

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**Transformaciones de la medicina en las sociedades
contemporáneas**

Gabriela Maciel Calloia

Tutora: Myriam Mitjavila

1999

TRANSFORMACIONES DE LA MEDICINA EN LAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS.

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
---------------------	---

CAPÍTULO I : ANÁLISIS SOCIOLOGICO DE LAS PROFESIONES.

El paradigma profesional.	4
---------------------------	---

CAPÍTULO II: LA MEDICINA COMO PROFESIÓN.

Razgos estructurales de la profesión médica.	11
2.1- Monopolio.	12
2.2-Autoridad	14
2.3- Autonomía Profesional	16

CAPÍTULO III: TRANSFORMACIONES RECIENTES.

Nuevos contextos para el ejercicio profesional y la presunta crisis de la autoridad cultural de la medicina.	20
3.1-La hipótesis de la desprofesionalización	20
3.2-Desarrollo tecnológico y la autonomía, autoridad y monopolio de la profesión médica.	23

3.3-La hiperfragmentación de la medicina en especialidades	25
3.4-Mercado de trabajo profesional y su creciente diferenciación.	26
3.5-Hipótesis de la Proletarización	28
3.6-La crisis del Estado de Bienestar y sus repercusiones en el campo sanitario.	31

CAPÍTULO IV: LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS COMPETENCIAS:

<i>¿ estrategias de adapatación ?</i>	33
---------------------------------------	----

4.1-La medicina y el espacio homeopático.	34
4.2-Autoridad	36
4.3-Autonomía	37
4.4-Monopolio	38

<i>V- CONCLUSIONES</i>	39
------------------------	----

<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	44
-----------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está destinado a abordar las transformaciones más actuales de la medicina contemporánea desde una perspectiva sociológica, más específicamente desde la Sociología de las Profesiones.

La medicina, que "(...) pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos -o corpo, o meio físico- responde, enquanto tal a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui." (DONNANGELO, 1979: 15).

La medicina contemporánea, se caracteriza por un alto grado de complejidad. Esta complejidad tiene varias dimensiones, entre las que encontramos una fuerte división jerárquica del trabajo, un nivel de especialización cada vez mayor de las esferas que la componen y un conjunto complejo de relaciones con otros aparatos institucionales. (MITJAVILA:1998:16)

La medicina técnico-científica, a pesar de ser una de las tantas ocupaciones dedicadas a la curación, fue la única que logró el derecho exclusivo a ejercerla. Al considerar a la medicina como un ámbito de poder, los agentes que participan en él tienen accesos diferenciales a los beneficios y costos que se obtienen a causa de la razón tecnocientífica. La estrategia para resolver el tema de la competencia con las otras ocupaciones, consistió en que el Estado convirtiera en ilegal la participación de otros

agentes en el ámbito de la curación, dándole a los médicos el derecho exclusivo a dirigir las actividades de las ocupaciones afines (FREIDSON, 1978:61).

Desde esta perspectiva pretendemos discutir algunas de las hipótesis vinculadas a las transformaciones más recientes de la medicina como profesión, tales como las referidas a la pérdida de la autonomía jerárquica, la autoridad cultural, la proletarización de la profesión médica, entre otros aspectos.

Trataremos aquí de contemplar todas estas dimensiones que hacen al estudio del fenómeno, partiendo de la hipótesis de carácter general que establece que, si bien existen algunas hipótesis que aluden a un proceso de corrosión creciente de la autoridad cultural de los médicos, la medicina técnico - científica mantiene intacto su poder y prestigio social que la ha caracterizado siempre, aunque este *status* adopte otras modalidades.

Esto implica analizar la forma que tiene la medicina de procesar estos cambios, lo que supone una gran versatilidad para redefinir el campo de objetos.

Este proceso puede asimilarse a la categoría de análisis que Schraiber (1995) denomina "cambios para la preservación", que alude a una serie de estrategias que adopta la profesión médica con el fin de adaptarse a los nuevos tiempos, y seguir liderando en el campo de la salud. Lo que resulta interesante observar en este punto son las estrategias que se procesan para la preservación de la autonomía. A pesar de que estos procesos aludidos, pueden ocurrir en algunos segmentos de la práctica profesional, sostendremos que como cuerpo profesional, la medicina se está reproduciendo de manera renovada, y esa renovación contribuye a una preservación, tanto del monopolio, como de la

autonomía y autoridad, bajo nuevas reglas que rigen las relaciones entre ese cuerpo profesional, los sistemas de conocimiento y el mercado de trabajo.

Este abordaje parte de la premisa de que no existe una sola medicina en el mundo Occidental, o que por lo menos los procesos vinculados a la misma no se dan de igual forma en todos los países. La medicina, como toda profesión, como todo cuerpo de conocimiento, tiene una historicidad. Por lo tanto, no se puede hablar de la medicina en abstracto: si bien hay aspectos que tienen un carácter más universal, hay otros que dependen más del contexto dónde se desarrollen.

Entonces sostendremos aquí que la medicina como profesión goza de una gran plasticidad y un capital cultural que le permite adaptarse a estas nuevas contingencias. Para ello presentaremos el caso de los médicos alópatas que han incorporado técnicas homeopáticas a su práctica, como un caso que muestra, por lo menos para un determinado contexto empírico, estudiado bajo determinadas circunstancias, que lo que sostenemos en este trabajo se cumple, es decir que estas estrategias de redefinición de la práctica profesional, tienen el efecto de mantener y reproducir la autoridad, autonomía y monopolio profesional de la medicina.

Nos proponemos aquí abordar estos cambios desde una perspectiva básicamente teórica, recurriendo también a datos empíricos recogidos en investigaciones a este respecto.

CAPÍTULO I: ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DE LAS PROFESIONES.

El paradigma profesional.

Para comenzar a transitar por la temática de la profesión médica, consideramos pertinente explicitar qué entendemos cuando hacemos referencia a los conceptos de "profesional" y "profesiones".

Durante la Edad Media, existían las profesiones denominadas "liberales", claramente abocadas al servicio de las élites, que incluían a profesiones como la medicina, la abogacía, y el sacerdocio. Estas eran consideradas profesiones cultas en relación a otras, como eran las profesiones artesanales o gremiales. (GUILLÉN 1990:36 refiriéndose a Larson.)

Así se institucionalizaban algunas funciones sociales especializadas, reproduciendo la desigualdad no sólo en el reparto de la riqueza, sino también en relación al conocimiento. De esta manera, el *conocimiento técnico* pasa a ser la marca distintiva de las ocupaciones profesionales en el periodo de las profesiones estamentales.¹

De ahí que para algunos autores, las profesiones contribuyen con las desigualdades sociales, por tener el monopolio de recursos culturales, que permiten un acceso privilegiado a beneficios materiales y simbólicos. Sin embargo, las profesiones han sido partícipes de la construcción del Estado de bienestar, y por lo tanto han promovido la formulación de políticas redistributivas de bienes y servicios. Esto nos inclina a pensar, a la medicina como una profesión más democrática, en relación a otros sistemas de

¹-Larson, (1977, 1979) referido por Guillen (1990:36)

conocimiento y prácticas precedentes, como la brujería, etc.

Dicho monopolio les asegura una base propia de poder, y un nicho particular en el sistema general de la estratificación. En este caso, las profesiones ejercen un control sobre las esferas fundamentales del saber y tienen la obligación de brindar un conocimiento, lo que les da autoridad técnica o moral para establecer para toda la sociedad definiciones sobre aspectos de la sociedad, y la vida, en general²

Larson (1977) ubica el surgimiento de las profesiones en sentido moderno durante la Revolución Industrial. Para este autor, *"(...) los elementos distintivos de las profesiones modernas o de mercado ya se hacen evidentes a fines del siglo XIX y tienen que ver con: i) la obtención del monopolio sobre un corpus de conocimiento susceptible de ser aplicado a la práctica, y en último término, ii) el logro del monopolio sobre un mercado de servicios profesionales"* (GUILLEN, 1990:37)

Almeida (1997) sugiere que hasta la década del '60 los enfoques clasificatorios que dominaban el escenario de la sociología de las profesiones, se basaban en la existencia de determinadas funciones y atributos que distinguían a las áreas profesionales de los demás campos de trabajo de la sociedad. Desde este enfoque, lo que diferenciaba a las profesiones del resto de las ocupaciones era la existencia de una base de conocimiento científico abstracto y la adhesión a un ideal ético-moral de servicio altruista, atributos considerados funcionalmente esenciales para la sociedad.

