

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

## **Habitus en tiempos de cambio**

Una aproximación a las disposiciones de los médicos de la  
Red Oeste de ASSE al cambio del Modelo de Atención

**Camila Estiben**  
Tutor: Alfredo Falero  
Co-tutor: Fernando Bertolotto

**2020**

*“Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para  
cambiar lo que somos”*

Eduardo Galeano

### **Agradecimientos**

*A mi tutor, Alfredo, por su paciencia y constancia. A Fernando, por ser un gran maestro y por la confianza y apoyo durante todos estos años.*

### **Dedicatoria**

*A mi madre, Carmen, y a mi padre, Gustavo, por su apoyo y amor incondicional. A mis amigas y amigos. A Vidalita, por revolucionar mis días con su ternura. Y a mi compañero, Sebastián, por haberme enseñado que estudiar también es hacer la revolución*

## Contenido

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Problema de Investigación.....	4
Justificación y antecedentes .....	4
Fundamentación teórica .....	8
Campo médico .....	10
Habitus médico .....	11
Estrategias y mecanismos de acción .....	13
Objetivo general y específicos .....	15
Estrategia de investigación .....	16
Definición y fundamentación metodológica .....	16
Universo de estudio, unidad de análisis y muestra.....	17
Técnicas de recolección de datos .....	18
Técnicas de análisis.....	19
Resultados .....	22
Habitus médico.....	22
Determinantes de los esquemas de significación.....	22
Componentes del habitus médico .....	28
Articulación intersubjetiva del habitus .....	33
Mecanismos y estrategias desarrollados frente al cambio .....	41
La incidencia del habitus médico en el avance del cambio de modelo en la Red .....	51
Conclusiones .....	54
Bibliografía .....	58

Anexo metodológico .....	63
1. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	63
2. Evaluación de la accesibilidad, calidad, completud y ajuste de los datos primarios ....	64
3. Aspectos metodológicos del Proyecto Equity LA II.....	65
4. Tablas de resumen del material analizado .....	68
5. Consentimiento informado para la participación en el estudio primario .....	70
6. Guías para la realización de las entrevistas grupales e individuales.....	72

## Resumen

Todo cambio implica una ruptura con un orden social naturalizado. Partiendo de la teoría de la acción social de Pierre Bourdieu, el presente trabajo realizó un análisis de los esquemas de significación de los médicos de la Red Oeste de ASSE y sus principales determinantes, con el objetivo de comprender cómo estos operan frente al cambio del modelo de atención iniciado en el marco de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay.

El *habitus* de los médicos y sus estrategias y mecanismos de acción fueron abordados desde la investigación cualitativa a partir del análisis crítico del discurso que emergió en las entrevistas en profundidad, individuales y grupales, realizadas a profesionales de la Red en el marco del Proyecto de Investigación Internacional *Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de salud de América Latina* (Equity LA II).

Los resultados obtenidos permitieron observar un desajuste entre las condiciones de producción y realización del *habitus* médico, donde sus disposiciones al cambio del modelo de atención se encuentran determinadas por sus características autónomas y corporativas. Estas características son incorporadas durante el proceso de formación y se ajustan de forma particular por el efecto del *contexto de práctica concentrada* que caracteriza a la Red de estudio. A pesar de que los médicos tienden a optar por estrategias de *conservación* o *sucesión*, dependiendo del lugar que ocupan en la estructura de poder de la profesión, el carácter transformable del *habitus* podría ser desarrollado mediante procesos de análisis auto reflexivos que permitan a los actores repensarse en sus prácticas.

**Palabras clave:** Reforma Sanitaria; *Habitus* médico; Modelo de Atención; Disposición al cambio

## **Introducción**

En el año 2005 Uruguay inició una reforma de su Sistema Sanitario centrada en tres grandes ejes: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio del modelo de atención. El principal objetivo de esta reforma era atacar la fragmentación del sistema, así como también la atención inequitativa, hospitalocéntrica, medicalizada, superespecializada, centrada en la atención de la enfermedad mediante un modelo de medicina reparatoria. Como resultado, en el año 2008 entró en vigencia la Ley 18.211 mediante la cual se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), conformado por la articulación entre el prestador de salud público -consolidado en el año 2007 mediante la Ley 18.161 de creación de la Administración de los servicios de Salud del Estado (ASSE)- y los prestadores privados. A su vez, se creó el Seguro Nacional de Salud, como instrumento para el financiamiento del SNIS a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y se trabajó en la organización de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que permitieran la descentralización de la ejecución del modelo de atención en áreas territoriales a través de la coordinación entre las dependencias nacionales y departamentales, organizando la prestación de servicios según niveles de atención en base a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). La concepción del territorio como una RISS implicó un proceso progresivo de descentralización y delegación de responsabilidades a los Equipos de Gestión Regional configurados desde el año 2013, siendo éstos claves para los avances de la Reforma del Sistema de Salud en el cambio del modelo de atención.

Concretamente en ASSE, la estrategia de Atención Primaria en Salud fue impulsada mediante la creación de las Redes de Atención Primaria en Salud (RAPs), centralizándose allí la administración de la atención del primer nivel, que pasaría a estar a su vez descentralizada en policlínicas urbanas y rurales distribuidas en todo el territorio como forma de facilitar el acceso de los usuarios al sistema. De acuerdo a lo propuesto por la reforma, el primer nivel de atención debe ser la puerta de entrada al sistema, y allí se deben resolver el 85% de las consultas clínicas, que serán derivadas a un especialista, y por lo tanto a un hospital, solo en caso de que la situación del paciente así lo requiera.

Desde la puesta en marcha de la reforma, se han realizado diversas evaluaciones para evidenciar su grado de avance y los desafíos de su implementación. Dichas evaluaciones coinciden en que los principales logros se observan en materia de financiamiento, ya que a través del FONASA se ha logrado asegurar el acceso universal a la salud, disminuyendo las

desigualdades socioeconómicas de acceso a los servicios. Sin embargo, tal y como lo plantea la última evaluación, *“Avances en la consolidación del SNIS”* (MSP, 2019), existe aún hoy la necesidad de alcanzar una mayor profundización en el cambio de los modelos de atención y gestión, lo cual implica generar importantes transformaciones a nivel cultural de todos los actores e instituciones involucradas en el sistema, desde los trabajadores y cuadros gerenciales, a los usuarios (Gallo, 2015).

Para ASSE este cambio aparece aún como un desafío dentro del proceso de implementación del SNIS, ya que *“implica una construcción colectiva, cultural, social e ideológica, en el sentido de cómo entendemos el cuidado de la salud y el ejercicio profesional, tanto desde la perspectiva clínica como desde el abordaje de la gestión y el cumplimiento de las funciones inherentes del ejercicio de la rectoría”* (Harispe y Fernández Galeano, 2019:135). Se reconoce así la importancia que los equipos de salud tienen para efectivizar este cambio. Las estrategias propuestas para profundizar en el nuevo modelo de atención se focalizan en la organización y funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en el desarrollo de las competencias de efectores y profesionales, y en la asignación de recursos. Aunque se reconoce que este tipo de cambios genera tensiones *“en tanto interpela viejas prácticas de atención y de gestión, concentradoras de poder”* (Harispe y Fernández Galeano, 2019:147), no se especifica cómo sortear dichas tensiones en torno al poder históricamente concentrado en la medicina especializada, y se entiende como un desafío la determinación de *“una gestión centrada en el usuario, participativa, que habilita los desarrollos locales (...) y se sustenta en la interacción colaborativa y transformadora de los componentes de la red”* (Harispe y Fernández Galeano, 2019:147). Los problemas de calidad de la atención y su estudio, han estado históricamente centrados en aspectos referidos a la interacción médico-paciente, a la saturación de servicios, a la sobrecarga de trabajo del personal médico y a la disponibilidad de recursos; lo cual responde directamente a la estructura de poder y funcionamiento del *campo médico*. Es por ello que resulta necesario incorporar una perspectiva sociológica que considere aspectos tales como la formación de los médicos, la estructura altamente jerarquizada en la cual se encuentran inmersos, sus condiciones de trabajo y cómo todo esto impacta en el desarrollo de su práctica profesional, para evitar así reducir estos problemas a cuestiones *“monitoreables a través de indicadores simples –de estructura, proceso y resultado (...) y con “soluciones” basadas ante todo en la ética, la buena voluntad y la cooperación de los médicos; en el incremento de los recursos y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios”* (Castro, 2015: 48-9).

## Problema de Investigación

*“La mayor parte de las acciones humanas tienen por principio algo completamente distinto a la intención, es decir, disposiciones adquiridas que hacen que la acción pueda y deba ser interpretada como orientada hacia tal o cual fin, sin que uno pueda plantear sin embargo que haya tenido por principio la búsqueda consciente de este fin”*

Pierre Bourdieu (1966)

La presente investigación pretendió realizar una problematización que permitiese identificar las bases del espacio social desde donde se construye el cambio del modelo de atención, analizando concretamente el carácter social de las prácticas desarrolladas por los médicos, agentes sociales activos, que desempeñan *“un papel fundamental en la construcción y reproducción de un orden social que es percibido como <<natural>>”* (Castro, 2015:37-8). Todo cambio implica romper un orden social establecido, y por lo tanto resulta fundamental identificar los mecanismos sociales que deben desentrañarse para efectivizar el cambio. Se optó por focalizarse en la profesión que históricamente ha detentado mayor poder en el campo de la medicina, para comprender cómo a través de su práctica dan sentido al cambio del modelo de atención, lo cual implicó identificar desde una sociología crítica sus esquemas de percepción y apreciación dominantes.

### ***Justificación y antecedentes***

La práctica profesional de los médicos ha sido configurada como objeto de estudio sociológico desde hace ya varias décadas. En 1955 Strauss definió a la Sociología de la Medicina como aquella que analiza *“temas relacionados con la estructura organizativa, los roles, los sistemas de valores, y los rituales y funciones de la medicina como sistema de comportamiento”* (Rodríguez, 1987:31); hoy en día dicha denominación se ha ampliado a la de *Sociología de la Salud*, englobando así el análisis sociológico de todo el sector sanitario.

En 1978, Eliot Freidson publicó su trabajo *“La profesión médica”*, cuyas aportaciones se extendieron no sólo al área de la Sociología de la Salud, sino también a la Sociología del Trabajo, de las Organizaciones y del Conocimiento. Los conceptos de *profesión y autonomía* desarrollados por dicho autor serán de vital importancia para el presente trabajo. Freidson definió a una profesión como *“una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, ésta [la medicina] es autónoma e independiente”* (Freidson, 1978:15). De esta forma, se entiende a la autonomía como *“la capacidad de sustraerse del juicio de los legos y de reservar para los especialistas*

*de la propia profesión la evaluación del trabajo que se hace*” (Castro, 2015:68), siendo este el rasgo central de toda profesión. En el caso de la profesión médica, su estudio ha sido muy controversial por el lugar que el conocimiento que ésta maneja ocupa en la sociedad, por su particular alianza con el Estado, y por su compleja estructura de división del trabajo. Freidson (1978) definió a los médicos como *empresarios morales* en la medida en que tienen el poder de determinar y diferenciar entre lo sano y lo enfermo, lo normal de lo anormal, y lo que hay que hacer para corregirlo. Este poder que la profesión detenta, no sólo en su campo de acción sino con respecto a la sociedad en general, pone en evidencia la característica dual de su práctica, que no es sólo clínica, sino también política; *“a pesar de la doble dimensión –clínica y política- que constituye su práctica profesional, los médicos suelen ser conscientes sólo de la primera”* (Castro, 2015:171), lo cual justifica la necesidad analizar críticamente el diálogo y articulación entre el cambio del modelo de atención y la práctica médica, entendiendo que la invisibilización del carácter político y altamente ideológico de su práctica responde a la estructura de poder en la cual se desarrollan y es también lo que les permite mantenerse en la cúspide de la misma.

En 1977, Michel Foucault publicó *“La vida de los hombres infames”*, donde demostró el carácter social de la medicina, y cómo a partir del S. XVIII su poder no se ha limitado al campo de acción sobre la enfermedad. El proceso de medicalización de la sociedad ha dotado a la profesión de un *“poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo”* (Foucault, 1977:49). La medicina se desarrolla como una ciencia que se encuentra inserta en un sistema histórico, y que por lo tanto forma parte de un sistema económico y de poder. En nuestro país, José Pedro Barrán siguió la línea de análisis planteada por Foucault para analizar el poder de la profesión médica en nuestra sociedad; entre 1992 y 1995 publicó *“Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos”*, en una secuencia de tres tomos: *“El poder de curar”*, *“La Ortopedia de los pobres”* y *“La invención del cuerpo”*. En los tres, el poder y el origen de la posición social de los médicos en nuestro país, son el tema central. El autor entiende, tal y como lo plantea Foucault, que siempre se especula dentro de un pensamiento *“anónimo y constrictor”* específico de una época, y que todos los símbolos que se utilizan para definir nuestras observaciones están cargadas de significados e ideología. Es durante el novecientos que los médicos adquieren un lugar privilegiado en nuestra sociedad, acompañando el proceso de medicalización que describía Foucault (1977), el cual *“marca el endiosamiento del médico y el nacimiento de la <<clase médica>>, junto con el <<ejercicio del poder, la soberbia del*

*saber, la solidaridad absoluta entre ellos>>. Muestra claramente el nacimiento del poder corporativo de los médicos, y junto con el poder económico que ubicó a este profesional entre los individuos adinerados de la sociedad uruguaya de principios de siglo y más allá” (Días, 2013: 223). El Doctor Álvaro Díaz Berenguer, planteó que “aceptar las implicaciones éticas que se derivan de las observaciones que Barrán hace del pasado reciente de nuestra profesión, nos cuesta, porque gran parte de ellas se pueden hacer en la actualidad. Y como ocurre con la verdad en el terreno psicoanalítico, que se oculta sistemáticamente por ser moralmente insoportable, lo mismo ocurre en el terreno social con las situaciones que se desprenden del poder médico” (Díaz, 2013:228).*

En 2015, el Sociólogo mexicano Roberto Castro publicó “*Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*”, donde a partir de los aportes de nueve investigaciones realizó un análisis sobre la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud de México. Concretamente, a partir de dos de sus estudios “*Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*” (2010) y “*Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*” (2014), el autor identifica los determinantes del desarrollo de la práctica autoritaria de los médicos en las características de su proceso de formación, “*estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que juega un papel central en la génesis de un habitus profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, y en la desigualdad de género. Un aparato educativo que mediante tecnologías del yo muy específicas sienta las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social*” (Castro, 2014:191). De esta forma, el autor demuestra la interrelación entre las prácticas de los agentes y la estructura del campo médico. En nuestro país, estos elementos fueron analizados por Raquel Baraibar en su Tesis Doctoral en Sociología, “*Procesos de discriminación en la construcción social de las especialidades médicas en Uruguay*” (2009), quien elaboró una Teoría de la Especialización, donde identificó una serie de elementos de discriminación social que operan durante la formación a nivel de las especialidades médicas –falta de respeto, autoritarismo, abuso de poder, fallas vinculadas a la justicia y la violencia simbólica que sustenta la inequidad-, que determinan el posterior desarrollo de la práctica profesional, y reproducen las lógicas de poder del campo.

Más recientemente, Karina Batthyany, Franco González, Marcia Barbero y Gabriel Barrero realizaron un estudio sobre la profesión médica en nuestro país, denominado *“La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay”* (2018). Dicho estudio se compone de una primera parte cuantitativa, que describe el perfil sociodemográfico de los médicos, las características de su inserción laboral y los desafíos del siglo para la profesión, y una segunda parte cualitativa, en la cual se indagó respecto de la valoración de los profesionales de medicina sobre su profesión. La conclusión a la que arriban los autores estriba en *“la necesidad de apostar a la coordinación entre profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos entre otros) teniendo como horizonte la mejora de la atención del paciente. Ello supone la búsqueda de estrategias de adaptación a los nuevos contextos, a los cambios en la figura del paciente y de su familia de parte de los profesionales de la salud y las instituciones prestadores de salud”* (Batthyany et al., 2018:102). Tal y como se ha planteado previamente, el problema de la fragmentación de los servicios de salud ocupa un lugar central en nuestro país, y es la coordinación de los servicios la estrategia identificada para combatirla.

