestos contrarios a los de la teoría neoclásica: en realidad, la movilidad de la mano de obra, la competencia y el juego entre oferta y demanda no funcionan con demasiada libertad a lo largo de un mismo y único espacio. Por lo demás, incluso al interior de los diferentes submercados, la movilidad y la competencia individual por lo general se hallan considerablemente disminuidas.

Por último, uno de los principales aportes de Kerr consiste en el señalamiento de que existen “reglas institucionales” que operan en el mercado laboral excediendo las preferencias u orientaciones individuales. Estas reglas son establecidas por las asociaciones formales de empleadores o por entendimientos informales entre los mismos, por las políticas de personal de las empresas, por los sindicatos, los convenios colectivos o las acciones del Estado.

Las normas institucionales pueden llegar a determinar mucho más directamente las condiciones de mercado que las fuerzas derivadas de la oferta y la demanda, incluso estas reglas se hallan instituidas para impedir la competencia. Los trabajadores de una empresa generalmente se encuentran protegidos de la competencia respecto de aquellos que se hallan fuera de la misma. Los pagos por antigüedad contribuyen a apegarlos al empleador y las indemnizaciones por despido tienden a impedir que sean recambiados con facilidad. Así también, cuando una compañía necesita cubrir un puesto, intentará ascender a un trabajador interno y tomar uno externo para un puesto inferior, antes que buscar directamente en el mercado exterior al trabajador para el puesto que necesita cubrir.

A partir de la existencia o no de este tipo de reglas institucionales, Kerr diferenciará a los mercados laborales fundamentalmente en dos grandes grupos: los llamados “mercados internos”, que son los más protegidos de la competencia, y los “mercados externos”, los menos protegidos. Este mismo principio de diferenciación será recuperado por las subsiguientes teorías sociológicas llamadas “de la segmentación” o “de la dualidad” de los mercados laborales, las que pasarán a denominar a esos espacios “mercados primarios” y “mercados secundarios” respectivamente.

En un sentido general, el concepto de segmentación puede ser entendido como sinónimo de las nociones de fragmentación o balcanización de los mercados; pero en un sentido más restringido, y siempre que se lo utilice para definir la existencia de mercados primarios y secundarios, introduce un criterio de estratificación o asimetría en el análisis de aquellas diferenciaciones. Principalmente es en este último sentido en el que han profundizado las teorías sociológicas llamadas “de la segmentación” o también “de la dualidad” de los mercados. La principal hipótesis de estas teorías afirma que “el mercado de trabajo está dividido en dos segmentos esencialmente distintos, denominados los sectores primario y secundario (Piore , 1983).

Sector primario	Sector secundario
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puestos de trabajo con salarios relativamente elevados</li> <li>- Buenas condiciones de trabajo</li> <li>- Posibilidades de avance</li> <li>- Equidad y procedimientos establecidos en cuanto a la administración de las normas laborales</li> <li>- Estabilidad de empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienden a estar peor pagados</li> <li>- Condiciones de trabajo menores</li> <li>- Pocas posibilidades de avance</li> <li>- Tienen una relación muy personalizada entre los trabajadores y los supervisores que deja un amplio margen para el favoritismo y lleva a una disciplina laboral dura y caprichosa.</li> <li>- Están caracterizados por una considerable inestabilidad de empleo y una elevada rotación de la población trabajadora</li> </ul>

Cabe mencionar que no se trata de un criterio de estratificación absoluto sino relativo a la comparación de dos espacios diferenciables dentro del mercado laboral. También, que no necesariamente deben presentarse diferencias en todas las variables enumeradas para

que puedan distinguirse ambos segmentos; con excepción quizá de la que refiere al carácter estable o inestable de los empleos.

En efecto, una característica esencial del segmento secundario consiste en que se halla más abierto a la competencia y se registra una mayor movilidad de la mano de obra; en cambio, para el acceso al segmento primario hay mayores barreras sociales e institucionales a la movilidad y la competencia sólo accede por las llamadas “puertas de entrada” o “cadenas de movilidad” relativamente restringidas. En el desarrollo de las teorías de la segmentación también se ha diferenciado que dentro del segmento primario hay un espacio superior y uno inferior; además, Michael Piore, ha incursionado en el ámbito de la antropología y la sociología para dotar a esta perspectiva de un mayor desarrollo teórico; por ejemplo, una relación entre el carácter segmentado o dual de los mercados laborales con lo que llama las “subculturas de clase”, deja entrever que en el funcionamiento de estos mercados, los hábitos, las normas consuetudinarias y los entornos que condicionan socialmente la conducta humana poseen una relevancia superior a la supuesta libertad de elección o la racionalidad meramente instrumental para la toma de decisiones atribuida al agente económico por los enfoques neoclásicos.

Dentro de las teorías sociológicas de la segmentación ha surgido también una vertiente marxista, con frecuencia identificada como la “teoría radical” de los mercados de trabajo. Sus exponentes clásicos son Michael Reich, David Gordon y Richard Edwards, aunque elementos de esta teoría aparecen también tempranamente en los trabajos de Harry Braverman o Herbert Gintis. Existen dos puntos de partida fundamentales que diferencian a esta vertiente de las demás corrientes teóricas segmentacionistas: la distinción entre los conceptos de “trabajo” y “fuerza de trabajo”, que habilita el uso de la categoría de explotación; y la concepción del vínculo entre empleadores y empleados ya no en términos de armonía o equilibrio de preferencias, ni siquiera solamente en términos de asimetrías de poder, sino más bien en términos de una contradicción inconciliable de intereses últimos, puesto que es en el mercado de trabajo donde se enfrentan los intereses conflictivos de los trabajadores y de los capitalistas (Edwards, 1983).

Otra perspectiva, que observa la diferenciación entre distintos grupos sociales, estimados como marginados, sugiere analizar el mercado laboral considerando las estructuras de segregación. La perspectiva segregacionista evidencia que las relaciones sociales muy cercanas, como las familiares, pueden ser ámbitos de conflicto y de reproducción de las estructuras de dominación y exclusión en el mundo laboral y no solo como “colchones



amortiguadores de la pobreza” (González, 1999). Este enfoque considera al actor desde el punto de vista individual y colectivo, lo ubica en ámbito familiar pero también en un entramado social más amplio. Si existe un determinismo no es económico, sería un determinismo cultural, en relación con las estructuras que preservan las reglas de inclusión y exclusión social. La racionalidad no es instrumental sino que obedece a distintas lógicas trascendental o comunicativas.

La información no es distribuida de manera igualitaria y más que ser parte del capital organizacional de las empresas o del capital social en el mundo de las redes, se convierte en un bien acotado por las estructuras de segregación social. La importancia del capital cultural es fundamental en esta perspectiva ya que la edad, el género o la religión permiten explicar mejor las posibilidades de acceso al trabajo o a los mejores sitios en la estructura de las remuneraciones.

Los factores tiempo y espacio se involucran de manera directa en esta perspectiva. El tiempo, cobra importancia pues considera los procesos de formación y no solo los resultados; se consideran los tiempos relativos a la edad, al ciclo familiar y a los largos ciclos sociohistóricos de formación de las estructuras de dominación. El espacio, por su parte, es relevante por dos aspectos: la diferenciación espacial referida a los estereotipos culturales relativos al género, etnia, religión, edad, preferencia sexual y nacionalidad; y el relativo a las estructuras nacionales o regionales de discriminación y exclusión social.

Esta postura no considera el automatismo del mercado laboral, sino hace referencia al conflicto, el consenso y a las negociaciones de los actores a distintos niveles de agregación, los que determinan con su acción las características del espacio social de lucha y acuerdo entre quienes ejercen la segregación y quienes están limitados por las estructuras de dominación.

Con esta breve revisión de los distintos enfoques que estudian los mercados de trabajo, consideramos que se podría echar mano de diversas ideas que nos ayuden a tener un acercamiento con el mercado de trabajo médico. Podríamos pensar en el surgimiento de los Consultorios de la Fundación Best como una fragmentación del mercado médico que se encuentra en condiciones laborales desventajosas en relación con otras instituciones públicas y privadas. Ahora bien, hay que recordar que la existencia de este mercado está vinculado con los cambios en las estructuras político- económicas que se implementaron desde la década de los ochentas, con los cambios de las reglas institucionales e informales que operan entre los empleadores y el Estado, y con la conformación de un

sujeto distinto que enfrenta el nuevo segmento mercado con estrategias diversas, lo cual complejiza y enriquece el análisis de éste segmento de mercado.

## **2. Organización y mercado de trabajo en Farmacias similares**

Antes de iniciar con el análisis sobre el trabajo de los médicos que laboran en los Consultorios de la Fundación Best, revisaremos algunas cuestiones sobre las condiciones generales del empleo en México, ya que éstas se han visto precarizadas durante la implementación del modelo de desarrollo neoliberal y se acrecentó con la llegada de los gobiernos panistas, en cuyas gestiones la participación de empresarios en el gabinete han favorecido la instalación de formas organizativas de trabajo que reiteran las violaciones a la Ley Federal del Trabajo.

En términos generales, los índices económicos del país, sobre todo después de la crisis económica de los dos años anteriores, nos generan una visión pesimista respecto al mejoramiento de las condiciones laborales. La estabilidad económica y las condiciones de trabajo están sujetas a la fluctuación de una economía que en el segundo trimestre del 2009 decreció en su PIB 9.5%<sup>21</sup> y el desempleo en junio del mismo año llegó a 6.5%. A estos datos se añade que hay más de 12 millones de personas laborando en el sector informal (de acuerdo a la ENOE) y más de 13 millones no tienen acceso a un sistema de salud.

La situación laboral existente genera las condiciones que impiden la reproducción social y debilita la posición del trabajador en el mercado de trabajo, que aunado con el crecimiento del empleo informal y de la subcontratación, conforma el contexto adecuado para el surgimiento y consolidación de mercados precarios. El desempleado, al no contar con ahorros ni con seguro de desempleo, se ve impelido a aceptar el trabajo que le ofrezcan “sin importar la paga, las condiciones de trabajo, o la compatibilidad con su entrenamiento y habilidades” (Salas y Zepeda, 2003)

Lo anterior permite entender que la creación de nuevos empleos tienen condiciones laborales que se alejan a lo establecido por la Ley Federal del Trabajo y fortalecen espacios económicos -- como el de los médicos en consultorios anexos a farmacias o el de trabajadores que se ubican en los llamados *call centers*-- en los que la aparente

---

<sup>21</sup> Para el primer trimestre del 2010, el PIB, de acuerdo con cifras del INEGI, se recuperó 4,3% respecto al mismo periodo en 2009 (véase tabla 1)

transitoriedad en el trabajo se convierte en la opción permanente para sobrevivir en un mundo laboral adverso.

**a. ¿Un nuevo paradigma de organización del trabajo para los médicos?<sup>22</sup>**

La existencia de un modelo puro de organización de trabajo, como el taylorista- fordista o el toyotista (modelo justo a tiempo), pocas veces se ha presentado en la realidad; lo que si se ha visto son formas híbridas entre las diversas estrategias de gestión (Köhler y Martín, 2005:412). Si bien es cierto que estas estrategias empresariales se aplican principalmente la organización industrial, desde ahí se han intentado aplicar al sector de los servicios, con lo cual resulta interesante ver sus características para contrastarla con la organización del trabajo médico; sobretodo si consideramos la situación actual tendiente a precarizar la generalidad de los trabajos, incluyendo el trabajo profesional,

Así tenemos que en las incipientes formas organizativas, la organización artesanal del trabajo tenía como principal elemento al hombre con sus cualidades y aptitudes individuales; el sistema se basaba en las relaciones sociales individualizadas entre clientes y fabricantes, entre dueño y empleado; la tecnología es de uso múltiple y se requería cualificación y experiencia por parte de los operarios. (ibid :372). Con el modelo taylorista se evidenciaron los defectos de la organización en tanto el trabajador tuviera control sobre el proceso de trabajo; Taylor partió del supuesto del hombre industrial individualista y materialista sin vínculos sociales, por lo cual debían ser considerados como máquinas que deben incorporarse en el sistema racional y científico del trabajo para que sean productivos. En tanto que Taylor se centraba en la metodología del trabajo, Ford elaboró un sistema integral de producción; para él era necesario abrir grandes mercados para absorber el aumento de la productividad; estableció una relación sistemática entre máxima ganancia, máxima producción y minimización de los costos al producir el producto más barato del mercado y abriendo nuevas dimensiones de economía de escala (el consumo masivo). Sloan por su parte, enfatizó el control financiero que permitiera la descentralización de las decisiones operativas y generó una nueva estrategia de combinar grandes volúmenes de producción con la diversificación de productos, utilizando elementos comunes para modelos diferentes (ibíd.: 372-386). El modelo justo a tiempo (modelo japonés o toyotista) se basa en una organización, desde el punto de vista técnico, en el que todos los procesos están encaminados a evitar el

---

<sup>22</sup> A partir de este apartado se iniciara la inserción de los datos empíricos para dar explicación a diversos temas, ya que se vuelve necesario ante la falta de documentos y a la dificultad de adquirir información directamente en la empresa.

desperdicio; el sistema está diseñado para conseguir la calidad total de los productos; el cuidado de todos los detalles en el proceso de producción (la prevención de los errores, la detección de los defectos y la experimentación continua) se fortalece por el trabajo colectivo en los llamados círculos de calidad (Finkel, 1994:144).

Con la crisis de los setentas y el declive de la producción en masa, que denotaba que los países industrializados habían agotado su modelo de desarrollo, se introducen nuevas formas de producción para combatir la incertidumbre económica (November, 1994:88; Finkel, 1994:146; Köhler y Martín, 2005: 386; De la Garza, 1994b: 17), surgieron varios conceptos enfocados a una reintegración entre planificación y ejecución, mayor participación de los empleados, una recualificación de los empleados, formas colectivas de organización y gestión sistemática de calidad (Köhler y Martín, *ibíd.*), todos ellos vinculados a la idea de flexibilización.

Para entender la flexibilización en el trabajo, se puede distinguir entre la flexibilidad externa que busca la desregulación de los mercados externos de trabajo (a nivel macroeconómico) y la reducción de las obligaciones patronales en materia de seguridad social; en cambio, la flexibilidad interna busca la desregulación de empleo de la mano de obra en el interior de la empresa y la organización a los centros de trabajo (November, 1994: 90; Köhler y Martín, 2005:387).

Podríamos pensar en primera instancia que la empresa de Farmacias Similares otorga todas las facilidades a los médicos que laboran en los Consultorios de la Fundación Best para el ejercicio de su práctica médica, lo cual nos haría creer que su trabajo sería parecido al que tendría un médico en su consultorio particular, situación lo que dejaría con autonomía plena en el ejercicio de su profesión; sin embargo, Farmacias Similares son una empresa que no busca ninguna desregulación del empleo de la mano de obra, de acuerdo a la flexibilidad interna, puesto que las condiciones de la realidad político-laboral en México, han flexibilizado tanto el sistema que incluso puede evitar pagar cualquier costo del trabajo de los médicos que ahí laboran, excepto por la inversión que realiza en la adecuación del consultorio anexo a las farmacias; aunque tal vez ni esa inversión sea cubierta por la empresa, porque a los dueños de las franquicias se les da la opción de poner un consultorio, para lo cual pagan 25 mil pesos. Por lo general, el franquiciario acepta poner el consultorio, pues al hacerlo se incrementa la venta de medicamentos (Entrevista 5).

Podemos ver que la organización de esta empresa tiene algunos aspectos del modelo fordista, en cuanto a que tiene un sistema integral de producción y una relación sistemática entre máxima ganancia, máxima producción y minimización de costos, con lo cual podemos pensar que genera su propia demanda de medicamentos desde la misma organización laboral, amén de todas las campañas publicitarias que se realiza; además de ser una empresa que surge flexibilizada debido a las condiciones que se impusieron en modelo de desarrollo neoliberal. De esta manera, la flexibilización es inherente a la empresa de Farmacias Similares, toda vez que la movilidad laboral, las jornadas flexibles o los salarios en función del rendimiento, son condiciones que los actores aceptan, e incluso ven, por ejemplo las jornadas flexibles, como una ventaja en su carrera, ya que pueden dedicarse a otro trabajo, el cual en ocasiones está en el sector público o privado (Entrevista 1 y 3).

Estos hechos nos pueden sugerir el surgimiento de un nuevo modelo organizativo que podría considerarse como un híbrido *sui generis*, en el que la flexibilización laboral es encubierta por las campañas mediáticas de la empresa de *servir al pueblo*, y por los contratos que realizan los médicos con la Fundación Best (Entrevista 3) cuando ingresan a trabajar, los cuales tienen el carácter netamente civil, con lo que se borra toda posibilidad de una demanda legal de carácter laboral.

#### **b. Características del mercado médico en Farmacias Similares<sup>23</sup>**

En los inicios de la etapa industrial, como vimos anteriormente, la profesión de farmacéutico se encontraba en lucha con la profesión médica por la monopolización del conocimiento para sanar (capítulo II); hoy, en México, la industria farmacéutica organiza y dirige la actividad de los médicos en una forma emergente de organización laboral que impulsa un nuevo segmento de mercado de trabajo o mercado secundario de trabajo para los médicos, el que tiene como principal característica

Esta conformación la cual ha consolidado formas degradadas de empleo y han incrementado la expansión de este tipo de organización con la subsecuente formación de un mercado. puede ser explicada por la permisividad de las leyes laborales que no sancionan la actividad empresarial,

---

<sup>23</sup> En este punto es preciso aclarar que la elección de la delegación Iztapalapa para hacer la investigación obedeció en primer lugar a aspectos operativos relativos a limitaciones de tiempos y costos; en segundo término, las condiciones propias de la delegación que la colocan como la más poblada del DF (con 1, 820, 888 habitantes, de acuerdo con estimaciones de CONAPO con base en el II Censo de Población y Vivienda) y que cuenta, en términos generales, con zonas de alto índice de marginación, nos permiten ver cómo opera la política empresarial de las Farmacias, la cual, según su propaganda mediática, está dirigido a las personas de la población con menos recursos económicos

Consideramos que podemos hablar de una segmentación o mercado secundario de trabajo de éstos médicos, más que nada porque parece contar con un funcionamiento autónomo respecto de otras partes del mercado médico. Si seguimos las ideas de Piore, en el sentido de que el componente trabajo es el último factor que se tiene en cuenta cuando se elabora un plan en el sistema económico --que es un factor residual en la planificación de la producción--, sugiere que hay un dualismo entre trabajo y capital. Cuando se separa a una parte de la población trabajadora aislándola de la incertidumbre y la variabilidad del mercado de trabajo, es considerada en el proceso de planificación y en la toma de decisiones, surge una dualidad entre la parte de la población privilegiada y los demás que siguen siendo considerados como factor “residual” (Piore, 1983). Los mercados laborales se hallan disgregados, fraccionados en espacios relativamente cerrados, segmentados en diferentes submercados con funcionamientos más o menos autónomos que crean sus propias condiciones de inserción.

De acuerdo a lo anterior, la situación en que se encuentran los médicos que laboran en Consultorios de la Fundación Best adjuntos a las Farmacias Similares podría considerarse como la segmentación del trabajo médico o mercado secundario, en la que éstos se convierten en trabajadores residuales, toda vez que sus condiciones laborales relativas a salarios y estabilidad laboral son diferentes a sus pares que laboran en otras instituciones. Además, la división de los trabajadores por un mercado dual, tiene repercusiones en la identidad de los trabajadores “residuales” puesto que las expectativas generadas durante el proceso de formación académica, en una carrera como medicina, literalmente chocan cuando se enfrentan a falta de acceso al *trabajo esperado*.

Si consideramos que el mercado está dividido en dos: mercado primario y secundario, tenemos que en éste último, al tener un funcionamiento independiente tiene reglas institucionales propias que llegan incluso a impedir la competencia, lo que se relativiza en el caso de las Farmacias Similares ya que en éste no existe tal competencia puesto que es un mercado nuevo y en expansión, lo cual lo convierte en un receptáculo del sobrante de oferta de trabajo médico que se utiliza con ventaja ya que la necesidad de tener empleo se vuelve prioridad, a diferencia del sector público que se convierte en un sector primario privilegiado, en el que se encuentran protegidos los trabajadores vía el sindicato.

Al respecto, debemos recordar que en México el Estado era el principal empleador de médicos, y a pesar de haber disminuido su participación en el sector de salud y haber aumentado el sector privado, su presencia sigue siendo mayoritaria.

El sistema de atención a la salud se encuentra formado por:

- La Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, PEMEX, MARINA). Atiende a un poco más del 50% de la población.
- El Seguro Popular (sistema de protección social en salud). Creado en 2003 y atiende a más del 10% de la población.
- El sistema conformado dentro de la Secretaría de Salud. En un principio debe ofrecer servicios a la población no asegurada.
- El sistema privado. En cuanto a servicios integrados atiende a menos del 20% de la población, pero en lo que corresponde a venta de medicamentos (farmacias privadas) alcanza prácticamente un 50% del mercado.

La expansión de las farmacias similares es resultado de la crisis económica y la incapacidad de atención en el sector público y social. La percepción de esta problemática es percibida y aceptada en el sentido de considerar a esta empresa como el mal menor: “somos tantos mexicanos que no alcanzamos a cubrir realmente la cobertura de salud para todos los pacientes, hay pacientes que no tienen Seguro Social, no tienen ISSSTE, no tienen ISSEMIN, no tienen ninguna prestación médica, y sí insisto, me atrevo a decir que similares es la solución es una alternativa para toda la población que está en desventaja económicamente” (Entrevista 1)

De esta manera, la construcción de este mercado se ve marcado por la necesidad y oportunidad de atención de determinada población, en donde el médico es el punto de enlace para el aumento en la venta de los productos de la empresa.

El trabajo es ofrecido en términos de remarcar la importancia del *servicio social* que se ofrece a la población. En los cursos de capacitación que otorga La fundación Best se marca este punto como nodal en su funcionamiento (Entrevistas 3, 4 y 5).