²-Holliday, 1985 referido por Diniz (1995:129-130)

En este mismo sentido, Friedson (1978) sostiene que a las profesiones se les concede autonomía deliberadamente. Esto implica el derecho exclusivo para determinar quiénes son los que legítimamente pueden ejercer su trabajo y como debe de hacerse, en contraposición a las otras ocupaciones. Es decir que lo que distingue a unas de otras es la obtención de: *"(...) una legítima autonomía organizada: una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se ha dado el derecho a controlar su propio trabajo."*
(FREIDSON, 1978: 83)

Otros autores, como Collins, definen a las profesiones con otras categorías de análisis, considerándolas como "grupos de status", y sostienen que conceptualmente, la formación de las profesiones está dada por los mismos principios que rigen la formación de cualquier comunidad de conciencia. Diniz, basándose en Collins, sustenta una definición que describe a las profesiones de la siguiente manera:

*"são ocupações socialmente idealizadas que se organizam como 'comunidades associativas fechadas'- com suas convenções, culturas ocupacionais particulares, símbolos e rituais coletivos que infundem e fortalecem nos membros a consciência de uma identidade compartilhada e distinta das de outros grupos"*³

Para esta autora, el criterio mas adecuado para tratar a las profesiones es considerarlas como grupos de *status* o comunidades de conciencia, ya que contribuyen de manera independiente para las desigualdades sociales, por detentar el monopolio de recursos culturales, que facilitan el acceso a las ventajas materiales y simbólicas. En efecto, todas las profesiones tienen para el Estado, reivindicaciones relativas a la obtención del

3-Collins(1979; 1990 a; 1990 b) citado por Diniz (1995:126)

monopolio del mercado para sus servicios. Este monopolio les asegura de manera *sur-generis* una base propia de poder, además de proporcionarles un nicho especial en el sistema de estratificación. Esta demanda se apoya en la existencia de un conocimiento experto, que la ideología profesional atribuye a un largo entrenamiento formal en un cuerpo de conocimiento y de prácticas complejas, materializados en la obtención de las licencias profesionales. De todos modos, éstas constituyen una forma de exclusión mas que nada cultural, ya que se trata de ser portavoz de un conocimiento formal creado, transformado y transmitido por las Universidades. Esto opera como base ideológica para la legitimación de las ventajas y los privilegios ocupacionales, y de retroalimentación de su status profesional, generalmente concedido por los profanos.

*"En particular, las profesiones, ejercen control sobre esferas fundamentales del saber y disponen de un "mandato de conocimiento" que les da autoridad técnica o moral para establecer para toda la sociedad definiciones sobre aspectos o segmentos particulares de la realidad (lo que constituye enfermedad, crimen o locura, etc.)"*⁴

Desde la óptica de Bourdieu, lo que legitima el derecho a ingresar a un campo es la posesión de una configuración particular de características. Los médicos, siendo agentes sociales pertenecientes al campo de la salud, son por ello portadores de un capital específico. En este sentido entendemos que este capital específico estaría dado por un saber adquirido, a través de la educación y legitimado por la profesionalización. (BOURDIEU:72)

⁴ Hollyday, 1985 citado por DINIZ (1995:129-130)

Como dijimos anteriormente el término "profesión" implica la idea de un compromiso vocacional muy especial, y un ideal de servicio a la sociedad y al cliente. Guillén coincide con otros autores citados sobre la legitimidad del profesional para ofrecer determinados servicios. Pero agrega que esta posición social, que proviene del hecho de ser portavoz de un conocimiento aplicado y de ejercerlo lucrativamente, lo incita a contribuir favorablemente a la acumulación del conocimiento científico para mantener el monopolio profesional basado en él y mostrarle a la sociedad cuán importante es el papel que desempeña.

En efecto, Diniz (1995:127) resalta algunos aspectos estructurales propios de la organización profesional. Entre ellos está la estabilidad de las profesiones, dado que ellos tienden a permanecer en la profesión por un largo periodo de sus vidas. Por lo general esto se debe a que el proceso educativo que culmina con el logro del título, supone una gran inversión de tiempo y dinero. Además esta estabilidad, produce una reafirmación muy importante de su identidad profesional. Las profesiones tienen mecanismos de socialización y control extremadamente eficaces en la construcción de sus identidades profesionales, que trascienden situaciones sociales particulares.

Otro elemento a tener en cuenta es la dependencia del individuo en relación a la profesión, esto es, que el *status* y el prestigio individual del profesional dependen del lugar conquistado por la colectividad profesional a la que pertenece.

La formulación más acabada o completa sobre las bases sociológicas de la profesión médica aparece con Freidson en la década del '70. Su análisis se centra en el estudio de las circunstancias sociales entre las cuáles una cierta ocupación busca, mediante estrategias específicas, el logro de privilegios y poder concebidos en torno al *status*

profesional. Esta propuesta parte de la premisa de que una profesión debe ser definida como una ocupación que ha adquirido autogobierno y es organizada formalmente a través de instituciones creadas especialmente con el objetivo de proteger y garantizar esa autonomía.

Otro elemento vital para el mantenimiento del *status* diferenciado que tienen las profesiones, es que la sociedad confíe en la funcionalidad y eficacia de esta profesión, dado que desarrolla un trabajo muy valioso para la comunidad. Esto trae consigo la idea de que por tratarse de un trabajo eminentemente profesional, y por tanto especializado, debe de ser controlado por los entendidos. Entonces, la fundación de la autonomía profesional se hace bajo un proceso político y social de concesión legal: no es algo que las profesiones logran por si solas, sino que el Estado es el que se encarga del establecimiento y mantenimiento de ese lugar privilegiado. (ALMEIDA 1997:664)

En definitiva, las profesiones en este siglo han conquistado un lugar de privilegio en las modernas sociedades industriales de Occidente. Esto tuvo su origen en la expansión del mercado de los servicios profesionales. Por otra parte el desarrollo científico y tecnológico contribuyó también a la consolidación de su base cognitiva y valoración social de la educación obtenida. También se produjo un fortalecimiento del Estado, del cual dependen las profesiones para el mantenimiento de sus monopolios y privilegios ocupacionales. (DINIZ, 1995: 130)

En síntesis, Starr (1991), sostiene lo siguiente: *"Una profesión, como sugieren los sociólogos, es una ocupación que se regula a sí misma mediante una capacitación sistemática y obligatoria y una disciplina universitaria; que se basa en conocimientos*

*especializados y técnicos; y que se orienta más hacia el servicio que hacia las utilidades pecuniarias, principio consagrado en su código de ética."*⁵

⁵ Johnson, Terence: *Professions and Power* , Londres 1972 Macmilan Ed citado por Starr,(1991:30).

CAPITULO II: LA MEDICINA COMO PROFESIÓN.

Rasgos estructurales de la profesión médica

El saber y la práctica médica, se caracterizan por poseer ciertos atributos que los caracterizan. La **autonomía** del saber y la práctica médica, han sido producto de la relación del Estado y la profesión médica, dado que el primero le ha otorgado a la medicina un espacio exclusivo y legítimo para su desempeño. Para Schraiber (1995:62)

"(...)a própria emergência da autonomia corresponde a necessidade de adequação do trabalho, como ação social, à racionalidade médica dada. Isso porque o principal suposto desta última- o da cientificidade (Luz, 1988)- desloca todo o conhecer que, no empirismo da prática, a revestiu de poder tecnológico, desqualificando como questão -na esfera da razão, porém não no âmbito da própria prática- a insuficiência das ciências naturais como única resposta para lidar com os fenômenos sociais, como o adoecer, por exemplo."

El reconocimiento de esta profesión por parte del Estado, trajo consigo la consolidación del **carácter monopólico** del saber y de la práctica médicas. Este carácter monopólico habilitó a la medicina a desarrollarse y extenderse cada vez más hacia otros terrenos, imponiendo su racionalidad y poder en el ámbito de la atención a la salud.