En este sentido, otro de los antecedentes de la presente investigación es el Proyecto multicéntrico *“Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud en diferentes sistemas de Salud de América Latina (Equity LA II)”*, en el cual la autora de la presente tesis desempeñó las tareas de investigación cualitativa desde 2015 hasta su finalización en el año 2019. El Proyecto fue desarrollado desde el año 2013 en seis países de Latinoamérica (México, Colombia, Brasil, Chile, Argentina y Uruguay), con el objetivo de evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en salud para la mejora de la coordinación y la calidad de la atención. En Uruguay, fue liderado por la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería en convenio con ASSE, y llevado a cabo en su Red Oeste: departamentos de Río Negro, Soriano, Colonia, Durazno, Flores, Florida y San José. Los resultados del estudio pusieron de manifiesto la distancia de la práctica profesional con el modelo referencia y las dificultades de implementación del nuevo modelo de atención a partir de ciertos indicadores que podrían estar determinando un *habitus* profesional tendiente a las prácticas clínicas fragmentadas y poco referenciadas y a la falta de comunicación formal constatada entre los niveles asistenciales. Se observó que el sistema continuaba funcionando de acuerdo a lógicas del modelo de referencia anterior, con una atención que continúa priorizando el nivel especializado y con actores que ponen evidencia resistencias al desarrollo de nuevas prácticas pretendidas a partir de la reforma (Bertolotto et.

al, 2017).

Por último, la tesis de grado en Sociología de Sofía Schelotto (2017), *“Atención: modelo en obra. Implementación del modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de salud. Una aproximación desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel”*, analizó, desde la perspectiva de una especialidad médica en concreto, la implementación del modelo de atención, y puso de manifiesto ciertas *brechas de implementación* existentes. En este caso, la autora consideró los aspectos institucionales que, desde la perspectiva de los pediatras de primer nivel de atención, influyen en los avances alcanzados hasta el momento en el sector público de salud: características sociodemográficas de la población que allí se atiende, formación y capacidad de gestión de sus gestores, ausencia de instancias de diálogo con los profesionales para escuchar sus dificultades en la implementación del modelo en la práctica, y condiciones de trabajo –en términos de disponibilidad de recursos humanos y materiales-.

Entendiendo que el problema de los desafíos presentes y futuros del cambio del modelo de atención *“no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos (...) [y que] los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados –sin menoscabo de la utilidad de esa información- sólo fortalecen al modelo biomédico”* (Castro, 2015:76), es que la presente investigación buscó realizar una aproximación al problema desde una perspectiva que permitiera identificar los mecanismos sociales que articulan la lógica del habitus médico, intentando comprender cómo las *“viejas prácticas de atención y de concentración de poder”* interpelan al cambio (y viceversa). Resulta fundamental analizar cómo se establece el diálogo entre el cambio en la estructura del espacio social de la medicina y las estructuras de pensamiento y acción de sus actores, para poder avanzar en la implementación del modelo, *“hasta las políticas bien diseñadas y bien intencionadas salen mal cuando se realizan esfuerzos para ejecutarlas en contextos económicos, políticos y sociales que son hostiles al cambio. (...) las estructuras de poder pueden no favorecer la implementación de nuevas políticas. Efectivamente, el conflicto y la resistencia son inherentes a la mayoría de los esfuerzos para introducir y mantener nuevas iniciativas de política”* (Grindle, 2009:37). Esta tesis pretendió realizar sus aportes en este sentido, centrándose en los aspectos actitudinales de los profesionales que ofician como un factor determinante para el desarrollo de los cambios propuestos.

### ***Fundamentación teórica***

Se consideró la problemática desde una perspectiva de poder; para ello se tomó el paradigma

del constructivismo estructuralista y la teoría de la acción social de Pierre Bourdieu para guiar su análisis, “*entiendo por constructivismo la afirmación de que existe una génesis social de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que son constitutivos de lo que llamo habitus, por una parte; y por otra de las estructuras sociales, particularmente de lo que llamo campos o grupos*” (Bourdieu, 198:147). El autor elabora una teoría de síntesis entendiendo que la explicación sociológica de las acciones sociales no puede remitirse al abordaje de sus condiciones objetivas, sino que también implica rescatar sus procesos de producción a partir del carácter de los individuos como *agentes* productores de prácticas (Gutiérrez, 2005).

Bourdieu define a las estructuras sociales como *campos sociales*, entendiendo a los mismos como “*espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias*” (Bourdieu, 1988:108). Esta constitución histórica de los campos refiere al hecho de que las posiciones que ocupan los agentes a su interna son el resultado de las luchas competitivas previas que han engendrado en función del capital - económico, cultural, social o simbólico- que esté en juego en ese espacio. La estructura del campo está determinada por el estado de la relación de fuerzas que es producto de dichas disputas; la distribución del capital específico del campo orienta la práctica de sus agentes en pos de conservar o transformar esa estructura, y de acuerdo a su posición, cada agente desarrollará un interés, o *illusio*. La *illusio* es lo que implica a los agentes en el “juego”, es el reconocimiento implícito del valor de lo que está en juego, que será nada más y nada menos que la *estructura de distribución* del capital en disputa. Los agentes se encuentran posicionados en la estructura de acuerdo a las relaciones objetivas que establecen entre sí; el campo implica siempre un esquema relacional de posiciones.

Mientras el campo refiere a las relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas, el *habitus* refiere al sistema de disposiciones que los actores incorporan a lo largo de su trayectoria social en base a esa estructura de referencia que genera estos esquemas de percepción y apreciación de sus propias prácticas y la de los demás agentes del campo (Gutiérrez, 2005), “*siendo el producto de una clase determinada de regularidades objetivas, el habitus tiende a engendrar todas las conductas `razonables`, de `sentido común`, que son posibles en los límites de esas regularidades (...) y tiende al mismo tiempo a excluir `sin violencia, sin arte, sin argumento`, todas las `locuras`(`esto no es para nosotros`), es decir todas las conductas condenadas a ser negativamente sancionadas por incompatibles con las condiciones objetivas*” (Bourdieu, 1980:97). El habitus es la estructura social internalizada, es la disposición a actuar, pensar y hasta sentir de una forma particular.

Las prácticas y representaciones generadas por el habitus, aunque se encuentran guiadas por la *illusio* y poseen un carácter estratégico, no tienen por qué suponer una práctica consciente y reglada. Del encuentro entre las estructuras objetivadas y las incorporadas (campo y habitus) surge el *sentido práctico*, sentido del juego, tanto objetivo como subjetivo y con una lógica propia. Esta lógica práctica es la que les permite a los actores desarrollar la práctica en términos espontáneos, aún frente a situaciones imprevistas, tendiendo siempre a la realización de acciones eficaces para la reproducción de las estructuras objetivas de las que son resultado. Para que la lógica práctica se mantenga y funcione en dichos términos es imprescindible que el habitus se encuentre ajustado al campo, es decir, que haya coincidencia entre sus condiciones de funcionamiento y producción. Es importante resaltar entonces que el habitus, en tanto sistema de disposiciones duraderas, no es inalterable. Cuando las condiciones cambian, se abre un espacio para la transformación, aunque, tal y como lo plantea Gutiérrez (2005) los agentes siempre tenderán a promover condiciones de funcionamiento que sean lo más similares posible a las condiciones en las cuales su habitus fue producido, y por lo tanto, la transformación siempre se enfrentará al desafío de la tendencia a reforzar las disposiciones previas, “*a falta de un análisis de esas determinaciones sutiles que operan a través de las disposiciones, uno se vuelve cómplice de la acción inconsciente de las disposiciones, la cual es, ella misma, cómplice del determinismo*” (Bourdieu y Wacquant, 1995:94); de esta forma, los procesos de cambio siempre se dan en el marco habilitado por el habitus que se pretende transformar.

### **Campo médico**

Cada espacio social se configura como “*un sistema de instituciones y agentes directa o indirectamente relacionados con la existencia de una actividad*” (Leandri, 1999:143). Es decir, cada campo tiene sus características propias de constitución y desarrollo, prácticas específicas que determinan un agrupamiento particular y una manifestación concreta de intereses, que lo diferencia de otros campos. El campo médico incluye a todos aquellos agentes e instituciones de salud que “*ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello*” (Castro, 2015:44). De esta forma, todos los actores e instituciones que lo integran se encuentran en una constante disputa. “*La competencia técnica, que es una de las principales características definitorias del status y el rol profesional,*

*se limita siempre a un “campo” particular de conocimiento y de habilidad”* (Ballesteros, 2007:152). Poseer el conocimiento y las competencias para ejercer determinado rol deviene en la delimitación de un campo de acción específico que otorga estatus y poder, *“es el predominio de un grupo –la profesión médica- sobre el resto de las ocupaciones (...) Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas “legítimos” de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación, acreditación y evaluación de los diversos actores del campo”* (Castro, 2015:47). Sin desconocer la vastedad de agentes e instituciones que componen el campo y sus influencias sobre el problema de investigación en cuestión, se optó por focalizarse en el análisis del habitus de la profesión médica en una región de ASSE, en el entendido de que la reconstrucción de la complejidad del campo excede las posibilidades de este trabajo.

### **Habitus médico**

El campo médico genera (pero también es generado por) un sistema de subjetividades, siendo una de ellas el *habitus médico*, el conjunto de estructuras cognitivas que resultan *“de la interiorización de los principios de una arbitrariedad cultural capaz de perpetuarse una vez terminada la acción pedagógica, y de este modo, perpetuar en las prácticas los principios de arbitrariedad interiorizada”* (Bourdieu y Passeron, 1970:72). Como ya se ha mencionado, es a través del espacio educativo donde cada profesión conforma su propio habitus, sistemas de disposiciones, o maneras de ver el mundo, que se internalizan y reproducen inconscientemente. En el caso de la profesión médica, esto se da a través de la educación que reciben en la Facultad de Medicina y en los hospitales de enseñanza. Resulta interesante retomar la teoría sobre el credencialismo desarrollada por Randall Collins (1979), quien resalta la importancia de la educación *“como una base cultural en la formación de grupos, especialmente para los grupos fuertes por las posiciones ocupacionales y profesionales”* (Ballesteros, 2007:176).

Desde la perspectiva de Foucault (1974), el proceso de formación ejerce un *poder disciplinador* donde se incorporan las lógicas del cuerpo social a partir de la imposición de la subjetividad dominante, que delimita *“la verdad”* y el efecto de verdad; *“el poder es esencialmente una forma de control de las conductas y los cuerpos, el cual se cristaliza en la acción”* (Bulcourn y Cardozo, 2011: 277). En caso de la profesión médica, el sistema educativo, en tanto autónomo y disciplinario, tiene la capacidad de crear subjetividades, y reproducir las relaciones de poder de los agentes e instituciones que componen el campo.

Es entonces en el proceso educativo, de formación y especialización profesional, donde se

forma lo simbólico y todo su respectivo sistema de disposiciones, que serán luego reproducidas diariamente en el ejercicio profesional a través de las acciones que los agentes lleven a cabo desde su sentido común, *“La coincidencia entre el campo médico y el habitus médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo”* (Castro, 2015:49). Al momento de incorporar su *habitus profesional*, se incorpora también el *sentido práctico* *“de lo que hay que hacer en una situación determinada-”* (Bourdieu, 1997:40), que determinará las prácticas intuitivas que los profesionales del campo desarrollen frente al cambio del modelo de atención propuesto.

Tal y como se ha planteado previamente, el habitus no es estático y evoluciona junto con la dinámica del juego. A pesar de que el cambio del modelo de atención también estuvo acompañado de ciertos cambios en las condiciones de producción del habitus médico<sup>1</sup>, reducir la solución de los problemas del sistema sanitario a un cambio en la formación médica –sin desmerecer su necesidad e importancia-, implica continuar reproduciendo las estructuras de poder del campo; esto se justifica en la medida en que existen ciertas características clave del desarrollo y producción del habitus médico que lo hacen particularmente proclive a la reproducción de lógicas del modelo de producción previo. Se incorpora aquí el concepto de Gramsci (1975) de *intelectuales orgánicos*, definidos como aquellos que, aun proclamándose autónomos, desarrollan una función adecuada a los fines de perpetuación del campo de poder al que pertenecen, *“por la estructura altamente jerarquizada que despliega el campo médico en su interior (...) y según su grado de control sobre su propio trabajo y el de otros colegas (...); y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en su ejercicio cotidiano, la práctica médica es una estructura de dominación a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación”* (Castro, 2015:159). Tal y como lo plantea Grindle (2009) al analizar las fuentes de brechas en la implementación de políticas públicas en América Latina, la dimensión política aparece como un problema, principalmente al ejecutar políticas en la provisión de servicios de salud, donde la complejidad de su estructura y la multiplicidad de actores involucrados requiere especialmente que *“todas las acciones deben corresponder a la intención de las políticas y los actores deben asumir*

---

<sup>1</sup> En el año 2007 la Facultad de Medicina de la Udelar, tras diez años de revisión, aprobó un nuevo plan de estudios, donde de acuerdo a lo expuesto por quien fue su Decano en el período 2006-2010, el Doctor Felipe Schelotto, *“la transformación del Sistema de Salud basada en un nuevo modelo de atención (...) se trata de cambios sociales y sanitarios que la Facultad naturalmente acompaña”* (Schelotto, 2008:228).

*responsabilidades por su papel en el proceso*” (Grindle, 2009:35) En este sentido y como se ha desarrollado previamente, la práctica médica tiene una doble dimensión, y a pesar de que la mayoría de los médicos centran su práctica en el aspecto meramente clínico, esto no los libera de la dimensión política, la cual muchas veces ejercen sin ser plenamente conscientes de ello.

Castro (2015) toma el concepto de *currículum oculto* para referirse a todos aquellos mecanismos que operan durante el proceso de formación de los médicos y que no forman parte del plan de estudio formal, pero que determinan fuertemente las características de su futuro desempeño profesional, el “*conjunto de procesos, presiones y restricciones que caen fuera de, o están incorporadas al, currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y quedan inexplorados*” (Cribb y Bignold, 1997:197). De esta forma el autor identifica cuatro elementos principales de la formación no formal de los médicos: el cultivo de una imagen, el castigo y disciplinamiento como forma de transmisión de conocimientos, la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, y el disciplinamiento de género. Todos estos puntos que configuran el *habitus médico*, se incorporan durante el proceso de formación junto con los conocimientos técnicos y se reproducen todos los días en la práctica hospitalaria a través de la rutina profesional, “*se incorporan las jerarquías y por ello se aprende a funcionar en ellas y a defender su existencia de manera espontánea, pre-reflexiva, pues se aprende a verlas como algo “lógico”, “natural”, que “no puede ser de otra manera*” (Castro, 2015:132). En la medida en que no se desarrolle una reflexión respecto del alcance e incidencia de este *currículum oculto* sobre la práctica médica, el cambio del *habitus* se vuelve una tarea difícil de efectivizar ya que no se genera un contexto proclive al cambio. La mera transformación del currículum formal genera un desajuste con respecto de las condiciones de funcionamiento del campo, porque estas últimas siguen ajustadas a las condiciones pasadas de distribución de poder, donde “*el perfil del médico que egresa de la UdelaR (...) actúa como condicionante de un eventual cambio en el modelo de atención*” (OPS, 2007).

### **Estrategias y mecanismos de acción**

Se entiende que los cambios siempre implican una amenaza a los equilibrios previamente establecidos, y que ante estas amenazas “*las estrategias de los agentes y de las instituciones dependen de la posición que ocupen en la estructura del campo y que, por mediación de las disposiciones constitutivas de su habitus les impulsa, ya sea a conservar ya sea a transformar la estructura de esta distribución, por lo tanto a perpetuar las reglas del juego en vigor o a subvertirlas*” (Bourdieu, 1997:63-64). Las estrategias tenderán a la *conservación*, a la *sucesión*

o a la *subversión*, siendo cada una de ellas opuestas en su lógica de acuerdo a los intereses que las generan y los medios mediante los cuales los actores las desarrollan.

El alto nivel de profesionalización que ha desarrollado la medicina y la cantidad de especialidades que la componen son una consecuencia inherente a la institucionalidad moderna. En este sentido, y teniendo en cuenta los aportes de Talcott Parsons (1949), la práctica de la medicina implica el desarrollo de determinados roles que se enmarcan en un proceso de institucionalización, así como también “(...) *una relación especializada con ciertos aspectos de la tradición cultural general de la sociedad moderna*” (Ballesteros, 2007:146). Esta especialización de las competencias, genera una creciente división del trabajo, “*como cualquier otro campo social, el médico admite actores heterogéneos, con una distribución desigual del capital simbólico en juego en el campo y, por ende, con diferentes disposiciones hacia la práctica*” (Castro, 2015:140). El cambio del modelo de atención implicó una separación marcada entre dos grandes campos de acción de la medicina, el de la Atención Primaria en Salud (que se descentraliza ahora en Policlínicas que funcionan en Red) y el de la Atención Especializada (segundo y tercer nivel de atención, que se concentran en los Hospitales); por lo tanto el contexto de desarrollo de la práctica médica también se ve impactado. El cambio político propuesto implica necesariamente movimientos en la estructura del campo, y por lo tanto impacta en las relaciones que se establecen entre las distintas especialidades que lo componen. A estos distintos corpus de conocimiento y campos de acción se suman las diferencias generacionales determinadas por distintos esquemas generadores de habitus. Para Bourdieu, en los conflictos generacionales “*no se oponen clases de edad separadas por propiedades de naturaleza, sino habitus producidos según modus de generación diferentes, es decir por condiciones diferentes de lo imposible, de lo posible y de lo probable, que hacen que los unos experimenten como natural o razonable unas prácticas o aspiraciones que los otros sienten como impensables o escandalosas, y a la inversa*” (Bourdieu, 1980:101). De esta forma también se plantea que en base al marco temporal de su formación y su antigüedad en el sistema, podrían aparecer diferencias entre los médicos que los orienten a desarrollar distintas estrategias frente a los cambios propuestos.