A pesar de la buena voluntad de los fines sociales de Farmacias similares no excluye que mantenga a sus “colaboradores médicos” a tenerlos en condiciones laborales desventajosas respecto a otros espacios laborales.

<p style="text-align: center;"><b>IMSS<sup>24</sup></b></p> <p style="text-align: center;"><b>Mercado primario</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Farmacias Similares<sup>25</sup></b></p> <p style="text-align: center;"><b>Mercado secundario</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sueldo base de acuerdo al tabulador: 5, 718.84 mensuales</li> <li>➤ Condiciones de trabajo: jornada establecida de 8 horas, pago de tiempo extra, permisos económicos, vacaciones (30 días anuales con 5 años de antigüedad).</li> <li>➤ Posibilidades de avance a través de la capacitación y adiestramiento promocional a plazas escalafonarias.</li> <li>➤ Actividades específicas<sup>26</sup> reguladas por reglas impersonales</li> <li>➤ Estabilidad de empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En promedio de 6000 a 10,000</li> <li>➤ Condiciones de trabajo: Jornada promedio 6 horas; sin ningún tipo de prestaciones</li> <li>➤ Sin posibilidades de avance</li> <li>➤ Actividades específicas sin mediar reglamentación para el ejercicio de la profesión. Supervisión eventual por parte de la fundación Best</li> <li>➤ Están caracterizados por una considerable inestabilidad de empleo y una elevada rotación de la población trabajadora</li> </ul>

La comparación del cuadro anterior no se realizó para hacer una simple diferenciación que se agote en una descripción de datos; más bien es un ejercicio ejemplificativo, en el que no se pueden dar cuenta de las opiniones subjetivas que se tienen sobre ambos trabajos, pero que si nos muestran que ; por ejemplo, las opiniones de los médicos de los consultorios de la fundación Best respecto a su situación laboral, en algunos casos la viven como una resignación y otros con orgullo porque consideran que realizan un servicio a la población de escasos recursos

Respecto a los ingresos hay que señalar que en el caso de los médicos generales de IMSS puede incrementarse sustancialmente en el salario integrado, hecho que hace pensar a estos médicos que su situación es mucho mejor. En algunos casos, médicos de esta institución ve con desprecio a los que laboran en los consultorios de la fundación Best ya que su salario y condiciones laborales no son dignos de un médico, el cual ha atravesado por una formación intensiva y costosa que debe ser mejor remunerada.

<sup>24</sup> Información recolectada de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, 2009-2011. Se tomó en consideración la condición de un médico general de base.

<sup>25</sup> Información recolectada en los instrumentos de trabajo de campo que se realizaron durante la investigación. Los resultados de la encuesta no tiene relevancia estadística puesto que los casos que se analizaron fueron 37, correspondientes a las farmacias que se encuentran en la Delegación Iztapalapa

<sup>26</sup> **Actividades del médico general:** Atiende, interroga, explora y diagnostica en su unidad de adscripción y a domicilio a pacientes para la atención médico-quirúrgica, instituye tratamiento médico y manejo preventivo a la población. Elabora historiales clínicos a los pacientes que se le encomienden de acuerdo con las normas, instructivos y procedimientos que el Instituto determine, realiza funciones técnico-administrativas inherentes al puesto, desarrolla actividades de docencia y asiste a cursos de superación profesional que el Instituto establezca.



### c. Los actores del mercado

#### La empresa Farmacias Similares

Las Farmacias similares fueron creadas por Víctor González torres en el año de 1997, la cual es una empresa que junto con los Laboratorios Best, Trasportes farmacéuticos, Simimex y Sistema de Salud Dr. Simi, pertenecen al Grupo Por Un País Mejor. Este personaje pertenece a una familia que ha estado ligada por largo tiempo al sector farmacéutico y a la política, hecho que le ha permitido hacer manejos que le han redituado altos márgenes de ganancias.

Este empresario realizó una estrategia de mercado mediante un sistema de franquicias que permitían impulsar la expansión y crecimiento de sus farmacias. Las Franquicias son un sistema de negocios entre dos partes jurídicamente independientes, en el cual una de ellas (franquiciante) cede sus procesos de operación a otra (franquiciatario), a cambio del pago de una regalía que es el derecho a utilizar la marca, comercializar y/o prestar una serie de servicios bajo un sistema de operación.

El concepto de farmacias en venta, según la página electrónica la empresa, son una gran ventaja para los franquiciatarios, porque los locales ya están ubicados y remodelados, poseen un mercado cautivo que espera a un inversionista con un perfil que se incline tanto al apoyo a la gente, el crecimiento de su entorno y en beneficio propio. Para ser franquiciatario necesitas mínimo 752 mil pesos y contar con un buen local que debe ubicarse en zonas populares de bajos recursos, cerca de escuelas, avenidas principales y mercados. Lo importante es que los locales tengan bastante flujo peatonal y vehicular, así como con un importante registro de movimiento de transporte público.

Cuenta con tres tipos de franquicias: pueblerina, *chirris* y ciudadana<sup>27</sup>. En todos los casos ofrecen asesoría en elección y adaptación del local, perfiles de puestos a cubrir,

---

<sup>27</sup> La franquicia pueblerina debe ubicarse en un local con una superficie de 50 metros cuadrados y en zonas con entre 20 mil y 50 mil habitantes; tiene un costo de 250 mil pesos y se paga una renta mensual de entre 3 mil y 19 mil pesos. En el caso específico de este tipo de franquicia, reportan un margen de utilidad bruta del 35%. La empresa ofrece un consultorio médico de la fundación Best, distancia de protección de 1 kilómetro y de 500 metros en el centro de la ciudad. En este caso el total de la inversión inicial es de 752 mil pesos, aproximadamente: Costo de la regalía inicial 250 mil; remodelación, 100 mil; mobiliario y equipo, 60 mil; inventario inicial sugerido 195 mil; gastos de inauguración, 35 mil; anuncios luminosos, 40 mil; capital de trabajo, 10 mil; botarga, 6 mil; punto de venta, 22 mil; donativo consultorio, 22 mil; médico por dos meses, 12 mil pesos.

La franquicia *chirris* tiene un precio de 50 mil pesos y es necesario un local con una superficie de 40 metros cuadrados con consultorio; debe estar ubicada en una población de 20 mil habitantes como mínimo. La renta mensual es de 5 mil pesos, si se trata de una ciudad o de 3 mil pesos si se ubica en una población de menos de 20 mil habitantes. Se reporta un margen de utilidad de 35% bruto. La distancia de protección es de 250 metros. El costo aproximado del total de la inversión inicial es de 256 mil pesos: Costo de la regalía inicial 50 mil; remodelación, 20 mil; mobiliario y equipo, 40 mil; inventario inicial sugerido 60 mil; gastos de inauguración, 10 mil; anuncios luminosos, 27 mil; capital de trabajo, 10 mil; botarga, 5 mil; donativo consultorio, 22 mil; médico por dos meses, 12 mil pesos.

capacitación del franquiciatario y encargado de la farmacia; asistencia técnica y surtido puntual. Además la empresa ofrece que se pueden obtener ganancias que van desde 25 a 150% anual. En todos los casos cuenta con financiamiento, a pagar en uno o dos años, con un interés mensual del 1% sobre saldos insolutos.

A diferencia de las bondades que ofrece la empresa para las franquicias, de acuerdo con un testimonio, la franquicia no llega a ser tan redituable porque la empresa llega a establecer compras mínimas de medicamento, que en caso de no cubrirse se sanciona. Además, la empresa no se obliga a regresar dinero en caso de cierre de la franquicia. En este punto hay que aclarar que no todas las farmacias que existen en la delegación Iztapalapa son franquicias; algunas son sucursales, es decir dependen directamente de la empresa.

Lo cierto es que poco después de haber sido creadas, estas cadenas han revolucionado el mercado del *retail* farmacéutico en nuestro país y en América Latina. Actualmente su labor se ha expandido, cuenta con más de 3,900 sucursales en toda la República Mexicana, Chile, Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua, Ecuador, Perú y Argentina.

Las estrategias mercadotécnicas utilizadas tienen por objeto atraer y retener consumidores. A diferencia de las cadenas como Farmacity o FASA, las compañías Farmacias Similares han apostado por otra fórmula, la de ofrecer medicamentos a bajo precio, sin hacer hincapié en la marca o en una amplia variedad de productos. Del mismo modo, las campañas publicitarias de Dr. Simi tienen un matiz "*populista*" al dirigirse a los ciudadanos como "*pueblo*" o "*el gran protector de los que menos tienen*", publicidad que llega tener impacto en las personas al momento de decidir la compra de sus productos farmacéuticos.

Este mercado ha crecido fuertemente en Latinoamérica porque ha sido pensado para que los sectores más empobrecidos de la población puedan acceder a la medicina, en una lógica de sistema gerencial, en donde ciertas empresas han encontrado que las clases populares, además de proporcionarles ganancias en lo productivo también lo pueden hacer en el consumo; en esta línea se encuentran todos los negocios que facilitan el

---

Por último, la citadina debe ubicarse en ciudades de más de 50 mil habitantes en un local con una superficie de 100 metros cuadrados. Tiene un precio de 500 mil pesos y una renta mensual de entre 10 mil y 20 mil pesos. Cuenta con uno o varios consultorios y una distancia de protección de 1 kilómetro. En este caso el total de la inversión es de un millón 127 mil pesos: Costo de la regalía inicial 500 mil; remodelación, 150 mil; mobiliario y equipo, 95 mil; inventario inicial sugerido 195 mil; gastos de inauguración, 25 mil; anuncios luminosos, 40 mil; capital de trabajo, 60 mil; botarga, 6 mil; donativo consultorio, 22 mil; médico por dos meses, 12 mil pesos.

acceso a bienes y servicios a personas de escasos recursos, con la “justa” retribución de prolongar e incrementar la deuda y tenerlos cooptados.

La estrategia tiene una lógica pragmática, al pagar considerables cantidades de dinero en publicidad a medios de comunicación inhibe la posibilidad de que esos medios le critiquen. Usa todos los medios a su alcance, TV, radio, prensa, internet y ejemplares impresos de su misma farmacia, para promoverse y al mismo tiempo descalificar adversarios, como lo son los funcionarios de dependencias públicas, legisladores y políticos. Incluso ha llegado a criticar a las dependencias de salud públicas como el Hospital General, Centro Médico Siglo XXI, Hospital de la Raza, el IMSS, etc.

En su avance empresarial ha llegado a ofrecer toda una gama de servicios, además de sus laboratorios, farmacias-consultorios y centros nutricionales, como lo son los análisis clínicos, ultrasonidos, electrocardiogramas, rayos X (sólo en el D. F.). Todos estos negocios han generado alrededor de 900 millones de dólares al año a través de 3.450 farmacias en el mercado latinoamericano.

Un problema de las Farmacias Similares gira en torno a los medicamentos similares, mucho se ha hablado de lo nocivo y dudoso de la calidad y efectividad de estos, lo cierto es que medicamentos Similares son medicinas que al igual que los genéricos contienen la misma sustancia activa, pero que no han pasado por las pruebas de biodisponibilidad ni bioequivalencia, razón principal del porqué su costo de venta es tan bajo. Por otro lado, a pesar que no se ha comprobado su peligrosidad o un caso de daño en algún paciente por consumirlos, sin embargo, el riesgo es latente, ya que al no tener la garantía de biodisponibilidad, existe el riesgo de que la sustancia activa no se metabolice de forma adecuada y que el hígado absorba cantidades que resulten tóxicas por su volumen. Aunque el riesgo de daño médico es bajo, el daño monetario es alto, ya que la mayoría de las veces estos medicamentos similares no surten el efecto deseado y la gente no se alivia.

La diferencia entre los genéricos y similares es simplemente las dos pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia, pero esta diferencia es suficiente para garantizar que los genéricos (MGI) sí son lo mismo pero más barato, ya que no tienen los costos de desarrollo y estudios de los de patente, pero sí gastan en dichas pruebas para garantizar resultados iguales.

El discurso de las Farmacias Similares es no lucrar con la salud de la gente porque ésta no tiene las posibilidades económicas para pagar un médico tradicional y comprar

medicinas de patente, es por eso que ellos venden medicamentos que son “lo mismo pero más barato”, aunque la realidad es otra, son más baratos, al menos en apariencia, pero no son lo mismo. En este caso, el factor costo no es un argumento, ya que no se puede vender algo que no garantiza nada, solamente porque es más barato. Si así fuera, se podrían vender placebos a bajo costo como si fueran medicamentos reales y efectivos.

La Profeco (Procuraduría General del Consumidor), en este sentido, impuso en 2003 a Farmacias de Similares una sanción por las frases con las que se anuncia, “lo mismo, pero más barato” y “hasta 75% de ahorro”, pues violan el art. 32 de la Ley de Protección al Consumidor. Esta publicidad de acuerdo con la Profeco contiene información que no es veraz ni comprobable e induce a los consumidores al error y confusión.

*ARTÍCULO 32. La información o publicidad relativa a bienes, productos o servicios que se difundan por cualquier medio o forma, deberán ser veraces, comprobables y exentos de textos, diálogos, sonidos, imágenes, marcas, denominaciones de origen y otras descripciones que induzcan o puedan inducir a error o confusión por engañosas o abusivas. Para los efectos de esta ley, se entiende por información o publicidad engañosa o abusiva aquella que refiere características o información relacionadas con algún bien, producto o servicio que pudiendo o no ser verdaderas, inducen a error o confusión por la forma inexacta, falsa, exagerada, parcial, artificiosa o tendenciosa en que se presenta. La información o publicidad que compare productos o servicios, sean de una misma marca o de distinta, no podrá ser engañosa o abusiva en términos de lo dispuesto en el párrafo anterior. La Procuraduría podrá emitir lineamientos para la verificación de dicha información o publicidad a fin de evitar que se induzca a error o confusión al consumidor.*

Los productos Similares tienen la misma sustancia activa que el producto original, pero no tienen estudio de “bioequivalencia” y no se conoce la fórmula, ni las mezclas que se utilizan. Su precio es hasta 75% más barato. Estos genéricos que no han obtenido la certificación de bio-equivalencia, son la principal categoría de fármacos.

La Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF) lanzó un comunicado informando que “a raíz de la aparición del mercado de Genéricos Intercambiables en México, surgieron productos pseudo genéricos que han confundido a

*la población ofreciéndose como Similares o parecidos sin que esto garantice calidad y beneficio real para la población".*

La AMIIF sostiene que los únicos productos reconocidos por la Secretaría de Salud como sustituibles, como otra opción, son los genéricos intercambiables. *"Los demás conceptos como equivalentes, similares y equiparables son meros slogans comerciales que no tienen ningún sustento real y no están contemplados ni en la ley ni en el reglamento",* aclara. Además, subraya que *"hay diferencias de calidad enormes",* entre ellas, *"la pureza de la materia prima". "Un 5% de impurezas puede costarle 10 veces menos que una que no las contenga y el producto puede tener la misma sustancia activa pero, además, tiene una serie de sustancias relacionadas que le van a provocar probablemente muchos problemas". (S/A: 2010).*

Por lo tanto, no se tiene la seguridad de que los medicamentos similares tengan la calidad requerida para su venta y uso. Esta situación no cambia, tampoco, con los productos de sus recién inaugurados centros nutricionales. Es necesario recordar que la palabra "similar" aplicada a sus productos es un invento de esta empresa. Es sólo una marca comercial aplicada a sus productos ya que la ley no contempla el concepto de medicamentos similares.

En México sólo se requería que los fabricantes de genéricos demostraran el uso de los mismos ingredientes activos que los de marca, mientras que en países desarrollados (Estados Unidos y de Europa) existen instituciones designadas para la regulación de medicamentos que, tras rigurosos estudios y pruebas, los avalan como genéricos.

Hasta ahora los "similares", genéricos que no han obtenido la certificación de bioequivalencia, sin embargo son la principal categoría de fármacos vendida en México, lo que representa aproximadamente el 60% del mercado. (S/A: 2010) "Al ver las enormes ganancias de Farmacias Similares, los laboratorios internacionales que tiempo atrás presionaban e intentaban eliminar del mercado al Dr. Simi, mediante demandas y denuncias contra los medicamento similares por violar las fracciones i y x del artículo 213 de la ley de Propiedad Intelectual, sin embargo gracias a que Dr. Simi tiene grandes influencias en la política la Secretaría de Salud aún no ha resuelto sobre las denuncias presentadas en contra de Farmacias similares". (Anderson y López: 2008).

Debido a la serie de conflictos que se generaron, se optó por una reforma al artículo 376 de la ley General de Salud, en diciembre de 2004, que exige que todos los medicamentos

(de marca y genéricos) que se venden en el país deben pasar pruebas de bioequivalencia –eficacia y seguridad– cada cinco años.

#### Artículo 376

*Requieren registro sanitario los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan; equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, estos últimos en los términos de la fracción VI del artículo 262 de esta Ley, así como los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas.*

*El registro sólo podrá ser otorgado por la Secretaría de Salud, éste tendrá una vigencia de 5 años, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 378 de esta Ley, dicho registro podrá prorrogarse por plazos iguales, a solicitud del interesado, en los términos que establezcan las disposiciones reglamentarias. Si el interesado no solicitara la prórroga dentro del plazo establecido para ello o bien, cambiara o modificara el producto o fabricante de materia prima, sin previa autorización de la autoridad sanitaria; ésta procederá a cancelar o revocar el registro correspondiente.*

*Para los efectos a que se refieren los párrafos anteriores, el Ejecutivo a través de la Secretaría, mediante disposiciones de carácter general, establecerá los requisitos, pruebas y demás requerimientos que deberán cumplir los medicamentos, insumos para la salud y demás productos y sustancias que se mencionan en dichos párrafos.*

La evaluación de cada producto puede durar varios meses y cuesta entre 50.000 y 90.000 dólares por producto. Según fuentes del sector salud, para nadie pasó inadvertido que la reforma fue hecha para intentar quebrar a Laboratorios Best, la empresa de Víctor González Torres que fabrica buena parte de los medicamentos que se ofrecen en las Farmacias Similares. A pesar de ello, las Farmacias Similares ampliaron el frente de batalla, cambiando a sus proveedores y contratando a varios fabricantes de genéricos, los mismos que hoy representan 70% de todo lo que se vende en sus farmacias. (Anderson

y López: 2008). La empresa ha realizado múltiples acciones para permanecer en el mercado y seguir manteniendo sus ganancias, por ejemplo, el director administrativo de las franquicias, informó que en los locales se deberá exhibir un póster en el que se advierta a los compradores que los productos que ahí se expenden son genéricos intercambiables, pese a que la gran mayoría de sus productos son Similares, 153 medicamentos de una lista de 240.

Como se puede observar, el negocio de Farmacias Similares tiene varios matices que lo colocan en la dinámica propia de la política mexicana y por tanto no está exenta de verse inmiscuida en conflictos relacionados con tráfico de influencia, corrupción o simulaciones. Ahora bien, tenemos que la empresa en la búsqueda de la máxima ganancia ha creado todo un mecanismo de reclutamiento de médicos para potenciar la venta de sus medicamentos; de esta manera y a través del discurso *populista* de apoyar a los sectores populares, los médicos ingresan para coadyuvar en esta *noble tarea*.

### **Los médicos en los Consultorios de la Fundación Best en la delegación Iztapalapa.**

Dentro de los supuestos que se tenían al inicio de la investigación respecto al perfil de los médicos de estos consultorios se encontraban las siguientes: los médicos que entraban en este mercado era gente de recién egreso de la carrera eran jóvenes, no tenían mucha experiencia profesional, tenían salario bajo, y no se mantenían mucho tiempo en el trabajo.

De acuerdo a la encuesta que se aplicó en los 37 consultorios en la delegación Iztapalapa encontramos datos muy diferentes a los supuestos planteados. Así tenemos que el 67.6% de los médicos encuestados tiene más de 35 años, el 75.7% cuenta con más de 6 años de ejercer la profesión; que el tiempo de estar trabajando en los consultorios de la Fundación Best excede los 4 años; y que los ingresos están por encima de los 6 salarios mínimos vigentes en el DF (Véase gráficas 2, 4, 6 y 11)

Otros supuestos que se tenían era que, al ser un mercado precario las jornadas eran largas o tenían mucha rotación, y de igual manera se suponía que la mayoría de estos médicos tenían la influencia de los padres para la elección de la carrera. Sin embargo, los datos que se arrojaron para Iztapalapa tenemos que las jornadas laborales no exceden las 8 horas para el 73% de los encuestados; y que el mismo porcentaje no tienen ningún

tipo de antecedente de familiares con alguna profesión, ya no digamos que haya un médico en la generación anterior.

En términos generales tenemos que los médicos que trabajan en los consultorios de la fundación Best , de acuerdo a la encuesta realizada, son hombre y mujeres (56.8% y 43.2% respectivamente), egresados principalmente de la UNAM (75.7%), que en gran parte tienen experiencia en el ejercicio de la profesión y han trabajado varios años en estos consultorios y se sienten satisfechos con el trabajo que desempeñan (Véase gráficas1 a 12) . En este último punto, aclaró, que la encuesta sólo nos da cuenta de algunos referentes que se complementan con las entrevistas, las cuales nos muestran aspectos de fondo relativos a sus percepciones subjetivas sobre su trabajo.

Ahora bien, el hecho que este mercado se vea constituido por profesionistas con experiencia y, en algunos casos cuenten con estudios de posgrado, no puede sugerir que la situación de empleo del país los ha llevado a estos médico a insertarse en este tipo de trabajo y que la elección de ingresar a este mercado de trabajo sea el resultado de los intentos fallidos de no lograr colocarse en otro; también podría suponerse que la falta de contar con una menor cantidad de relaciones sociales que pertenecen a una red social influyente para ayudarlo a colocarse o a proporcionarle el acceso a información relevante para actuar en otro mercado es una situación de peso en su ingreso laboral.