Por otra parte, *" (...) la **autonomía técnica** se convierte en la matriz a partir de la cuál se desarrollan otros aspectos de la soberanía médica, entre los cuáles se encuentran la eliminación y el control de otros saberes y de otras prácticas terapéuticas, sean éstas pre-existentes o de eventual aparición."* (MITJAVILA, 1998: 20)

2.1-Monopolio.

La posición monopólica y la ampliación de las fronteras de la medicina, se deriva de un largo proceso, en el que incidieron diferentes factores. La relación del Estado con la profesión médica ha sido la que ha garantizado el carácter monopólico del saber y la práctica médica. Debido a que rara vez los mercados profesionales son naturalmente monopólicos, las profesiones buscan implementar condiciones de exclusividad para la prestación de esos servicios en particular. Y estas condiciones se logran mediante la implementación de estrategias específicas que detallaremos a continuación.

En primer lugar, se establece un control sobre el acceso a la profesión, mediante la regulación del sistema de educación y formación universitaria. Las profesiones se componen de personas que han adquirido conocimientos durante un prolongado e intenso proceso educacional reglamentado. De esta forma, la Facultad constituye un elemento vital en el proceso de aprendizaje profesional, porque es el contexto institucional en el cual se inicia la socialización. Esto significa que no sólo es el ámbito donde se adquieren conocimientos, experiencia, hábitos, actitudes y valores, sino que también es un instrumento para controlar lo que sabrán y serán sus colegas. (COE, 1973 :234)

En segundo lugar, el monopolio se protege contra los otros que puedan competir con su práctica, ya sean profesionales o no. Esto se asegura mediante la adjudicación de licencias y la regulación estatal (GUILLÉN, 1990:39).

Por eso Freidson (1978: 90) hace la siguiente apreciación: *"No la educación por sí misma, entonces, sino la cuestión de la autonomía y el control sobre la educación*

concedido a la ocupación por una élite o por un público convencido de su importancia, parecen ser capaces de diferenciar claramente entre las ocupaciones." Esto lo refuerza sosteniendo lo siguiente: "No parece ser el contenido real de la educación el que explica o produce las diferencias.(...) las posibilidades de tener autonomía funcional y la relación de un trabajo de una ocupación con el trabajo de las profesiones dominantes parecen ser fundamentales. Y el proceso que decide el resultado es esencialmente político y social más que de índole técnica; proceso en el que el poder y una retórica convincente tienen mayor importancia que el carácter objetivo del conocimiento, la educación y el trabajo."

Por otra parte, con el auge del *Welfare State*, se intensifica el tipo de relacionamiento que tiene la profesión médica con el Estado. Por un lado, el Estado se convierte en un gran empleador de profesionales médicos, y al mismo tiempo contribuye positivamente a incrementar el monopolio profesional de ese sector, avalando el papel de las asociaciones oficiales y reconociéndolos y permitiéndoles la evaluación por parte de sus pares.

Para Freidson, la influencia de la medicina en la organización de los servicios de salud y en la formulación de políticas de salud, provienen del monopolio de la medicina científica en torno a la definición de salud y enfermedad. La medicina técnico científica ha limitado la discusión y ha establecido como único abordaje el de una medicina mecanicista, individualista y claramente abocada a la curación de las enfermedades (ALMEIDA, 1997: 663).

2.2-Autoridad.

La autoridad y la autonomía profesional son valores inherentes a toda profesión. Entre la mayoría de los conceptos de autoridad se hace referencia a la regulación de la acción. La autoridad -entendida como la responsabilidad respecto a otros, basada en un conocimiento o una posición jerárquica superior - tiene dos dimensiones que nos interesan: legitimidad y dependencia. Según este esquema la legitimidad depende de la aceptación de la pretensión de obediencia, al mismo tiempo que la dependencia se apoya básicamente en la conciencia de las consecuencias negativas que trae consigo la no obediencia. (MITJAVILA: 1998).

Al respecto, Starr considera que las relaciones de autoridad generalmente no son estables, lo que implica que estas dos variables en cuestión, pueden presentar alteraciones: *"(...) los pilares gemelos de dependencia y legitimidad introducen estabilidad en las relaciones de autoridad. Cuando una se debilita, la otra sube a la palestra, y de este modo la autoridad, como medio de control, es más fuerte y más confiable que la fuerza o la persuasión"* (STARR,1991:24)

Weber, utiliza a la autoridad, como una categoría que designa la probabilidad que se obedezca un cierto mandato, reconocido como legítimo según las normas prevalecientes en una sociedad. (STARR: 1991:28)

A los efectos de nuestro trabajo, nos interesa abordar el tema de la autoridad, para referirnos a lo que Starr denomina *autoridad cultural*. En efecto, la autoridad cultural es

definida como la probabilidad de que determinados juicios de significado y de valor sean considerados como válidos y verdaderos.(STARR, 1991:28).

Esto implica la siguiente idea: *" En su función de autoridades culturales, los médicos emiten juicios autorizados sobre lo que constituye la enfermedad o falta de cordura, evalúan la actitud de las personas para desempeñar determinados trabajos, determinan la incapacidad de los heridos, certifican muertes, e inclusive valoran después de la muerte si la persona tuvo o no capacidad en el momento de hacer testamento. Estos juicios profesionales tienen consecuencias en tribunales, ante patrones y autoridades sociales en general. En estas situaciones, se supone que el médico debe concretarse a presentar los hechos; otras personas decidirán qué hacer al respecto"*

(STARR:1991:29).

Entonces, la aceptación del saber médico como un conocimiento *calificado y definitivo* trae implícito el reconocimiento de su autoridad cultural. El tipo de autoridad que se atribuyen las profesiones como la medicina, se debe a que poseen la aptitud para prestar un servicio, así como también la capacidad para juzgar la experiencia y las necesidades de los clientes. Cabe destacar que el apogeo de la autoridad médica también estuvo favorecido por el fortalecimiento del Welfare State, y otros factores de índole sociocultural, y no es únicamente atribuible a la acción de ellos.

La autoridad técnica, otra de las dimensiones de la autoridad de la medicina, está dada por el control monopólico sobre la producción de conocimiento técnico- científico, en nombre del cual este profesional decide lo que considera mejor para su paciente y al mismo tiempo, es autorizado como juicio incuestionable de sus propias acciones.

2.3-La autonomía profesional .

La autonomía profesional de los médicos es el resultado de un largo proceso histórico a lo largo del siglo XIX, lo que fue una conquista sin precedentes de la medicina moderna. (FRIEDSON 1970; STARR, 1982).

La centralidad de esta conquista está dada por la libertad que se le otorga al proceso de trabajo, que en un primer momento fue amplia y global al abarcar varios momentos de su práctica. Estos atributos, desde una perspectiva técnica, ubican al médico, como un profesional con autoridad exclusiva sobre la salud y la enfermedad, no sólo desde el punto de vista científico sino también moral .(SCHRAIBER, 1995:58)

Lo que ha caracterizado al saber y a la práctica médica es su autonomía. Esto es la obtención de derechos exclusivos de intervención que logra del Estado. El reconocimiento estatal es clave para esta profesión en lo que tiene que ver con el logro de la hegemonía que pretende en el sector.

En los últimas décadas se asiste a una creciente complejización de las necesidades de la atención médica de la población, junto a un proceso también ascendente en relación a la complejización y diversificación de los recursos técnicos y organizativos disponibles para satisfacerlas. En este sentido, la práctica médica tiene un doble carácter, por un lado su cientificismo y por el otro su lado empírico-pragmático. El trabajo en medicina es una acción compleja, que busca ser soberana, pese a su racionalidad tecnológica que gobierna la aplicación de las ciencias. De esta manera, el médico tiene la especificidad de ser sujeto de la acción, como también agente de la técnica.

Por ello es que la autonomía técnica es lo que define la relación del médico con el saber; mientras que la autonomía jerárquica, remite a un plano gerencial-institucional de los trabajos que implican jerarquías y autoridades técnicas e institucionales. (RIVERO & SCHRAIBER: 1994, referido por Schraiber: 1995:62)

Autonomía en el caso de la profesión médica se refiere a la prerrogativa de seleccionar desde casos, hasta horas, ritmo de trabajo, técnicas y procedimientos, en definitiva, se trata de ocupar *una posición de control legítimo sobre el trabajo*. Esta autonomía, se debe al carácter netamente profesional de la medicina. La autonomía técnica, es la relación del médico con el saber que se da en el proceso de trabajo.