Siguiendo lo planteado por Bourdieu, el habitus es observable en la práctica, en la espontaneidad de la acción pre-reflexiva y en las interacciones que los agentes establecen entre sí. El desarrollo de estrategias implica la puesta en marcha de *mecanismos* de acción, formas de conductas institucionalizadas, que forman parte de la rutina de la práctica profesional y que tienen como fin alcanzar los objetivos específicos a los cuales adscriban los agentes de acuerdo

a su posición en el campo (Castro, 2015); a nivel colectivo la acción toma significado a partir de la *interacción* que tiene lugar en el espacio social entre los agentes; en base a lo trabajado por Castro (2015) se identificarán aquí cuatro tipos de interacción fundamentales para el análisis de la presente investigación, 1) la interacción entre médicos, 2) la interacción de médicos con otras profesiones del campo, 3) la interacción de médicos con usuarios del sistema de salud, 4) interacción de los médicos con los gestores y la institución en la cual trabajan.

### ***Objetivo general y específicos***

#### Objetivo General

En términos generales se buscará realizar un análisis sociológico sobre el habitus médico y su influencia en el proceso de cambio del modelo de atención iniciado en el marco de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Se buscará así, identificar y analizar, en el terreno de las lógicas-prácticas, los componentes del habitus de los médicos de la Región Oeste de ASSE, y cómo estos operan frente al cambio del modelo de atención propuesto.

#### Objetivos específicos:

1. Realizar una aproximación a los principales determinantes de los esquemas de significación de los médicos de la Región Oeste de ASSE.
2. Analizar los componentes del habitus médico de la Región Oeste de ASSE.
3. Comprender cómo se articula el habitus de los médicos de la Red a partir de la interacción con los demás actores del campo (otros profesionales, gestores y usuarios).
4. Analizar críticamente el discurso de los médicos respecto a los cambios implementados a partir de la reforma y cambio del modelo de atención.
5. Explicar las estrategias y mecanismos de acción desarrollados frente al cambio del modelo de atención, sustentados en el habitus de los médicos de la Región Oeste de ASSE.

## Estrategia de investigación

### *Definición y fundamentación metodológica*

Definir una estrategia de investigación supone un posicionamiento paradigmático, que no sólo determina la visión teórica que orienta la investigación a nivel ontológico y epistemológico, sino también a nivel metodológico. Para responder a los objetivos propuestos se optó por el paradigma *interpretativista* y el desarrollo de una metodología cualitativa, que permitiera *comprender* el funcionamiento del *habitus médico* a partir de los esquemas de significación compartidos intersubjetivamente.

A nivel del diseño metodológico, este trabajo tuvo como particularidad la utilización de datos recabados en el Proyecto Internacional *Equity LA II*<sup>2</sup>, investigación que ya fue presentada en el apartado de antecedentes. En 2004 Janet Heaton realizó una historización y revisión bibliográfica de 65 investigaciones sociales en salud que habían desarrollado una metodología de análisis secundario cualitativo, a partir de la cual caracterizó y definió de forma exhaustiva esta metodología, estableciendo criterios de calidad y discutiendo sobre sus implicancias éticas. De acuerdo a la clasificación de Heaton, se realizó un análisis secundario del tipo *auto-data*, ya que se reutilizaron datos que originalmente fueron recabados y analizados por la propia autora de la presente tesis, bajo la supervisión del Investigador Principal del Proyecto Equity-Uruguay, el Profesor Fernando Bertolotto<sup>3</sup>, co-tutor del presente trabajo, con el objetivo de investigar preguntas nuevas o adicionales a aquellas exploradas en el estudio primario.

El diseño metodológico para la realización de un estudio secundario debe ser dividido en dos etapas (Heaton, 2004): 1) el acceso a los datos relevantes que pueden ser re utilizados y 2) el chequeo de los datos para la verificación de su aplicabilidad de acuerdo a los propósitos del estudio. Para ello, se realizó una adaptación al español de una herramienta desarrollada en 1997 por Pamela Hinds para evaluar la accesibilidad, calidad, completud y ajuste de los datos (Ver Anexo 2), lo cual permitió confirmar la aplicabilidad de los datos recabados en el estudio primario respecto de los objetivos del presente estudio.

---

<sup>2</sup> El protocolo de la investigación internacional se encuentra descripto completamente en el artículo publicado en el BMJ Open, "*Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol*" (Vazquez et al., 2015). Por cuestiones de extensión, las especificidades del diseño metodológico de este estudio son presentadas en detalle en el Anexo.

<sup>3</sup> Profesor Titular y Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería (Udelar), Mag. Ciencias Sociales por la Universidad de París 3 La Sorbonne Nouvelle, Francia; Licenciado en Enfermería por la Udelar.

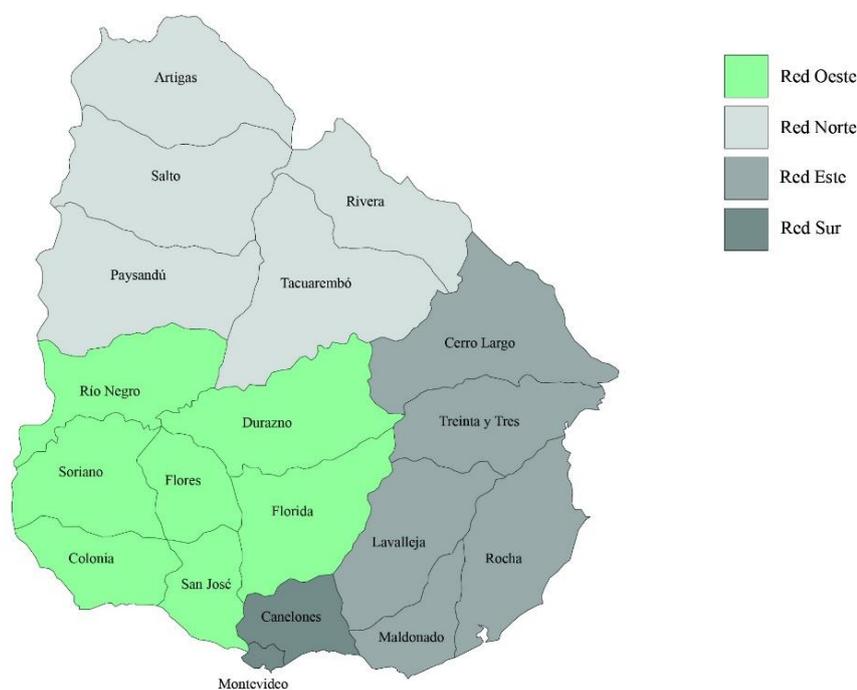
### ***Universo de estudio, unidad de análisis y muestra***

El universo de estudio fueron los profesionales de primer y segundo nivel de atención de la Red Oeste de la ASSE (Ver Mapa 1), que participaron del Proyecto Equity LA II; todos ellos tenían como mínimo tres meses de experiencia de trabajo en la Red.

El interés estuvo centrado en el *habitus médico*, sus esquemas de percepción y apreciación, y en cómo sus estrategias de acción repercuten en el proceso de cambio estructural. La unidad de análisis fue entonces el discurso de cada uno de los profesionales entrevistados en el estudio primario. Cabe aclarar que, entendiendo que la acción de los médicos tiene sentido en un contexto de interacción con otros profesionales del campo es que también se recurrió a las entrevistas realizadas a profesionales no médicos, para contrastar los discursos que unos y otros hacen respecto a la disposición de los médicos al cambio del modelo de atención.

El muestreo fue intencionado y razonado por conveniencia, seleccionando aquellas entrevistas individuales y grupales, realizadas en el marco del Proyecto Equity-Uruguay, a profesionales de ambos niveles de atención que se ajustaban a los objetivos de la presente investigación. Aunque el tamaño final de la muestra estuvo determinado por el criterio de saturación del estudio primario, se valoró como suficiente la información alcanzada en cada categoría de análisis propuesta en la presente tesis. La Tabla 1 (ver página 19) muestra la configuración y tamaño final de la muestra.

**Mapa 1. Regionalización de ASSE al momento de realizarse la investigación primaria**



### *Técnicas de recolección de datos*

Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron conversacionales. Las entrevistas implican procesos de comunicación interpersonales que se inscriben en un contexto social y cultural determinado (Vallés, 1999). Concretamente, las *entrevistas en profundidad*, son procesos comunicativos donde el o la investigador/a busca extraer determinada información que se encuentra en la racionalidad de la persona que es entrevistada. De esta forma, la información ya viene cargada de los significados que el entrevistado le atribuyó, siendo justamente esto lo que resulta de mayor interés para la presente tesis, que busca comprender los esquemas de significación de los médicos en torno al cambio del modelo de atención, los cuales se encontrarán implícitos en sus discursividades, *“las estructuras mentales a través de las cuales los actores perciben y describen su mundo y sus circunstancias son esencialmente el producto de la internalización y, mejor aún, de la incorporación de las estructuras materiales de este mundo”* (Castro, 2015:101-2).

El hecho de que las entrevistas fueran semi-estructuradas facilitó la flexibilidad de la guía original (Anexo 6), permitiendo indagar y generar evidencia suficiente como para poder analizar un nuevo –y emergente- problema de investigación.

Mientras que las entrevistas individuales permitieron conocer el discurso individual de los profesionales sin la presión que podría representar exponer los significados de su práctica profesional ante otros; las técnicas de entrevista grupal utilizadas también permitieron aproximarse al discurso de los grupos que integran el campo, *“hay que tener en cuenta que las actitudes y puntos de vista sobre un determinado fenómeno no se desarrollan de una forma aislada, sino en la interacción con otras personas”* (Berenguera Ossó et al., 2014:112). Por un lado, se llevaron a cabo dos entrevistas grupales, y por el otro un grupo de discusión (Ibáñez, 1979). En la participación de los agentes seleccionados para el grupo se buscó tener una representatividad tal que permitiera observar a los diversos actores del campo para poder reproducir en dicho espacio sus lógicas de interacción, ya que *“la interacción en sí misma es una fuente de datos”* (Berenguera Ossó et al., 2014:112). Toda la información fue recolectada entre enero y mayo de 2018. Las entrevistas individuales tuvieron una duración promedio de 40 minutos, mientras que las grupales de 70, y el grupo focal 85 minutos.

**Tabla 1. Composición final de la muestra de informantes**

<b>Técnica de recolección de datos</b>	<b>Categoría de actor</b>	<b>Cantidad</b>
(20) Entrevistas individuales	Médicos de primer nivel de atención - 4 Médicos Generales - 2 Médicos de Familia - 1 Médico Geriatra	7
	Médicos de segundo nivel de atención - 1 Cardiólogo - 1 Cirujano - 1 Endocrinólogo - 1 Hematólogo	4
	Gestores - 4 Licenciadas en Enfermería - 1 Médica General - 1 Licenciada en Administración	6
	Otros profesionales: - 2 Licenciadas en Enfermería - 1 Licenciada en Psicología	3
(2) Entrevistas grupales	Médicos de segundo nivel de atención - 1 Dermatólogo - 1 Ginecólogo	2
	Gestores - 1 Licenciado en Administración - 1 Licenciada en Enfermería	2
(1) Grupo de discusión	Médico General	1
	Médico Especialista (Pediatria)	1
	Licenciada en Enfermería	1
	Licenciada en Registros Médicos	1
	Auxiliar de Enfermería	1
<b>TOTAL DE INFORMANTES</b>		<b>29</b>

*Fuente: elaboración propia*

### ***Técnicas de análisis***

Se realizó un *análisis secundario suplementario* (Heaton, 2004), a partir de la profundización de un aspecto de los datos que no había sido considerado en la investigación primaria (emergente). A diferencia del estudio primario, donde se realizó un análisis temático de contenido, la presente investigación llevó a cabo un análisis socio hermenéutico, tal y como lo plantea Luis Enrique Alonso (2013). El análisis crítico del discurso se enmarcó en esta perspectiva, buscando realizar un ejercicio interpretativo de los discursos de los agentes, con el objetivo de captar el sentido que se encontraba detrás de sus palabras, y relacionando siempre a las mismas con sus condiciones de producción. Posicionarse desde una postura socio hermenéutica permitió esclarecer y volver conscientes aquellos elementos propios de las estructuras que se encuentran configurando los esquemas mentales de los médicos, determinándolos en su accionar y en su interpretación de la realidad, analizando los textos

sociales en sus contextos sociales (proceso de *abducción*), en el entendido que todo discurso es una interpretación socialmente contextualizada.

Es necesario aclarar que se tiene presente el hecho de que los principales conceptos que sustentan esta investigación fueron tomados de Bourdieu, quien plantea sus críticas al método socio hermenéutico por entender que peligran la objetivación que para el autor es necesaria en toda investigación sociológica. Pero este trabajo no pretendió caer en el estructuralismo y el determinismo excesivos, y se entendió tal y como lo plantea Alonso (2002) que *“La homología con el capital económico y el excesivo “dominocentrismo” (...) imponen restricciones para observar e interpretar las posibilidades de construcción social y lingüística de la realidad y de acción comunicativa y resistente de la cultura popular en los mundos de la vida cotidiana.”* (Alonso, 2002:25). Los discursos forman parte de un campo lingüístico donde los poderes sociales se reproducen y se incorporan a nuestras percepciones y disposiciones *“pero este legado nos deja sin las herramientas para un análisis de la producción y la recepción concreta de los discursos por parte de los sujetos concretos (...) de las formas en las que en la discursividad abierta afloran las contradicciones y diferencias entre los hablantes, como sujetos estos de grupos sociales que transportan representaciones, imágenes y símbolos que estructuran conflictivamente imaginarios colectivos que hay que interpretar”* (Alonso, 2002:26). Se debe poder dar cuenta de la racionalidad de los individuos que se deriva del sistema de dominación en el cual se encuentran insertos, pero también se debe contemplar el sentido que los propios sujetos le dan a esa dominación a través de la acción contextualizada.

El poder se reproduce a nivel de las discursividades en la medida en que se encuentra legitimado en la sociedad; *“no es solamente una manera de controlar los actos de las personas, sino también sus mentes. Tal control mental, que está a su vez en la base del control de la acción, es ampliamente discursivo. En otras palabras, el discurso desempeña un papel fundamental en el ciclo de la reproducción del poder social.”* (Van Dijk, 2006:26). Como punto de partida, se sostiene que todo discurso está cargado de ideología, toda aquella creencia fundamental del saber que es compartida por los miembros de un grupo, y que por lo tanto se encuentra en la base de las representaciones sociales compartidas. De esta forma, si el discurso está cargado de ideología, la ideología será reproducida discursivamente, y con ella todas las representaciones, posiciones y condiciones sociales que encierra, pues *“Las ideologías controlan las representaciones sociales de los grupos, y en consecuencia, las prácticas y los discursos sociales de sus miembros”* (Van Dijk, 2006:29). Todo esto permite observar la dimensión del poder en la práctica y a nivel relacional ya que las ideologías *“tienen una*

organización esquemática que consiste en un número de categorías fijas que definen la “identidad” o la propia imagen de un grupo, tales como sus actos, objetivos, normas, relaciones con otros grupos y recursos” (Van Dijk, 2006:30).

Para poder llevar a cabo el análisis se utilizó el software Atlas.ti 7.5.4, el cual facilitó el proceso de codificación y ordenación de la evidencia generada. Se trabajó con la transcripción original de las entrevistas, realizando una codificación desde la base en función del marco teórico de la presente tesis.