La importancia de las redes sociales, llegan ser determinantes en el ingreso laboral. En el caso del mundo médico, las redes se forman principalmente desde el proceso de formación académica o por las relaciones familiares,

*“los médicos del IMSS, del ISSTE, son hijos de médicos que ya salieron, por qué, porque los puestos se los llevan... Por ejemplo, si tú estás trabajando en el IMSS, y tienes un hijo, tu hijo ya tiene asegurado el puesto, en cualquiera de las instituciones. Todo lo maneja el sindicato” (entrevista 5).*

Se puede suponer que cuando se pertenece a una familia con tradición médica, la inserción laboral es exitosa debido a la fortaleza de las redes sociales formadas por otra generación; sin embargo, con la masificación de la educación superior, muchos de los egresados no cuentan con ese capital social que los coloca en desventaja al salir al mercado laboral y los hace candidatos a insertarse en un mercado precario. En este sentido, el capital social formado por contactos se vuelve clave en la salida del este mercado precario que cada vez más aumenta



En relación a la información sobre el mercado, no es abierta a todo el menudo, sino que es propiedad de determinados grupos sociales y se convierte en capital social utilizable, principalmente en los mercados internos y competitivos que requieren de competencias certificadas por las asociaciones médicas legitimadas, que hacen de la profesión en estos mercados una profesión de élite, distinguiéndola de la población médica que labora en mercados secundarios y no cuentan con las competencias y certificaciones exigidas por los mercados competitivos. Considerando que la conducta humana puede ser vista como grupo de acciones, la inversión en capital humano puede considerarse como un elemento prioritario de la capacitación para la inserción laboral, sin dejar de reconocer el conjunto de configuraciones, formas, modos de exclusión, inclusión y segregación a que están sometidos los médicos

En este punto es importante hacer algunas consideraciones sobre su trayectoria y experiencia laboral de estos médicos, su ingreso a los Consultorios de la Fundación Best y la actividad que realiza aquí.

Tenemos que en este mercado hay médicos con experiencia laboral en el sector público como el IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud; y en el sector privado, ya sea en consultorios particulares o en empresas. Para ello, su trayectoria laboral ha sido importante pues es todo un proceso de formación que vinculan con la observancia de su ética y su vocación de servicio. Dentro de su código deontológico se encuentra el secreto médico, el respeto por el paciente, la honestidad en el diagnóstico y el tratamiento, preceptos que siguen en el ejercicio de su práctica.

*“... pese a las carencias o a las múltiples cosas que pueda tener, tanto en conocimientos como en cuestión instrumental o eso, nunca he tratado de dañar a un paciente ni mucho menos y sobre todo nunca he ido en contra de mis creencias, tanto familiares como las que me inculcaron en la facultad” (Entrevista 3); “siempre hay que ser honestos en la carrera y decir hasta dónde puedo y hasta dónde ya no puedo” (entrevista 1) y “se trata de ser respetuosos con el paciente y tampoco no estar divulgando lo que vengan a contar, porque muchas veces los pacientes solamente necesitan ser escuchados y no hay que estar divulgando todo lo que nos digan” (Entrevista 2).*

El planteamiento sobre las cuestiones deontológicas se verá en el siguiente capítulo, hasta aquí, se podría decir que su observancia está presente como una forma de vida que les ha dejado satisfacción

*“... yo los aplico diario, es decir, desde tener ética hacia el paciente, de saber recibirlo, del hecho de una consulta tan económica y una consulta de calidad y calidad hacia el paciente y que el paciente vea que uno lo hace más que por altruismo lo hace por su salud y que lo veamos en beneficio, eso lo hago dentro de mi consultorio, también me toca la vida personal...” (Entrevista 4), “la experiencia ha sido bien bonita, me gusta... me ha dejado una satisfacción constante. Todos estos valores los vamos obteniendo incluso desde el hogar, desde la casa...” (entrevista 1).*

En relación al ingreso a este mercado, las causas son variadas, sin embargo, sí se presenta el caso de acceder por cuestiones de ser recién egresado, sin experiencia, ni redes sociales que le permitan conectarse en otras instituciones. En otros casos, se llega por buscar un ingreso extra o haber terminado otra relación laboral. Lo que se tiene en común es la imposibilidad de entrar a otro lugar.

*“ acabo de ingresar en enero de este año de la Facultad y pues enfrentarte a un mundo que no sabes, porque a lo largo de la carrera nunca me puse a buscar trabajo, ni nada, entonces muchas veces las puertas se te cierran porque no tienes experiencia, porque no cumples con la edad, porque no cumples con muchas cosas” (Entrevista 3); “ ...se acabó mi contrato en el Centro de Salud y estaban solicitando aquí, entonces en lo que entraba nuevamente, podía quedarme aquí y también porque las consultas no son muy caras, puedes ayudar a la gente, hay veces que yo misma he cobrado menos de lo que se debería de cobrar, porque ves a la gente que en verdad no tiene dinero y tampoco no es de darle la consulta y cobrarle lo que debe de ser, sino que también ver a los pacientes, dicen que por humanidad hay que chocarlos y si no tienen pues no importa, porque para eso estudiamos” ( Entrevista 2); “Realmente nada más es para acrecentar un poco nuestra remuneración, realmente porque nuestra profesión no está del todo bien pagada, entonces hay que buscar opción y a veces poner un consultorio a nivel particular te va ha implicar costos” (Entrevista 1)*

A pesar de las situaciones anteriores hay médicos que dicen identificarse plenamente con los objetivos de la empresa, y de ahí su decisión a trabajar para ella:

*“Regreso de Querétaro, hace seis años más o menos, cuando yo regrese deje una base federal, que pudiera buscar un tipo de trabajo que fuera bien*

*remunerado obviamente en la parte medica y seguir ejerciendo, ingrese mi currículum en algunas empresas privadas, algunas de gobierno, y honestamente en algunas no me aceptaron, en algunas me pedían experiencia, todavía no tenía mi título de maestría, algunos querían el doctorado, cuando un amigo me invitó, me dijo que fundación Best estaba pidiendo médicos, en aquel tiempo el costo estaba a \$10 por consulta, a mí se me hizo increíble que un médico iba solamente a cobrar \$10 por una consulta... Cuando yo fui por primera vez a fundación Best, presente mi currículum, me dijeron cómo era la temática, cómo era ayudar a la gente y que realmente era ayudarla y ganar dinero, y si era necesario abrir la sucursal doble turno, de una forma muy buena, muy sana, donde realmente ganaba el paciente y gana la farmacia y gana el médico, El sistema se me hizo muy interesante, me encanto saber que era hecho por un mexicano, pues es un orgullo saber que se estaba internacionalizando y bueno... me ha ido muy, me he aplicado, mi situación me ha refinado mucho más, mi práctica medica se me ha hecho mucho más rápida, más loable, me he dado cuenta que con un buen diagnóstico la persona cree mucho más y me recomienda y hasta la fecha me siento demasiado orgulloso, incluso deseo quedarme dos años más, dar mi parte altruista y realmente mi idea fue siempre jubilarme joven, pienso jubilarme a los 40, 41 años” (Entrevista 4).*

En cuanto a los requisitos para ingresar a la empresa, es relativamente fácil; se les pide el título de la carrera, la cédula, el currículum y les aplican un examen sobre conocimientos generales de medicina, sobretodo relativo a los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en los consultorios como planes de hidratación, hipertensión o tratamiento de la diabetes (Entrevista 1).

Los mecanismos de supervisión y vigilancia que hace la empresa los lleva a cabo la Fundación Best: son visitas de médicos que revisan las recetas que se han dado para saber cuáles son los tratamientos que se están prescribiendo y supervisar que se esté brindando el servicio y no se cobre de más el precio de la consulta (Entrevista 1)

*“Ellos vienen al consultorio el día que ellos quieran y aparte ellos nos dan ciertos cursos para ir actualizándonos más, no tienen costo, la empresa los brinda...” (Entrevista 2); “Nos supervisa una vez al año, nos piden el diagnóstico, el tratamiento de nuestros pacientes, más que nada para saber cómo están nuestros pacientes, ahí sí nos piden que estemos actualizándonos, la*

*actualización uno la tiene que buscar por fuera, a veces sí dan pláticas, pero son muy esporádicas. Te checan cómo atiendes al paciente en una consulta, ellos no se meten en tu diagnóstico que das, ellos no se meten en lo que tú recetas, de eso nada, ellos se meten a una consulta para ver cómo atiendes al paciente, una vez al año... Más que nada lo de la supervisión es porque nos visita salubridad y nos informan sobre nuevas reglas, o nos dicen “no puedes hacer esto”, pero así como una recomendación, no” (Entrevista 5)*

Cuando el médico ingresa a la empresa, de acuerdo a al contrato de comodato, ésta le facilita el local y el mobiliario como las básculas tanto para niños, como para adultos, la cama de exploración, el bote rojo para pulso cortantes, el escritorio, gabinetes; también proporciona el instrumental como el estetoscopio, un baumanómetro, termómetro y el estuche de diagnóstico; lo que tiene que pagar el médico son los materiales de curación como son las recetas, las jeringas y los avatelenguas. Hay que considera que no todos los consultorios son franquicias, por lo que las condiciones del mismo variarán, y en este punto las opiniones de los médicos serán diversas respecto a la opinión que tiene de las Farmacias Similares.

Por último, veamos algunas cuestiones relativas a la opinión de los médicos sobre la empresa y sus medicamentos.

*“De la empresa de farmacias similares yo no tengo conocimiento porque yo trabajo para la Fundación Best, no para la farmacia similar, los medicamentos similares, no son la mayoría similares, de hecho son la mayoría genéricos. Yo donde he trabajado, donde he hecho mi servicio en instituciones (públicas) muchos medicamentos de los que venden aquí son los que maneja la institución, entonces yo siento que es lo mismo que vayas a un centro de salud o al seguro, te dan lo mismo, solamente que en el seguro y en la Secretaría de salud no te cobran y aquí sí te cobran el medicamento,. Yo he tomado estos medicamentos y sí funcionan, porque no les puedo recetar a los pacientes un medicamento que ni siquiera sé si les va a funcionar o no les va a funcionar, entonces yo trato de que cuando me enfermo comprar medicamentos para saber cuáles medicamentos les funcionan y cuáles no, en genéricos y similares. Hay ciertos medicamentos que se les recomienda que sean de patente porque tienen mayor eficacia” (Entrevista 2)*

“... a esta altura somos tantísimos, tantos mexicanos que no alcanzamos a cubrir realmente la cobertura de salud para todos los pacientes, hay pacientes que no tienen Seguro Social, no tienen ISSTE, no tienen ISSEMIN, no tienen ninguna prestación médica, y sí insisto **me atrevo a decir que similares es la solución es una alternativa para toda la población que está en desventaja económicamente...** De los medicamentos algunos medicamentos como que cubre la norma, los medicamentos que dejamos tienen buena respuesta otros la verdad no, como ya me conocen los pacientes ellos mismos me dicen, “oiga, ¿no me puede mandar medicamento de patente?”, sí realmente sí, no estoy obligado, por lo menos yo a que necesariamente recetar medicamento de acá y les digo tratamos de buscar la mejor alternativa, si algún paciente viene muy mal, ya no lo atendemos, lo derivamos a un hospital o si es un paciente que requiere de un medicamento mejor, pues depende se lo sugerimos, ¿no?. Hay medicamentos que sí cubren, hay laboratorios reconocidos, pero otros como en todo no los conocemos, no sabemos quiénes son, no sabemos qué sales ocupan y desde luego que nunca se van a comparar con los medicamentos de patente, muchos de ellos tienen años de investigación y muchos de los de acá, siento que a veces lo único que hacen es que se fusilan la fórmula. Yo les he dicho mucho lo de la sales para preparar lo de los químicos para preparar un medicamento tiene costos, hay que hablar de costos, de control de calidad, una buena sal implica un costo mayor y por tanto el medicamento debe tener un costo mayor, pero una sal que tiene una menor calidad aunque me digan que es igual, no es igual, la bioequivalencia de los medicamentos, a mí lo que me han dicho es que en el futuro va ha ver medicamentos genéricos intercambiables nada más” (Entrevista 1)

“Bueno, yo considero que como toda marca tiene cosas buenas y cosas malas, farmacias similares tiene muy mala reputación, yo lo sé, por la mala práctica médica que tiene, hay médicos que yo sí puedo rescatar que llegamos hasta este punto por necesidad, por diversas cosas y de los medicamentos, es básicamente lo mismo, muchos medicamentos que maneja similares son genéricos, incluso están en sector salud, en el IMSS, porque similares los absorbió, entonces yo creo que hay medicamentos buenos y hay medicamentos que no son tan buenos, igual que en cualquier laboratorio” (Entrevista 3).

*“... cuando yo supe que la empresa cobraba muy barato, \$10, se me hacía más que nada denigrante, yo decía como es que una persona con tanto conocimiento puede cobrar tan poquito, no sabía la parte altruista, cuando yo curse la maestría en sistemas, el cómo está organizado el sistema del seguro, del IMSS, etc. y nos tocó la oportunidad de estudiar el sistema del Dr. Simi, en aquel tiempo le llamaban Dr. Simi, no sabíamos que era una fundación y realmente era muy buen sistema, porque era una maquila de un laboratorio mexicano, que tenía aquí la mano de obra y aparte el producto, entonces podía abaratarlo tanto, no es tanto que estuviera regalándolo o que no sirviera y después hubo estudios clínicos en donde se demostraba que la sustancia activa era la misma... En la experiencia clínica, estamos hablando de seis, ya casi siete años, a mi me ha tocado ver personas que van por un problema gravísimo, me ha tocado ver neumonías, me ha tocado ver bronquitis severas, o gentes con problemas fuertes demasiado sucias, entonces ver que el medicamento uno lo aplica, una buena curación, un buen seguimiento y ver que la persona estás sana, el medicamento está sirviendo al 100%... lo que es lo importante es la sustancia activa, entonces esa empresa con una maquila muy buena abarató el medicamento... Cuando yo ingreso se cobraba \$15, en tres meses aumentó a \$20, los supervisores me explicaron que la idea de aquí es ayudar a la gente, si tú ayudas a uno te ganas \$20, si ayudas a dos, obviamente \$40, algo bien importante el consultorio es tuyo, pero algo bien importante no vas a pagar renta, no vas a pagar limpieza, olvídate de luz, etc. y eso fue razonable porque uno cuando pone un negocio, en este sentido de negocio particular como médico y pone un consultorio, uno paga una renta exagerada, honestamente hay consultorios que cobran hasta \$5,000, si el médico no se da cuenta tiene que sacarlo a través del paciente, es incongruente porque busca la economía, y dice yo estoy bien y no me importa cómo están los demás. Entonces cuando entro a similares era, ayudar a una persona o dos gentes, para que mejore mi economía, honestamente el año pasado que reingreso, (la empresa) estaba dando 10,000, 11,000 consultas, es decir, que hay un menudeo, es decir, mucha gente cobrándole poquito y es un sistema que manejan muchas empresas, para que permita que la persona gane y uno gane, sin denigrar a la consulta, sin denigrar el servicio, es realmente congruente, yo presto mis servicios totalmente económicos con mayor cantidad de gente y lo más importante es que voy a curar*

*a mucho más gente o a tener mucho más gente por un servicio económico y voy a ganar mucho más, entonces ese es nuestro lema, ayuda más y gana más”*  
(Entrevista 4)

A diferencia del siglo XIX, en que la lucha entre la profesión médica y la farmacéutica por el monopolio de la salud fue ganada por el médico, con el desarrollo de la industria se absorbió la práctica independiente de los farmacéuticos para agruparlos alrededor de una de las industrias más poderosas del planeta y desde ahí gobernar el terreno de la salud, lo cual es un relejo de que la organización empresarial es le referente para que cualquier actividad sea vista con los lentes de la ganancia y del olvido del ser humano.

México, el sector farmacéutico creó un nuevo segmento, un mercado secundario del trabajo médico, a diferencia de épocas anteriores cuando el Estado era el generador de empleo médico principalmente. Como vimos las características del mercado secundario son diferentes a los sectores que cuentan, principalmente con la certeza de la estabilidad en el empleo. Como vimos, la forma de llegar a la empresa, ya sea por no tener experiencia o por estar sin trabajo, son condiciones no elegidas por los actores, que con independencia de la percepción satisfactoria que tengan al respecto, se encuentran en un estado de incertidumbre ya que la tendencia a incrementarse el desempleo en todos los sectores y a la salida constante de egresados de la carrera de medicina, son elementos que serán aprovechados por la empresa para seguir precarizando las condiciones laborales.

En el aspecto legal, la relación del médico con el patrón es una relación regulada por el derecho civil y no por la ley laboral, ya que entre ellos se establece un contrato de comodato<sup>28</sup> por el que se le otorga el uso del consultorio, sin mediar ninguna relación laboral; es decir, la existencia de una verdadera relación laboral es enmascarada a través de una relación civil, para convertirse, podría decirse, en una nueva forma empresarial de flexibilización laboral que precariza el trabajo profesional.

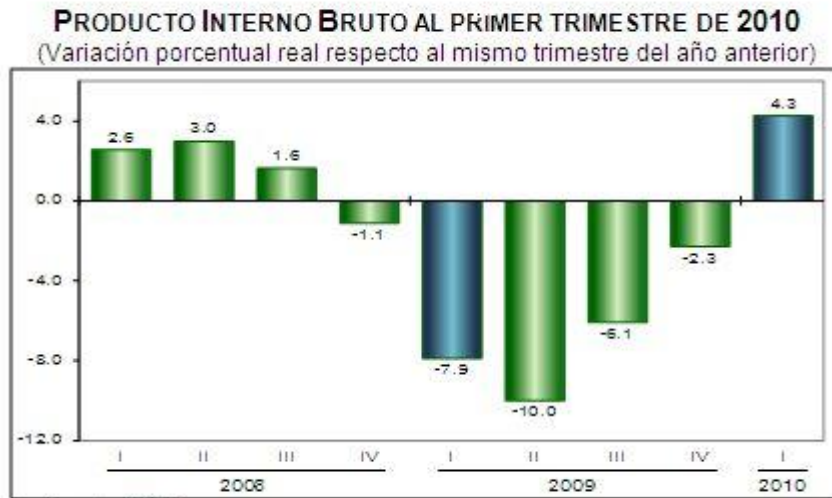
Respecto a la manera en que el sujeto percibe su trabajo, podría empatarse con el referente de la reprofesionalización en el sentido de que a pesar de las condiciones laborales, el médico se piensa desde los valores tradicionales de la profesión, como la

---

<sup>28</sup> De acuerdo con el Código Civil vigente para el DF, en su artículo 2497, el comodato es un contrato por el cual uno de los contratantes se obliga a conceder gratuitamente el uso de una cosa no fungible, y el otro contrae la obligación de restituirla individualmente.

ética y la responsabilidad y el compromiso con el paciente, valores que contravienen la deshumanización de la profesión por los modelos gerenciales de administración del sistema de salud.

**Tabla 1**



Fuente: INEGI.

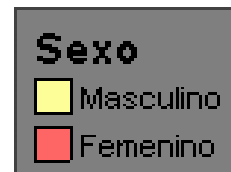
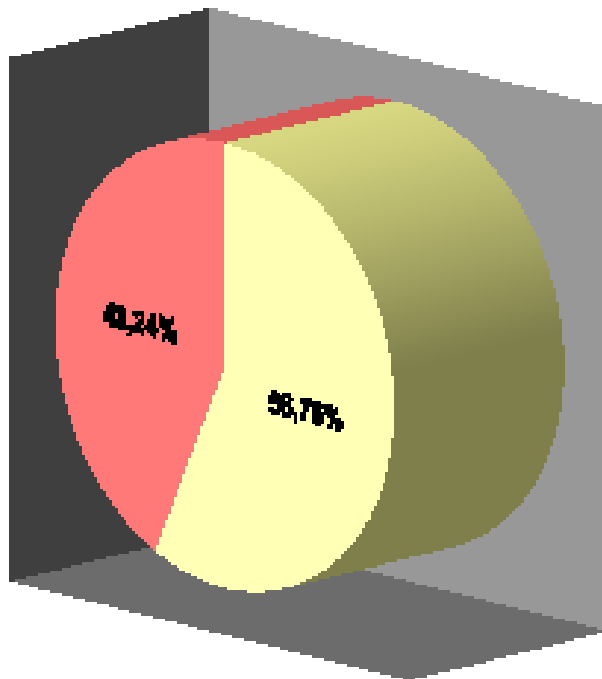


## Gráficas

1.- Sexo.

**Sexo**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	Masculino	21	56,8	56,8	56,8
	Femenino	16	43,2	43,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

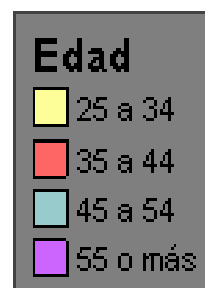
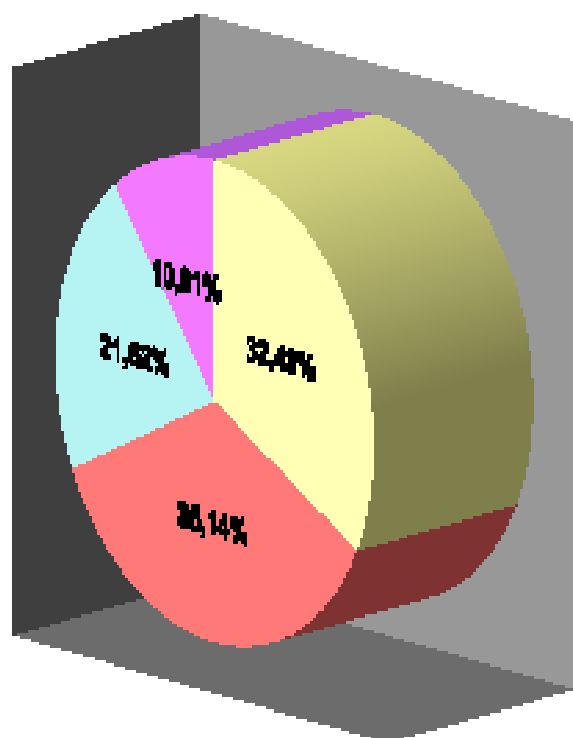


Pies show counts

2.- Edad.