En efecto, el logro de la posición de privilegio de que dispone actualmente la medicina no ha sido concedida gratuitamente por la sociedad. Este lugar ha sido obtenido mediante un proceso histórico de confrontaciones múltiples, antes de consolidarse como un conocimiento *autorizado y definitivo* (FREIDSON, 1978:23).

Los grados de autonomía y autogobierno profesional conquistados por estos profesionales, son producto del tipo de tutela que el Estado le dio a la profesión, mediante procesos políticos específicos de largo plazo, cuya dinámica varió dependiendo de cada país en particular. Por otra parte, la forma y el alcance de esa concesión por parte del Estado, difirió en cada sociedad y dependiendo del contexto político, obtuvieron una mayor o menor regulación o control por parte de este último. (ALMEIDA, 1997:674)

Al respecto, Friedson (1978) sostiene que: "*(...)la única esfera de actividad en que la autonomía debe existir para que exista el status profesional, es en el contenido mismo*

del trabajo. La autonomía es el resultado crítico de la interacción entre el poder político y económico y la representación ocupacional, interacción facilitada a veces por instituciones educativas y otros dispositivos que convencieron satisfactoriamente al Estado de que el trabajo de la ocupación es fiable y valioso."

Por otra parte, Freidson recurre al concepto de *dominio profesional*, para referirse al hecho de que los médicos ejercen su control no sólo en relación al contenido de su trabajo y las condiciones bajo las cuales plantean sus actividades profesionales, sino que también controlan otras ocupaciones que participan en la división del trabajo del campo sanitario, además de ejercer su poder sobre los pacientes. Esta idea es igualmente reforzada por Starr (1991) al sostener que los médicos no sólo ejercen su poder sobre sus pacientes, sino que también lo hacen sobre sus colegas, y algunas veces sobre cuestiones que escapan a los límites clínicos. De esto trata la autonomía jerárquica que caracteriza a la medicina.

Por otra parte, si bien el concepto friedsoniano de dominio profesional, admite estas dimensiones mencionadas, lo que más define este concepto es la autonomía, entendida como el control sobre el contenido de su trabajo.(COBURN:1992 referido en ALMEIDA 1997:663).

Esta posición de privilegio de que dispone actualmente la medicina técnico-científica no ha sido concedida por la sociedad gratuitamente, sino que ha debido enfrentar múltiples confrontaciones antes de consolidarse como un conocimiento *autorizado y definitivo*, (FRIEDSON, 1978:23).

De todas maneras es vital, para seguir manteniendo ese status diferenciado, que la sociedad confíe en la funcionalidad y eficacia de esta profesión, dado que desarrolla un trabajo muy valioso para la comunidad. Esto trae consigo la idea de que por ser un trabajo profesional, y por tanto especializado, debe de ser controlado por los entendidos.

Entonces, la fundación de la autonomía profesional se hace bajo un proceso político y social de concesión legal; no es algo que las profesiones logran por sí solas, sino que el Estado es el que se encarga del establecimiento y mantenimiento de esa preponderancia de la profesión médica.(ALMEIDA 1997:664).

Esta dimensión cultural del poder médico, se apoya y se refiere básicamente a la idea que gira en torno a que sus definiciones y juicios sobre las cosas se perciban como válidos y verdaderos, por encima de otros. (STARR, 1991:28).*En este terreno, la autoridad médica es un recurso que sirve tanto al orden social como a la profesión y a sus clientes"* (STARR 1991: 29-30)

CAPÍTULO III: TRANSFORMACIONES RECIENTES.

Nuevos contextos para el ejercicio profesional y la presunta crisis de la autoridad cultural de la medicina.

Hay quienes sostienen que asistimos a un cambio relativo con respecto a la autoridad cultural de los médicos, lo que ha despertado una controversia sociológica considerable.

Este concepto de crisis admite varias dimensiones, pero desde la óptica profesional, pareciera ser que la visión más generalizada de la crisis la identifica con un proceso de cambios que afectan el ejercicio de la profesión, que escapan a las posibilidades de control por parte de sus miembros.

En este análisis de las nuevas condiciones de la práctica profesional, no podemos dejar de lado las transformaciones que opera la sociedad en la que dicha práctica se integra.

3.1-La hipótesis de la Desprofesionalización.

Hay autores que afirman que en algunos países industriales, hay indicios de una pérdida relativa del poder y prestigio de la profesión médica en relación al monopolio de conocimientos sobre temas sanitarios, y de su capacidad para imponer sus propias reglas. La hipótesis de la desprofesionalización, básicamente refiere a la pérdida cada vez mayor del monopolio profesional del conocimiento, a causa de la mejora en el nivel educativo de la población, la división del trabajo profesional (especialización), y la aspiración de los consumidores de controlar a los profesionales y de alcanzar la justicia

ocupativa, la agregación de clientes en entornos burocráticos y el uso de computadores. A consecuencia, los profesionales pierden poder, autonomía y autoridad. (GUILLÉN, 1990:43)

En esta línea de interpretación, Almeida (1997) se refiere a Haug (1988) quien hace referencia a por lo menos cinco razones que refuerzan esta hipótesis. Una de ellas sostiene que el monopolio profesional del conocimiento médico, está disminuyendo, dado que el desarrollo de las comunicaciones, trajo consigo un mayor acceso del público al conocimiento profesional rutinario; por otra parte, el aumento del nivel educativo de las poblaciones, acarreó en los usuarios el deseo de controlar estos servicios, lo que llevó a un aumento de las exigencias para con los médicos.

En relación a esta hipótesis, hay quienes como Guillén sostienen que : *"(...) La convergencia entre el nivel de conocimiento de los profesionales y el público en general no está causando una falta de confianza importante por parte del consumidor. Los computadores no parecen ser tan útiles como sostienen los teóricos de la desprofesionalización, puesto que clientes tan poderosos como las grandes empresas o el gobierno todavía prefieren contratar o alquilar los servicios de profesionales para abordar áreas problemáticas como los asuntos legales o la salud de los empleados. Freidson (1986) apunta con acierto que la tesis de Haug parte del supuesto de que los fenómenos político culturales de los años sesenta persisten durante los setenta y ochenta; de hecho, los grupos comunitarios y las asociaciones de consumidores no son tan activos ya como hace tres lustros"* (GUILLÉN: 1990: 43)

De todas maneras, el hecho de que la gente tenga un mayor acceso a la información médica especializada, no implica que cualquier hallazgo sea conocido por el público de

manera inmediata, ya que casi siempre, la especialización y la incorporación tecnológica es mucho más rápida y no se acompasa con su difusión.

Por otra parte, y en este mismo sentido, Guillén (1990: 43) argumenta que no hay que olvidar que los profesionales manejan estrategias para hacer frente a los efectos perjudiciales de un mayor nivel educativo de la población. Para ello implementan mecanismos de complejización del lenguaje, haciendo más inaccesible la comprensión de los conceptos médicos. Otra consiste en incorporar tecnologías complejas, aún cuando éstas tengan un impacto marginal sobre la calidad o la efectividad del servicio profesional. El mantenimiento del monopolio, es una función latente que encierra este tipo de acciones, dado que la salud es una mercancía, y por lo tanto, es una fuente de poder. Pero, la finalidad es en muchas ocasiones otra: léase lucro personal, uso de poder, etc.

Entonces, los avances de la medicina que demandan grandes inversiones del sector, dependen de la existencia de un mercado en el cuál los procedimientos tecnológicos tienen un valor ético, aunque también un valor monetario. Asimismo la biotecnología, sitúa a la salud como una mercancía a disposición de quien pueda comprarla. (GERSCHMAN:1999:300)

De esta manera es claro que el monopolio del conocimiento sobre temas sanitarios, lo siguen teniendo los médicos, los cuáles están dotados de una ductilidad tal, que les permite rápidamente reaccionar frente a estos problemas e implementar medidas para mantener las condiciones de reproducción de su poder, para imponer sus propias reglas. Incluso la incorporación de tecnologías, generalmente complejas, sigue afirmando que

estos profesionales poseen gran autoridad tanto cultural como técnica, dado que ellos son los únicos que pueden interpretar y comunicar lo que se desprende de esos sistemas, dotados de un cientificismo sin igual.