Tabla 2. Dimensiones y categorías de análisis

CONCEPTO	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Habitús	Determinantes de los esquemas de significación	Condiciones de realización del habitús médico	Características sociodemográficas: edad, sexo, antigüedad en la Red
			Marco institucional: características específicas de la Red, condiciones laborales, <i>contexto de práctica concentrada</i>
		Formación	Especialidad
			Ámbito de práctica profesional: primer, segundo o tercer nivel de atención <i>Modus generacional</i>
	Componentes del habitús médico	Autonomía de la práctica médica	-
		Corporativismo médico	-
		Otros componentes	-
	Articulación intersubjetiva	Patrones de interacción	Vínculo entre médicos
			Vínculo con otros profesionales
			Vínculo médico-usuario
Vínculo con la institución y sus directivos			
Cambio del modelo de atención	Estrategias y mecanismos desarrollados frente al cambio	Visión y actitudes de los médicos	Valoración del cambio
		La reacción	
		Incidencia del habitús en los avances de implementación del modelo	Brecha de implementación

Fuente: elaboración propia en base a categorías utilizadas en Atlas.ti

## Resultados

*"Tanto los motivos como las acciones a menudo se originan no dentro sino desde la situación en la que los individuos se encuentran"*

Karl Mannheim<sup>4</sup>

### *Habitus médico*

#### Determinantes de los esquemas de significación

Para introducir el análisis de las disposiciones de los médicos de la Red al cambio del modelo de atención resulta pertinente presentar algunas condiciones que hacen al contexto de realización de su habitus, recordando que no se pretende incursionar en el análisis del campo médico, en el entendido de que su complejidad, determinada por la multiplicidad de actores y relaciones de fuerza que lo integran, excede los límites posibles para la extensión del presente trabajo.

#### Condiciones de realización del Habitus médico en la Red

La Red Oeste de ASSE (ver Mapa 1) está compuesta por un total de 187 Unidades Asistenciales (Hospitales y Policlínicas) y 257.850 usuarios (19,1% de los usuarios totales de ASSE)<sup>5</sup>. Aunque no se tienen datos específicos de ASSE, se sabe que particularmente en la Red estudiada la densidad de médicos cada 10.000 habitantes es en promedio de 22.1<sup>6</sup>, no alcanzando así el nivel mínimo de 25/10.000 recomendado por la OMS. A su vez, de los 351 médicos de la Red encuestados en el 2017 por el Proyecto Equity LA II, 89.1% adiciona su trabajo en el sector público con el sector privado<sup>7</sup>.

Uno de los principales elementos a destacar por parte del discurso de los médicos, tanto de primer como de segundo nivel de atención es la sobrecarga de trabajo. Desde su perspectiva, esta sobre carga está determinada por la falta de recursos humanos en la Red, sobre todo a nivel de las especialidades médicas, lo cual impacta en los procesos de coordinación y continuidad asistencial fundamentales para ofrecer una atención de calidad.

---

<sup>4</sup> Cita extraída del libro "La profesión médica" (Eliot Freidson, 1978)

<sup>5</sup> Datos a Octubre de 2018, brindados por el Departamento de Información Gerencial y de Programas Asistenciales de ASSE en base a información proveniente del Centro Nacional de Afiliaciones.

<sup>6</sup> Promedio calculado en base a los datos disponibles en *La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay* (Batthyany et al., 2018).

<sup>7</sup> Datos del Informe D4.2 de Resultados de la Evaluación de las Intervenciones en Uruguay, del Proyecto Equity LA II Uruguay.

*“No te da el tiempo, y así surgen los errores, y así surgen los problemas, y después ¿la culpa de quién es? La culpa es del médico, ese es problema (...) Estamos trabajando mal, sobrecargados de trabajo”* EI\_M\_2NA\_F\_26<sup>8</sup>

*“Entonces todo tiene que tener una dinámica para que funcione, y realmente en algunas especialidades tenemos-- está muy cortado. Un año para el neurólogo... es muy difícil seguir un-- te estoy hablando de acá, ¿no? No sé en otros lugares cómo funciona, pero lo que nos pasa a nosotros en el día a día. Y eso que es una problemática para que el sistema también funcione...”* EI\_M\_1NA\_M\_27

En este sentido, los obstáculos a la radicación de médicos en el interior del país que han sido objeto de investigaciones previas (Levin et al., 2012), emergen en el discurso de los entrevistados como aspectos negativos de las condiciones laborales de la Red, entre ellos, la falta de recursos materiales, equipamiento tecnológico y la baja posibilidad de acceder a cursos de actualización profesional

*“Acá en el interior tenés que adecuarte, no tenés alternativa (...) Hay que trabajar en un pueblo chico, mirá que no es changa, estás 24 por 24”* EI\_M\_1NA\_F\_21

Al hecho de contar con pocos recursos y tener que adaptarse a hacer *lo que se puede* más que *lo que se quiere*, se le suma lo pequeño del contexto, en el cual todos se conocen y la práctica trasciende el ámbito de la policlínica u hospital. Se tomará aquí el concepto de *contexto de práctica concentrada* acuñado en el marco del Proyecto Equity LA II, para definir el espacio social en el cual se establecen las condiciones de realización de la práctica profesional en la Red.

Con respecto a su salario, aunque reconocen ciertos avances y mejoras en los últimos años, la gran mayoría manifiesta su disconformidad con el mismo y plantean que la mala remuneración afecta directamente su desempeño laboral,

*“El hecho de que la gente no se sienta bien paga, porque si fuera más específico te diría que capaz que está muy mal paga para algunos, va en deterioro de... cosa que no debería ocurrir, estamos de acuerdo, ¿no? Pero se nota, va en detrimento de la calidad de la atención”*  
EI\_M\_1NA\_F\_16

*“Yo creo que los salarios de ASSE son muy malos, eh-h muy malos, pero nuestro desempeño también es muy malo. Es decir, el compromiso eh... como alguien dijo una vez “sueldo de mierda, medicina de mierda” y un poco es así”* EI\_M\_2NA\_M\_30

---

<sup>8</sup> Para identificar las entrevistas se utilizó el siguiente código: Técnica de recolección de datos\_cateogría de actor\_nivel de atención\_sex0\_años de antigüedad en la Red (en este caso es una entrevista individual, a una médica de segundo nivel de atención con 26 años de experiencia en la Red)

Lo que resulta particularmente interesante es que al profundizar en este aspecto en las entrevistas a gestores y otros profesionales de la Red, aunque también identifican la disconformidad de los médicos, no la comparten,

*“Siempre se quejan de lo que ganan, siempre, siempre se quejan de lo que ganan pero ninguno decide renunciar, ¿no? Yo no creo que ganen tan poco porque realmente cuando-o-- en algún caso particular vas y te fijas, y decís... no están mal remunerados, tenemos incluso cargos de alta dedicación que es de público conocimiento que ganan muy bien, te diría que ganan el triple de lo que ganamos nosotros como equipo de gestión en la misma cantidad de horas, y como que ningún sueldo les alcanza”* EI\_G\_2NA\_F\_6

*“Y ahora ganan muy bien los médicos. Y yo creo que hay una gran diferencia-- porque somos todos funcionarios de ASSE, hay una gran diferencia en los médicos, por un lado, y el resto del personal, sea profesional o no, por el otro”* EG2\_G\_2NA\_F\_33

Uno de los cambios introducidos en el marco de la reforma fueron los Cargos de Alta Dedicación (CAD), como medida que busca reducir el multiempleo, mejorando la calidad del trabajo, y por lo tanto, la calidad de la atención. La incorporación de estos cargos genera cambios a la interna de la profesión médica, desestabilizando el orden conocido y generando nuevas desigualdades que no siempre son bien percibidas por los médicos,

*“Lo que hay es mucha desigualdad de salario, de valor hora, por ejemplo, ahora con el tema de los cargos de alta dedicación. Este-e tenemos un staff médico que de repente hay uno que está ganando un monto, y al lado tenés a otro que está ganando... 20 o 30 veces más.”*

EI\_M\_1NA\_F\_5

*“O sea, como en todas las instituciones hay ventajas y desventajas, ¿viste? Y hay afortunados y no afortunados, hay gente que gana mucho eh por hacer la misma tarea que otros que ganamos menos”* EI\_M\_1NA\_F\_16

En este sentido, los médicos tienden a atribuir muchas de las dificultades en términos de condiciones laborales a una mala administración de la Red, observándose claramente lo planteado en el marco teórico respecto de la invisibilización del carácter político de la práctica médica y la atribución de los problemas de calidad de la atención a los procesos gerenciales, técnicos y de disponibilidad de recursos. A partir de los discursos de los entrevistados se observa cómo, cuando un médico actúa en función de su salario está tomando una posición política respecto de su práctica que influye en el funcionamiento del sistema. Acceder a un CAD implica para cualquier especialidad, y en ambos sectores (público y privado), una dedicación horaria de 40 o 48 horas semanales y una remuneración que supera los 180.000 pesos uruguayos. El hecho de que existan situaciones en las cuales un médico posee un CAD en una institución manteniendo otro cargo en otra, dista entonces de una necesidad de

subsistencia, aunque esto no es vislumbrado así por parte de los médicos, quienes realizan declaraciones del tipo:

*“Yo en el privado tengo un cargo de alta dedicación. Si yo renuncio no es mucho el sueldo de acá [ASSE] pero lo voy a notar. No renuncio por eso, sino por tranquilidad renunciaría, porque yo en el otro trabajo más tranquila.”* EI\_M\_1NA\_F\_13

*“Lo que gano en ASSE se me va en la empleada”* EI\_M\_2NA\_F\_26

A pesar de que la gran mayoría de los médicos entrevistados de ambos niveles de atención manifiesta una disconformidad muy grande con las condiciones laborales en la Red pública, ninguno declara tener intenciones de abandonar su trabajo allí. Resulta interesante analizar el paralelismo que realiza una cardióloga del segundo nivel de atención, al comparar las condiciones laborales de la Red con una serie de televisión estadounidense de los años 70,

*“Había una serial de televisión, “Mash” me parece que era, como de la guerra de-e-- una tienda de campaña en la guerra de no sé dónde, si era de Vietnam o no sé qué, un meollo así. La gente golpeándote la puerta, bueno-- estamos trabajando horrible, horrible, no mal, horrible (...) es una carga ¿viste? Es insalubre, trabajar en Salud Pública hoy por hoy, como están dadas las condiciones”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Este tipo de narrativa también se sustenta en otros discursos de médicos de primer nivel de atención,

*“Vamos a terminar todos de locos para arriba. Yo pensé muchísimo en jubilarme por enfermedad ahora, porque tengo la causal, pero no, soy demasiado joven todavía, hasta que aguante el cuerpo-o este aguantaré.”* EI\_M\_1NA\_F\_21

Al consultar a otros profesionales, este escenario de “guerra” es relativizado y declaran que las condiciones de trabajo de los médicos han mejorado notablemente desde la reforma

*“Respecto a las condiciones de trabajo, particularmente de los médicos, yo no noto que tengan malas condiciones de trabajo (...) seguramente no dejan acá porque en realidad la brecha salarial no es tan amplia como lo manifiestan y la seguridad laboral es mucho más clara”*  
EG2\_G\_2NA\_M\_14

*“Yo pienso que en ASSE tienen como un poco más de libertad en lo que es lo laboral, capaz que tienen más beneficios también en tema de días, en tema de por ejemplo cuando ellos hacen jornadas fuera de horario, se les computa en horas que le suman para la licencia. No sé, tienen bastantes beneficios, y en realidad el ambiente laboral creo que es mejor que en la privada”*  
EI\_LE\_1NA\_F\_10

Allí donde -principalmente para los especialistas- las condiciones de desarrollo profesional se presentan como *cada vez peores*, se da cuenta del impacto que los cambios implementados han implicado para la estructura del juego de estos actores. *“La indignación, como estado de excepción, presupone una dignidad que se ostenta y desde la cual se mira el mundo”* (Castro, 2015:249). Queda claro de esta forma como lo que efectivamente está *en juego* es el predominio

de un modelo de atención hospitalizado, centrado en la especialidad y que garantiza el predominio de la profesión médica. Cuando se implementan Redes que descentralizan el poder, se separan los niveles de atención y se crean nuevos sistemas de remuneración, la estructura del campo de juego se ve afectada. El hecho de que el contexto sea presentado como hostil se entiende aquí como una forma más de *“imponer y monopolizar los esquemas “legítimos” de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud”* (Castro, 2015:47). De esta manera, las posibles brechas de implementación del modelo de atención son atribuidas a fallas del sistema o de quienes se encuentran formalmente al frente de las instituciones que lo encarnan, y no a un posicionamiento ideológico de los médicos, que también son responsables de implementarlos cotidianamente,

*“yo no sé cómo van a hacer para arreglar esto. No, no me da la cabeza para pensar, y sé que debe de haber gente con buenas intenciones, pero nos quedamos en las intenciones, porque cada vez estamos peor. En el día a día, ¿me entendés?”* EI\_M\_2NA\_F\_26

#### La formación

Tal y como fue planteado en la fundamentación teórica, la educación implica la base cultural para la formación de los grupos profesionales. Es por eso que resulta pertinente analizar qué elementos de la formación determinan la práctica médica en la red. A partir del discurso de los entrevistados el *factor generacional* emerge como un elemento clave, que confirma lo mencionado en la fundamentación teórica, respecto a la existencia de distintos esquemas de significación desarrollados en base a lo que Bourdieu (1980) identificaba como *modus de generación diferentes*. En el discurso del médico de familia más joven entrevistado, se observa una tendencia por parte de médicos egresados más recientemente a alinearse fácilmente a las nuevas pautas de trabajo, lo cual estaría determinado por el nuevo perfil de la carrera de medicina que busca priorizar el primer nivel de atención,

*“La carrera de medicina en sí está instaurada así, en la focalidad de la persona, ¿no? En las poli-especialidades. Que hoy en día cambió la carrera, está más orientada al primer nivel, al médico de referencia, a la atención a lo largo de la vida de la familia, entonces creo que de a poco las generaciones que vienen van a ir cambiando un poco eso”* EI\_M\_1NA\_M\_3

La educación recibida opera como un determinante de distintas disposiciones a la práctica profesional más o menos alineadas con el cambio de modelo de atención propuesto por la reforma, de acuerdo al *modus generacional* en el cual se haya formado el médico.

De acuerdo a lo planteado por otros profesionales, una de las grandes particularidades que emerge como consecuencia de la formación de los médicos es su escasa disposición al trabajo en equipo,

*“Creo que tiene que ver con los procesos de formación y la manera de resolver las situaciones con los usuarios, nosotros no trabajamos solos nunca, siempre sabemos que hay otra persona que puede ayudar y de hecho interviene, ¿no? Y creo que es eso, que el médico está como más formado o acostumbrado a trabajar en soledad y a solucionar la historia solo”*

EI\_PSI\_2NA\_F\_22

De hecho, de acuerdo a lo declarado por los médicos, el trabajo de comunicación entre sí no es una práctica enseñada en la Facultad, sino que se trata de una práctica que se *aprende haciendo* mediante la imitación de lo realizado por otros colegas,

*“Cuando le tenés que transmitir a otro colega, en lo que es una vía de hacer la interconsulta, lo vas aprendiendo sobre la marcha, porque formalmente nunca se tuvo una referencia de “se debería hacer y llevar esto, esto y esto”* EI\_M\_1NA\_M\_3

*“Vas haciendo a los ponchazos, y medio que bueno, veía cómo pone el médico general y más o menos yo hacía lo mismo”* EG1\_M\_2NA\_F

Las diferencias en los esquemas de significación de acuerdo a la formación para los distintos ámbitos de práctica profesional también aparece como un elemento a destacar, y es así como dentro de la propia profesión médica se encuentran diferencias entre el trabajo de aquellos formados *para* el primer nivel de atención con respecto a los formados *para* la práctica especializada en el segundo o tercer nivel,

*Las personas que se formaron en el primer nivel tienen bien claro el objetivo, que el objetivo es llegar a todos lados. Y a veces el que está en el segundo nivel no te entiende eso”*

EI\_G\_1NA\_F\_30

*“En una cosa que sea práctica de repente influye, ya te insisto, la formación del especialista y del médico general. Yo creo que los médicos generales tenemos más noción de lo psicosocial bastante noción de eso, de que lo biopsicosocial influye muchísimo”* EI\_M\_1NA\_F\_16

Esta diferencia que se gesta en el proceso de formación es a su vez reproducida cotidianamente en la práctica médica; en este sentido, aunque *“no hay ninguna duda de que la educación en actitud y habilidad que el médico obtiene en la facultad de medicina y en el hospital donde es interno y residente es una fuente absoluta de gran parte de su desempeño como profesional”* (Freidson, 1978:88), también es importante considerar que *“las personas responden constantemente a las presiones organizadas de las situaciones en que se encuentran en un momento determinado”* (Freidson, 1978:90). Siguiendo la clasificación introducida por Freidson, se identifica claramente como la práctica de los médicos que se desempeñan en el primer nivel de atención, que depende más directamente de los clientes (usuarios del sistema de salud), los hace más sensibles a sus demandas, mientras que la práctica de los médicos de segundo nivel depende estrictamente de la derivación de sus colegas, desarrollando así una mayor autonomía y determinando una menor disposición para el trabajo coordinado y en equipo.