Edad

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	25 a 34	12	32,4	32,4	32,4
	35 a 44	13	35,1	35,1	67,6
	45 a 54	8	21,6	21,6	89,2
	55 o más	4	10,8	10,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

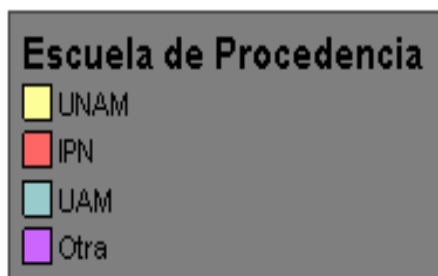
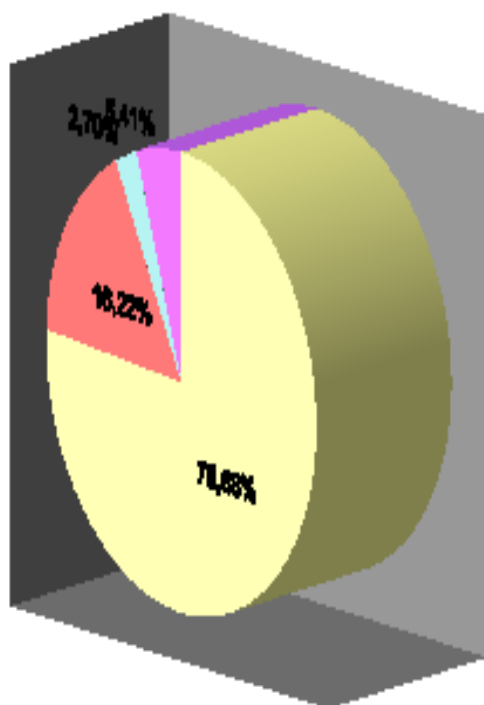


Pies show counts

3.- Escuela de Procedencia.

**Escuela de Procedencia**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	UNAM	28	75,7	75,7	75,7
	IPN	6	16,2	16,2	91,9
	UAM	1	2,7	2,7	94,6
	Otra	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

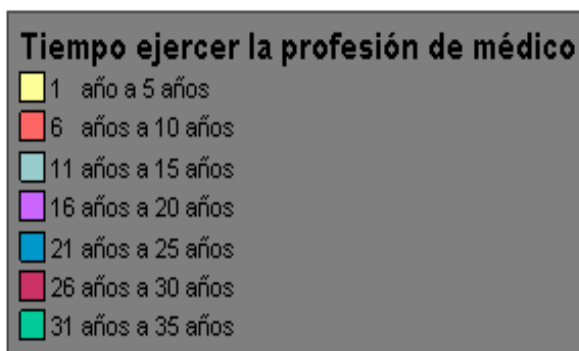
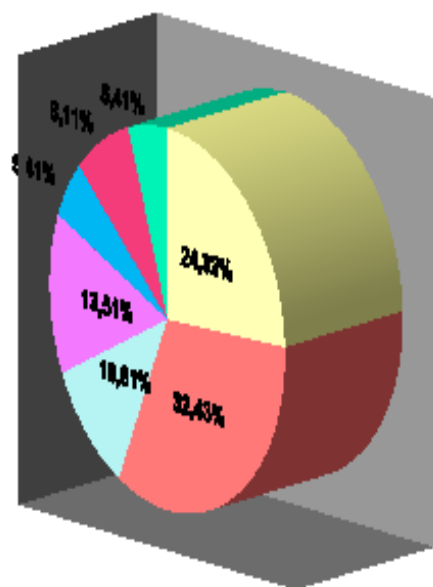


Pies show counts

4.- Tiempo de Ejercer la Profesión.

**Tiempo ejercer la profesión de médico**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	1 año a 5 años	9	24,3	24,3	24,3
	6 años a 10 años	12	32,4	32,4	56,8
	11 años a 15 años	4	10,8	10,8	67,6
	16 años a 20 años	5	13,5	13,5	81,1
	21 años a 25 años	2	5,4	5,4	86,5
	26 años a 30 años	3	8,1	8,1	94,6
	31 años a 35 años	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

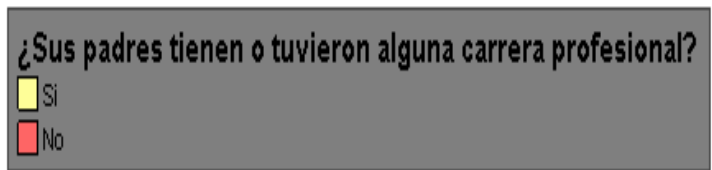
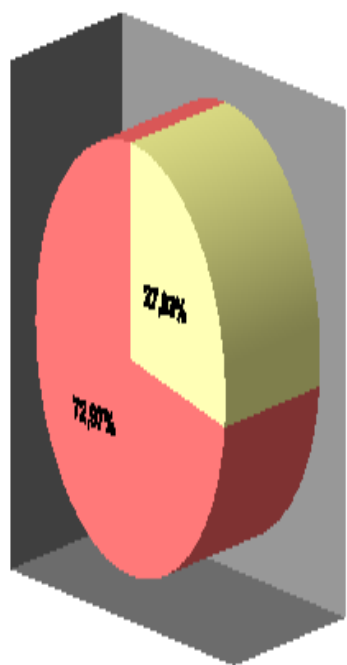


Pies show counts

5.- Carrera Profesional de los Padres.

**¿Sus padres tienen o tuvieron alguna carrera profesional?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	10	27,0	27,0	27,0
	No	27	73,0	73,0	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

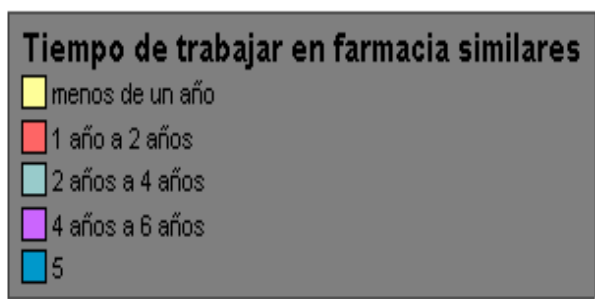
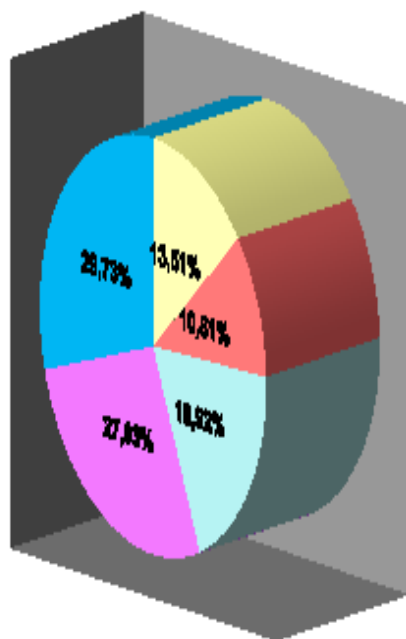


Pies show counts

6.- Tiempo de Trabajar en Farmacias Familiares.

**Tiempo de trabajar en farmacia similares**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulada
Validó	menos de un año	5	13,5	13,5	13,5
	1 año a 2 años	4	10,8	10,8	24,3
	2 años a 4 años	7	18,9	18,9	43,2
	4 años a 6 años	10	27,0	27,0	70,3
	5	11	29,7	29,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

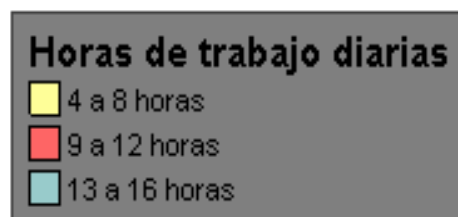
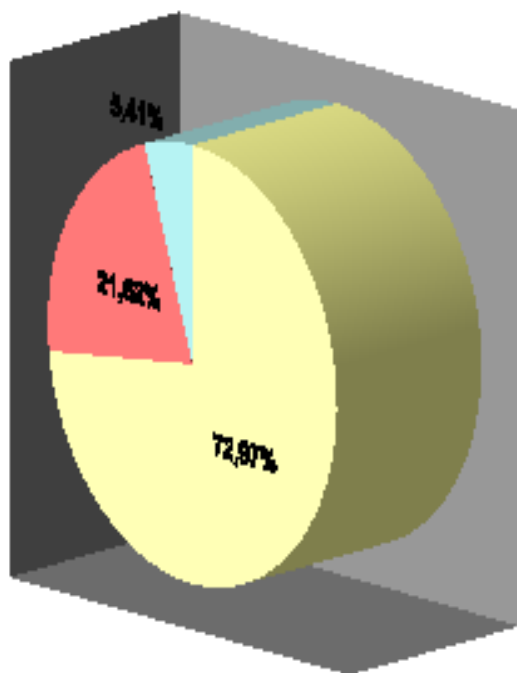


Pies show counts

7.- Horas de Trabajo Diarias.

**Horas de trabajo diarias**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	4 a 8 horas	27	73,0	73,0	73,0
	9 a 12 horas	8	21,6	21,6	94,6
	13 a 16 horas	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

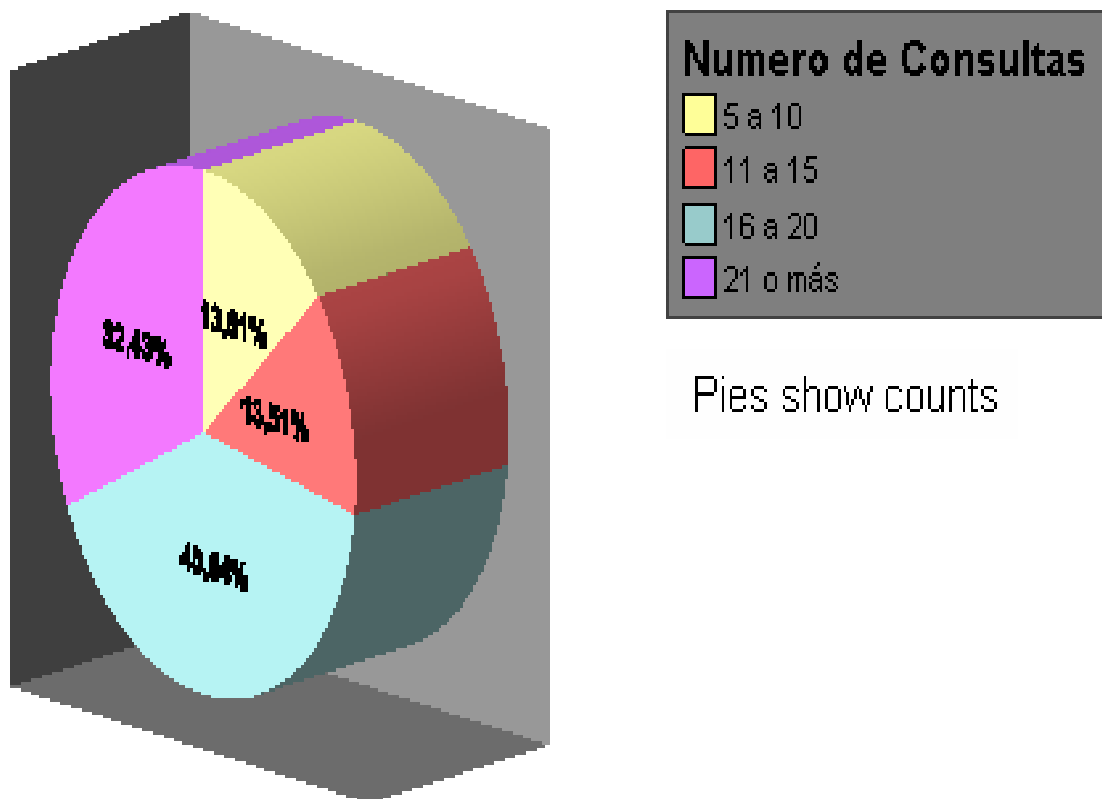


Pies show counts

8.- Número de Consultas Diarias.

**Numero de Consultas**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	5 a 10	5	13,5	13,5	13,5
	11 a 15	5	13,5	13,5	27,0
	16 a 20	15	40,5	40,5	67,6
	21 o más	12	32,4	32,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

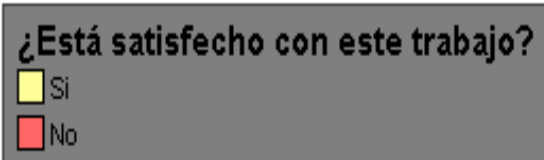
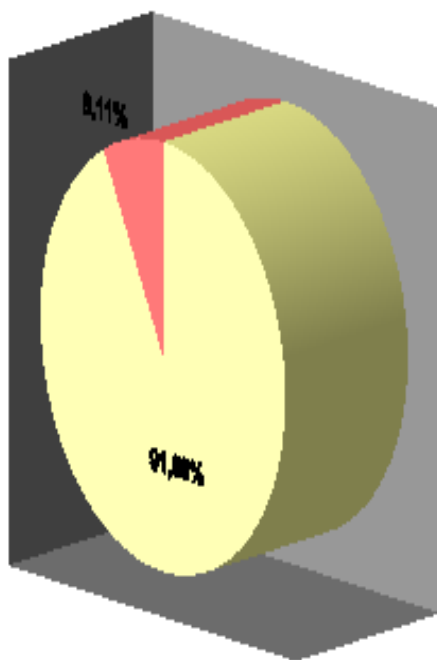




## 9.- Satisfacción en el Trabajo.

¿Está satisfecho con este trabajo?

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validó	Si	34	91,9	91,9	91,9
	No	3	8,1	8,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

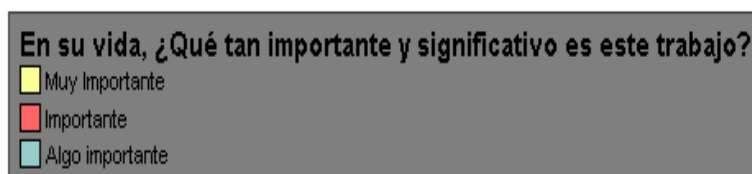
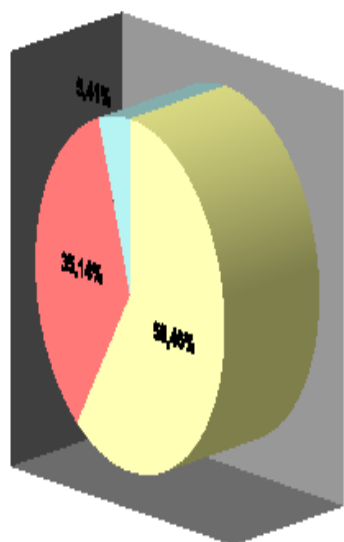


Pies show counts

10.- Importancia del Trabajo.

**En su vida, ¿Qué tan importante y significativo es este trabajo?**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Validó	Muy Importante	22	59,5	59,5	59,5
	Importante	13	35,1	35,1	94,6
	Algo importante	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

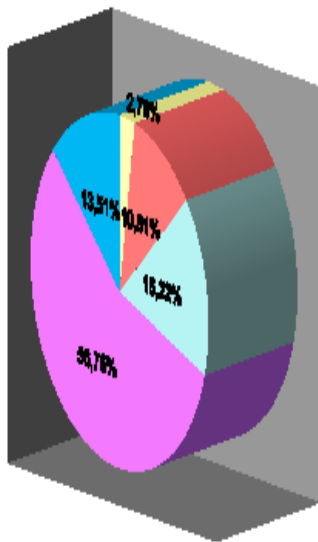


Pies show counts

11.- Ingreso mensual promedio.

**Ingreso mensual promedio (en los consultorios de farmacias similares)**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Valid	Menos de 4500	1	2,7	2,7	2,7
	4501 a 5000	4	10,8	10,8	13,5
	5001 a 6000	6	16,2	16,2	29,7
	6001 a 10000	21	56,8	56,8	86,5
	10001 o más	5	13,5	13,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	



**Ingreso mensual promedio (en los consultorios de farmacias similares)**

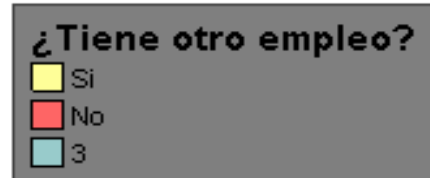
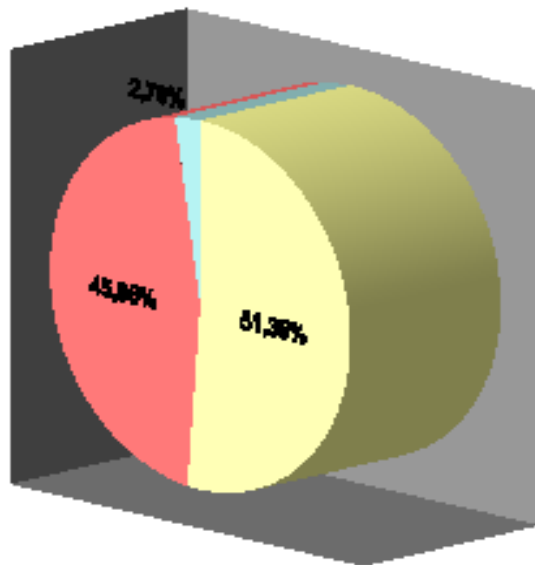
- Menos de 4500
- 4501 a 5000
- 5001 a 6000
- 6001 a 10000
- 10001 o más

Pies show counts

12, Otro Empleo.

¿Tiene otro empleo?

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Valid	Si	19	51,4	51,4	51,4
	No	17	45,9	45,9	97,3
	3	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

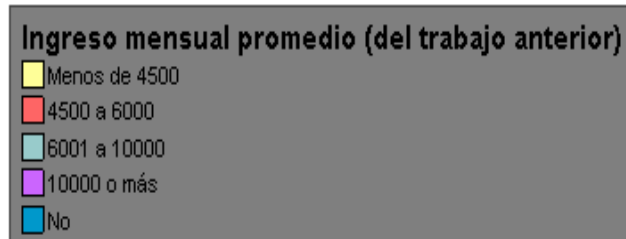
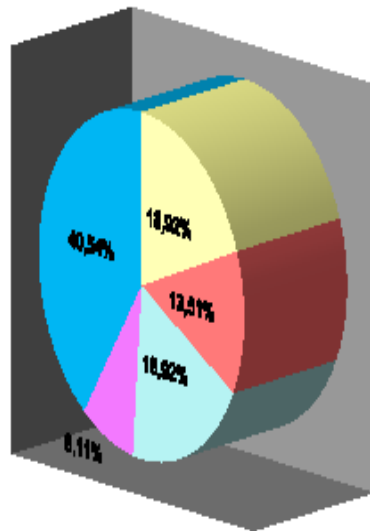


Pies show counts

13.- Ingreso Mensual Promedio. (Trabajo anterior).

**Ingreso mensual promedio (del trabajo anterior)**

		Frecuencia de Casos	Porcentaje	Porcentaje Validó	Porcentaje Acumulado
Valid	Menos de 4500	7	18,9	18,9	18,9
	4500 a 6000	5	13,5	13,5	32,4
	6001 a 10000	7	18,9	18,9	51,4
	10000 o más	3	8,1	8,1	59,5
	No	15	40,5	40,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	



Pies show counts

## Capítulo IV. LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS

### 1. Las teorías de la identidad

Dentro de las teorías que abordan el problema de la identidad encontramos las que ponen énfasis en las interacciones personales y las propuestas estructuralistas. En las primeras se encuentran el interaccionismo simbólico y la fenomenología; dentro de las segundas, está el estructural funcionalismo y las teorías de las identidades colectivas.

Para el interaccionismo de Mead, los individuos experimentan su relación con el mundo en el marco de interacciones sociales significativas mediadas por el lenguaje, siendo a partir de dichas interacciones que los sujetos construyen sus identidades como tal. La persona llega a su pleno desarrollo organizando las actitudes individuales de otros en las actitudes organizadas socialmente, el grupo social es determinante en el pensamiento del individuo y de esa manera se logra el desarrollo de una personalidad o identidad. el *self* no es la mente en sí misma sino en relación dialéctica con un sistema socialmente acordado de símbolos que permiten que los sujetos en conversación obtengan un acuerdo acerca de sí y de los otros (1982). Para Goffman, por su parte, la identidad personal se define por las marcas positivas o soportes de la identidad donde se combinan en forma única aspectos de la historia vital de los individuos que hacen que éste se diferencie de todos los demás (Goffman, 1970: 73), mas aunque se trate de una historia personal, las identidades son socialmente construidas, surgen de un proceso de atribución de significados que no puede darse sino en las propias interacciones.

En el caso de la fenomenología de Schutz, hay los sujetos concretos construyen sus significados en la vida cotidiana y se relacionan con sus prácticas como mediación de la acción social. En ese sentido, aún cuando de identidad sea marginal, su concepción de la acción social como una conducta con significado subjetivo dirigida a la conducta de otros, y del mundo de la vida como el ámbito en el que se llevan a cabo interacciones intersubjetivas y significativas con otras personas que construyen un mundo de significados sobre las cosas, nos da elementos que pueden aportar para pensar la construcción social de significados ligada a sentimientos colectivos de identificación y pertenencia.