3.2-Desarrollo tecnológico y autonomía, monopolio y autoridad de la profesión médica.

El proceso de aceleración de incorporación tecnológica en medicina, que se inició en los años sesenta, y las recientes demandas efectuadas hacia ese sistema por parte de la sociedad, establecieron grandes transformaciones en la práctica médica.

Actualmente las relaciones entre los prestadores de servicios de salud, y su clientela, se han complejizado sustantivamente. Por un lado, coexisten distintas formas de organización social: organizaciones no gubernamentales, comunidades y otros que entran también en escena. Se introducen nuevas discusiones y conflictos morales, relativos al aumento de los costos de prevención, diagnósticos y terapias, por sobretodo en relación a que no siempre lo que es deseable para el individuo, lo es para la colectividad y viceversa.(SCHRAMM & CASTIEL: 1999: 4).

Al pensar en el desarrollo tecnológico por el que transitan las bio-ciencias, nos cuestionamos qué impacto tiene para la profesión médica el uso cada vez más frecuente de sistemas de inteligencia artificial para la elaboración de diagnósticos. Para algunos, estos sistemas son fiel reflejo de una nueva racionalidad que se impone y por el contrario dan sustento a la pérdida de terreno de la clínica, considerada la base de la medicina.

A propósito, Irigoyen (1996: 245) hace alusión a Campos para referirse a este problema, de esta manera: *"En las ciencias paraclínicas, se hace gravitar la responsabilidad del diagnóstico. Así, la relación médico-enfermo ha perdido calidad en la medida que sus objetivos se centran en la obtención de un diagnóstico que se apoya en un repertorio de pruebas cuyos resultados son objetivos."*

Castel, en su libro *La Gestion des Risques (1981)* hace referencia a las tendencias actuales de las biociencias. Se cuestionan allí las sociedades pos-disciplinares, que caracteriza por una mutación de tecnologías sociales que minimizan la intervención terapéutica directa, enfatizando por el contrario, el gerenciamiento administrativo preventivo que opera sobre las poblaciones de riesgo. (RABINOW:1991)

Donna Haraway, a propósito de la disminución de la base personal y el aumento de la base tecnológica, hace referencia a la muerte de la clínica, ya que *" (...) os métodos da clínica necessitavam de corpos e trabalhos: nos temos textos e aparências. Nossas autoridades nao trabalham mais por medicalização e normalização; elas trabalham com o estabelecimento de redes, a remodelação da comunicação, o gerenciamiento do stress"*. (Haraway es citada por RABINOW :1991)

A este respecto, Rabinow sostiene que la situación a la que refiere la autora, es parcialmente real. Para ello establece que aún existe una multiplicación y superposición compleja de racionalidades. Entonces: *"Formas antigas de classificação cultural da bio-identidade, como raça, gênero e idade, obviamente nao desapareceram, nao mais do que a medicalização e a normalização, embora os significados e as práticas que as constituem estejam certamente mudando. Práticas pós -disciplinares irao coexistir com*

tecnologias disciplinares; classificações pós -socio- biológicas irao colonizar apenas gradualmente contextos culturais mais antigos.(...) Meu argumento e simplesmente que essas classificações culturais mais antigas serao reunidas num vasto arranjo de novas classificações que irao se sobrepor, parcialmente substituir, e eventualmente redefinir as categorias mais antigas de diversas maneiras, que vale a pena monitorar." (RABINOW,1991:89).

Consideramos que aqui no se está determinando si el uso de sistemas de inteligencia artificial le quitan autonomia, monopolio, o autoridad a la medicina, sino que lo que importa es ver a las "nuevas racionalidades", como amenazadoras de la centralidad de la clinica como instancia de diagnóstico fundamental.

A este respecto, creo que sucede que el uso de estos elementos para mejorar o lograr una mayor precisión en relación al diagnóstico, no hace peligrar la vida de la clinica, sino que obliga a redefinir su rol, dentro de las instancias constitutivas de la profesión médica. Se trata de un cambio operado en las bases materiales de la división del trabajo, que se deriva de las transformaciones sociales, donde la tecnologia pasa a ser un componente fundamental. Queda claro entonces que estos procesos de mutación de tecnologias, acaparan nuestra atención, no sólo como aparatos, sino como emergentes de nuevas racionalidades.

3.3-La hiperfragmentación de la medicina en especialidades.

A pesar de que la mayoría de sus especialidades gozan de una innegable legitimidad técnica, debido a su contribución en el aumento de la capacidad de resolución de la

práctica médica, hay quienes sostienen que la fragmentación del trabajo médico en especialidades, está dificultando el diagnóstico y la instrumentación de terapéuticas en plazos razonables.

Almeida (1997) sostiene que dentro de la línea de Haug, hay quienes creen que la creciente especialización de la medicina hizo a los médicos más dependientes de sus colegas, así como de otros profesionales paramédicos o de otros agentes no-médicos, haciendo cada vez más endeble su poder individual.

Friedson (1985), contra-argumenta estas tesis declarando que el médico mantiene aún su posición de control, dado que la opinión de ninguno de estos agentes no- médicos que también participan de la atención a la salud, sustituye a la última palabra, que obviamente da el médico. Por tanto, la autoridad cultural y técnica, la mantienen los médicos, siendo los únicos, que dotados de cierta autonomía están facultados para establecer los juicios que consideran pertinentes y los únicos profesionales de este ámbito que pueden avalar la gestión de otros agentes no médicos que participan o pudieran participar en alguna etapa del proceso de trabajo, ya sea en diagnóstico, tratamiento, etc.. De esta manera, los agentes no médicos adquieren un status subordinado en relación a esta profesión hegemónica. (ALMEIDA :1997)

3.4-Mercado de trabajo profesional y creciente diferenciación.

Para algunos autores, los médicos han sufrido una pérdida relativa de su prestigio, que puede asociarse a procesos de diferenciación interna. La estratificación en el interior de

la profesión médica, constituye un potencial foco de conflictos y disputas intraprofesionales.

Estos procesos estarían signados por la pérdida de vigencia del modelo de ejercicio liberal de la profesión médica, conjuntamente con el surgimiento de segmentos empresariales de la medicina. En este contexto, parecería que la figura del médico empresario estaría empezando a cobrar fuerza.

Se asiste a procesos cada vez más complejos de división técnica y social del trabajo médico, para la redelimitación de ese trabajo colectivo en ulteriores estratificaciones, en términos de equipos institucionales. Esto obedece a que la acción médica, busca cada vez más objetivar los juicios que dan soporte a la decisión personal de cada médico, mediante la incorporación progresiva de equipamientos.

La interrogante que se plantea aquí es, en qué medida es posible mantener una corporación como una verdadera corporación, cuando está internamente fragmentada no sólo desde el punto de vista de las especialidades profesionales, sino también por los intereses dados por la categoría ocupacional.

Con respecto a ello, hay autores como Freidson que siguen sosteniendo que no ha declinado el status profesional de los médicos. El autor considera que se asiste a un proceso creciente de estratificación formal, en tres papeles distintos: el docente investigador universitario, el gerente administrador, y el ejerciente. Para él las marcadas diferencias de prestigio, ingresos, poder y autoridad, producto de esos tres diferentes

papeles, advierten dificultades y conflictos, a veces muy profundos por estar contenidos en el interior de esta entidad colectiva. (ALMEIDA, 1997:668-669)

Para Friedson, si se tratara de una pérdida relativa de su prestigio, no es algo alarmante, ya que es algo que han venido procesando las instituciones en general. Para él, la preponderancia del dominio legal e institucional de la profesión médica se mantienen incambiados. (ALMEIDA: 1997)

3.5-La hipótesis de la Proletarización.