## Componentes del habitus médico

### Autonomía de la práctica médica

Como ya ha sido mencionado, uno de los elementos característicos de la profesión médica es su autonomía, ya que su práctica cotidiana se desarrolla en la intimidad del consultorio, prestando sus servicios a individuos y no a grupos de personas en simultáneo (Freidson, 1978). En este sentido, *“a pesar de cualquier marco administrativo formal impuesto por la profesión, la autonomía en el control de su técnica le permite templar muchos elementos de ese marco más allá de la intención e incluso reconocimiento de sus planificadores y directores ejecutivos”* (Freidson, 1978:45). La especificidad del conocimiento técnico manejado por el médico sirve como puntapié para desarrollar este habitus autónomo, a través del cual hacen uso de una autoridad otorgada a partir del reconocimiento de su experiencia, que los habilita a determinar otros aspectos de su práctica por fuera del ámbito técnico,

*“Nosotros pasamos los pacientes que entendemos que tenemos que pasar. Si me dieran un límite no les haría caso”* EI\_M\_1NA\_M\_27

*“Me importa un carajo, si tengo que ocupar consultorio cuatro horas-- soy muy-- yo soy médico rural, entonces viste te tomas tu tiempo, si me golpean la puerta para dejar el consultorio les digo que no, no tengo ningún problema”* EI\_M\_1NA\_F\_21

*“Hablé que por favor me dieran sólo 10 turnos y que el resto lo manejaba yo con coordinación, digo, le ponía “tal paciente quiero verlo tal día, déjame un margen de 5 más que yo lo manejo, te los mando para que queden en la lista”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Los médicos llegan así a gestionar sus propias pautas y condiciones de trabajo, que muchas veces implican un desligamiento de las pautas formales del sistema. En este sentido, se observa una dificultad declarada por los médicos para la sistematización de los procesos de coordinación que realizan en su práctica a través de la construcción de un discurso mediante el cual declaran que el trabajo médico no debería implicar el registro de estas actividades, *“argumentando a partir de su reconocida experiencia en diagnóstico y tratamiento, está bien equipado para influir, si no controlar, muchas otras áreas de su trabajo. Solo un compañero profesional puede decir que no, porque el argumento contrario puede justificarse solo como referencia al conocimiento de las características especiales del trabajo”* (Freidson, 1978:45-6)

*“Estoy harto de seguir escribiendo el nombre y la cédula, y 25 remedios, te cansa. Porque no nos gusta escribir, a mí no me gusta escribir, hubiera sido escribano para eso. Aparte escribimos feo, no se nos entiende la letra”* EI\_M\_1NA\_M\_25

*“Somos bastante haraganes para escribir, algunos escriben, otros no escriben, algunos mandan, otros no mandan, queda a criterio de cada colega, porque o escribís o atendés al paciente, porque al final-- si vos te vas a guiar por el tiempo que supuestamente te dan para*

*atender al paciente mentira, no podés en 10 o 12 minutos atender a un paciente”*  
EI\_M\_2NA\_F\_26

Cabe aclarar que la Historia Clínica es un documento legal completamente interiorizado por los médicos, pero en sí misma la Historia no establece un marco para la comunicación de ida y vuelta, sino que se restringe al momento concreto de la atención dentro del consultorio, y aunque permite ver a los colegas lo que otro médico realizó en su consulta, no se genera allí un intercambio directo. Es así como aquellos otros instrumentos que sí implican trazar el intercambio con los colegas y que establecen un marco formal para la comunicación son en general desestimados en la práctica cotidiana,

*“en realidad a veces cuando los profesionales tenemos que llenar muchos papeles y muchas cosas terminamos-- se termina desestimando hacerlo en la dinámica del trabajo, y no porque no sirva sino por... por no hacerlo, nada más”* EI\_M\_1NA\_F\_9

El registro y la comunicación quedan relegados entonces a una voluntad personal. Un elemento interesante a señalar es la visión de otros profesionales, que observan claramente esta autonomía de la práctica médica como un aspecto naturalizado de su práctica y donde la comunicación puede ser establecida sin ningún tipo de problema en la medida en que esta sea de interés para el profesional,

*“Ya te digo, los pacientes que ellos necesitan que se les resuelva, las interconsultas que ellos necesitan entre ellos, ellos lo resuelven, no necesitan de la institución que se los resuelva. No participa nadie más que ellos, cuando ellos necesitan de un paciente que sea resuelto, urgente o no”* EI\_LE\_2NA\_F\_15

El hecho de que los profesionales no “necesiten” de la institución para establecer sus comunicaciones, sienta las bases de una forma de funcionamiento que reproduce su carácter autónomo, y es así como se establecen claros medios informales para el intercambio de la información que ellos consideren necesaria, en el momento en que ellos lo requieran,

*“En realidad hay como un nivel informal de la comunicación que funciona pero que no es muy seguro en algún punto, porque muchas veces está más basado en la comunicación verbal o en un llamado telefónico, y no tanto en el registro. Hay una práctica que incorpora poco el trabajar con una comunicación fluida con el otro, más basada en el ejercicio individual de trabajar en la salud”* EI\_PSI\_2NA\_F\_22

*“El boca a boca juega un papel insustituible, es decir el médico del primer nivel que viene y te consulta, a mí o a cualquier otro especialista por determinado paciente, se conversa la situación clínica del paciente y eso es insustituible”* EI\_M\_2NA\_M\_30

Pero este funcionamiento informal también pone de manifiesto que la autonomía absoluta no existe y que la dependencia de los colegas (aunque controlada y en distintos niveles) es un hecho, *“la práctica actual no es en solitario: abarca una gran variedad de relaciones organizadas, la mayoría de las cuales actualmente enfatizan los controles de colegas en lugar de los de los clientes.”* (Freidson, 1978:92).

## Corporativismo médico

Aparece así la importancia de un concepto desarrollado por Oswald Hall (1946) de las *redes de colegas*, como un recurso al que recurren los médicos para poder desarrollar su habitus autónomo sin caer así en la vulnerabilidad excesiva del estar solo; “*en la medida en que los médicos de una comunidad determinada están establecidos y poseen una clientela relativamente leal, forman un sistema (...) tienden a desarrollarse a través de la asociación, de una especie de organización informal.*” (Hall, 1946:30). Estas comunicaciones que se realizan cuando son necesarias y por fuera de los medios institucionales previstos configuran un sistema informal perfectamente integrado a la práctica solitaria. Este tipo de funcionamiento da la pauta del *corporativismo*, característica del habitus médico de la Red que apareció como emergente durante el proceso de análisis. Aunque aquí no se profundiza en la estructura y funcionamiento del campo médico, se debe tener presente que desde el marco teórico de referencia entender a la medicina como un *campo* implica considerar que los agentes e instituciones que lo integran se encuentran en competencia constante por un estatus particular. En este caso los médicos se conforman como un *grupo de interés*, con una voluntad y un sentido de identidad colectiva basado en la estructura de oportunidades que poseen en el sistema (Claus Offe, 1981), “*evidentemente los médicos, los abogados, los dentistas, los arquitectos y muchos otros grupos profesionales, se configuran y actúan colectivamente según esta lógica de “sector” tratando de adaptar su actividad colectiva a la diversa conformación de la estructura de oportunidades económicas e institucionales de sus respectivos períodos y países*” (Leandri, 1999:119)

*“Usamos mucho el tema de la amistad personal, los que nos llevamos bien con casi todos, con todos te diría, tenemos los teléfonos y llamamos, “¿viste a tal paciente?”. Aunque no está bien eso, porque no queda nada documentado”* EI\_M\_1NA\_F\_21

El concepto de *contexto de práctica concentrada* presentado anteriormente, aparece de esta forma como una de las principales características de la Red que habilitan el desarrollo de la informalidad como expresión particular del habitus médico a la vez autónomo y corporativo; tal y como lo plantea Roberto Castro, “*es un habitus que funciona así porque las características del campo lo favorecen*” (Castro, 2015:133)

*“Tal vez en Montevideo no pasa, pero acá entre ellos levantan el teléfono y te coordinan una cirugía para la tarde, para la noche, para mañana. “Y bueno, yo suspendo el turno, mándamelo no pasa nada”, “no pasa nada, si es a las 12:00, bueno, que venga a tal hora que yo voy a estar, mándamelo a la emergencia”. Si el médico necesita que se le resuelva el paciente, el colega lo recibe y se lo resuelve. Entre ellos tienen ese código, yo que sé”*  
EI\_LE\_2NA\_F\_15

*“Al ser chico el medio nos conocemos todos, yo es la gran diferencia que veo con otros lugares, por ejemplo, con Montevideo, ¿ta? Que de repente eso de conocernos, es algo a favor que tiene acá el pueblo, ¿no?”* EI\_M\_1NA\_F\_5

El carácter corporativo también se expresa al momento de proteger la práctica de la evaluación de los demás agentes del campo, donde hablar mal de un colega es interiorizado como un elemento que viola la ética profesional,

*“No es ético tampoco hablar de un colega. Por más que piense lo peor de lo peor. Es más, cuando vos querés que un estudio lo haga determinada persona, tenés que tener cuidado... vos tratás de buscar una justificación “está especializada en esto que yo le pido”, pero no, lo real sería “no se anote con esta otra persona””* EI\_M\_1NA\_F\_21

De esta forma, el carácter autónomo del habitus se alterna y puede ser sustituido por la acción colectiva en caso de ser necesario,

*“Hay una computadora para marcar, pero viste que es con cédula, entonces vos trabajas conmigo y yo te llamo “mira, voy a llegar más tarde pero a las 12:00 marcame” y te marca cualquiera”* EI\_M\_1NA\_F\_16

*“A mí en el postoperatorio me controló el traumatólogo de acá, que es amigo de quien me operó, ¿ta? Y los dos cometimos un error enorme, porque lo que pasa es que yo fui en calidad de paciente, no como médico, pero no escribimos nada en ningún lugar, porque me atendió siempre fuera de hora sin número, entonces cuando fui al banco de prótesis no había nada escrito en la historia, entonces yo le dicté toda la evolución al internista para que hiciera el informe para el Fondo Nacional de Recursos. Pero esas cosas no pueden pasar, la historia es un documento para nosotros. El tema es que las historias para mí tienen que estar foliadas, porque si hay algo que no conviene arrancamos la hoja”* EI\_M\_1NA\_F\_21

En este sentido, los médicos declaran que los problemas existentes en relación a su práctica nunca refieren al vínculo que puedan establecer entre ellos, sino que responden a la mala estructuración del sistema,

*“Ah no, con mis colegas no, no, no, no. No con los colegas, con la gente... digo, siempre podrás tener algún problema con algún paciente, pero es todo por el sistema, todo, todo”* EI\_M\_2NA\_M\_25

El habitus corporativo también emerge en el discurso al relatar situaciones en las cuales se vuelve necesario *proteger* el mercado laboral, como es el caso del ingreso al campo de médicos formados fuera del país,

*“Yo creo que hay suficientes médicos en Uruguay, ¿no? Para que vengan tantos médicos de otros lados. Que me perdonen, pero la carrera de Medicina en Cuba tampoco... Salvo que la hagan, que vuelvan, pero un año acá en hospitales de acá, y después recién salir al mercado laboral, antes no porque no están preparados (...) Y los paquistanies no sé ni de dónde salieron, acá tenemos unos cuantos, no sé si en todo el país está igual pero-- Y además trabajan en lo público y en lo privado de acá, porque se precisa en los dos lugares. Este-e, no sé, capaz que son buenísimos los gurises, no los conozco, pero los conozco del comentario de los pacientes”* EI\_M\_1NA\_F\_21

De esta forma, los elementos que aparecen vinculados al componente corporativo del habitus médico son desarrollados principalmente ante aquellas situaciones donde su predominancia en el campo se ve, en cierto punto, cuestionada.

Otros componentes del habitus médico de la Red

Siguiendo la línea de análisis presentada en el III Congreso Uruguayo de Sociología por la Socióloga Alejandra Toledo (2013) para referir a los efectos del *ser médico* en el interior del país, se tomará el concepto de *master status* desarrollado por Everett Hughes (1984) que “*refiere a una característica de un individuo que, a los ojos de los demás, tiende a dominar por encima de cualquier otra (...) y que moldea decisivamente la percepción que los demás tienen de él*” (Castro, 2011:71). De esta forma, se entiende que como consecuencia del *contexto de práctica concentrada* el habitus médico se manifiesta como un *master status* para dicha categoría de actores en la Red, donde el ser médico trasciende el ámbito asistencial al diluirse los límites del vínculo laboral, el cual pasa a ocupar un rol preponderante en la cotidianidad del profesional,

*“Tengo 20 y pico de años de médica y 53 de edad, y yo no he podido manejar-- despojarme de todo cuando salgo del lugar donde estoy atendiendo. En el interior es así. Todos saben dónde vivís, cuál es tu teléfono, a qué hora te vas y a qué hora llegas. La pediatra esta amiga mía, llega a la casa de noche y es la cola de madres con niños”* EI\_M\_1NA\_F\_21

Existe una fuerte coincidencia discursiva entre los médicos a la hora de definir las principales características de su profesión,

*“Somos muy... somos bichos muy complicados los médicos, ¿sabes? (risas) Yo no sé las otras profesiones pero fah, somos bravísimos”* EI\_M\_1NA\_M\_27

*“Los médicos somos bastante especiales también”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Esta construcción identitaria también es percibida por otros profesionales, que hacen afirmaciones del tipo:

*“lo veo yo desde afuera, que los especialistas son muy especiales, valga la redundancia”*  
EI\_ADMN\_1NA\_F\_30

En este mismo sentido, la expresión “*somos hijos del rigor*” fue mencionada en varias entrevistas por médicos de ambos niveles de atención y refiere directamente a la incorporación del disciplinamiento y las jerarquías que hace parte del *currículum oculto* de la carrera de medicina, “*desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina perciben la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma (...) se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión del conocimiento. Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso para disciplinar y para afianzar una jerarquía*” (Castro, 2014:59).

Por último, otra característica que aparece estrechamente ligada a la autonomía de la práctica es el acuerdo tácito de no interferir en el campo de acción del otro. Esta característica será desarrollada en profundidad en el próximo apartado por cobrar especial sentido a nivel vincular,

*“Nosotros no somos neurólogos, somos médicos generales. Yo te ajusto la medicación hasta un punto, cuando no puedo tengo que pasarte al neurólogo”* EI\_M\_1NA\_M\_27

*“La mía [ginecología] como que es una especialidad muy aparte en la que vos te manejas-- y el de cabecera no se mete contigo, y vos no te metes mucho con-- no tenés que meterte, porque ¿Viste? Es algo específico. Son especialidades donde como que cada uno tiene su chacrita propia y no interrelaciona, porque de hecho no hay una necesidad”* EG1\_M\_2NA\_M

*“E: ¿Qué función cumple hoy el primer nivel en la atención de un paciente?”*

*P: No tengo idea de eso porque no le hace a mí especialidad eso”* EI\_M\_2NA\_F\_9

### **Articulación intersubjetiva del habitus**

Todos los elementos hasta aquí presentados cobran sentido en la interacción cotidiana; la formación, la autonomía, el corporativismo y demás características presentadas entran en juego y se reproducen a partir de los vínculos que los actores establecen entre sus pares y demás agentes en el contexto específico de la Red.