Por otro lado, en el caso de las propuestas estructuralistas tenemos la teoría de Parsons, y aunque no proporciona un concepto de identidad, sí reconoce la importancia de la personalidad como sistema organizado de la orientación y la motivación de la acción del

actor individual que permite el logro de metas mediante la definición de los objetivos del sistema y la movilización de recursos para alcanzarlos; lo que implica a su vez que se compartan definiciones de sí mismos y de los otros, como producto de la interiorización de valores, normas, y códigos culturales propios del sistema cultural, así como expectativas y recompensas en su relación con los roles establecidos por el sistema social.

A diferencia del estructuralismo parsoniano, las teorías de las identidades colectivas plantean que existen conflictos estructurales y revaloran la emergencia de actores sociales diferentes a la clase obrera, como los movimientos de reivindicación de minorías, como los movimientos ecologistas o indigenistas. Así, tenemos que para Touraine, el análisis de la identidad colectiva de un movimiento social debe partir del campo de relaciones sociales involucradas en el problema, teniendo en cuenta que la identidad sólo se puede definir dentro de la estructura de conflicto de la sociedad concreta en la que surge y las estrategias que estos actores escogen. Por su parte Melucci plantea que la identidad colectiva se construye en un proceso complejo, interactivo y negociado entre sujetos que comparten una situación social específica y cuya acción colectiva se ha hecho manifiesta, teniendo la identidad un carácter de proceso y siendo resultado de la autorreflexión y construcción social de los sujetos, se construye y se afirma en la confrontación con otras identidades en el marco del conjunto de interacciones sociales específicas que los sujetos llevan a cabo, reconociendo de ese modo tanto el momento objetivo como subjetivo de la construcción identitaria (1994).

Para los noventa, surgen teorías que analizan el contexto neoliberal de flexibilización laboral poniendo énfasis en la heterogeneidad creciente de los trabajadores y en la fragmentación de las identidades colectivas. Senett, se enfoca en las consecuencias del fin del trabajo estable en las sociedades capitalistas avanzadas y la creación de “una nueva cultura del capitalismo” que tendría efectos negativos en la identidad personal y colectiva de los trabajadores, poniendo énfasis en cómo la flexibilidad laboral y la incertidumbre que ésta conlleva en términos de posibilidades de empleo y de fragmentación de trayectorias ocupacionales, estaría disolviendo los vínculos de confianza y compromiso entre trabajadores, imposibilitando con ello la construcción de identidades y acciones colectivas. La inseguridad laboral que se estaría produciendo implica la pérdida de la lealtad del trabajador, de confianza y de estabilidad en los procesos de formación y capacitación provocando el aceleramiento de obsolescencia de los conocimientos, todo lo cual estaría desembocando en situaciones de riesgo moral, stress, angustia, frustración y corrosión del

carácter de los individuos (Senett, 2000). En cuanto a Bauman considera que el mundo moderno es líquido pues se caracteriza por el hecho de que las relaciones sociales estables y basadas en vínculos de confianza y solidaridad sólidos, han sido sustituidas por relaciones superficiales y conexiones efímeras y volátiles sostenidas en hábitos consumistas vinculados con un desánimo general y una inseguridad y vulnerabilidad crecientes que sólo saben vivir en la inmediatez del aquí y del ahora, una vez que los vínculos sociales han sido disueltos en la liquidez del presente. En el plano de las trayectorias laborales, esto se traduce en un cambio continuo y en una creciente inestabilidad de las ocupaciones que genera una disolución de las identidades laborales y a una pérdida del sentido de pertenencia ligado al trabajo, la actividad laboral, y la propia comunidad de trabajadores (Bauman, 2006). Ambas posturas ponen en tela de juicio la centralidad del trabajo en la conformación de la sociedad.

La crítica que se hace a estas corrientes, proveniente de la historia social inglesa de Thompson, parte del reconocimiento de que la identidad no necesariamente se deriva de la homogeneidad de las ocupaciones, sino que los procesos de construcción de identidades colectivas, en las experiencias históricas, han tenido que ver con procesos de abstracción de las diferencias y heterogeneidades crecientes en la clase obrera (Thompson, 1989; Hyman, 1975). Para la historia social inglesa, los sujetos históricos se constituyen en procesos complejos de formación de clase que pondrían en juego aspectos objetivos y subjetivos del trabajo en ámbitos diversos de la experiencia obrera; ámbitos que se articulan sin formar sistemas, sin la necesidad de una coherencia interna, sino más bien aceptando que las contradicciones y desarticulaciones pueden ser parte del proceso de formación de sujetos y de conformación de identidades. La identidad colectiva no necesariamente es una identidad con el trabajo, ya que en ciertas condiciones puede ocurrir lo contrario, es decir, la falta de identidad con el trabajo puede impulsar la acción y movilización: no existe una relación mecánica entre la identidad y la acción colectiva, ya que a veces la identidad puede surgir de la propia acción colectiva y no precederla, o viceversa: entre la identidad y la acción colectiva media la construcción de la decisión y de una voluntad colectiva que no son resultado mecánico de dicha actividad.

Sin adentrarse en la discusión teórica sobre la conformación de la identidad y para efectos de tener un concepto operativo que nos permita dar cuenta de lo que es una identidad profesional y sin descuidar la importancia de los elementos de las teorías que enunciamos arriba, podríamos decir que la identidad puede ser entendida como un proceso que se está



reconstruyendo constantemente en una dinámica de identificación-diferenciación y que se realiza sobre un marco de referencia, el cual es al mismo tiempo una construcción social que se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores, y por lo mismo, orientan sus representaciones y acciones. La identidad es el resultado de un compromiso o negociación entre la afirmación y la asignación identitaria propuesta por actores externos, tiene una capacidad de perdurar en tiempo y espacio, se mantienen y duran adaptándose al entorno y recomponiéndose incesantemente, sin dejar de ser las mismas. (Chihu: 2002). La identidad es dual puesto que debe ser validada por los actores con los que entramos en contacto, es el producto de las relaciones sociales, pero al mismo tiempo tiene que ver como se percibe a si mismo el sujeto.

## **2. La identidad profesional de los médicos de los consultorios de la Fundación Best**

La identidad profesional necesariamente hace referencia a las situaciones estructurales, y se comparten símbolos que dan cohesión a los integrantes de la profesión. Como vimos en el proceso de profesionalización de la medicina, a lo largo de la historia fueron surgiendo elementos que formaban parte de la identidad profesional. En la época preindustrial lo que identificaba a una profesión era el estatus alto, el cual se encontraba ligado principalmente a situaciones de pertenencia a grupos ligados a la nobleza y al poder, lo cual implicaba que sólo la gente privilegiada nacida en buena cuna podría acceder a estas profesiones; el conocimiento de la medicina como lo conocemos actualmente carecía de valor, lo que se reconocía era el conocimiento con las obras de los clásicos grecolatinos; en la etapa industrial, el conocimiento científico, especializado propio para la época, sustituía a la profesión de estatus para dar paso a la profesión ocupacional, la adquisición de dicho conocimiento especializado, aunado al prestigio de la universidades que emitían los títulos eran los elementos que identificaban a los médicos. Con la formación de agrupaciones, las cuales no sólo velaban por los intereses de sus agremiados sino que además sentaron las bases deontológicas que identificaban al médico en el ejercicio de su práctica profesional.

De manera general la identidad profesional es concebida como una entidad individual construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo profesional de referencia, es construida por los individuos a partir de su materia de trabajo o de su especialidad. (Ballesteros: 2007). Así, creemos que la práctica médica, la autonomía profesional, la ética profesional y el orgullo profesional, son elementos que nos pueden ayudar a

redimensionar cómo se está reconstruyendo la identidad de los médicos que trabajan en los Consultorios de la fundación Best, en el marco del modelo de desarrollo neoliberal.

#### **a. Practica médica**

*“El ejercicio de la medicina ha sido considerado como un arte y una ciencia. Cuando se aplica destreza técnica para realizar un examen físico profundo y minucioso, o cuando se utilizan habilidades sociales para saber entender a las personas, definir lo que el paciente siente, la comprensión de sus sentimientos y su integración con otros datos subjetivos y objetivos, y de esta forma comunicar al paciente que lo hemos comprendido, estamos en presencia de un arte. Es ciencia cuando se aplican los conocimientos obtenidos en las investigaciones clínicas y de laboratorio o cuando se utiliza el método científico en la solución de los problemas de salud de nuestros pacientes y seleccionamos las terapéuticas de eficacia demostrada. Sin embargo, la medicina como cualquier disciplina se lleva a cabo con mayor eficiencia con la práctica en sí misma” (Díaz, 2004)*

La descripción de anterior se encuadra con el ideal del ejercicio de la práctica médica; es decir, el médico no siempre se alinea con los preceptos señalados, ya que algunas veces su acción es guiada por una racionalidad instrumental que hace ver al paciente como una opción de ganancia o como una máquina que requiere ser reparada. En este sentido, el ejercicio de la medicina se transformó con la llegada del estado neoliberal; y a pesar de la sustitución del gobierno por empresarios en el sistema de salud, siguen los problemas que se generaban antes de su llegada puesto que presenta insuficiencias expresadas en la escasa científicidad de algunos procedimientos médicos, en la deshumanización de los profesionales que ejercen la disciplina, en la insatisfacción de los prestadores y consumidores del servicio, en la ausencia de controles de calidad en la práctica médica, en el elevado costo de la medicina y en una organización médica que proporciona una atención inoportuna, inequitativa e ineficiente en la población (Ortiz, 1997:47).

Los cambios en la práctica médica han trastocado la identidad profesional de los médicos, de esta manera, saber lo que hacen en los consultorios nos permitiría darnos una idea de cómo son éstos médicos. Al respecto, consideramos pertinente entonces saber cómo es un día de trabajo en el consultorio:

*“ Llego a las tres, saludo a los pacientes que están afuera, sacar todo el instrumental que necesito para el día del trabajo y comenzar a ver un paciente tras otro paciente, hasta que a las 9:15 o 9:30 p.m. que se va el último cerrar,*

*hacer mi reporte, ver cuantas enfermedades vimos, de qué tipo, para mandar el reporte, porque ese reporte se le manda a la Secretaría de Salud para que estén informados de cuántos casos se han visto... ese formato lo manejan IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud y cualquier institución medica, para ver qué tanto se enferma la población y de qué y para ver nuevos casos, en caso de que haya diabetes e hipertensión” (Entrevista 2).*

*“Desde que uno llega a veces hay pacientes y empezamos a darle la atención a cada uno de ellos, algunos se llevan un tiempo corto, un promedio de unos 15 minutos, algunos se llevan más tiempo 20 minutos, o no sé, a veces nada más vienen a tomarse la presión arterial y eso obviamente es muy rápido, a veces si hay necesidad de hacer alguna curación se efectúa, como todo material lo proporcionamos nosotros, todo, todo, yo a veces les digo hay cosas que no hacemos, aunque quisiéramos no las hacemos, farmacias similares no te aporta nada, todo lo tiene uno que comprar, tu algodón, tu venda, todo eso lo compras tú, la ventaja de otras mismas farmacias similares es que en otras te pagan un sueldo y tu no cobras absolutamente nada, pero aquí yo cobro prácticamente mis consultas y todo lo que se pudiera hacer dentro del consultorio, hasta donde se puede insistir, porque a veces mejor los derivamos, la verdad por costos y todo, hay pacientes que vienen muy molestos y quieren recibir todo tan rápido y gratuito, no realmente no” (Entrevista 1).*

*“Entro a las tres y salgo a las nueve, lo que regularmente hay que hacer, lo principal es, honestamente llegar a un lugar donde a mí me encanta, ver a los empleados, que ahora ya son amigos, algunos yo los invité al negocio, ver a la gente que ya está esperando, ver caritas de niños que llegan bastante malitos que dos o tres días van a ir a darte un gracias o un beso, es muy bonito, es la parte emocional dentro de la farmacia como tal, es sentirse realmente médico, más que héroe, médico, es decir, qué puedo hacer por esta persona que vino a buscar un consejo, algo que yo siempre he marcado nuestra parte se llama consultorio medico, es decir van a consultar algo que ellos no saben, algo que puede ser tan sencillo como una gripita que cualquier persona lo puede curar, pero algo tan grave como un cáncer, es donde uno aplica todo su conocimiento medico, un buen sentido común de decir, ésta persona realmente qué tiene, a mí me ha encantado algo que hasta la fecha lo vuelvo a remarcar, ver al paciente*

*como una persona más, un familiar para ver que tiene todo un cuadro clínico, probablemente tiene este problema, sin embargo me tengo que avalar con algún estudio para poder probar, a mi se me hace muy interesante, un maestro me había dicho que “éramos como investigadores de la enfermedades, tienes que ir a buscarla, no la enfermedad te tiene que gritar”, ya cuando la buscaste y realmente estás consciente tienes que pedir un estudio, no cualquier estudio, sino realmente tienes que enfocar. Es como emocionante inmiscuirte en la vida de esta persona, saber que tiene un problema grave y que tú tienes la posibilidad de solución, ( ). Entonces la haces de todo, eres el médico, eres el psicólogo, eres el abogado, porque realmente te inmiscuyes en toda esa parte y permitirte que hagas el ejercicio de relacionarte porque lo haces por vocación y en mi caso no lo niego, tienes la parte económica para solventar tus gastos y financiando el turno, la gente que ya te conoce, la gente que ya te recomendó te busca mucho más, a veces honestamente me dan las nueve y yo quisiera más tiempo y lo siento, pero ya me tengo que ir, he rechazado porque ya son las nueve, ya no puedo estar más tiempo aquí, luego ya no nos dejan salir, y decir gracias, mañana yo estoy contigo. Yo estoy aquí desde hace un año y medio, sin faltar ningún día y con toda calidad y eso es bien importante” (Entrevista 4).*

El ejercicio de la práctica médica en estos consultorios se ve beneficiada en medida que el trato a los pacientes se diferencia de los servicios de la medicina social del ISSSTE y el IMSS, lo cual trae rendimientos económicos para el médico y la empresa. Así la importancia de la relación médico paciente es primordial en el éxito del sistema de ventas de la empresa.

*“Todos los médicos somos indispensables, yo estuve en la sierra de Oaxaca, ahí con lo que tengas y lo que no hay ahí andas buscando transporte y vámonos con el paciente, por eso me gusta mucho farmacias similares y así como hay gente muy pobre que te junta los pesitos para pagar, como gente con un poco más de lujo, pero que dicen “yo vengo aquí, porque a parte de que me atienden bien, lo económico que está y a parte me gusta como me atienden y porque me ha funcionado el tratamiento”. En el sector salud, te pasan una lista, yo estuve trabajando en el ISEMIN, son 40 pacientes los que tienes que atender, más aparte si hay alguno de urgencias y entonces vas haciendo cuentas y no hay diferencia, sólo porque tienen prestaciones, tienen seguro” (entrevista 5)*

*“Es buena, es buena, con los niños, cuando puedo a veces les compro paletitas a los chicos para que se dejen revisar, les digo: “ándale te peso y te doy tu paletita, te reviso y te doy tu paleta”, en términos generales es buena, puedes como médico llegar a algún lado y no te vas a hacer de amistades ni de paciente de manera inmediata, a cuatro años de distancia uuh, ellos mismos me lo han dicho, “sí, yo vengo es con usted, aunque este la doctora de la mañana yo de todos modos vengo con usted”. (Entrevista 1)*

*“Se tiene que entender el caso del paciente, si no, no es posible ayudarlo, insisto, desafortunadamente, tengo colegas que se portan autoritarios, yo creo que debes tener empatía, eso nos enseñan mucho en la Facultad, la empatía” (Entrevista 3).*

*Me encanta entender las circunstancias, soy un poquito rígido, eso es definitivo, marco mucho mi puntualidad, marco mucho la parte de mis valores, sin embargo soy flexible... sobre todo en niños me gusta ser muy bromista, me gusta que los niños se sientan bien , tan así que en ocasiones a uno lo buscan porque el niño se sintió bien con el médico, a mi me llega a pasar y es satisfactorio ver que los niños no sean renuentes a mi o viceversa que hayan mujercitas, sobre todo por la parte femenina que no se sientan esa pena de que es que es doctor, es que él es hombre, sino que a uno lo vean con la bata y decir es médico y quiero que me cheque y a lo mejor me daba pena, pero sé que me va a hacer un buen diagnóstico. Hay muy buena relación, me gusta esta relación, aparte me ayuda mucho lo que es el carácter, de decir sabes qué te doy confianza y permíteme resolver el problema y no lo niego llega haber algunos roces, actualmente no ha pasado, antiguamente tengo algunos pacientes que dicen es muy renuente, un poquito grosero, pero es parte de la carrera, del quehacer diario. (Entrevista 4).*

#### **b. Autonomía profesional**

La autonomía es un elemento con gran importancia dentro de la práctica médica, puesto que anteriormente, cuando la profesión era liberal, los médicos tenían pleno control sobre el ejercicio de su profesión puesto que eran los únicos especialistas encargados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, para Freidson (1978) la autonomía es lo que define la profesión médica pues es el control sobre su trabajo y se presenta en la libertad que tiene para diagnosticar y hacer el tratamiento.

En este sentido, se podría pensar que los médicos que laboran para la Fundación Best tienen ciertas limitaciones en su autonomía, toda vez que puede sugerirse que les condicionan el trabajo al tener que recetar los medicamentos similares, hecho que atacaría el tratamiento del paciente. Ellos manifiestan que si bien es cierto que hay ciertos lineamientos que deben de seguir la autonomía de su profesión no esta en discusión, pues ellos examinan, e interrogan al paciente y el criterio que utilizan para el diagnostico y el tratamiento nadie se los impone. (Entrevista 2).

Las Farmacias en ocasiones les piden que receten su medicamento, aunque ellos tienen un margen de libertad ya que dicen no sentirse obligados a ello.

“Lo que recetamos es nuestro producto, muchas veces si no hay medicamentos en similares, les decimos al paciente que ese medicamento no se encuentra aquí, lo va ha tener que comprar por fuera y ya el paciente si quiere lo compra en otro lado. Nosotros tomamos nuestras propias decisiones, tenemos nuestro propio criterio” (Entrevista 5).

Las opiniones en cuanto a si tienen autonomía o son coaccionados por agentes exteriores varían, pues otro medico manifiesta algo diferente, para él la situación era complicada porque su experiencia fue que al trabajar en una farmacia privada, se le exigía el tipo de medicamento e incluso dependiendo del precio.

“Depende de la manera en que se pague al médico, pues en algunos casos los médicos se llevan una comisión por los medicamentos, en otros casos no su sueldo es solamente el costo de la consulta podríamos decir que esa es una condición por la cual algunos manifiestan poseer autonomía para desempeñar su profesión y otros que son condicionados a recetar ciertos medicamentos” (Entrevista 4).

### **3. Ética profesional**

A través de los códigos, las profesiones hacen público su compromiso de servir a la colectividad, legitimando sus pretensiones de control sobre todos los aspectos relativos a su área de competencia. En primer lugar, el contenido de los códigos éticos en general son las normas que regulan su relación con el cliente, la cual debe ser emocionalmente neutra y prestar el servicio al margen de su condición social, étnica, política, religiosa, etc., al mismo tiempo que debe estar basada en el desinterés egoísta del profesional que evitaría la explotación económica y psicológica del cliente. Segundo, las normas que

regulan las relaciones entre colegas deben ser cooperativas, igualitarias y de soporte; los miembros de una profesión habrán de ejercer dentro de un marco de colaboración y apoyo mutuo, sustentando la tradición común en la que se han formado; también se fomenta la competencia y solidaridad del gremio frente al cliente y la sociedad en general. En tercer lugar, los códigos afirman el ideal de servicio social desinteresado que alentaría la organización y el avance de la acción profesional. Al respecto:

*“... yo siento que nuestro servicio social como médico, cumple una función muy importante en todas las comunidades, tanto acá en el D.F., en las zonas más apartadas, como en toda la República Mexicana. El servicio social es parte de nuestra formación, o sea, nosotros no tendríamos por qué esperar ninguna retribución, digamos que somos becarios, recibimos un aporte muy diminuto, muy simbólico, pero para nosotros la satisfacción mayor es estar con nuestra propia gente y poderles servir, nuestro servicio social es por un año, un año estamos con las comunidades, un año aprendemos de todos sus problemas, convivimos con las comunidades, auxiliamos hasta donde más podemos, yo siento que esa es la labor del médico pasante, el servicio social, de que trata de mejorar las condiciones de atención al paciente, que se note la presencia del médico, ante todo, por ejemplo, en programas de vacunación, de medicina preventiva, en detección de la presión arterial, de glucosas, hay habitantes que requieren a veces un tipo de atención con un especialista y nosotros tendríamos que ver la forma de cómo derivarlos aunque estén en comunidades muy lejanas, entonces es muy importantes la labor del médico, pero le digo es muy importante, hay comunidades tan lejanas que la presencia de un médico a veces está a una distancia extraordinaria, a veces estamos cercanos y nos apoyamos mutuamente, sean de las escuelas que sean, puede ser de la UNAM, de la UAM, de la Autónoma de Puebla...”* (Entrevista 1). Los códigos éticos de la profesión médica están muy marcados por el derecho a la vida, es por ello que su compromiso es con ello, con el ayudar a los sujetos a recuperar la salud y la Fundación Best hace una labor social dicen ellos sin lucro, la labor del médico es *“...ayudar a la gente, se supone que de eso se trata de ayudar a la gente y que tenga un buen tratamiento[...]. Se está perdiendo mucho lo humanitario, si yo fuera directora, correría a muchos.”* (Entrevista 5).