Almeida remitiéndose a McKinlay & Arches (1985) menciona otra de las posibles interpretaciones a este cambio que aparentemente opera la profesión médica, relacionándolo con la expansión de la medicina en grandes organizaciones complejas, lo que hace que cada vez más los médicos se vean obligados a trabajar en instituciones y organizaciones complejas, cuya racionalidad se impone sobre los trabajadores. Para estos, la proletarización de la profesión médica se debe al interés de los administradores de los hospitales de fraccionar el trabajo médico en componentes más pequeños y específicos, para supervisarlos y controlarlos más fácilmente. Y por otro lado el hecho de aumentar la cantidad de empleados no-médicos en instituciones de atención a la salud, constituye una clara estrategia de recorte presupuestario.

La idea de "crisis" de la medicina, básicamente se manifiesta en el reconocimiento explícito por parte de los médicos, de la imposibilidad de seguir dando respuesta a las necesidades de la población.

Este concepto de crisis admite varias dimensiones, pero desde la óptica profesional, parece ser que la visión más generalizada de la crisis, la identifica con un proceso de cambios que afectan el ejercicio de la profesión, pero escapan a las posibilidades de control por parte de sus miembros.

En la hipótesis de la proletarización: *"(...) se postula que el proceso de cambio ocupativo desde el empleo por cuenta propia hacia el empleo asalariado incide directamente sobre la naturaleza del profesional. El proceso de asalarización ha afectado a todas las profesiones desde comienzos del presente siglo y en particular a las profesiones sanitarias."* (GUILLÉN: 1990: 43) .Según esta teoría los trabajadores se ven reducidos al status de proletarios, que dependen de la venta de su fuerza de trabajo para sobrevivir, privándose de cualquier control sobre su proceso de trabajo.

Es asombroso ver cómo, en esta profesión en particular, el prestigio y el poder personal del médico está sujeto al poder y prestigio de la organización a la que pertenece, ya sea Hospital, Facultad, Mutualista, etc.. En algunos casos, los profesionales prefieren perder parte de la autonomía como profesionales liberales, a cambio de los privilegios, la seguridad y el prestigio que da el hecho de pertenecer a determinadas organizaciones. (GUILLÉN, 1990:47)

Almeida hace referencia a que algunos autores relacionan la proletarización de las profesiones con la corporativización de los servicios de salud. Esto los conduciría a la pérdida de sus privilegios profesionales una vez que forman parte de estas grandes

organizaciones donde la racionalidad imperante se impone sobre la de cualquier trabajador. (McKinlay & Stoeckle, 1988, referido por ALMEIDA: 1997).

Hay múltiples factores que conducen a que los profesionales trabajen en organizaciones como asalariados. Entre ellos se destacan el aumento de los costos provenientes de errores profesionales, el exceso de oferta de profesionales, la enseñanza de la profesión enfatizando sobre la tecnología y la especialización del conocimiento, entre otros.

Guillén (1990:44) se refiere a Hofoss (1986), quien atribuye la especialización y la descalificación profesionales a tres problemas fundamentales, entre los que se destacan un aumento en la demanda de servicios profesionales; la creciente incorporación tecnológica y por último, la expansión del conocimiento que sirve al ejercicio de la profesión médica.

Freidson por el contrario defiende su teoría del dominio profesional, colocando en cuestión la utilización de la teoría de la proletarianización para el caso de la profesión médica. Para éste, estos cambios no alteran para nada la cuestión central de la autonomía de la profesión. En todo caso, las modificaciones señaladas por estos autores, son cambios a la interna de la profesión pero no externos a ella. (GUILLÉN:1990)

Por otra parte hay quienes sostienen que los médicos tienden cada vez más a ser empleados y sujetarse a las formas de control de grandes organizaciones, como controles de calidad, incentivos a través de diferentes estructuras de remuneración, etc.

Al mismo tiempo que los médicos tienen que aceptar que su práctica se realice siguiendo esos parámetros impuestos desde la organización, enfrentan también el problema de la reestructuración del mercado de servicios de salud, que significó el tránsito desde profesionales autónomos a pequeños grupos de proveedores y de ahí para ser empleados de un sistema complejo formado por múltiples instituciones y empresas.

El profesionalismo de Freidson, no es un término meramente descriptivo, sino que trae implícita la capacidad de conquistar, mantener y ampliar el status profesional y poder de los médicos.

3.6- La crisis del Estado de Bienestar y sus repercusiones en el campo sanitario.

Al definir en la Introducción a la medicina, como una práctica social, y por tanto sujeta y sensible a sus cambios, consideramos que los procesos de transformación social y los adelantos tecnológicos que se sucedieron en este siglo en dicho campo, produjeron un impacto significativo en la calidad de la atención a la salud.

Entre estos cambios encontramos la presencia de enfermedades nuevas, el aumento de la expectativa de vida de las poblaciones, la existencia de múltiples tratamientos para viejas y nuevas enfermedades. El aumento cada vez más acelerado de los costos del sector salud, demandó de éste una readecuación para seguir manteniendo la universalidad del derecho a la salud.

Existen múltiples abordajes que pretenden explicar la crisis del Estado de Bienestar y la salida de la misma desde distintas perspectivas.

Entre ellos encontramos a los que atribuyen la crisis a un Estado incapaz de administrar y procesar demandas sociales. Se dio un proceso que consistió, por un lado en la extensión de beneficios sociales a toda la población, mientras que reinaba cada vez más una escasez de recursos.

De todas maneras, lo que interesa aquí es ver como autores como Gerschman (1999), sostienen que las reformas de la seguridad social y de los sistemas de salud que están siendo implementados, están signadas por una restricción del gasto. Esto no quiere decir que se eliminen a las necesidades de la discusión, sino que quedan relegadas a un segundo plano, mientras que lo único que parece condicionarlas es la cantidad de recursos con los que se cuenta.

La medicina ha avanzado vertiginosamente en este siglo, gracias a la inversión de grandes capitales. Los costos cada vez más crecientes del sector, conducen a la inviabilidad de las intervenciones de alta complejidad para la mayoría de los usuarios, limitando el acceso a este tipo de servicios, dado que serán utilizados por una pequeña *élite* que pueda pagar por ellos.

CAPÍTULO IV: LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS COMPETENCIAS: ¿estrategias de adaptación?

Si bien los procesos de cambio experimentados por la profesión médica pueden ocurrir con mayor intensidad en algunos segmentos de la práctica profesional que en otros, sostenemos que la medicina se está reproduciendo de maneras renovadas. Un ejemplo de ello lo constituyen los médicos con formación alopática que han integrado a su práctica las técnicas homeopáticas.

Presentaré el caso de los médicos homeópatas que integran la Comisión Directiva de la Asociación de Medicina Homeopática del Uruguay, contexto para el cual nuestra hipótesis se cumple. Este grupo fue estudiado a los efectos de un proyecto de investigación realizado en el marco del Taller de Sociología de la Salud de la Licenciatura de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, titulado *"Nuevos perfiles de la Medicina en el Uruguay: El caso de los médicos homeópatas"*.

Abordaremos a la Homeopatía como un movimiento inverso al que se registró en los momentos en que la medicina tenía que construir su legitimidad, ya que entonces tenía que descalificar a las profesiones que le oponían competencia. Ahora no sólo se trata de integrarlas de manera subordinada, sino que se procura integrarlas a su propio *metier*.

De esta manera consideramos a la incorporación de nuevos enfoques a la práctica médica, como una estrategia que procura mantener, preservar y reproducir la autoridad, autonomía y monopolio profesional que históricamente han caracterizado a la medicina técnico- científica.

4.1-La medicina y el espacio homeopático.

Si bien afirma Freidson (1970) que el poder profesional se basa en un conocimiento científico especializado, no es lo único que lo determina. Por ello el establecimiento de la validez del conocimiento médico, es un logro básicamente político y no sólo intelectual. (ALMEIDA 1997:667).

De todas maneras nos parece pertinente hacer referencia al presunto resurgimiento de las medicinas alternativas, no oficializadas, sugerido en Bayce (1993): aunque no existan registros exhaustivos al respecto, hay quienes hacen referencia al fenómeno.