#### Patrones de interacción entre médicos

Tal y como fue señalado anteriormente, el habitus médico presenta características de autonomía y cooperación. Tomando nuevamente la clasificación de Freidson para identificar a los médicos cuya práctica depende más directamente de los clientes, se observa cómo el ejercicio profesional de los médicos de primer nivel *“es muy vulnerable al control de sus clientes y para conservarlos deben darles lo que quieren (...) La práctica en estas condiciones es difícil y frustrante”* (Freidson, 1978: 92). Este funcionamiento aparece como justificación para la *desvalorización* que se observa por parte de los médicos de segundo nivel hacia los del primero. Se incorpora entonces lo planteado por Andrew Abbott (1988) respecto a la existencia de grupos de profesionales *de primera línea* (front-line professionals) que serían el equivalente de los profesionales dependientes de sus clientes desde la perspectiva de Freidson, ya que estos son definidos como los encargados de establecer el primer contacto profesional con los usuarios. Estos profesionales *“Se encuentran generalmente en lo más bajo del ranking del estatus intraprofesional, precisamente porque trabajan en ambientes donde el conocimiento profesional debe estar comprometido con la realidad del cliente”* (Abbott, 1988:118)

*“Y hay muchos médicos de varios-- que solo derivan y no estudian al paciente, porque-- como hay mucho médico acá, los del primario, que sólo repiten y ya está. No te evalúan el paciente como uno hace”* EG1\_M\_2NA\_F

Esta desvalorización por parte de los especialistas es percibida por los médicos del primer nivel y aparece como incorporada y naturalizada

*“A veces el médico general piensa que la opinión del especialista es como más importante”*  
EI\_M\_1NA\_F\_16

*“Trabajamos los médicos de primer nivel por un lado, el especialista del segundo nivel por otro (...) el especialista, no sé, minimiza un poco capaz la tarea del primer nivel de seguimiento, entonces bueno va y le resuelve ese problema puntual y no siente la necesidad como de explicarle al otro médico qué es lo que hizo, cómo debe seguirlo”* EI\_M\_1NA\_M\_3

*“El otro día un colega nos decía, él con una visión un poco más de jefe, porque claro, es jefe, criticando al especialista que lo sigue citando al paciente según el sin necesidad, ¿entendés? Que capaz que no debería tener esa “absorción” entre comillas del paciente, o una falta de confianza frente al médico tratante”* EI\_M\_1NA\_M\_3

Las diferencias internas a nivel de una profesión generan profundas consecuencias, y están sustentadas en varios aspectos de la estructura profesional (Abbott, 1988). Hasta el momento se han desarrollado las diferencias *por clientes*, pero también se observan diferencias ligadas a la *estructura de organización del trabajo*, donde el Hospital, que históricamente ha centralizado y representado el poder médico, aparece como una institución central; allí, el vínculo que establecen los médicos es más horizontal, y sustenta la desvalorización de aquellos que ejercen su profesión en las RAPs creadas por el cambio del modelo de atención, cuya administración, cabe recordar, es independiente a la del Hospital; *“los profesionales que reciben el estatus más alto de sus pares son aquellos que trabajan en los entornos más puramente profesionales”* (Abbott, 1988:331), es decir, donde el acceso no depende de la demanda directa del usuario sino de la derivación de los colegas

*“Las cabezas que vos tenés en el hospital son el director, la subdirectora y listo, después somos todos iguales”* EI\_M\_2NA\_F\_9

*“Me parece que es una cuestión de... cultural, que ya viene con el tema de que si no estás dentro de un hospital, de un segundo nivel, dejás de ser un buen profesional”*  
EI\_G\_1NA\_F\_30

*“Como que al médico general o rural o-- te lo tiran abajo, que está para repetir lo que mande el especialista. El especialista no-- muy pocos le dan el valor que realmente tiene para nosotros el primer nivel, el médico general, o el médico de familia, o el médico rural. Viste que para nosotros es un rol súper importante que tienen, porque... Los médicos nuestros, aparte de la atención que tienen de escritorio de consultorio, eh-h hacen mucho trabajo de campo”*  
EI\_LE\_1NA\_F\_10

Otro de los pilares identificados por Abbott respecto a las diferencias internas en la profesión es el *patrón de carrera*. En este sentido, los médicos de primer nivel identifican desigualdades con médicos de segundo y tercer nivel, generadas como consecuencia de la rigidez de acceso a ciertas especialidades

*“Infectólogos debe haber 10 en el país, porque no hay muchos porque se cierra la entrada además. Son elitistas. Igual que el anestésico y que todo”* EI\_M\_1NA\_F\_21

La falta de médicos especialistas contribuye a establecer un funcionamiento oligopólico del saber, ya que *“a mayor conocimiento se requiere mayor entrenamiento. Mayor entrenamiento*

*implica una inversión más alta en los aprendices y requiere un reclutamiento más certero”* (Abbott, 1988:131). Al haber menos profesionales especializados estos concentran determinados conocimientos generando lo que Abbott denomina *rigidez demográfica*, *“una profesión es demográficamente rígida si su tamaño y sus mecanismos reproductivos impiden su expansión o contracción rápida”* (Abbott, 1988:360), y por lo tanto esto les confiere un mayor estatus, lo cual tiene aún más impacto en la Red por las ya mencionadas dificultades a la radicación de médicos en el interior del país.

Otra desigualdad identificada en el relacionamiento entre los médicos se observa en el vínculo que establecen con aquellos nuevos ingresos al campo, los *“médicos jóvenes”* (en palabras de los entrevistados). Cabe recordar lo planteado por Freidson en este sentido, *“La entrada continua de hombres [y mujeres] más jóvenes en un sistema (...) siempre representa una amenaza de competencia.”* (Freidson, 1978:93). Esta competencia ya tiene sin embargo un mecanismo de ajuste instaurado en la Red que es el denominado *pago de derecho de piso*

*“Una amiga mía le hizo la guardia durante muchos años en el hospital a una doctora, los años de jubilación los tiene esa doctora y no quien la cubrió, lo mismo me pasó a mí, pero bueno ta, tenés que hacer eso para empezar, porque si no...”* EI\_M\_1NA\_F\_21

*“Te llamaban y vos tenías que estar, porque digo, todo el mundo paga un derecho de piso obviamente cuando empieza a trabajar”*  
EI\_M\_1NA\_F\_9

En este sentido, la mejora en las condiciones laborales a lo largo de los años, genera cierto resentimiento entre los médicos con mayor experiencia con respecto a los más jóvenes, por el hecho de que estos últimos no hayan tenido que pasar por sus mismas experiencias de iniciación en el campo laboral

*“Creo que nos pagaban 10 pesos, yo que sé, ahora es un fangote lo que les pagan. Entonces vos decís “qué mierda, pensar que a mí antes venían y me golpeaban la ventana los choferes de la ambulancia porque había un traslado urgente. Tres de la mañana, vos ni lo pensabas, te lavabas los dientes y salías. Y ahora no es así, y está bien que no sea así, porque ahora nosotros-- en aquella época no te intubaban al paciente, en la ruta si se paraba tenías que intubarlo vos, no era nada sencillo. Ahora no se mueven de la emergencia si no vio al anestesista, si no le colocan 2 o 3 vías perfectas”* EI\_M\_1NA\_F\_27

*“Hay mucho médico joven, ha cambiado la carrera de medicina, por más que empezaron a salir mucho antes a la a la comunidad y todo... no veo... Son mucho más inteligentes que nosotros, esos no se van a enfermar nunca, no trabajan fines de semana y no trabajan noches”*  
EI\_M\_1NA\_F\_21

A pesar de todos los elementos hasta aquí señalados, los médicos de ambos niveles manifiestan tener un buen vínculo con sus colegas, apareciendo nuevamente como determinante de esta

relación el *contexto de práctica concentrada*, ya que el vínculo que establecen trasciende el ámbito profesional

*“la amistad personal, nos llevamos bien con casi todos, con todos te diría”* EI\_M\_1NA\_F\_21

*“Nosotros tenemos un grupo de WhatsApp de cardiólogos y dos por tres nos reunimos y todo”*  
EI\_M\_2NA\_F\_26

*“La comunicación con los especialistas es bastante buena, de repente más conmigo, porque yo ya los conozco. La mayoría yo los conocí trabajando en la emergencia, hicieron el proceso de especializarse, de recibirse y empezar la especialidad. Entonces es bastante fluido”*  
EI\_M\_1NA\_M\_27

Aunque se debe recordar el carácter corporativo del ejercicio de la profesión, que en este caso opera generando dinámicas de relacionamiento que previenen los enfrentamientos “abiertos” entre los médicos,

*“Por supuesto que hay excepciones, cada caso-- no todos-- no te vayas a creer que esto es una viña y todos nos llevamos bien con todos. Acá también pasa de que ¿no? De que alguno de repente no habla tan fluido con otro”*  
EI\_M\_1NA\_F\_5

*“Vos te manejas acá vía teléfono, vía “eh, ¿vos conocés a Juanito el que está de guardia? Te manejas con cordialidad, tipo compañerismo, ¿ta?”* GD\_M\_2NA\_F

Patrones de interacción con los usuarios

En este caso, el vínculo que se establece entre los médicos y los usuarios en la Red también está claramente influenciado por el *contexto de práctica concentrada*,

*“Vas a una estación de servicio y te dicen “Doctora, ¿no me hace una recetita de tal cosa?””*  
EI\_M\_1NA\_F\_21

Así, la estrechez del vínculo genera dinámicas asistenciales particulares, que refuerzan a su vez características ya conocidas del vínculo, como es el caso del carácter *paternalista* que suele definirlo,

*“No es la consulta impersonal de que vos venís y te sentás y que no sé dónde vivís, no sé quiénes son tus padres ni tus hermanos, ni tu esposo ni tu novia. Acá con 10 minutos terminamos los saludos (risas). Y no lo queremos perder, porque es lo que hace la diferencia en el relacionamiento con el paciente. EI\_M\_1NA\_M\_27*

*“Y si el paciente mío de toda la vida-- mira que yo atendí, hice controles de embarazo cuyos niños esos que nacieron son padres ahora, es toda una historia. Y el paciente que es mío viene y me golpea, me dice “¿me podés atender hoy?” y le digo, “mira, estoy llena”, y me dice “sí, pero a mí la cabeza me duele hoy”, como diciéndote “yo te elegí como médico, me tenés que atender” y tienen toda la razón del mundo, entonces tenés que hacerlo”* EI\_M\_1NA\_F\_16

Los *pacientes* siempre son referidos como *suyos*, y de acuerdo a lo observado por otros profesionales esto es algo que los usuarios también reproducen al identificar desde ese mismo lugar a los médicos

*“Acá el especialista no deriva al médico internista o al médico de familia, porque son los pacientes de ellos y el paciente es el médico de él, es el vínculo que ellos tienen, yo que sé. Vos hablas con los pacientes “es mi doctora, mi doctora, mi doctora”* EI\_LE\_2NA\_F\_15

Se prevé entonces una influencia del vínculo médico-usuario en lo que será la respuesta ante el cambio del modelo de atención. Cabe señalar que esta relación también se ha visto influenciada por ciertos cambios introducidos por la reforma, donde la *participación social* cobra un lugar de importancia,

*“En algún momento hablando con gente del movimiento de usuarios bueno, ellos son muy conscientes de cuanto más ellos se implican y más participan, y más también... “piden”, entre comillas, también estas cosas se instalan de alguna manera”* EI\_PSI\_2NA\_F\_22

Otro elemento que ha cobrado relevancia en los últimos años es la creciente *judicialización* del vínculo, que para el médico implica el desarrollo de una *práctica defensiva*,

*“Los médicos estamos trabajando a la defensiva, sobre todo los médicos jóvenes, los que tenemos un poco más de espalda, tenemos más experiencia ¿y qué significa? Que vos venís porque te duele un poco la cabeza y te piden rutinas completas porque hay abogados que se prestan para defender los pacientes, que hay casos que son correctos, el médico se equivocó porque nos equivocamos todos... Pero mira que tenemos que pagar un seguro bien importante en dólares por año, hasta los médicos de medicina general”* EI\_M\_1NA\_F\_21

*“ahora hoy por hoy-- que viste que al final terminas-- esto se está judicializando tanto que terminas escribiendo más, aunque me reviente escribir terminas escribiendo más por las dudas, por si el día de mañana, ¿no?”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Patrones de interacción con otras profesiones, gestores y con la institución

Al analizar la relación que los médicos establecen con otros profesionales se observa una desvalorización del rol del trabajo administrativo en el sistema,

*“La muchacha que está en el teléfono que no sabe nada, no le interesa nada y no tiene información”* EI\_M\_2NA\_M\_25

De hecho, la relación se torna conflictiva cuando el funcionario no se relaciona con el médico desde el lugar que este último espera

*“Y me parece que no son quienes para contestarme-- porque me contestaron mal. Que me digan “pero vos no podés venir cada vez que tengas un problema”. **Yo no iba como la vecina que va a pedir un kilo de papas, yo iba como el médico que iba a pedir un examen de un paciente**”* EI\_M\_1NA\_F\_13

En relación al vínculo con Licenciados y Auxiliares en Enfermería se observan otras particularidades; en este sentido cabe recordar que *“lo que hace el médico es parte de una división técnica del trabajo más amplia y, a veces, no es una parte muy distinta o genérica. Es el control de los médicos de la división del trabajo lo que es distinto”* (Freidson, 1978:48). Contrariamente a lo que pasa con aquellos profesionales que no pertenecen al área salud, los médicos desarrollan una buena relación con quienes sí fueron formados en esta área, y esto es reconocido no sólo por ellos mismos sino también por los gestores

*“la enfermería es la que tiene más llegada con el médico” EI\_G\_1NA\_F\_30*

*“Yo tengo una enfermera bastante eficaz, entonces ella me va organizando” EG1\_M\_2NA\_F*

Aunque este vínculo cambia cuando estos profesionales se encuentran ocupando cargos de gestión. De hecho, de los 8 informantes entrevistados como gestores, tan solo una era Médica, siendo el resto en su mayoría Licenciadas en Enfermería (cinco) y dos Licenciados en Administración. En general el vínculo con los gestores se percibe como conflictivo y esto puede responder a la característica autónoma del habitus médico, que deja poco lugar para la determinación de pautas que provengan por fuera de su propio consultorio. Los discursos más extremos sostienen que el mal vínculo con los directores está dado por su incompetencia,

*“No he tenido un solo jefe que sirva para algo desde que me recibí. Los directores totalmente incapaces, es lamentable. ¡No hay quién piense en la salud pública! No hay quién mande, no hay responsabilidades, son montón de mujeres hablando pelotudeces y ninguna sirve para nada” EI\_M\_2NA\_M\_25*

*“Me acuerdo de que me pararon en un pasillo y me dijo que iban a empezar a hacer eso y le digo, “mira, a mí es la última persona a la que le tenés que decir eso, porque yo no falté nunca, yo llego en hora y me quedo mucho más” y sí, me zarpé y le dije con tono muy tranquilo “el día que tú camines estos pasillos como los he caminado yo todos estos años ahí recién vas a poder exigirme algo más, mientras tanto no”. Quien está a cargo de algo tiene que trabajar el doble del que vos tenés que mandar, porque si no es difícilísimo” EI\_M\_1NA\_F\_21*

Aunque cabe aclarar que la confrontación no es el común denominador en este vínculo, y que los médicos entienden que aunque la relación no es excelente, sí la catalogan como “adecuada”. De acuerdo a lo expresado por los médicos la calidad del vínculo con los gestores está determinada por una ausencia de control y falta de presencia en los servicios<sup>9</sup>.

*“Las cabezas de la RAP... Mira, yo soy yo soy hija de militar, debe ser por eso (risas), pero hay reglamentos. Si vos tenés que hacer 16 horas semanales tenés que hacer 16 horas semanales, te puedo perdonar 2 o 3, pero no podés hacer 2. Si se exigieran los controles a ver si se hace todo lo que hay que hacer... es tan fácil, pero viste, no se hace” EI\_M\_1NA\_M\_27*

*“En ASSE nadie te sanciona últimamente (...) Hay gente que está encargada de cada sector, pero vos no los ves. Si están yo al menos no los conozco” EI\_M\_2NA\_F\_26*

Lo interesante es que al preguntar a los gestores respecto del vínculo con los médicos aparecen declaraciones contrapuestas a las anteriormente presentadas. Todos los gestores entrevistados

---

<sup>9</sup> Es importante considerar aquí una posible incidencia de la coyuntura política: desde setiembre del año 2017 comenzaron las actividades de la Comisión Investigadora “Estafa al FONASA” y en Febrero de 2018 el Presidente en ejercicio en aquel momento, Dr. Tabaré Vázquez destituyó a las autoridades de ASSE, asumiendo un nuevo directorio en marzo. A su vez, durante el mes de junio este nuevo directorio pidió la renuncia de 18 directores de diversas Unidades Asistenciales a nivel nacional, entre ellas, algunas de las integrantes de la Red Oeste, llamando a concurso para la designación de los nuevos cargos. Hasta Agosto de dicho año funcionó la Comisión Investigadora, por lo cual se trató de un período complejo a nivel político institucional.

declaran tener una gran disposición al diálogo abierto y fluido con los médicos, y puntualizan que éstos últimos no siempre reciben bien las órdenes

*“Y bueno, nosotros en lo personal tenemos el equipo de trabajo que nos llevamos bárbaro, y siempre fuimos una dirección de puertas abiertas, entonces la gente también se acostumbra a eso que me parece bárbaro. Que puedan venir a tener un contacto directo, que te puedan plantear un problema, o un problema persona, que vos se lo puedas solucionar, en eso siempre tratamos de bueno, de ponernos en el lugar del otro, de tratar de solucionarle el problema”*  
EI\_G\_1NA\_F\_10

*“Todos los médicos son muy sensibles las órdenes”* EI\_G\_1NA\_F\_30

De hecho, aunque reconocen una mayor potestad para aplicar sanciones como producto de la descentralización, este sigue siendo un aspecto que consideran delicado ya que se trata de un proceso desgastante,

*“Nosotros en eso viste que en ASSE es difícil a veces, por todo el proceso que te lleva. Entonces a veces vos decís “bueno, ¿me meto en este baile o no me meto?”, porque fijate que a veces se te van 3 años, es un desgaste que expediente va, expediente viene”*  
EG2\_G\_2NA\_M\_14

El vínculo con los gestores es sin lugar a dudas un gran determinante del vínculo que los médicos establecen con la institución. Como ya se ha adelantado al presentar las opiniones respecto a las condiciones laborales, a pesar de que se reconocen avances hay una tendencia a la disconformidad con las mismas, y teniendo en cuenta que la mayoría complementa su trabajo en el sector privado, ninguno de los entrevistados manifestó voluntad de abandonar ASSE