Los médicos que trabajan para los laboratorios Best tienen muy marcada la idea de que trabajan no para hacerse ricos sino para ayudar “a la gente que menos tiene”

“...las consultas no son muy caras, puedes ayudar a la gente, hay veces que yo misma he cobrado menos de lo que se debería de cobrar, porque ves a la gente que en verdad no tiene dinero y tampoco no es de darle la consulta y cobrarle lo que debe de ser, sino que también vera los pacientes, dicen que por humanidad hay que chocarlos y si no tienen pues no importa, porque para eso estudiamos”, dice un médico (Entrevista 2)

Las precarias condiciones socioeconómicas del país llevaron a crear este tipos de empresas y ayudó a que proliferaran, los médicos mantiene todavía esa visión del médico como altruista, como persona que debe de ayudar al prójimo, los problemas del sector salud en cuanto a la cobertura de sus servicios en dicho sector son muchos, la predisposición del médico a ayudar a los otros no basta para satisfacer las necesidades de salud de toda la población,

*“...a esta altura somos tantísimos, tantos mexicanos que no alcanzamos a cubrir realmente la cobertura de salud para todos los pacientes, hay pacientes que no tienen seguro social, no tienen ISSSTE, no tienen ISSEMIN, no tienen ninguna prestación médica, y sí insisto me atrevo a decir que similares es la solución es una alternativa para toda la población que está en desventaja económicamente, les digo pues a lo mejor habrá un porcentaje como todo acá en México en donde muchas cosas no están necesariamente reglamentadas o bien estipuladas, yo lo dudo que haya consultorios donde no esté titulado un médico, yo estoy en contra ahí, pero debieran de estar titulados para tratar de brindar un mejor servicio de calidad para todos”. (Entrevista 1).*

#### **4. Orgullo profesional**

Este es un elemento subjetivo de la identidad, es lo que lleva al sujeto a realizar sus tareas de una manera eficiente. Podría decirse que es la parte complementaria del prestigio social. Dentro del orgullo profesional puede haber una serie de elementos simbólicos identitarios que se porten con orgullo y los diferencian de otras profesiones u otros elementos que se relacionan con la apropiación de determinados conocimientos o de la importancia de la función social que desempeñan.



“para ser doctor, primero tienes que parecer doctor, entonces siempre portar el uniforme adecuado para qué, para parecer doctor, no solamente ir con tu *pants*, tus tenis y sin bata, decían eso no es un doctor, primero hay que parecer, lo principal era la bata”. (Entrevista 2).

La bata es el instrumento que diferencia a los médicos de cualquier otra profesión, el portar una bata los enorgullece, les da el estatus de médicos.

*“... el médico tiene un status muy diferente, bien diferente a otro tipo de carreras, obviamente hay similitudes en cuanto a muchas, sin embargo en la parte médica, en ese rubro algo muy importante es la bata, es el respeto hacía el paciente y es un respeto hacía uno mismo, no es por ser diferente, simplemente que tenemos esa parte de decir sabes qué podemos dar una alternativa de curación terapéutica a la persona, y quizá la más importante en cuanto al pensamiento, te hace ser totalmente diferente y te hace pensar totalmente libre y bueno el hecho de estar constantemente leyendo y la parte tan complicada como es el cuerpo humano, te hace pensar diferente, a mi en lo personal me enorgullece más que tu título de doctor, saber que en tu profesión lo estás haciendo y las gracias que te da el paciente es algo tan satisfactorio, ver a una persona tan complicada en su situación y verla dentro de tres, cuatro días o un mes que está totalmente sana y te diga gracias y no es el precio, sino haberle hecho una vida diferente”. (Entrevista 4).*

Los médicos que trabajan para la Fundación Best, antes que pertenecer a la empresa poseen una identidad social, que los vincula como miembros de un grupo de médicos, son profesionistas médicos y poseen la imagen pública de médicos, es decir, tal y como lo expresa un médico en una entrevista lo que define a los médicos es:

*“... primero, que tenga un título, es lo principal, pero que ese título lo lleve de frente, es decir, que este ejerciendo en la parte médica, puede ser clínica, lo que yo estoy haciendo, dando consultas, puede ser a nivel de investigación, puede ser a nivel de hospital o en algún tiempo yo tuve un cargo administrativo en salubridad, en donde uno ve programas de hipertensión, de diabetes, etc. El médico se define por su título, por su ejercicio medico y yo, ya en lo particular, una satisfacción personal de que de ese tipo de carrera que uno estudia para ejercerla tenga una economía buena, sana, porque tenemos familia y lo más importante en la vida personal, yo cumplo en mayo nueve*

*años sin fumar, trato de tomar más líquidos que antes, mucho más suplementos alimenticios, es decir, como médicos autodefinirse...” (Entrevista 4).*

La función social de los servicios que ofrecen los médicos además de cubrir una necesidad, ayuda con los bajos los costos; y así la función se convierte en un elemento de orgullo profesional de los médicos al considerarse los actores que ayudan a la población vulnerable.

*Los médicos se sienten orgullosos de poder ayudar a la gente, dice un médico al respecto “...yo cuando la empresa se empezó a formar yo trabajaba en la medicina privada, estamos hablando de 14 años, cuando trabajé con el pediatra, recuerdo que, él era altruista, sin embargo la parte económica la buscaba mucho, llegábamos a cobrar entre \$80 y \$100 de un consulta, eso era lo que cobraba la mayoría, cuando yo supe que la empresa cobraba muy barato, \$10, se me hacía más que nada denigrante, yo decía como es que una persona con tanto conocimiento puede cobrar tan poquito, [...] entonces es un orgullo pertenecer a una empresa mexicana que yo creí que iba a ser como cualquier otra empresa, sin embargo su sistema fue totalmente diferente, es decir, dar salud a la gente en forma económica y permitir que ese modelo económico creciera, tanto creció que empezó como farmacias, con sucursales y actualmente maneja el sistema de franquicias y es súper excelente. Él creó primero las farmacias similares y después creó la empresa hermana que es la Fundación Best, que es a la que yo pertenezco, y a la vez el sistema de salud del doctor Simi, que implica laboratorio e incluso actualmente tiene dos clínicas y hay posibilidad de algún hospital, entonces la idea está continuamente creciendo, o sea la idea realmente sí funcionó”. (Entrevista 4).*

Este orgullo por ayudar y el reconocimiento social que obtienen los médicos no es el mismo de décadas atrás, desde el punto de vista de los médicos, la profesión médica ha dejado de tener el prestigio pasado, el hecho de trabajar en las Farmacias Similares es motivo de de desprestigio: “Yo creo que me descalifican, yo misma me descalificaría, pero insisto es la mala práctica que han tenido muchos médicos en farmacias similares sobre todo” (Entrevista 3).

*“...los médicos han dejado de ser el doctor y ha pasado como a un segundo plano, muchas veces haces diez, veinte, treinta años era -el Doctor- y se le daba*

*un reconocimiento, un plus, sin embargo actualmente ya no, ya no es ningún mérito ser médico no tener un médico en la familia como era hace algún tiempo, yo creo que ha perdido cierta importancia en la sociedad, sin embargo es fundamental, tanto en los planes de salud, etc., etc.; entonces yo creo que se ha perdido ese valor del médico, la gente a perdido la perspectiva de lo que es un médico. (Entrevista 3).*

Los médicos en general se sienten bien, ayudan a la gente, reciben un salario mediano, su horario es flexible, sin embargo, la profesión médica debido a los problemas económicos que se viven en el país ha dejado de tener el prestigio y reconocimiento social por el conocimiento que poseía

*“...hay gente que ha ejercido sin título, desgraciadamente, médicos lo hemos llegado a ver en la televisión, gente que se ha dedicado al problema de las drogas, cuando el aborto no estaba permitido, es parte de la sociedad, sin embargo la parte médica ya no es tan reconocida como antes, desgraciadamente al copiar el modelo de similares todo mundo puso consultorios, se puede ver en cualquier lugar un médico o un medicucho que lo sientas y puede dar consulta, esa no es la parte medica, no es la parte ética, sin embargo hay una denigración muy grave, incluso es por eso que nos critican nuestro sistema, es por eso que hay amigos que dicen, yo pongo una clínica y ya mañana me estoy ganando mis \$11,00 y si es en la parte del negocio, púes cualquiera”, comenta otro médico. (Entrevista 4).*

Esta deficiencia del sector salud para atender las demandas de la población, debido a que no se ha creado más infraestructura en salud, y la inversión en salud continua siendo insuficiente, lo cual ha llevado a que la calidad de la atención en los hospitales y clínicas del Gobierno sean cada vez más deficientes, al respecto nos dice un médico:

*“Yo siento que somos muchísimos, que los hospitales no han crecido, que los servicio se han limitado, que los especialistas a veces nada más ven a un número determinado de pacientes, ven diez, ven quince y “ahí muere, porque ya no tengo más tiempo”. Aparte la medicina siento que se ha deshumanizado, parte de los servicios son muy tardíos para hacer un estudio de sangre, para hacer una toma de placas, pero por lo mismo de que ha crecido la población, porque ha crecido la demanda de servicios, lo que no ha crecido son los hospitales, nosotros todos, los estudiantes de medicina*

*seguimos recibiendo prácticas en los hospitales tradicionales, los de hace ya tiempo, afortunadamente hay muy buenos médicos, entonces para que todos reciban una mejor atención deberían de crecer un poco más los servicios, que sean más humanos, hay gente que no les gusta ir al IMSS, al ISSTE, dicen que los tratan mal, no les dan información y a veces los mismos médicos no les hablan con la verdad de lo que están padeciendo, nada más dicen tomate esto, tomate aquello y punto, o sea falta orientación, falta hablar con ellos, falta más tiempo y pues nos ha rebasado insistió la población.” (Entrevista 1).*

La falta de infraestructura en el sector salud y la falta de plazas para los médicos ha llevado a muchos médicos a dedicarse a un oficio y dejar la medicina definitivamente en una entrevista un médico nos comenta que:

*“ En el ámbito laboral, ya somos muchos médicos, entonces no todos los médicos tenemos opción a estar, ya sea en una institución o en un trabajo en donde a veces dicen que es mejor remunerado, inclusive hay muchos médicos generales que se quedan como médicos generales, porque no tienen la posibilidad de estudiar una especialidad, pero igual, los médicos especialistas saliendo van a ser igual, médicos que no tienen trabajo, entonces ahorita está muy saturado el ámbito laboral para el médico. (Entrevista 2).*

La opinión se unifica, puesto que otro médico considera al igual que este que su situación laboral esta en declive *“Incluso yo tengo amigos que no se están dedicando a la parte médica, la situación se ha puesto un poquito complicada, se están dedicando a otra cosa o hacen cualquier otra cosa, finalmente se dedican a otra cosa, no se dedican a la parte medica”.* (Entrevista 4),

En este escenario en donde los médicos que trabajan para la Fundación Best son descalificados y desprestigiados, la ética debe de jugar un papel importante, puesto que estos profesionales se encargan de la salud del paciente. Los médicos manifiestan que la ética es un elemento importante en la practica medica, la cual se ve fortalecida por el respeto, el compromiso y la vocación, los cuales son fundamentales así como el respeto a la vida, valores que les fueron enseñados a lo largo de su formación académica.

## CONCLUSIONES

La pregunta que nos hacíamos en el planteamiento del problema sobre si las profesiones en conjunto iban a la baja, desde el punto de la profesionalización-desprofesionalización que presentan las teorías del declive de las profesiones, en el sentido de la pérdida de la capacidad de autorregulación y control de su propio mercado, el incremento del trabajo asalariado, la erosión del estatus y prestigio, los salarios más bajos y las peores condiciones de trabajo, etc. nos hacen pensar, a la luz de lo datos empíricos de los médicos de la fundación Best, que dichas posturas pesimistas se relativizan

Primero, las condiciones estructurales en las que se insertan al mercado de farmacias similares son propias del modelo de desarrollo neoliberal, donde la precariedad es el sello de dicho modelo y afecta a la conformación de las profesiones, así como a aspectos relacionados con la identidad profesional; sin embargo, la percepción de los médicos que laboran en estos consultorios parece contradecir el proceso de desprofesionalización --si bien es cierto no cuentan con una serie de prestaciones que los ponen en desventaja con otro médicos, también es cierto que el rubro referente a salarios excede el doble de los salarios mínimos profesionales establecidos--, ya que ellos se consideran así mismos como profesionistas que están comprometidos con su trabajo y ejercen su práctica médica bajo los principios de la ética que fomentan el respeto, la solidaridad y la vocación de servicio para la comunidad.

Segundo, las formas en que se estructura el mercado de estos médicos se encuentra en la lógica de flexibilización propia del mismo sistema económico; sin embargo, tiene características propias que lo diferencian de manera sustancial de otras formas organizativas. La empresa ha implementado mecanismos organizativos y publicitarios que confluyen en el objetivo principal: la venta de medicamentos. Ahora bien, la forma de reclutar a los médicos es mediante la prolongación de su campaña de venta “ayudar a los pobres”, ya que en el curso que les proporciona a los médicos antes de ingresar les informan sobre los objetivos de la empresa y de la importancia de su trabajo para las capas sociales

que no cuentan con servicio de salud, con lo que les generan, en cierta medida, una sensibilización al respecto y de esta manera compartir el servicio comunitario de la empresa. El plan de expansión de la empresa, con el que se pretende ayudar más a la población, según la misma, parece que es sólo una simulación puesto que el problema relativo a la eficacia de sus productos pone en entredicho sus objetivos altruistas.

Ahora bien, podría pensarse que los médicos al retomar la ideología publicitaria de la empresa es una actitud ingenua puesto que reducen su ética profesional al simple hecho de ser buenos ciudadanos y buenas personas, sin considerar que el medio en el que se desenvuelven puede estar en franca contradicción a dichos valores. Los médicos que se consideraron para la presente investigación, comparten en el discurso, la idea de servir a la gente menos favorecida por medio de un apoyo --en este caso el bajo costo de la consulta--; sin embargo, el médico en los planes de la empresa es un agente disponible y adaptable a la exigencia del mercado; es decir, el médico puede ser desechado en la medida que cambien las reglas del mercado laboral, por ejemplo en caso de que siga extendiéndose este tipo de trabajo, las facilidades para entrar se reducirán y se precarizarán aún más las condiciones laborales.

La investigación genera interrogantes aún mayores respecto al tema de las profesiones ya que es necesario saber si todas las profesiones tienden a una igualación de sus condiciones estructurales hacia la baja y si esa posible tendencia elimina uno de los aspectos centrales en el conocimiento de las profesiones que es el proceso de construcción de identidad. Es probable que algunos profesionistas vivan el proceso de desprofesionalización, en cuanto a las condiciones laborales y otros se mantengan en su estatus habitual --como los médicos hiper- especializados que se encuentran en mejores condiciones económicas y sociales-- y otros más se estén profesionalizando e inclusive reprofesionalizando. En este sentido, la opinión de los médicos de los consultorios de la Fundación Best, podría pensarse que se encuentran en un proceso de reflexión de la profesión médica en la actualidad, ya que la mayoría comparte la idea de rescatar los valores de la profesión, con lo cual las identidades

profesionales pueden adquirir matices significativos; ya que las condiciones generales de empleo influyen en la misma autorreflexión, puesto que la identidad es un aspecto que se encuentra en reconstrucción constante, en la que no quedan fuera otros aspectos mediadores como la misma interacción con los pacientes, los cuales son parte fundamental, inherente y materia prima de la práctica médica.

Por último, es difícil considerar que al interior de este mercado o de la misma empresa se esté generando un tipo de acción colectiva, debido a la dispersión de los médicos; sin embargo, hay que considerar que las identidades colectivas se pueden generar primeramente sin que exista una acción colectiva. En este sentido, el mismo lugar de trabajo puede constituirse como el espacio de reconstrucción de la identidad profesional que retome y genere un nuevo paradigma para el ejercicio de la medicina.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Becker, Gary. "Inversión en capital humano e ingreso", en Tohaira, Luis (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza Universidad (Textos), Madrid, 1983, pp. 39-63.
- Aguirre, G. (1994): *Obra Antropológica XIII. Antropología Médica*, FCE, México.
- Arce, F. et al (1982): *Historia de las profesiones en México*, El Colegio de México, México.
- Aréchiga H. y Benítez L. et al. (2000): *Un siglo de ciencias de la salud en México*, FCE, México.
- Babini, J. (1985). *Historia de la medicina*. Gedisa, 2da Edición, España.
- Bajoit, Guy (2004). "Introducción", en Gómez y Sandoval. *Más allá del oficio del sociólogo*, Universidad Católica Silvia Henríquez, Santiago, Chile, 187 p.
- Ballesteros, J. (1989). *Posmodernidad: Decadencia o resistencia*. Tecnos, 1ra reimpresión, España.
- Ballesteros Leiner, Arturo (2007). *Notas para un estudio sociológico de las identidades profesionales*, en Revista Acta Sociológica "Identidad y globalización. Debates contemporáneos", número 47, noviembre 2006-abril 2007, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales- Centro de Estudios Sociológicos, México.
- Bauman, Zygmunt (2006). *Modernidad líquida*, FCE, Buenos aires.
- Beck, U (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Paidós, Barcelona
- Becker, Gary. "Inversión en capital humano e ingreso", en Tohaira, Luis (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza Universidad (Textos), Madrid, 1983, pp. 39-63.
- Blaug, Mark. "El status empírico de la teoría del capital humano: una panorámica ligeramente desilusionada", en Tohaira, Luis (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza Universidad (Textos), Madrid, 1983, pp.65-103.
- Bowles, Samuel y Gintis, Herbert. "El problema de la teoría del capital humano; una crítica marxista", en Tohaira, Luis (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza Universidad (Textos), Madrid, 1983, pp.115-127.
- Capra, Fritjof (2003). *El Punto crucial*, Editorial Estaciones, Argentina, pp. 135-183
- Carr-Saunders, A. M. y Wilson, P.A. (1933) *The Professions*. Oxford: Clarendon Press.
- Claves, Peter S. (1985). *Las profesiones y el Estado: El caso Mexicano*. COLMEX, México.
- Coe M. Rodney (1973). *Sociología de la medicina*, Alianza, Madrid, pp. 439



- De la Garza, Enrique (1994a). *Democracia y política económica alternativa*, en Colección la Democracia en México, Textos de Difusión cultural, La Jornada Editores, Procedencia del original Universidad de California, Digitalizado 22 agosto 2008, pp 345.
- De la Garza, Enrique (1994b). Estilos de desarrollo y nuevos patrones de las relaciones laborales, en CEMOS/MEMORIA, número 72, noviembre, México.
- De la Garza, Enrique (2007). *Los límites de la reestructuración productiva*, en Revista Trabajo. "Balance laboral de dos sexenios: México-Brasil, año 3, no. 4 enero-junio, pp. 49-80.
- De Miguel, Jesús M. (1978). *Sociología de la Medicina*. Vicens Universidad, España.
- De Venanzi, Augusto (2003). *La sociología de las profesiones y la sociología como profesión*, Universidad Central de Venezuela,
- Dingwall, Robert (2008). *"Essays on professions"*, Ashgate, Great Britain.
- Durkheim, Emile (1993). La división del trabajo social, Planeta Agostini, España
- Elliot, Phillip (1975). Sociología de las profesiones, editorial Tecnos, Madrid.
- Fernández Pérez, Jorge A. (2003). *Estructura y formación: el caso de la profesión médica*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.
- Foucault, M. (1980) *¿Crisis de un modelo en la medicina?*, en: 2Revista de medicina tradicional". Vol. 3 Núm. 9. Talleres Gráficos de la nación, México.
- Frenk, Julio. *et al.* (1994): *Médicos, educación y empleo*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Finkel, Lucia (1996). La organización social del trabajo, ed. Pirámide, Madrid.
- Finkel, Lucia (1999). "¿Qué es un profesional? Las principales conceptualizaciones de la sociología de las profesiones", en Carlos A. Castillo Mendoza (coord.), *Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico*, Pirámide, Madrid, pp. 197-228.
- Friedson E., (1978). La Profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento Aplicado, Ed Península, Barcelona.
- García, Mariano V. (1994). "Ética y valores humanos en la práctica médica", en: García, Mariano V. (Coord.). (1994). *Medicina y sociedad*. Biblioteca de la Salud, México, pp. 137-146.
- Gil, V. (2004): *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*, UAM Unidad Xochimilco, México,
- Gómez de Benito, Justino y Sandoval Manríquez, Mario (2004). *Más allá del oficio del sociólogo*, Universidad Católica Silvia Henríquez, Santiago, Chile, 187 p.
- Gómez Fonseca, Miguel Ángel (2004). *Reflexiones sobre el concepto de embededness*, Polis, Volumen dos, UAMI, México

- González de la Rocha, Mercedes (1999). *La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana*, Revista latinoamericana de estudios del trabajo, año 5, n.9, 1999, p.33-66
- Granovetter, Mark S (1973). "*The strength of weak ties*", en The American Journal of Sociology, vol. 78 (mayo), num. 6, pp, 1361-1380.
- Herrera Lima, Fernando, Vidas itinerantes en un espacio laboral transnacional, México, UAM, 2005, p. 55-82.
- Hualde, Alfredo (2000). "La sociología de las profesiones: asignatura pendiente en América Latina", en De la Garza, E. (Coord.), *Tratado Latinoamericano de sociología del trabajo*, COLEMEX/ UAM/ FCE, México, pp.664-679
- (2001). *Aprendizaje industrial en la frontera norte de México: la articulación entre el sistema educativo y el sistema productivo maquilador*, Plaza y Valdés, México.
- Husson, Michel (1995). Estado y mundialización, en revista Topodrilo, UAM Iztapalapa, número 39, México, pp. 5-9
- Huyssen, Andreas (1995). Guía del posmodernismo, en Casullo, N., El debate modernidad posmodernidad, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires.
- Illich, Ivan. (1975) *Némesis Médica*. Barral, España.
- Jinich, H. (1998): *El paciente y su médico*, JGH y UNAM Facultad de Medicina, México.
- Johnson, Terence J. (1972). *Professions and power*, The Macmillan Press Ltd, Londres.
- Kurnitzky, Horst. (1998). Vertiginosa inmovilidad los cambios globales de la vida social , Blanco y Negro Editores in México
- Larson, Magali S. (1977). *The rise of professionalism*, The University of California, USA
- November, Andrés (1994). Nuevas tecnologías y transformaciones socioeconómicas: manual de nuevas tecnologías, IEPALA editorial, Madrid, pp. 167
- Ortiz, Federico. (1997). *El trabajo del médico*, JGH, México.
- Pacheco, T. y Díaz Barriga, A. (1997). *La profesión. Su condición social e institucional*. México: Centro de Estudios sobre la Universidad (UNAM).
- Ramírez Rosales, Victoria (2008). *Construcción de la identidad profesional de las normalistas tlaxcaltecas*, Tesis doctorado, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Posgrado en Estudios Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México
- Real Villarreal, Mariano Ángel (2004). *Sociología de la profesión de graduado social*, Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Alicante, España.
- Rodríguez Ávila, Nuria (2008) Manual de Sociología de las profesiones, Edicions Universitat, Barcelona.