Si bien la medicina técnico científica ha obtenido el monopolio de curar por parte del Estado, la homeopatía ha sido un saber que excepcionalmente ha tenido una relativa relevancia en el caso uruguayo. En nuestro país, *"(...) la medicina científica no ha tenido que luchar para imponerse contra otras doctrinas médicas"*, a diferencia de lo sucedido en otros países como es el caso de los Estados Unidos. (DOVAL & SERRA, 1991: 11)

La homeopatía tuvo una fuerte inserción en la sociedad uruguaya, dado que ha sido dentro de las prácticas no oficializadas, la que ha sido dotada de una cierta relevancia y prueba de ello, es el hecho de que hasta 1925 funcionó la Cátedra de Homeopatía en Facultad de Medicina, integrada por médicos e idóneos. Otro dato relevante es que en el año 1891, la medicina homeopática es reconocida por el Estado, a través de un listado en el cual se autorizaba a algunos homeópatas, junto a médicos alópatas a retirar la vacuna antivariólica. Cabría destacar también que hubo un médico homeópata, llamado D' Kort

que estuvo a cargo del "Asilo de Dementes" por el espacio de 14 años. (DOVAL & SERRA, 1990)

Esta relación especial de la homeopatía con la medicina oficial, tuvo que ver con una actitud del Estado uruguayo, que a pesar de concederle el monopolio a la medicina técnico- científica, mantuvo una tolerancia relativa con respecto a otros saberes. Pero la Homeopatía fue desautorizada y combatida como saber legítimo, por la medicina técnico- científica y el Estado al suprimirse la Cátedra de Homeopatía en 1925.

Según Oddone- Paris (1971), aunque este suceso generó una fuerte resistencia popular, la situación no fue revisada. (DOVAL & SERRA, 12:1990)

Estas apreciaciones sobre la homeopatía, están motivadas por el hecho de que recientemente sus técnicas han sido incorporadas por médicos alópatas egresados de Facultad de Medicina. Así se demuestra la existencia de un cambio en la estrategias de la Medicina para con estas prácticas, aunque su posición de superioridad técnica y social, permanezca incambiada.

Si bien reconocemos que la homeopatía ha sido hostigada de diversas maneras, por parte de los médicos en su lucha por mantener las fronteras del campo, consideramos que actualmente estas estrategias han cambiado; las denominaremos de colonización e integración a su práctica. Y esto reafirma que la medicina técnico científica, continúa subordinando técnica y socialmente a la Homeopatía como también a las demás "medicinas alternativas".

4.2- Autoridad

La autoridad cultural de los médicos que practican la homeopatía, no se ve afectada por ello, sino que permanece intacta. No sólo cuando emiten juicios sobre estados de salud o enfermedad, sino también a la hora de diferenciarse de los homeópatas que no son médicos. Ellos sostienen siempre que antes que nada son médicos y después homeópatas, lo que demuestra que apelan a la legitimidad que tiene la medicina oficial, para legitimar el uso de estas otras técnicas.

Aunque la mayoría de los agentes estudiados en esa oportunidad sostuvieron que el enfoque homeopático tiene poca relación con la medicina técnico-científica, justifican esta adopción señalando que la homeopatía permite ampliar el enfoque terapéutico. No es casual que muchos de los mencionados profesionales, se encuentran vinculados a áreas específicas de producción y reproducción de conocimiento científico en alopática: algunos de ellos son investigadores y/o se dedican a la docencia en la Facultad de Medicina.

En la generalidad de los casos podemos establecer que estamos en presencia de profesionales de la salud, que pese a haber integrado técnicas no convencionales, mantienen vinculaciones con el sistema médico hegemónico y que, a la hora de realizar sus diagnósticos, no vacilan en corroborarlos con exámenes complementarios utilizados por la medicina alopática.

Esto se ve reforzado por la situación de multiempleo en que se encuentran la mayoría de nuestros entrevistados, ya sea trabajando en atención alopática de la salud a nivel público o privado. Si bien las consultas de medicina homeopática se llevan a cabo haciendo uso

del desempeño liberal de la profesión, -ya que el ejercicio de la medicina Homeopática no ha sido oficializado hasta el momento- estos médicos también desempeñan su profesión en mutualistas, en centros de atención a la salud municipales, en Hospitales o como investigadores y/o como docentes de Facultad.

Los médicos que integran la Comisión Directiva de la A.M.H.U., en la mayoría de los casos son médicos que tienen una historia laboral en alopática bastante amplia y variada, salvo uno de nuestros entrevistados que ha ejercido solamente la Homeopatía -además de otra medicina alternativa - desde sus comienzos hasta el presente, teniendo un ejercicio exclusivamente liberal de la profesión.

4.3-Autonomía

Dada la información con que contamos, sostenemos que si bien la medicina homeopática, al no estar oficializada, ofrece una posibilidad a los médicos de ejercicio liberal de la profesión, esta adopción no estaría siendo una estrategia para evitar la inserción institucional en el sistema de atención a la salud hegemónico.

Uno de nuestros entrevistados hace clara referencia al problema y establece que los médicos *"buscan una manera diferente de encarar a sus pacientes, lo que obedece al interés creado, en parte, por la búsqueda de una salida económica a sus posibilidades laborales"*. (Entrevista N°2, en anexos, "Nuevos perfiles de la medicina en el Uruguay: el caso de los médicos homeopatas")

También se critica el abordaje actual del paciente por las instituciones de atención a la salud, ya que dado la corta duración de la consulta alopática, el paciente recibe un trato poco personalizado, constituyendo en algunos casos, un expediente más, lo cual genera en el paciente la sensación de ser incomprendido en su problemática. Esta "deficiencia" del sistema institucionalizado de atención a la salud es capitalizado por los médicos homeópatas como una razón para acudir a ellos: de esta forma, constituiría una estrategia de supervivencia económica frente al sistema de salud hegemónico.

A este respecto, parece ser que cuando la dedicación horaria a la Homeopatía es bastante insignificante en relación al tiempo destinado a otras prácticas, no parece ser muy redituable, en el sentido de que si se obtuviera un buen ingreso por esta vía, no se mantendrían los otros 3 o 4 empleos en alopática. Pero cuando la dedicación en horas a la medicina Homeopática es casi total o muy significativa, pareciera ser una excelente oportunidad económica para los médicos, ya que pueden prescindir de trabajar en más de un lugar de trabajo.

4.4 - Monopolio

Los médicos que practican la homeopatía, utilizan frecuentemente términos descalificativos para referirse a los homeópatas no- médicos, demarcando así su espacio, más legítimo por provenir de una disciplina técnico científica, avalada por el Estado.

CONCLUSIONES

En este trabajo se pretendió discutir las hipótesis o tesis más aceptadas, sobre una creciente pérdida del monopolio, autonomía y autoridad de la medicina moderna. Aquí se plantea desde un primer momento, que si bien estos procesos pueden ocurrir en algunos segmentos de la práctica profesional, se tienen argumentos suficientes para sostener que: en rigor, como cuerpo profesional, la medicina se está reproduciendo de manera renovada; y esta renovación, contribuye a una preservación, tanto del monopolio, como de la autonomía y la autoridad, bajo nuevas reglas que rigen las relaciones entre este cuerpo profesional, los sistemas de conocimiento, y el mercado de trabajo, por enumerar a algunos de ellos.

Esto implica que estas nociones deberían ser reconceptualizadas, entanto se asiste a una lucha por la preservación de la autoridad técnico científica, en la que están en juego no sólo las ventajas materiales, prestigio o nivel de remuneración, que junto con el monopolio corporativo de la práctica, lograron la elitización de esos trabajadores.

(SCHRAIBER, 1995:62)

De este estudio se desprende que este proceso obedece a una plasticidad de la medicina y a la existencia de un capital cultural que le permite adaptarse a esas nuevas contingencias y se pasa a presentar para ilustrar lo antedicho, el caso de las técnicas homeopáticas, como un caso que muestra por lo menos para ese contexto empírico, que fue estudiado bajo determinadas circunstancias, lo que se sostiene aquí, se cumple, en el sentido de que hay una colonización de la racionalidad técnico científica, por sobre otros saberes que también participan en el ámbito de la atención a la salud.

En relación a las hipótesis discutidas vinculadas a las transformaciones más recientes de la medicina como profesión, que refieren a un proceso creciente de corrosión de la autoridad cultural de los médicos, como esperábamos, fueron operativas para seguir sosteniendo, como pensábamos, que en rigor, la medicina técnico- científica mantiene su poder y prestigio social incambiados, aunque éstos estén adoptando otras modalidades.