*“Es una cuestión de formación y creo que es una cuestión cultural, también, de los médicos en sí, porque es como una extensión del hospital, de la Facultad, entonces este es como una cuestión que vos querés, también por una cuestión de equidad, que sea lo mismo en el sistema público que en el privado. Entonces de repente tratás de trabajar en ese sentido”*  
EI\_M\_2NA\_F\_9

*“Es eso como el cariño, esa cosa... ese romanticismo estúpido que te queda. Y bueno, y han pasado tantos años y yo digo “¿con 26 años me voy a ir ahora que en realidad me queda poco para jubilarme, con 26 años de trabajo?” Será eso de que como hicimos la carrera en la Facultad, y que el hospital, y que esto, y que lo otro, pero cada vez se te va yendo más al diablo el romanticismo, ¿no?”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Aunque la permanencia en la institución aparece como una cuestión vocacional hacia la Salud Pública vinculada al proceso de formación, se debe recordar que, *“la vocación es simplemente la transfiguración ideológica de la relación objetiva que se establece entre una categoría de agentes y un estado de la demanda objetiva (...) Un determinado tipo de condiciones objetivas, que implican un cierto tipo de posibilidades objetivas, es interiorizado por una categoría de agentes y produce en ellos un sistema de disposiciones (...) No hay práctica tan deliberada y*

*tan inspirada que no tenga objetivamente en cuenta el sistema de posibilidades e imposibilidades que definen el porvenir objetivo y colectivo de una clase” (Bourdieu, 1966:117). Esto se observa claramente en la siguiente cita*

*“Porque amamos Salud Pública, porque los que hicimos medicina por amor, porque nos gustaba, te sentís tan cómodo trabajando-- porque además el equipo de trabajo es distinto. Yo veo en el privado es mucha competencia entre médicos, y cuando tienen un poco de poder a la miércoles, olvídате, ¿eh? Yo tengo compañeras de generación que ahora están en la directiva de allá [el privado] y te ladran como un perro. Conmigo no joden dos veces porque soy media loca y me conocen, pero en ASSE no pasa eso, porque las cabezas que vos tenés en el hospital son el director, la subdirectora y listo, después somos todos iguales, todos iguales”*

EI\_M\_1NA\_F\_21

Los médicos entienden que en el ámbito público las jerarquías a las que son sometidos son menores y tienen un mayor margen para desarrollar su habitus de práctica autónoma *“Por eso en otros contextos, como en el caso de hospitales privados, el habitus autoritario es mucho menos evidente: porque las características del campo son distintas, menos propicias para que los médicos puedan situarse, de manera automática, en la cúspide de todas jerarquías (profesional, de clase, de género, de etnia) potencialmente vigentes”*. (Castro, 2015:133),

*“Acá todos mandan, y allá en cada sector tenés un jefe y lo respetan (...) Tampoco tiene que ser una dictadura que lo que diga fulano hay que hacerlo, pero me parece como que tienen más respeto a las autoridades porque tienen miedo de que los vayan a sancionar. En ASSE nadie te sanciona últimamente”* EI\_M\_1NA\_F\_13

La incidencia de las distintas condiciones laborales en uno y otro sector declarada por los médicos, se reafirma en el discurso de los gestores, y confirma la influencia de los diferentes escenarios sociales de organización de trabajo, donde, a nivel individual los mismos médicos se comportan de manera diferente de acuerdo a la calidad de la supervisión a la que se ven expuestos (Freidson, 1978),

*“A veces tu tenés colegas y funcionarios en general que trabajan distinto en una privada que en una pública, cosa que no debería pasar, pero pasa. Y yo creo que en el fondo no pasa tanto por el nivel del paciente, el nivel cultural o de respuesta que tenga el paciente, o el nivel socioeconómico que tenga el paciente, pasa porque si a mí no me importa mucho este trabajo porque no me pagan bien, entonces yo voy a rendir menos entre comillas porque si me pagan menos-- ¿entendés lo que digo? Es una lógica mala pero es una lógica humana”*

EI\_M\_1NA\_F\_16

*Seguramente las exigencias son diferentes, las disposiciones son totalmente distintas, las condiciones laborales son diferentes. Es mucho más fácil exigir cuando en esa exigencia está en juego la condición de trabajador, a que te exijan cuando sabes que es muy difícil poder generar algo que termine siendo perjudicial para tu relación funcional, que pasa en el Estado, ¿no? Es muy difícil sancionar a una persona porque no te quiera coordinar una guardia, es muy difícil. EG2\_G\_2NA\_M\_14*

Un hecho importante a destacar es que en general, y de acuerdo a los hallazgos realizados en la investigación sobre radicación de médicos en el interior del país (Levin et al., 2012), los médicos tienden a ser dueños o accionistas en las instituciones privadas del interior, lo cual se confirma en el discurso de los médicos aquí entrevistados,

*“En lo privado tenés un sueldo por atender, tenés un sueldo si estás encargado de algo, tenés un sueldo-- yo soy cooperativista, tenés un sueldo por sentarte en las asambleas de todos los martes, sentarte en la sillita de la asamblea de la directiva... creo que está a 5000 pesos”*

EI\_M\_2NA\_F\_26

Al incorporar esta arista respecto de la diferencia en el vínculo que establece el médico con una y otra institución, sale a la luz la estructura del campo del poder en el cual se desarrollan los cambios,

*“Yo lo que veo en el privado es mucha competencia entre médicos, y cuando tienen un poco de poder a la miércoles, olvidate. Yo tengo compañeras de generación que ahora están en la directiva y te ladran como un perro. Conmigo no joden 2 veces porque soy media loca y me conocen, pero en ASSE no pasa eso”* EI\_M\_1NA\_F\_21

Tal y como lo plantea Bourdieu el campo del poder es *“el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, con mayor precisión, entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en disposición de dominar el campo correspondiente y cuyas luchas se intensifican todas las veces que se pone en tela de juicio el valor relativo de los diferentes tipos de capital”* (Bourdieu, 1997:50). En este sentido, el cambio del modelo supone un cambio en el orden establecido de la Red.

### ***Mecanismos y estrategias desarrollados frente al cambio***

En primer lugar, resulta fundamental analizar la construcción del relato que los diferentes actores realizan entorno a la reforma, para posteriormente poder comprender sus acciones y reacciones frente a la misma.

#### Valoración del cambio del modelo de atención

En términos generales los médicos desarrollan un discurso que valora positivamente el cambio del modelo de atención, entendiendo que se trata de un proceso en plena construcción

*“Son cambios que tienen sus pros y sus contras, pero yo pienso que igual en un pasado de raya general es un buen cambio, favorable. Seguimos en ese proceso y yo lo veo como muy favorable”* EI\_M\_1NA\_F\_5

*“Como toda cosa que empieza tiene sus cosas y hay que hacerle sus ajustes, pero creo que sí, que va por buen camino”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Esta valoración positiva se relativiza cuando se comienza a profundizar en las implicancias del cambio en términos más concretos, en las acciones específicas propuestas como parte del nuevo

modelo, desde la separación física y administrativa del primer nivel de atención, a la creación de metas asistenciales, cargos de alta dedicación, e informatización de los registros de consulta,

*“Nosotros hoy con las metas asistenciales nos convertimos más en actores administrativos que técnicos. Hay que llenar mucho dato, dato, dato, lo que te decía hoy con la historia clínica electrónica, pero también porque si no después las metas no se cumplen. Esto no son todo flores, cada vez vemos menos al paciente y miramos más la pantalla”* EI\_M\_1NA\_M\_27

Resulta interesante observar concretamente los discursos en torno a la creación de las RAPs, ya que se entiende que dicho cambio es el que ha generado mayor impacto en el desarrollo de la práctica cotidiana, no solo de los médicos sino también de todos los actores que forman parte del proceso asistencial. A su vez, se trata de una estrategia de configuración asistencial específica de ASSE,

*“Venimos de un proceso que se inició en el año 2011, en el cual en ASSE se produjo una separación de los niveles de atención. El primer nivel pasó a tener una dirección propia a nivel departamental, y el segundo nivel siguió con la dirección hospitalaria tradicional. Hasta ese momento las direcciones estaban unidas, la dirección del hospital coordinaba tanto segundo como primer nivel. Eso de alguna manera este supuso una fragmentación de los servicios, ¿ta? Con dificultades en la comunicación, en el tránsito de los pacientes entre un nivel y el otro”* EI\_G\_2NA\_M\_28

Al independizarse de la administración hospitalaria, los *profesionales de primera línea*, históricamente poseedores de un menor estatus dentro del campo, se alejan de la estructura de poder que allí se encarna. De esta forma, independientemente de la especialidad, se observa como los médicos que se encuentran desarrollando actividades en la RAP son quienes mejor valoran esta estrategia, mientras que los médicos de segundo nivel presentan un discurso altamente crítico respecto de los efectos de la separación,

*“Las RAP, son un bolazo. No tiene sentido que se separen, si el hospital tiene toda la infraestructura, a mí me parece que esto es un buen intento de alguien desde un escritorio que no tiene mucho sentido. Y llegan decretazos de repente de un escritorio en Montevideo con la mejor intención, y no es así”* EI\_M\_2NA\_M\_25

*“Para qué hablarte de la bruta policlínica que tiene Rodó, siendo que hacen... 2 horas en la mañana y 2 horas en la tarde* GD\_M\_2NA\_M”

Desde el punto de vista de los gestores, la desvalorización de la RAP está dada por un desconocimiento por parte del segundo nivel del trabajo que se realiza en el primero,

*“El segundo nivel no tiene ni idea de todo el trabajo que tiene el primer nivel... me parece que lo que falta es comunicación. Estamos dentro de ASSE y les hablamos de la RAP, de los que estamos dentro del primer nivel y te dicen “¿y ustedes quiénes son? ¿Y dónde están? ¿Y qué hacen? ¿Por qué no están dentro del hospital?” Está ese mito de que el que viene para la RAP está sin trabajar, pasa precioso, y sí, pasamos re lindo pero porque se trabaja, se hace otro tipo de trabajo”* EI\_G\_1NA\_F\_30

Se observa como efectivamente los elementos presentados anteriormente en torno al desarrollo de distintos esquemas de significación de acuerdo a los distintos ámbitos de práctica profesional tienen su incidencia en la valoración que los actores de uno y otro nivel realizan respecto de la implementación del cambio. Así como para los especialistas el principal problema que genera el cambio del modelo de atención es la fragmentación, para los médicos de primer nivel dicha fragmentación se origina en la reticencia de los especialistas a adaptarse a las nuevas pautas del modelo de APS,

*“Cambiar algo rutinario es complicado. La parte de sensibilizar a los especialistas con esto, creo que es por ahí donde... todavía venimos fallando un poco. La forma de trabajar de los médicos lleva como una reticencia, como que esa falta de comunicación hace como un poco de barrera al objetivo, se está acostumbrado a trabajar así, a la falta de prioridad de lo que es la coordinación, de priorizar la importancia del seguimiento de la persona en base al nuevo concepto, ¿no? Del sistema de salud, de la atención a lo largo de toda la vida por un médico de referencia, este, que antes era como muy la patología concreta y ta”* EI\_M\_1NA\_M\_3

Los problemas que ya se han mencionado en torno a las consecuencias de la práctica individual de los médicos encuentran campo fértil en la separación física de los niveles de atención, ya que esta implica necesariamente una mayor comunicación mediante procesos y herramientas de coordinación interinstitucional formales, evidenciando problemáticas pre-existentes en el sistema

*“Cuando comenzás a instrumentar estas cosas, con mucho sacrificio confirmas las carencias que existen. Hay un problema de coordinación importante”* EI\_M\_1NA\_M\_27

Cabe recordar lo planteado por Bourdieu quien entiende que *“Lo que se produce en el campo es cada vez más dependiente de la historia específica del campo”* (Bourdieu, 1997:70). Así, los gestores entienden que el cambio del modelo de atención se está dando lentamente y que los resultados son efectivamente un producto de esta *historia específica del campo*,

*“Está ocurriendo muy lentamente o con pequeñas cosas a lo mejor, entonces claro, no lo visualizas tan fácil, ¿no? Entonces en eso del cambio de modelo en el sistema, yo creo que vamos hacia eso, sí, pero como muy despacio, ¿no? Y bueno, con el sistema es el sistema que logramos, es el sistema que a lo mejor no es el que queremos pero es el que pudimos lograr”*  
EI\_G\_2NA\_F\_30

Las dificultades existentes en la implementación del cambio del modelo son presentadas desde el discurso de los profesionales médicos como *ajenas* a su accionar;

*“Lo que pasa es que estamos en un sistema que quiere cambiar pero además está con leyes viejas”* EI\_M\_1NA\_F\_16

Estas valoraciones ignoran los efectos que su propio habitus tiene sobre la implementación del nuevo modelo, recordando así lo planteado por Roberto Castro respecto de cómo la mayoría de los médicos *“suelen no estar conscientes del papel que desempeña la práctica médica como*

*estrategia de dominación, y centran su atención en su práctica clínica. Esto es, usualmente se comprometen a fondo (y, aparentemente, de manera exclusiva), sólo con la dimensión técnica de su profesión. Pero no por ello dejan de estar activamente vinculados a la dimensión política de su quehacer (aunque no estén conscientes de ello)”* (Castro, 2014:159). Evidenciar la dimensión política de las interpretaciones que los médicos realizan respecto del cambio del modelo de atención resulta fundamental para poder identificar los mecanismos sociales que deben desmontarse para lograr efectivizar el cambio. En este sentido, cabe recordar que la mayoría de los cargos de gestión en la Red se encontraban ocupados por Licenciadas en Enfermería, lo cual, como ya se ha visto, genera conflictos en la forma en que los médicos reciben las nuevas pautas de trabajo

*“Todo para darle de ganar a las nurses. Bueno, quedó grabado. Pero haciéndoles escribir más [a los médicos] no vas a lograr nada, salvo que pongas el teléfono y cualquier cosa llámelo. Siempre se hizo así. En sí el trabajo médico no es el problema”* EI\_M\_2NA\_M\_25

En este discurso se expresa una de las valoraciones más extremas en torno a la creación de las RAPs, que es vista como una estrategia para impactar en la distribución de poder del campo favoreciendo positivamente a otra profesión, y a su vez, se evidencian las resistencias en torno a la alineación con las nuevas pautas de trabajo que se buscan instaurar.

Aunque el discurso médico dominante responsabiliza a la “baja” calidad de la gestión de los problemas de fragmentación ocasionados a partir de la descentralización del primer nivel, desde los profesionales a cargo de las direcciones se declara una visión contrapuesta, en la cual se desarrolla un trabajo de coordinación continua entre los niveles para prevenir las tendencias a la excesiva fragmentación inherentes a la separación física de los servicios,

*“Nosotros en realidad con el hospital tenemos muy buena relación, con la dirección actual tenemos reuniones periódicas cada 15 días, ahí vamos evaluando bueno, qué falla y qué no falla y bueno, entre los dos niveles tratamos de bueno, de ayudarnos también, ¿no? Porque en realidad ASSE somos los dos”* EI\_G\_1NA\_F\_10

Desde la gestión prevalece el discurso que reconoce las dificultades e implicancias del cambio, pero aun así reivindica al proceso en sí mismo como un logro,

*“El cambio viste que a veces es difícil, porque es un cambio total. Trabajar en una organización por niveles de atención implica un cambio cultural tanto de los usuarios como en los trabajadores, y ese cambio yo creo que todavía está por darse, que todavía es una pelea”* EI\_G\_2NA\_M\_28

*“Todo cuesta, es mucho tiempo de compañeros que toda la vida trabajaron de una manera y le estamos dando una mirada diferente al trabajo como trabajo, como valor del trabajo y al trabajo hacia las personas y el sistema privilegia resultados frente a procesos, eso tenemos que darnos cuenta, nos tenemos que dar cuenta, porque si no cambiamos los procesos aquello sigue siendo un número que lo pinto del color que quieras”* EI\_G\_2NA\_F\_30

A las diferencias entre las valoraciones de quienes desarrollan su práctica en uno u otro nivel se le suma el *factor generacional*, que también fue presentado anteriormente como determinante del vínculo que se establece entre los médicos. En este sentido, cuanto mayor es su experiencia de trabajo en la Red, tienden a desarrollar un discurso más escéptico con respecto al cambio, desligándose así de la responsabilidad de llevarlo a cabo, independientemente del nivel de atención en el cual se desarrollen,

*“De repente esas dudas están creadas por una persona que hace muchos años que está en la vuelta y que está un poco descreída de algunas cosas. De repente ustedes, jóvenes, que vienen entrando al sistema y que por suerte tienen mucho ímpetu, de repente tienen muy buenas expectativas. Cosa que me parece bárbaro, pero es difícil”* EI\_M\_1NA\_M\_27

*“Somos... ¿viste que somos duros para los cambios? Para los cambios somos bravos... Y es una cosa que vos a los 20 y pico, 30, te lo tomas de una manera, ya a los 50 es otra etapa”*  
EI\_M\_2NA\_F\_26

De esta forma, la posición subjetiva que los médicos de la Red toman frente al cambio se encuentra determinada por su posición objetiva en el sistema, *“en tanto agentes sociales, es decir, actores profundamente comprometidos con lo que está en juego en el campo, los médicos están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación”* (Castro, 2014:169). Este involucramiento será entonces el que determine también las acciones concretas que adopten en el desarrollo de su práctica diaria en un contexto de cambio cultural.