- Rosen, G. (1985): *De la Policía Médica a la Medicina Social*, Siglo XXI, México.
- Salinas, H. (2001): *Historia y filosofía médica*, McGraw-Hill, México.
- Salas, Carlos y Zepeda, Eduardo (2003). *Empleo y salarios en el México contemporáneo*, en: Enrique de la Garza y Carlos Salas, coordinadores, *La situación del trabajo en México*, p.55-75
- Sánchez, M. (2003) *Historias, teorías y método de la medicina. Introducción al pensamiento médico*. Editorial Madisson, España
- Tohaira, Luis. "Introducción", en Tohaira, Luis (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Alianza Universidad (Textos), Madrid, 1983, pp. 9-37.
- Viniegra Velázquez, Leonardo. (1991): *Cómo acercarse a la medicina*, Limusa, México. Weber, M. (1905). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Península, 1969.

### REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Álvarez, Francisco (...). Perfeccionamiento docente e identidad profesional, Artículo en línea: <http://mt.educarchile.cl/MT/Falvarez/PonenciaDOCENCIA> [Consultado el 2 junio de 2010 a las 4:50 am]
- Anderson Barbara y López Alma (2008). La revancha del doctor Simi en México Artículo en línea en: <http://ciperchile.cl/2008/12/15/la-revanca-del-doctor-simi-en-mexico/> [Consultado el 4 de Marzo de 2010 a las 2:30 am]
- Aguayo Cuevas, Cecilia (2001). *La profesión y la profesionalización: dilemas del conocimiento y el poder. Algunas reflexiones para el trabajo social*, conferencia presentada para el año inaugural de la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la comunicación, Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile. Consulta 18 julio 2009,16:35 en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-090.pdf>
- Cohen, Jordan J. (2004). *Teoría de las profesiones. La medicina como paradigma de profesión preeminente*, en Revista Monografías Humanitas no. 7, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Catalunya, España, pp. 5-10. Consulta 26 octubre 2009, 10:36 en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo1.pdf>
- Consejo Nacional de Población. Dirección General de Comunicación Social. Boletín de Prensa N°18/09, Consultado 2010 marzo 12, 10:00 p.m., Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/index.php>
- De Miguel, Jesús M (1982). *Para un análisis sociológico de la profesión médica*. Revista Española de Investigación Sociológica (REIS), número 20 octubre-diciembre, pp. 101-120. Consulta 21 de octubre 2009, 18:34 en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_020\\_06.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_020_06.pdf)
- Derber, Charles y Schwart, William A. (1992). *¿Nuevos mandarines o nuevo proletariado?: poder profesional en el trabajo*, Revista Española de Investigación Sociologica (REIS), número 59 julio- septiembre, España, pp. 57-87. Consulta 18 de julio 2009, 02:20 en: [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_059\\_05.pdf](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_05.pdf)

- Díaz Novas, José; Gallego, Bárbara ; Durán, Maricel (2004). Diez consejos útiles en la práctica médica, en Revista Cubana de Medicina General Integral. Consulta 12 de abril 2009, 15:35 en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol20\\_3\\_04/mqi10304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol20_3_04/mqi10304.htm)
- E. Oñate S. [Farmacias Similares. Su historia](http://publicalpha.com/farmacias-similares-su-historia/), Artículo en línea en: <http://publicalpha.com/farmacias-similares-su-historia/> [Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 8:55am]
- El Universal. (23 de Octubre 2007) *México enfrenta déficit de médicos*. (Consultado 12 de Marzo de 2009 19:32 en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/306048.mexico-enfrenta-deficit-de-medicos.html>)
- Fernández Pérez, Jorge A. (2001). *Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 3 (2). Consulta 15 de mayo de 2009, 19:16 en: <http://redie.uabc.mx/vol3no2/contenido-fernandez.html>
- Frenk, Julio. *et al.* (1990). Políticas de formación y empleo de médicos en México. 1917-1988, en revista Salud Pública de México, Vol. 32 (4), Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 440-448. Consulta en revista electrónica, 12 de diciembre 2009, 18:16 en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001322>
- Friedson, Eliot (2001). *Las teorías de las profesiones. Estado del arte*, Perfiles educativos, año/vol.23, número 093, UNAM, México, pp. 28-43. Consulta 20 de julio de 2009, 16:45 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/132/13209303.pdf>
- González García Ginés. Artículo en línea en: [http://www.avizora.com/atajo/colaboradores/textos\\_carlos\\_machado/0066\\_mafia\\_farmaceutica.htm](http://www.avizora.com/atajo/colaboradores/textos_carlos_machado/0066_mafia_farmaceutica.htm) [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 13:48pm]
- Guillén, Mauro (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas, REIS No. 51, julio septiembre, consulta 21 septiembre 2009, 19:15 en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_051\\_04.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_051_04.pdf)
- Jordán M. y González O. (2002): *Globalización neoliberal y Educación Médica Superior, sus retos y estrategias para la transformación*, 24(4). Revista Médica Electrónica, Facultad de Ciencias Médicas "Juan Guiterras Gener". Matanzas. Consultado 2010 mayo 25, 10:36 a.m., Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202002/vol4%202002/tema05.htm>
- Lascorz, Aurelio (S/F) *Marco teórico para estudiar las profesiones*, consulta 23 octubre 2009, 14:35 en: <http://www.redasociativa.org/baladre/modules.php?name=News&file=article&sid=305>
- Lea Otero, Claudia. Gana clientes "Dr. Simi" a Centros de Salud. Artículo en línea en: <http://www.uaq.mx/fcps/tribuna/359/soc04.htm> [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 14:22pm]
- Llovet, Juan José (1992). *El control de la prensa sobre la profesión médica: el caso del El País*, Revista Española de Sociología (REIS), número 59 julio- septiembre, España, pp. 261-285. Consulta 18 de julio 2009, 14:20 en: [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_059\\_12.PDF](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_12.PDF)

- Panaia, Marta (2008). *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina*, CEPAL/ ONU, Chile. Consulta en línea: 3 de mayo 2009, 8:01 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/33099/DocW29.pdf>
- Perrow, Charles (1992). *Una sociedad de organizaciones*, en *Revista Española de Sociología (REIS)*, número 59, julio- septiembre, España, pp. 19 -55. Consulta 18 de julio 2009, 12:50 en: [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_059\\_04.pdf](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_04.pdf)
- Reyes Tépatch, Marcial (2005). El gasto público y privado en educación: su distribución entre hogares del país, 1889-2005, Cámara de Diputados LIX legislatura, Servicio de Investigación y Análisis, División de economía y Comercio. Consulta 28 de diciembre 2009, 16:25 en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/se/SIA-DEC-ISS-05-05.pdf>
- Rodríguez, Josep A. y Guillén, Mauro F. (1992). "Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea", en *Revista Española de Sociología (REIS)*, número 59 julio- septiembre, España, pp. 9-18. Consulta 18 de julio 2009, 15:19 en: [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_059\\_03.PDF](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_03.PDF)
- Rojas García, Georgina y Carlos Salas (2008), *La precarización del trabajo en México, 1995-2004*, en: RELET, segunda época, año 13, no 19, 2008, pp. 39-78 (<http://www.izt.uam.mx/alast/Documentos/Revista19.pdf>)
- Rosas, María Cristina (2010). México, la UNESCO y la mala educación. Consulta en página electrónica 23 de mayo 2010, 01:32: <http://www.etcetera.com.mx/articulo.php?articulo=2793>
- Ruiz, José Arturo; Molina, Joaquín; Nigeda, Gustavo (2003). *Médicos y mercados de trabajo en México*, en *Caleidoscopio para la salud*, fundación Mexicana para la Salud, México, consultado el 26 de junio 2009 en la página: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/07%20Medicos&Mercado>.
- Salas, Carlos (2008) *Reporte laboral de México, 2001-2006*, Global Policy Network, [www.gpn.org](http://www.gpn.org) 23 de marzo de 2007, 12- 16 p.
- Sánchez-Román F. et al. *Enseñanza de medicina del trabajo en el pregrado de las escuelas de medicina en México*. *Salud Pública en México*, Consultado 2010 marzo 11, 8:00 p.m., Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- Sesma Vázquez, Sergio, et al. (2005). *Gasto privado en salud por entidad federativa en México, en revista Salud Pública en México*, Vol. 47(sup 1), Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 27-36. Consulta en página electrónica, el 14 de enero 2010, 22:35 en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000518>
- Spencer, Herbert (1992). "El origen de las profesiones", en *Revista Española de Sociología (REIS)*, número 59 julio- septiembre, España, pp. 315-325. Consulta 10 de noviembre de 2009, 01:24 en: [http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS\\_059\\_16.PDF](http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_16.PDF)
- S/A Menchú y el Dr. Simi: un matrimonio de apariencias. *Artículo en línea en: <http://www.elperiodico.com.gt/es/20070422/actualidad/38855/>* Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 9:00am]

- S/A Víctor González Torres Artículo en línea en: [http://www.economia.com.mx/victor\\_gonzalez\\_torres.htm](http://www.economia.com.mx/victor_gonzalez_torres.htm) [Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 8:40am]
- S/A Víctor González Torres Artículo en línea en: [http://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADctor\\_Gonz%C3%A1lez\\_Torres](http://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADctor_Gonz%C3%A1lez_Torres) [Consultado el 9 de Junio 2010 a las 13:24pm]
- S/A La frenética expansión de las cadenas de farmacias por Latinoamérica. Artículo en línea en: <http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=viewArticle&id=943> [Consultado 9 de Junio 2010 13:37pm]
- S/A El “Doctor Simi” va por el mercado guatemalteco. Artículo en línea en: <http://www.tormo.com.mx/actualidad/noticias/noticia.asp?id=625> [Consultado el 9 de junio 2010 a las 13:41]
- S/A **Farmacias, negocio saludable. Artículo en Línea en:** [http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id\\_notas=1422&tabla=notas\\_td](http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_notas=1422&tabla=notas_td) [Consultado el 9 de junio 2010 a las 13:43]
- S/A Dr. Ahorro vence a Dr. Simi en Argentina. Artículo en línea en: <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2007/4/23/dr-ahorro-vence-a-dr-simi-en-argentina> [Consultado 9 de Junio de 2010 a las 13:45pm]
- S/A. Las farmacias del Dr. Simi atentan contra la dignidad de la profesión. Artículo en línea en: [http://www.lanacion.cl/prontus\\_noticias/site/artic/20060416/pags/20060416235521.html](http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20060416/pags/20060416235521.html) [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 14:31pm]
- S/A Dr. Simi: ¿fin del emporio de farmacias Similares en el país del no pasa nada? Artículo en línea en: [http://blog.yaaqui.com/dr-simi-fin-del-emporio-de-farmacias-similares-en-el-pais-del-no-pasa-nada\\_articulo\\_182\\_17461.html](http://blog.yaaqui.com/dr-simi-fin-del-emporio-de-farmacias-similares-en-el-pais-del-no-pasa-nada_articulo_182_17461.html) [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 14:51pm]
- S/A Todos quieren ser Dr. Simi Artículo en línea en: <http://www.cnnexpansion.com/expansion/reportajes/2006/11/29/todos-quieren-ser-dr-simi> [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 14:53pm]
- S/A Similar contra Genérico Artículo en línea en: [http://www.noticiasvozeimagen.com/inicio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1885:similar-vs-generico&catid=12:ultimas&Itemid=9](http://www.noticiasvozeimagen.com/inicio/index.php?option=com_content&view=article&id=1885:similar-vs-generico&catid=12:ultimas&Itemid=9) [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 15:09]
- S /A Dr. Simi y Dr. Ahorro, con su pelea familiar a la Justicia. Artículo en línea en: <http://www.infobae.com/notas/nota.php?Idx=146632&IdxSeccion=100439> [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 15:37pm]
- S/A Farmacias SIMI Fraude y Monopolio. Artículo en Línea en: [http://www.apestan.com/cases/farmacias-simi-tijuana-baja-california-mexico\\_5793.html](http://www.apestan.com/cases/farmacias-simi-tijuana-baja-california-mexico_5793.html) [Consultado el 9 de Junio de 2010 a las 15:13pm]

- S/A <http://www.farmaciasdesimilares.com.mx/Laboratorios.html> [Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 8:43am]
- S/A Farmacias Similares, fraude a pacientes, vergüenza médica *Artículo en línea* en: [http://www.apestan.com/cases/farmacias-similares-huajuapán-de-león-oaxaca-méxico\\_9188.html](http://www.apestan.com/cases/farmacias-similares-huajuapán-de-león-oaxaca-méxico_9188.html) [Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 8:25am]
- S/A Personajes nocivos de México, Artículo en línea en: <http://personajesnocivosenmexico.blogspot.com/negocios-de-familia/> [Consultado el 8 de marzo de 2010 a las 12:10pm]
- S/A. El “Doctor Simi” va por el mercado guatemalteco. Artículo en línea en: <http://www.tormo.com.mx/actualidad/noticias/noticia.asp?id=625> [Consultado el 14 de Marzo de 2010 a las 11:30]
- Tejada De Rivero, Davis A. (2003). *ATA, 25 años después*, en revista *Perspectivas de Salud*, Vol.8, número 2, Organización Panamericana de la salud, pp. 3-7. Consultado en página electrónica, 22 de abril 2010, 08:17 en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/persp17span.pdf>
- Tripier, P. (1995). *Del trabajo al empleo. Ensayo de sociología de la sociología del trabajo*. Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, pp.244. Thompson, Ivan (...).El nicho de mercado. Consulta: 4 junio 2010, 13:20, en: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/nicho-mercado-que-es.htm>
- Waddington, Ivan. *Profession*, en *The Social Science Encyclopedia*, Second edition. Consulta el 20 de noviembre de 2009, 01:15 en: <http://www.bookrags.com/tandf/professions-tf/>
- Zemelman, Hugo (1982). *Introducción epistemológica al problema de la construcción de indicadores sociales*, Colmex, México. Aboites, H. (2009): *La Educación Superior Latinoamericana y el Proceso de Bolonia: de la comercialización al proyecto Tuning de competencias*. Consultado 2010 mayo 25, 10:20 a.m., Disponible en: [http://galatea.uacm.edu.mx/biblioteca/articulos/aboites\\_proc](http://galatea.uacm.edu.mx/biblioteca/articulos/aboites_proc)

## **Apéndice metodológico**

### **El trabajo de campo de la investigación**

En las distintas fases del proceso de investigación se buscó tener una visión amplia del objeto de investigación y dar cuenta de la complejidad del fenómeno. Así, el trabajo de campo se inició desde el trimestre O9-O con un estudio exploratorio con informantes calificados que nos proporcionaron información relevante sobre la profesión médica en general y nos permitiera conocer el mundo de los médicos para, de ahí, comenzar el trabajo de campo específico de los médicos que laboran en los consultorios de la fundación Best. Los médicos entrevistados, en esta parte, fueron profesionistas que laboraban en empresas particulares e instituciones públicas.

Con base en la información proporcionada por los médicos que se entrevistaron en el estudio exploratorio se procedió a elaborar el cuestionario para realizar el trabajo de campo mediante una encuesta. Cabe mencionar que, en primera instancia, la encuesta tenía por objeto hacer una descripción socio-demográfica de los médicos de estos consultorios en la demarcación de la delegación Iztapalapa de la ciudad de México; mas durante el proceso de elaboración de los cuestionarios se consideró prudente y oportuno conocer o iniciar el abordaje de los aspectos subjetivos de los actores, con la restricción técnica de ceñirse a la elaboración de preguntas cerradas.

Con los datos derivados de los cuestionarios buscamos la selección de médicos que representaran situaciones contrastantes, tales como la diferencia de edad, el número de años de ejercicio profesional, tiempo de trabajar en los consultorios Best, etc. para hacer una posible tipología y aplicar el instrumento elegido, que en este caso fue una entrevista semiestructurada. Las circunstancias personales de los sujetos seleccionados de acuerdo a la tipología, como la falta de tiempo o su negativa abierta a la participación en la entrevista, impidieron llevar a cabo el plan previsto.

Por último, se consideró necesario realizar entrevistas a propietarios de la franquicia de farmacias focalizadas en la organización de la farmacia y su relación con la Fundación Best y la opinión de otros médicos sobre la práctica profesional de sus colegas en los consultorios de esta fundación.

Con el cuadro siguiente presentamos un desglose sumario de actividades del trabajo de campo para después hacer un recuento detallado de todo el proceso de investigación de acuerdo a la división enunciada arriba.



### Cuadro sintético del trabajo de campo

Instrumentos	Número de entrevistas o cuestionarios	A quién se aplicó	Número de horas grabadas	Tipo de información recolectada	Dimensiones de observación
a) Entrevista	3	Médicos que no laboran en consultorios de la Fundación Best	Total de horas grabadas: 3:17 hrs	Cualitativa	Trabajo exploratorio
b) Encuesta	37	Médicos que laboran en los consultorios de la fundación Best		Cuantitativa	Aspectos socio-demográficos
c) Entrevista	5	Médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best	Total de horas grabadas: 4:39 hrs.	Cualitativa	La autonomía profesional, la práctica médica, la ética profesional y el orgullo profesional
d) Entrevista	2	Médicos propietarios de franquicias de las Farmacias Similares	Total de horas grabadas: 3:11 hrs.	Cualitativa	Estructura organizativa de las Farmacias Similares
e) Entrevista	3	Médicos que no laboran en consultorios de la Fundación Best	Total de horas grabadas: 2:50 hrs.	Cualitativa	Percepción externa de la actividad de los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best

## 1.- Exploración de campo de la profesión médica.

*Objetivo.* En esta parte de la investigación se pensó hacer una primera inmersión al estudio de la vida de los médicos realizando tres entrevistas no estructuradas a médicos que no laboran en los consultorios de la Fundación Best. La intención fue tener un panorama general del punto de vista del ejercicio profesional del médico en la actualidad para tener mayor número de elementos para la elaboración de la encuesta. Este instrumento permite al entrevistado transmitir su información sobre el perfil del médico, su formación académica y temas relativos a demandas propias de los individuos

*Selección del diseño de entrevista y de los entrevistados.* Se utilizó la entrevista no estructurada de tipo etnográfica porque “permite estudiar las experiencias pasadas y las vivencias presentes ubicadas en el contexto cultural específico” (Vela peón, 2004: 73) para reconstruir la realidad social de la práctica profesional de los médicos, a través de lo que dicen los mismos médicos. En la aplicación de este instrumento no se elaboraron previamente preguntas, con lo cual se permitió que el entrevistado se condujeran de manera libre. Para esto, las entrevistas se hicieron en los lugares donde ellos laboraban a sugerencia de ellos mismos. La selección de los entrevistados se apoyó en parte a la respuesta voluntaria a la invitación de abordar la situación de la profesión médica en la actualidad y se buscó que fueran de ámbitos laborales diversos para poder contrastar opiniones. Los médicos fueron los siguientes:

- Médico del trabajo de la empresa Coppel SA de CV.
  - Fecha de recolección de información: 8 de enero de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 1:40
- Médico residente nivel 1 de la clínica 23 del IMSS.
  - Fecha de recolección de información: 20 de diciembre de 2009.
  - Tiempo de entrevista: 59 min.
- Médico especialista en medicina interna del Hospital “Magdalena de las Salinas”.
  - Fecha de recolección de información: 15 de enero de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 28 min.

*Estrategia de acceso a los entrevistados.* A través de las relaciones que se establecieron con los familiares y amistades de médicos se pudo lograr el contacto con tres médicos. Las complejidades para conseguir las entrevistas se presentaron sobretodo con la falta de tiempo que tenían dos de ellos; el otro caso, en cambio, abrió la posibilidad de contactar a otros médicos.

*Importancia en la investigación.* El primer acercamiento al mundo médico a través de los actores y la posibilidad de tener puntos de vista diversos respecto a la temática de la profesión médica, nos sirvió de guía para ajustar algunas ideas de la investigación, como la competencia y jerarquía dentro de esta profesión como una característica presente desde la formación académica.

*Observaciones.* En los tres casos pudimos notar que tienen en común tener dos trabajos, lo que apunta a sugerir que los profesionistas médicos están preocupados por mantener un estatus económico solvente.

## **2.- Identificación de los sujetos de la investigación**

*Objetivo.* Tener una visión general de la composición socio-demográfica y un primer acercamiento a los aspectos subjetivos relativos a la autonomía, el código de ética, la vocación de servicio y la práctica profesional de los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best dentro de la delegación Iztapalapa del DF.