La hipótesis de la Desprofesionalización, se refiere a la creciente pérdida del monopolio profesional del conocimiento, debido a varios factores. Se mencionan entre ellos, la mejora en el nivel educativo de la población, el desarrollo de las comunicaciones, el deseo de las asociaciones de consumidores de controlar estos servicios, los que hicieron posible un acceso más masivo por parte del público en general al conocimiento profesional médico.

Lo que nosotros sostuvimos aquí es que si bien estos fenómenos acontecieron, no trajeron consigo una pérdida del monopolio profesional del conocimiento. Los médicos, al igual que otros profesionales, manejan estrategias para hacer frente a estas coyunturas, ya sea, mediante la complejización del lenguaje, incorporando tecnologías cuya información solo ellos pueden decodificar, entre otras.

De esta manera, el monopolio del conocimiento sobre temas sanitarios. lo siguen teniendo los médicos, los cuáles dotados de una gran plasticidad, han sabido reaccionar frente a estos cambios y llevar a cabo medidas para mantener las condiciones que les permiten seguir imponiendo sus reglas en el campo sanitario.

Otra de las hipótesis que se manejan es la que trata del desarrollo tecnológico, por el que transitan las bio-ciencias, haciendo cada vez más frecuente el uso de sistemas de

inteligencia artificial para la elaboración de diagnósticos en medicina, que para autores como Haraway (1985) -referida por Rabinow- traen consigo la *"muerte de la clínica"*.

La hipótesis se apoya en que la medicina asiste a un proceso de disminución de la base personal y al aumento de la base tecnológica, minimizando la intervención terapéutica directa.

Estos cambios producidos en las bases materiales de la división del trabajo, derivados de transformaciones sociales, situan a la tecnología como un componente fundamental, emergente de nuevas racionalidades.

Por lo tanto, el uso de nuevos elementos para lograr más precisión en el diagnóstico, no hace peligrar la vida de la clínica, sino que obliga a redefinir su rol, dentro de las instancias constitutivas de la profesión médica.

Otras de las hipótesis que manejamos aquí es la que sostienen autores como Almeida al referirse a Haug (1988), que consideran que la creciente especialización de la medicina tornó a los médicos más dependientes de sus colegas y otros profesionales, que participan en el ámbito de la atención a la salud, debilitando cada vez más su poder individual.

En relación a ello, sostuvimos que el hecho de que hayan múltiples agentes que participen en dicho campo, la autoridad cultural y técnica, la siguen manteniendo los médicos, quiénes, dotados de una cierta autonomía, son los únicos profesionales de ese ámbito que pueden establecer los juicios que crean convenientes y avalar la gestión de otros agentes no médicos que participan en alguna de las etapas del proceso de trabajo.

En la hipótesis de la Proletarización de la profesión médica, *"(...) se postula que el proceso de cambio ocupativo desde el empleo por cuenta propia hacia el empleo asalariado incide directamente sobre la naturaleza del profesional. El proceso de*

asalariación ha afectado a todas las profesiones desde comienzos del presente siglo y en particular a las profesiones sanitarias." (GUILLÉN: 1990: 43)

En la línea de Feidson, sostenemos que estos cambios no alteran la cuestión central de la autonomía de la profesión, dado que estos son cambios operados a la interna de la profesión y no externos a ella.

En relación al mercado de trabajo, hay quienes sostienen que la estratificación de la profesión médica, constituye un potencial foco de conflictos y disputas intraprofesionales. Estos procesos aluden a la pérdida de vigencia del modelo de ejercicio liberal de la profesión médica, al mismo tiempo que surgen nuevas categorías ocupacionales en el interior de la profesión, que tiene que ver con la emergencia del médico empresario. Esta diversificación, trajo consigo el problema de la fragmentación interna alentada por los intereses dados por la categoría ocupacional.

Estos procesos de cambio a la interna de la profesión, ya sea buscando nichos de mercado para el ejercicio de la profesión, son estrategias para seguir manteniendo el dominio legal e institucional de la profesión médica.

Sin duda que la crisis del Estado Benefactor, tiene una incidencia directa sobre la medicina, dado que al ser una práctica social, las transformaciones de la medicina están muy vinculadas al contexto social en el que se desarrolla. Esto es que los procesos de crisis económica producidos por el achicamiento del Estado también se reflejaron en el sector, lo cual trajo aparejados varios de los procesos aludidos anteriormente.

Para concluir, colocamos el caso de los médicos que han incorporado a la homeopatía en su práctica, como algo que ejemplifica de alguna manera alguna de las estrategias que implementa la medicina para ampliar su campo de conocimientos y las fronteras de su dominio, monopolio y autonomía, al conferirle legitimidad a algo que antes era ilegítimo.

Lo que ilustra de alguna manera, cómo a veces influye una cuestión de mercado, por sobre una cuestión ideológica.

La medicina a lo largo de la historia, ha desarrollado diferentes estrategias en relación a otros saberes que participan en el campo sanitario, lo cual nos permite esbozar una tipología de ellas.

La primera estrategia podría ser denominada de descalificación y exclusión de otros saberes sobre la salud y la enfermedad. La segunda es de una relación de exterioridad y de integración subordinada o vertical al campo sanitario, que es lo que Freidson dice que ha ocurrido con la enfermería, la Psicología, el Trabajo social, etc.

Y por último, la Incorporación o legitimación de segundo grado que se hace de estos otros saberes, en la cuál no hay exterioridad, sino que hay incorporación al interior del propio campo de conocimiento: esto produce una redefinición de este campo de conocimiento y esa redefinición garantiza la ampliación de las fronteras del dominio de la medicina, del monopolio y de la autonomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ALMEIDA, Celia (1997), "Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, nº4, pp.659-676.

BAYCE, Rafael (1993) "El devenir histórico del poder y prestigio social del médico". *La medicalización de la sociedad*, pp.207-228. Montevideo, Nordan Ed.

BELMARTINO, Susana (1994). "Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo". *Cuadernos Médico Sociales*. vol. 68, pp.5-26.

BOURDIEU, Pierre (1995) "Respuestas por una sociología reflexiva". *La lógica de los campos*, Caps.II, III, IV. Mexico, Grijalbo Ed.

COE, Rodney (1973) *Sociología de la medicina*. Buenos Aires, Alianza Editorial.

DINIZ, Marli (1995), "Neomarxistas e Neoweberianos: Sobre a Natureza do Estrato Profissional". *Dados*, vol.39, nº1, pp.101-137.

DONNANGELO, Maria C.(1979) *Saúde e Sociedade*. Sao Paulo, Duas Cidades Ed.

DOVAL, F; SERRA, J. (1990) *La profesión médica en el Uruguay*. Montevideo, mimeo.

FRANCO AGUDELO, Saúl (1994). "La salud al final del milenio". *Cuadernos Médico Sociales*. vol.68, pp.39-55.

FREIDSON, Elliot (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Alianza Ed.

GERSCHMAN, Silvia.(1999) "Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio". *Cadernos de Saúde Pública*, vol.15, nº2, pp.293-302.

GUERRA, Francisco (1993). *Las medicinas marginales*. Madrid, Alianza Ed.

GUILLEN, Mauro F.(1990) "Profesionales y burocracia: Desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Reis*, vol.51, nº3, pp.35-51.

IRIGOYEN, Juan (1996) *La crisis del sistema sanitario en España: Una interpretación sociológica*. Madrid, Alianza Ed.

MACIEL, Gabriela (1998) *Nuevos perfiles de la medicina en el Uruguay: El caso de los médicos homeópatas*. Montevideo, mimeo.

MITJAVILA, Myriam. (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Departamento de Sociología.Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo. Nº33

RABINOW, Paul.(1991) "Artificialidade e Ilustração: Da sociobiologia à Bio-sociabilidade." *Novos estudos* Nº31, pp. 79-93.

SCHRAIBER, Lila B.(1995) "O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 11, nº1, pp.57-64.

SHRAMM, F. & CASTIEL, L. (1999), "Bioética e saúde pública". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, nº1, pp.4-5.

STARR, Paul.(1991), *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos*. México, Fondo de Cultura Económica.