*Selección del diseño de entrevista y de los entrevistados.* De acuerdo al objetivo, se eligió llevar a cabo una encuesta que abarcaría los 37 consultorios de la Fundación Best ubicados en las Farmacias Similares de la delegación, de acuerdo a la información que tiene la página electrónica de Farmacias Similares, la cual cuenta con un listado de todas las franquicias en la república mexicana (véase anexo 1 y 2). De esta manera, por cuestiones de tiempo, sólo se aplicaron 37 cuestionarios, es decir, un cuestionario por consultorio, a pesar de tener en ocasiones dos o más médicos. Para poder medir algunas variables y describir la realidad fue necesario proceder a la operacionalización de las variables, que consistió en avanzar desde los conceptos teóricos a los conceptos que tengan referentes empíricos inmediatos; es decir, se reducen los conceptos a variables y éstas, a dimensiones que son las distintas connotaciones del concepto. La finalidad de este proceso es acercarlos a la realidad empírica (Fassio, 2006: 64)

*Estrategia de acceso a los entrevistados.* Las posibilidades de acceso se vieron limitadas por situaciones propias del trabajo que se realiza en los consultorios, que en algunos

casos, era la falta de tiempo de los médicos por la carga de trabajo que tienen cotidianamente. De esta manera, la estrategia consistió en pasar como paciente para tener contacto con el médico; una vez que se establecía el contacto, se le informaba del objetivo de la encuesta y se le solicitaba la información a cambio del pago de la consulta.

- Fecha de recolección de información: del 11 al 28 de enero de 2010

*Importancia en la investigación.* Como se mencionó líneas arriba, el objetivo primario de identificar a los médicos en sus aspectos socio-demográficos se vio ampliado con la inserción en el cuestionario de aspectos relativos a percepciones y opiniones sobre su trabajo. En este sentido, la importancia radica en que el instrumento permitió rastrear y apuntalar algunas líneas de investigación, como la autonomía profesional, que se retomaron para la elaboración de la guía de entrevista que se aplicó con posterioridad.

*Observaciones.* Una vez hecha la captura de los datos en el programa SPSS, se sacaron algunos porcentajes de las características de los sujetos y algunos cruces de variables que dan cuenta, en una primera instancia analítica, de la problemática de investigación.

### **3.- El objeto focal de la investigación**

Objetivo. Analizar la práctica profesional de los médicos que laboran en los consultorios de la fundación Best, con énfasis en el código de ética, la autonomía, la vocación de servicio y el orgullo profesional.

*Selección del diseño de entrevista y de los entrevistados.* En esta parte de la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada enfocada a temas específicos que se mencionan en el objetivo. La selección de los entrevistados se hizo con base en la disponibilidad de los médicos que fueron encuestados y aceptaron participar en la siguiente etapa de la investigación. Así, se llevaron a cabo siete entrevistas que se distribuyeron de acuerdo de la siguiente forma:

- Entrevista 1. Hombre con más de 5 años de ejercicio profesional.
  - Fecha de recolección de información: 16 de febrero de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 39 min.
- Entrevista 2. Hombre con menos de dos años de trabajar en los consultorios de la Fundación Best.
  - Fecha de recolección de información: 5 febrero de 2010.

- Tiempo de entrevista: 55 min.
- Entrevista 3. Hombre con 6 años o más de trabajar en los consultorios de la Fundación Best.
  - Fecha de recolección de información: 23 de febrero de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 1:17
- Entrevista 4. Mujer con menos de un año de ejercicio profesional.
  - Fecha de recolección de información: 5 de marzo de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 47 min
- Entrevista 5. Mujer con más de 5 años de ejercicio profesional.
  - Fecha de recolección de información: 12 de febrero de 2010.
  - Tiempo de entrevista: 39 min.

*Estrategia de acceso a los entrevistados.* La estrategia inició desde el levantamiento de la encuesta. Debido a que todos los sujetos pidieron realizar la entrevista en su lugar de trabajo, las posibilidades para conseguir mayor información por parte del entrevistado se vieron entorpecidas por el lugar donde se realizó. Al respecto, se les señaló que la entrevista sería puntual para no interferir en su tiempo de trabajo, en el sentido de conseguir la entrevista.

*Importancia en la investigación.* Es el punto nodal del trabajo de campo. Con este instrumento se pretende profundizar en los aspectos relativos al objeto de investigación, que involucran las subjetividades de los sujetos de acuerdo a los objetivos señalados.

*Observaciones.* Se pudo percibir que en algunos casos que la información era proporcionada con relativa reserva debido, según los mismos sujetos, a que tenían prohibido expresamente por la Fundación Best, proporcionar cualquier tipo de información. Este hecho se relaciona principalmente porque en ocasiones llegan agentes de ventas de compañías farmacéuticas. Los tiempos limitados de algunos médicos influyó para que no se pudiera profundizar en sus experiencias como estaba previsto.

#### **4.- La estructura organizativa de las Farmacias Similares**

*Objetivo:* Entender el funcionamiento de las farmacias y los vínculos que tiene el propietario de la franquicia con la empresa de Farmacias Similares y la Fundación Best. En este punto se busca además ver la organización de las farmacias, costos de operación, porcentajes de venta, pagos a la empresa que le vendió la franquicia, etc.

*Selección del diseño de entrevista y de los entrevistados.* Se utilizó la entrevista semiestructurada enfocada a los aspectos organizacionales de la farmacia. La selección de los entrevistados se realizó de manera azarosa puesto que se llegó a ellos por el contacto con otros médicos. Así, los propietarios de farmacias similares en este caso fueron dos:

- Médico general.
  - Fecha de recolección de información: 2 de marzo de 2010.
  - Tiempo de la entrevista: 1:50 min.
- Químico farmacobiólogo.
  - Fecha de recolección de información: 7 de marzo de 2010.
  - Tiempo de la entrevista: 1:21 hrs.

*Estrategia de acceso a los entrevistados.* Las posibilidades de acceso a los entrevistados se facilitaron puesto que la entrevista se realizó, en el primer caso, en la casa del médico; en el segundo caso, se efectuó en una oficina anexa a la farmacia, lo cual permitió en ambos casos profundizar sobre el tema específico.

*Importancia en la investigación.* Nos permite tener una visión del contexto dentro del cual se desarrolla el trabajo de los médicos en los consultorios de la Fundación Best.

*Observaciones.* La información que proporcionaron los sujetos, nos llevó a la idea de contextualizar con más énfasis la formación de las Farmacias Similares y la situación de las empresas farmacéuticas (véase anexos 4 y 5).

#### **5.- Las percepciones externas del trabajo de los médicos de consultorios de la Fundación Best**

*Objetivo.* Observar las posturas exteriores de médicos sobre la ética, la autonomía, la vocación de servicio y el prestigio de los médicos que se encuentran laborando en los consultorios de la Fundación Best.

*Selección del diseño de entrevista y de los entrevistados.* Se utilizó una entrevista semiestructurada enfocada a las temáticas del objetivo. La selección de los entrevistados se realizó de acuerdo a características contrastantes entre ellos.

- Médico especialista en cardiología de la Secretaria de Salud y miembro del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud.
  - Fecha de recolección de información: 2 de marzo de 2010
  - Tiempo de la entrevista: 1:40 hrs.
- Médico internista y directora de la clínica 9 del IMSS
  - Fecha de recolección de información: 12 de marzo de 2010
  - Tiempo de la entrevista: 52 min.
- Médico general de Mexfam
  - Fecha de recolección de información: 12 de marzo de 2010
  - Tiempo de la entrevista: 1:16 hrs.

*Estrategia de acceso a los entrevistados.* Al igual que en la entrevista dirigida a los propietarios de franquicias, la estrategia seguida no resultó difícil debido a que los entrevistados aceptaron participar en la entrevista, las cuales se realizaron en los lugares donde trabajan.

*Importancia en la investigación.* Este instrumento fue concebido para complementar el análisis del objeto de investigación

*Observaciones.* Dentro de los aspectos que resaltaron en las tres entrevistas fue el punto de vista compartido sobre la ineficiencia de las instituciones públicas de salud y la importancia de la “función social” que llevan a cabo los médicos de los consultorios de la Fundación Best.

**Encuesta  
Médicos de Farmacias Similares**

**Datos generales**

1. Sexo:  
a) M\_\_\_ b) F\_\_\_
2. Edad:  
a) 25 a 34\_\_\_ b) 35 a 44\_\_\_ c) 45 a 54\_\_\_ d) 55 o más\_\_\_
3. Estado civil:  
a) Soltero\_\_\_ b) Casado\_\_\_ c) Unión libre\_\_\_ d) Viudo\_\_\_ e) otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Antecedentes**

4. Escuela de procedencia:  
a) UNAM\_\_\_ b) IPN\_\_\_ c) UAM\_\_\_ d) Otro (especificar)\_\_\_\_\_
5. Tiempo de ejercer la profesión de médico:  
a) 0 a 6 meses\_\_\_ b) de 7 Meses a 1 año\_\_\_ 3) de 1 año a 1 año y medio\_\_\_ 4) 2 años o más\_\_\_
6. ¿Tiene estudios de posgrado u otra licenciatura?  
a) No\_\_\_ b) Si (especificar) \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tomado algún tipo de actualización?  
a) Seminarios\_\_\_\_\_ b) Diplomados\_\_\_\_\_ c) talleres\_\_\_\_\_ d) Otro\_\_\_\_\_
8. ¿Pertenece a alguna agrupación profesional?  
a) Si\_\_\_ b) No\_\_\_
9. ¿Sus padres tienen o tuvieron alguna carrera profesional?  
a) No\_\_\_ b) Si\_\_\_
10. ¿Cuál?  
a) Madre\_\_\_\_\_ b) Padre\_\_\_\_\_

**Condiciones de trabajo (dimensión objetiva)**

11. Tiempo de trabajar en farmacias similares:  
a) 1 mes a 6 meses\_\_\_ b) 7 meses a un año\_\_\_ c) Un año a dos años\_\_\_ d) más de dos años (especificar) \_\_\_\_\_
12. Horas de trabajo diarias:  
a) 4 a 8 horas\_\_\_ b) 9 a 12 horas\_\_\_ c) 13 a 16 horas\_\_\_
13. Número de consultas diarias:  
a) 5 a 10\_\_\_ b) 11 a 15\_\_\_ c) 16 a 20\_\_\_ d) 21 o más (especificar) \_\_\_\_\_
14. Cómo es su forma de pago:  
a) Por salario\_\_\_ b) por consulta\_\_\_ c) por comisión sobre las consultas\_\_\_ d) por comisión sobre los medicamentos) otro\_\_\_
15. Ingreso mensual promedio (en los consultorios de farmacias similares):



- a) Menos de 4500      b) de 4501 a 5000\_\_      c) de 5001 a 6000\_\_      d) 6001 o más\_\_

16. ¿Cuenta con alguna de las siguientes prestaciones laborales? (señalar con X la opción elegida)

	si	no
Seguro social		
bonos		
vales de despensa		
vacaciones pagadas		
aguinaldo		
Reparto de utilidades		
Descuentos en los productos de la compañía		
Seguro de vida		
pensión		
liquidación		

17. ¿tiene otro empleo?:

- a) No\_\_      b) si \_\_

18. De qué tipo (especificar):

- a) gobierno\_\_\_\_\_      b) privado\_\_\_\_\_      c) negocio propio \_\_\_\_\_  
d) otro \_\_\_\_\_

19. Ingreso mensual promedio (del trabajo anterior):

- a) Menos de 4500\_\_      2)4500 a 6000\_\_      3)6001 o más\_\_

**Relación con el personal (dimensión objetiva)**

20. Con qué personal de la farmacia tiene contacto laboral directo

- a) Con el propietario de la franquicia (farmacia) \_\_\_\_      b) con el encargado de la farmacia\_\_\_\_      c) con los empleados de mostrador \_\_\_\_      d) otros (especificar) \_\_\_\_\_

21. ¿Quién es su jefe inmediato?

- a) El propietario de la farmacia\_\_      b) del encargado de la farmacia\_\_\_\_\_

c) otro (especificar) \_\_\_\_\_

22. Nivel de estudios de su jefe inmediato

- a) Posgrado \_\_\_ b) Licenciatura \_\_\_ c) Bachillerato \_\_\_ d) Secundaria \_\_\_  
e) Otro (especificar) \_\_\_\_\_

23. Profesión o carrera de su jefe inmediato

- a) Medicina \_\_\_ b) Administración \_\_\_ c) Contaduría \_\_\_ d) otra (especificar) \_\_\_\_\_

**Relación con el personal (dimensión subjetiva)**

24. Cómo es su relación laboral con el propietario de la farmacia:

- a) Muy buena \_\_\_ b) buena \_\_\_ c) regular \_\_\_ d) mala \_\_\_ e) muy mala \_\_\_

25. Cómo es su relación laboral con el encargado de farmacia:

- a) Muy buena \_\_\_ b) buena \_\_\_ c) regular \_\_\_ d) mala \_\_\_ e) muy mala \_\_\_

26. Cómo es su relación laboral con los empleados de farmacia:

- a) Muy buena \_\_\_ b) buena \_\_\_ c) regular \_\_\_ d) mala \_\_\_ e) muy mala \_\_\_

**Ambiente de trabajo (dimensión objetiva: autonomía)**

27. Ambiente laboral (señalar con X la opción elegida)

	siempre	Casi siempre	frecuentemente	A veces	nunca
¿En su trabajo le piden actualizarse?					
¿La empresa le otorga capacitación?					
¿Su trabajo se limita a la atención de los pacientes?					
¿Su jefe le sugiere cómo hacer su trabajo?					
¿Le sugieren un tiempo determinado para la atención de pacientes?					

¿Se queda a trabajar fuera del horario establecido?						
¿Tiene obligación de recetar medicina de la farmacia?						
¿Le sugiere al paciente consumir medicina de patente?						

**Percepciones sobre el trabajo (dimensión subjetiva: orgullo profesional)**

28. ¿considera que su trabajo en Farmacias Similares es agradable?

- a) Totalmente de acuerdo\_\_ b) de acuerdo\_\_ c) le es indiferente\_\_ d) en desacuerdo\_\_  
e) totalmente en desacuerdo\_\_

29. ¿Considera que su jefe le reconoce su trabajo?

- a) Siempre \_\_ b) casi siempre\_\_ c) frecuentemente \_\_ c) a veces \_\_ e) nunca\_\_

30. ¿Qué lo motivo a ingresar a este trabajo?

- a) por que se le hace interesante \_\_\_\_ b) por obtener un ingreso extra\_\_\_\_  
c) por no encontrar otro trabajo \_\_ d) por no haber realizado una especialización \_\_  
e) otro motivo (especificar) \_\_\_\_\_

31. ¿Tiene pensado seguir trabajando en Farmacias similares?

- a) Si \_\_ b) no \_\_

32. ¿Qué lo haría cambiar de trabajo?

- a) Conseguir entrar en una especialización \_\_ b) conseguir otro empleo mejor remunerado \_\_  
c) otro (especificar) \_\_\_\_\_

33. ¿Considera su ingreso en Farmacias similares es suficiente?

- a) Si\_\_ b) no\_\_

34. ¿Cree que su actividad en Farmacias Similares tiene reconocimiento de la población?

a) Si\_\_ b) no\_\_

35. ¿Cree que su actividad en Farmacias Similares tiene reconocimiento de sus colegas que laboran en otros lugares?

a) Si\_\_ b) no\_\_

36. ¿Está satisfecho con este trabajo?

a) Si\_\_ b) no\_\_

37. ¿Considera que ha cumplido con sus expectativas de la carrera de medicina?

a) Si\_\_ b) no\_\_

38. En su vida, ¿Qué tan importante y significativo es este trabajo?

a) Muy importante\_\_ b) importante\_\_ c) algo importante\_\_ d) poco importante\_\_ e) casi no importa\_\_ f) es lo menos importante\_\_

39. ¿Cuál sería su objetivo a mediano plazo como profesional

a) Realizar una especialización\_\_ b) adquirir una franquicia de alguna cadena de farmacias \_\_\_\_

c) Establecer un consultorio propio\_\_ d) otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Descripción del consultorio:** Dimensiones del consultorio, mobiliario, instrumental, ventilación, etc

COMENTARIO FINAL\_\_\_\_\_

**Guía entrevista  
para médicos de Farmacias Similares**

**Formación académica**

- ¿Por qué eligió la profesión médica?
- ¿Cómo fue su formación profesional en la escuela de medicina? .relaciones sociales alumnos, maestros
- ¿Qué valores profesionales le inculcaron sus maestros?
  - o ¿Qué le dijeron respecto al código de ética y el respeto a la vida?
  - o ¿Cómo le dijeron que tenía que desempeñar su práctica médica sin ser coaccionado por agentes externos en sus diagnósticos y tratamientos (autonomía)
  - o ¿Qué piensa de la vocación de servicio a la comunidad?
  - o Respecto al orgullo profesional. ¿Cuáles son los símbolos que lo identifican como médico?, ¿qué lo hace sentir orgulloso de ser médico?

**Trayectoria laboral**

- ¿cuáles trabajos ha tenido como médico? Platique sobre su experiencia laboral
- ¿Cómo relaciona su práctica profesional con los valores que le enseñaron en la escuela? (Código de ética, autonomía, servicio a la comunidad y el orgullo profesional)

**Trabajo en Farmacias similares**

- Platique sobre su decisión de trabajar en Farmacias similares
- ¿Cómo fue su ingreso para trabajar en este empleo? ¿Le hicieron algún tipo de evaluación?
- ¿Recibe algún tipo de supervisión en su trabajo?
- ¿Cómo es un día laboral en farmacias similares?
- ¿Cómo establece su relación con el paciente? ¿Es directiva o busca entender las circunstancias particulares del paciente?
- ¿Qué piensa del trabajo de la empresa y de los medicamentos de similares?
- ¿Qué instrumental le proporciona la fundación?

**Situación contextual de la profesión médica**

- ¿Cuál creé que sea la situación de la profesión médica en la actualidad?
- ¿Creé que el prestigio social y el ingreso definen al médico? ¿Qué aspectos definirían al médico en la actualidad?

**Guía entrevista**

**para propietarios de franquicias de Farmacias Similares**

- Causas que lo motivaron a adquirir una franquicia
- ¿En que circunstancias adquirió la franquicia? Clausulas del contrato, volumen de compra, etc.
- Operación y funcionamiento de las farmacias
  - o Número de empleados
  - o ¿Qué tipo de relación guarda con los médicos de los consultorios?
  - o Relación con la empresa Farmacias similares
  - o Relación que guarda con los supervisores de la fundación Best
  - o Qué piensa de los objetivos de la empresa de Farmacias Similares y de su funcionamiento



### **Reflexión final sobre los alcances y límites del trabajo realizado**

Al ser la encuesta un método cuantitativo, pone énfasis en el carácter numérico y da prioridad al análisis de la distribución, repetición, generalización o predicción de hechos sociales; por otra parte, la investigación cualitativa enfoca el punto de vista del actor y el análisis contextual, y se centra en el significado de las relaciones sociales; en este sentido, la investigación cualitativa es una estrategia encaminada a generar versiones alternativas o complementarias de la construcción de la realidad, permite tener acceso a los aspectos de la subjetividad y se convierte en una técnica orientada a definir problemas y a elaborar explicaciones teóricas desde los procesos sociales mismos (Vela Peón, 2004: 63- 64).

Conforme a lo anterior, en esta investigación se utilizaron las técnicas cualitativas y cuantitativas, aunque el análisis es principalmente el cualitativo. La encuesta nos sirvió, en primera instancia como una aproximación a la identificación de los actores que se investiga ya que se pensó levantar datos referentes a la situación socio-demográfica como la edad, la escuela de procedencia, los años de trabajar como médico, el salario, las horas laboradas, etc.; sin embargo, con la oportunidad de poder enriquecer la encuesta, nos propusimos abordar temáticas relativas al sentir de los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best respecto su trabajo, su relación con el personal, el ambiente de trabajo y sus proyectos profesionales. La entrevista cualitativa, por su parte, genera conocimientos complejos y profundos sobre la problemática de los médicos en este tipo de trabajo.

Consideramos que el trabajo de campo realizado es completo porque intentó rescatar el mayor número de dimensiones que serán desarrolladas en el análisis de la información. Como mencionamos la intención de aplicar varios instrumentos fue la de complementar la información vertida por los sujetos y de ampliar los puntos de vista de otros sujetos involucrados en la problemática.

La limitación que puede señalarse es que en la entrevista aplicada a los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best, la cuestión del tiempo fue problemática ya que, en algunos casos, no se pudo profundizar lo suficiente; sin embargo, esta limitación se puede subsanar con la posibilidad de tener otra plática con los médicos que se encontraban con carga de trabajo el día de la entrevista.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

# ACTA DE EXAMEN DE GRADO



No. 00084

Matrícula: 208380032

PROFESION Y PRACTICA MEDICA:  
EL CASO DE LOS MEDICOS QUE  
LABORAN EN CONSULTORIOS DE  
LA FUNDACION BEST.

En México, D.F., se presentaron a las 14:00 horas del día 22 del mes de julio del año 2010 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DR. RAUL NIETO CALLEJA  
MTRO. MARCO ANTONIO LEYVA PIÑA  
DR. JAVIER RODRIGUEZ LAGUNAS

SANTIAGO PICHARDO PALACIOS  
ALUMNO

Bajo la Presidencia del primero y con carácter de Secretario el último, se reunieron para proceder al Examen de Grado cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

MAESTRO EN ESTUDIOS SOCIALES (ESTUDIOS LABORALES)

DE: SANTIAGO PICHARDO PALACIOS

y de acuerdo con el artículo 78 fracción III del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

2 pro bar


Acto continuo, el presidente del jurado comunicó al interesado el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.

REVISÓ



LIC. JULIO CESAR DE LARA ISASSI  
DIRECTOR DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH



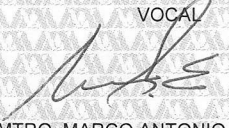
DR. JOSE OCTAVIO NATERAS DOMINGUEZ

PRESIDENTE



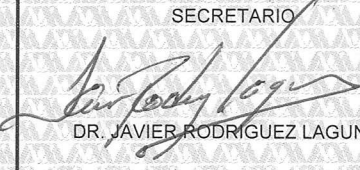
DR. RAUL NIETO CALLEJA

VOCAL



MTRO. MARCO ANTONIO LEYVA PIÑA

SECRETARIO



DR. JAVIER RODRIGUEZ LAGUNAS