### La reacción

Desde la perspectiva de los gestores, son efectivamente los médicos quienes desarrollan mayores resistencias frente a la implementación del nuevo modelo de atención,

*“A veces algunos se ponen medio reticentes. Los más reticentes al cambio siempre son los médicos. Aquellos médicos que tienen dificultad porque tienen dudas, o porque te dicen “ah, mira, se me cayó el sistema” y sinceramente no es que se le haya caído el sistema, es que no quieren escribir (se ríe) porque pasa”* EI\_G\_1NA\_F\_10

Cabe recordar que el habitus médico se desarrolla en un *campo*, en el cual los agentes que lo integran se encuentran en constante lucha; las posiciones que resultan de esas luchas determinan los intereses y los medios a los que los actores recurren para satisfacerlos. Ante una situación de cambio, *“cuando están amenazados los equilibrios establecidos en el seno del campo de las instancias específicamente encargadas de la reproducción del campo de poder”* (Bourdieu, 1997:51), las luchas se intensifican. Por lo tanto, las resistencias ponen de manifiesto los distintos intereses que están en juego en la Red. En primer lugar, se confirma el posicionamiento dominante de los médicos dentro del campo, ya que de acuerdo a lo planteado

por Bourdieu, quienes se encuentren en una posición de dominación serán quienes tiendan a desarrollar *estrategias de conservación* para perpetuar el orden establecido, del cual son parte interesada (Bourdieu, 2000).

Pero como ya se ha visto, aunque en términos generales la profesión médica se encuentra en un lugar de dominación, el espacio en el cual se desarrollan es heterogéneo y dentro de la misma profesión se observaron diferencias de poder internas, que determinan también la heterogeneidad en sus reacciones. Como el cambio es promovido desde dentro del campo como resultado de acuerdos políticos entre todos los colectivos que lo integran (entre ellos la Federación de Médicos del Interior), las resistencias no se observaron a niveles macro, sino en las micro acciones desarrolladas en la práctica cotidiana. Los cambios evidencian las estrategias de funcionamiento que estaban instauradas previamente en pos de la dominación de la profesión médica y el desarrollo de su autonomía; por lo tanto, se entiende que aquellos cambios en torno a los cuales se despliegan estrategias más reaccionarias (de conservación), son los que impactan directamente en el habitus autónomo de la profesión, como el caso de la informatización de la Historia Clínica, que aparece como una estrategia para la superación de la ilegibilidad de los registros médicos, y que a su vez impone ciertas obligaciones en la sistematización de la consulta. En este sentido los gestores plantean que,

*“Como todo cambio ha costado, y es un poco estar persiguiendo, un trabajo de hormiga, nosotros desde acá, desde el segundo nivel, hemos tenido en muchos casos que llamarles la atención a los profesionales para que realmente escriban. Es todo un cambio de cultura que ha exigido que nosotros intervengamos, no es una cosa de que me encantó empezar a escribir en la computadora. Principalmente a los médicos más viejos les cuesta más, se quejaron muchísimo de que les interfería en la consulta, porque estaban tratando de escribir y de repente no miraban al paciente, no lo tocaban, no lo examinaban”* EI\_G\_2NA\_F\_6

Por otra parte, todo cambio cultural tiende a producirse de forma más rápida y fácil entre los grupos jóvenes, lo cual genera también diferencias intergeneracionales en las reacciones,

*“Este pero fue un proceso que nos acompañaron muy bien porque, yo siempre digo que la juventud es muy valiosa porque le gusta esta aventura de los cambios, se engancha bien, ¿viste?”* EI\_G\_1NA\_F\_30

En este sentido, Bourdieu (2000) plantea que en coyunturas de cambio los recién llegados (que aún no detentan una posición de dominación) tendrán dos opciones: por un lado pueden desarrollar *estrategias de sucesión* o, por el otro, de *subversión*. En el primer caso las innovaciones serán aceptadas y promovidas dentro de los límites “autorizados” del campo, mientras que en el segundo apuntarán a una redefinición completa que impacte sobre los principios de dominación del campo,

*“Ese rechazo a veces natural que se tiene frente a cambios, de toda una vida de venir usando la historia en papel, que te pongan en frente a una computadora y te digan “no escribas más, ahora registra todo en la computadora” bueno ta, estamos en ese proceso, porque también fue un cambio acá el hecho de pasar médicos que toda la vida atendieron en el hospital, pasar a policlínicas barriales, imagínate. O sea hasta una resistencia hasta de la gente, ¿ta? Gente que al único lugar que concurría era al hospital para repetir los crónicos, ahora tiene que ir a su policlínica de su barrio, que de repente ni la conocía”* EI\_M\_1NA\_F\_5

*“Yo personalmente me adapto a todas esas cosas porque es para mejorar la atención, pero tengo colegas que se han jubilado para no escribir en la computadora”* EI\_M\_1NA\_F\_21

Aunque por parte de los gestores se plantea una mayor predisposición al cambio por parte de los más jóvenes, en estos dos discursos de médicos de primer nivel, donde se presenta la postura de una profesional con apenas 5 años de experiencia frente a la de una con 21, aunque se confirma la mayor reticencia de los médicos mayores (que incluso llegan a jubilarse para no tener que adaptarse a los nuevos cambios propuestos), no se observan indicadores del desarrollo de estrategias subversivas por parte de quienes menor experiencia detentan.

Resulta interesante analizar el sentido que los gestores dan al accionar médico,

*“Porque vos hablas con la persona, hablas con el profesional y siempre ven el problema en el otro, ¿no? Nunca reconocen “yo tengo problemas de comunicación”. No, te dicen “a mí no me corresponde llamar, eso les corresponde a ustedes”. Yo que sé, es muy difícil (se ríe)”*  
EI\_G\_2NA\_F\_6

De hecho, esto efectivamente se observa en el discurso médico, que tiende a utilizar la tercera persona para referirse a las dificultades y resistencias en torno al alineamiento con las pautas del nuevo modelo,

*“La resistencia está dada adentro del consultorio... entonces hay que comprometerlos más y facilitar, buscar la vuelta de que les sea más fácil”* EI\_M\_1NA\_M\_27

Retomando el carácter corporativista del habitus médico, desde el entendido de que *“los grupos corporativos adquieren su identidad y dan forma a sus intereses particulares según el lugar que ocupan en la división social del trabajo”* (Leandri, 1999:118), se observa como la nueva estructura impuesta por el actual modelo de atención da lugar a una división más clara entre los dos subgrupos ya identificados dentro de la profesión médica; por un lado aparecen los profesionales de *primera línea*, y por el otro, los profesionales de segundo y tercer nivel de atención, cada uno manifestando intereses, y por lo tanto reacciones distintas frente al cambio. Estas diferencias desarrolladas de acuerdo los espacios sociales de desarrollo de su habitus profesional son interpretadas como demostraciones de las luchas internas por la dominación de los espacios de poder en las que se encuentran inmersos. Así, *“las fuerzas que se pueden emplear en estas luchas y la orientación, conservadora o subversiva, que se les aplica, dependen de la «tasa de cambio» entre los tipos de capital, es decir de aquello mismo que esas*

*luchas se proponen conservar o transformar.*” (Bourdieu, 1997:51). Los profesionales del primer nivel de atención, que como ya se observó tienden a presentar una valoración más positiva del cambio, también tienden a atribuir las estrategias de conservación a los médicos del segundo o tercer nivel, e incluso justifican su propia desafiliación al cambio en las actitudes de los otros profesionales, tal y como se observa en la siguiente cita en torno a la realización de las referencias y contrarreferencias para la comunicación entre niveles,

*“De repente... el colega del otro nivel no estaba involucrado en el tema, ¿no? Porque ta, uno porque entiende realmente la necesidad de este sistema... Pero hay que tener esa voluntad, eso sí es fundamental, todo eso lleva tiempo, tenés que tener ganas de hacerlo. Tenés que entender para qué. Si entendés, bárbaro. El tema es que a uno lo desestimulan porque... ¿pa' qué voy a hacer si en el otro lado no hacen? Entonces a veces, algunas veces, hasta me olvidaba de hacerlo”* EI\_M\_1NA\_M\_27

Por su parte, los médicos de segundo nivel también desarrollan discursos de este tipo, justificando su falta de adhesión a la estrategia de Atención Primaria en Salud en el subdesarrollo y falta de profesionales capacitados en el primer nivel, lo cual se observó claramente en una de las entrevistas grupales,

- *En la atención primaria que tengan médicos generales, de familia, lo que quieran, pero que haya... (M\_2NA\_F)*
- *No hay. A mí me pasa de gente que viene de los barrios que te dicen que se vienen a atender a un segundo nivel (M\_2NA\_M)*
- *No hay, o hay uno solo y ese solo no les convence. O sea ahí también no está la posibilidad de elegir ¿no? No es que vas a tener un stand de 10 para que elijas, pero no uno solo... (M\_2NA\_F)*
- *Sí, yo que sé, los médicos de primer nivel... (M\_2NA\_M)*
- *Y hay muchos médicos que solo derivan y no estudian al paciente, porque hay mucho médico acá, los del primario, que sólo repiten y ya está. No te evalúan el paciente como uno hace...Y por ejemplo, me mandan a un vitíligo, pero no me lo mandaron estudiado. (M\_2NA\_F)*
- *¿Quiénes trabajan en primario? Falta gente que haga la atención primaria en salud y que resuelva. Que resuelva lo básico... (M\_2NA\_M)*
- *La doctora [nombre] y el doctor [nombre], que son muy buenos médicos de medicina general, están acá [en el hospital], no están en las periféricas. Y no dan abasto con todo, ¿no? No hay turnos para ellos. (M\_2NA\_F)*
- *No hay muchos para elegir. El primer nivel está medio... no sé. (M\_2NA\_M)*

De todas formas, es pertinente aclarar que así como sucede con las divisiones que se generan a partir de los distintos *modus generacionales*, las estrategias desarrolladas frente al cambio por

parte de los médicos de uno u otro nivel tampoco llegan a presentar características de subversión. Así, la profesión en su totalidad oscila entre el desarrollo de estrategias de conservación y sucesión, dependiendo del lugar que ocupen en la división interna del estatus médico, y actúan como un bloque ante las eventuales amenazas “externas” al poder de la profesión en general, donde la responsabilidad de los problemas de implementación del modelo tiende a ser atribuida a los cargos de gestión, e incluso a los usuarios y su persistencia en utilizar los servicios de acuerdo a pautas del modelo anterior,

*“Yo trato de no ser la médico referente pero termino siendo médico referente de un montón de pacientes, porque no tienen otra patología más importante y termino siendo la médico referente. Es el usuario el que muchas veces elige volver al cardiólogo, como que les genera ese pavor el ser cardiópata y vuelven siempre a vos. Hay mucho diabético también, al endocrinólogo le pasa exactamente lo mismo”* EI\_M\_2NA\_F\_26

Concretamente con respecto a la responsabilidad atribuida a la gestión, cabe recordar lo planteado por Bourdieu con respecto a las coyunturas de cambio, donde *“una de las cosas que está en juego en las luchas que enfrentan al conjunto de los agentes o de las instituciones (...) es la conservación o la transformación de la «tasa de cambio» entre los diferentes tipos de capital y, al mismo tiempo, el poder sobre las instancias burocráticas que están en condiciones de modificarlo mediante medidas administrativas* (Bourdieu, 1997:51). Es así como las nuevas pautas de trabajo son vistas como producto de una imposición que atenta contra el orden establecido,

*“Te mandan la orden y te la mandan, punto. Nadie te pregunta ni qué opinión, ni qué te parece, ni nada, hacelo”* EI\_M\_2NA\_F\_26

*“Yo creo que muchas veces sucede a nivel de políticas de salud nacional, de que realmente te viene algo cocinado que vos no participaste y que tenés que aplicar, que generalmente se suma a tu trabajo diario, y muchas veces se reclama mayor remuneración por ello, que generalmente no la hay, y eso es una dificultad. En general los trabajadores de la salud son sumamente conservadores, y en alguna medida rituales. Cuesta mucho introducir un cambio...”*

EI\_G\_2NA\_M\_28

*“No deben sentirse... me imagino, no sé, no deben como sentirse parte de la parte pensante de la institución. Como que hacen su trabajo de escritorio y eso de no sentirse parte del engranaje... no sé, es una percepción, que no pueden ver esa parte que son de la continuidad asistencial, que lo que ellos hacen en la policlínica influye en todo el camino que hace el usuario y... ta que creo que ta, que no se involucran porque no se sienten parte de ese proceso”* EI\_LE\_2NA\_F\_10

De esta forma, se observan las dificultades a las que los médicos de la Red se están enfrentando para desarrollar prácticas estratégicamente adaptadas a las nuevas condiciones de funcionamiento del sistema de salud,

*“Hay una estructura a nivel local en la cual la atención de los usuarios de ASSE la hace mayoritariamente el especialista y no el médico de primer nivel. Y muchas veces eso se conserva aún sin saber mucho los por qué. O sea uno se puede encontrar con una práctica de salud que ha persistido durante mucho tiempo y que de repente ya no tiene sentido pero aún se conserva”* EI\_G\_2NA\_M\_28

El desajuste entre el habitus y sus condiciones de realización se genera *“cuando el sentido del porvenir probable se encuentra desmentido y las disposiciones aparecen como “mal ajustadas” a las opciones objetivas –el “efecto Don Quijote”-. Es decir, en el caso en que los habitus funcionan como “a contratiempo” y las prácticas no son adecuadas a las condiciones presentes porque están objetivamente ajustadas a las condiciones pasadas”* (Gutiérrez, 2005:75). Resulta interesante considerar este *“efecto Don Quijote”*, ya que dicho paralelismo es presentado directamente por un médico del primer nivel al hablar de las dificultades en torno al funcionamiento en el nuevo modelo de atención,

*“Pero creo que están, en algunos aspectos y en algunos lugares están como el Quijote, ¿no? Peleando con los molinos de viento. Pero bueno, hay que pelearla”* EI\_M\_1NA\_M\_27

Uno de los hallazgos emergentes de la presente investigación, refiere a las consecuencias que esta lucha que mantienen los profesionales tiene sobre sí mismos. Cuando las condiciones de producción y desarrollo del habitus se encuentran homologadas, se *“permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo, y que, por lo tanto, son más prácticas que lógicas, o bien, son lógicas sólo hasta el punto en que no dejen de ser prácticas”* (Castro, 2015:234). Pero cuando la homología no está presente y las estrategias que se ponen en juego son las de conservación, emerge el padecimiento, el cual se observa particularmente en aquellos médicos con mayor experiencia en la Red,

*“De este grupo de amigas médicas que tengo yo todas tenemos enfermedades autoinmunes, ni una se salva. Lupus, artritis, para un poquito. Todas están en reiki y no sé qué cosa, porque están que explotan”* EI\_M\_1NA\_F\_21

*“Pero ya te digo, hice crisis y me tomé 6 meses”* EI\_M\_2NA\_F\_26

La enfermedad aparece así como un problema con claro origen político, un costo a pagar para que las lógicas del modelo anterior se sigan presentando como prácticas,

*“Los cambios difícilmente se operan sin pasar por una etapa inicial de resistencia, sin pasar por una etapa de incorporación de lo nuevo y de vivir los beneficios que lo nuevo tiene, ¿no? Digo, no sé. Cambiar el modelo, cambiar la cabeza, como decimos habitualmente, lleva tiempo...”* EI\_PSI\_2NA\_F\_22

## La incidencia del habitus médico en el avance del cambio de modelo en la Red

Brechas de implementación y sugerencias para su superación

Las brechas de implementación del modelo de atención en la Red aparecen vinculadas a aquellas modificaciones que han presentado mayores resistencias a nivel del colectivo médico. En el plano local, aún no se ha logrado consolidar la priorización del primer nivel de atención desde la estrategia de la APS

*“Falta por trabajar con los trabajadores de la salud, que todavía están muy centrados en el segundo nivel de atención, pero trabajar también a nivel de los usuarios para que entiendan las ventajas de un sistema de salud organizado con base en el primer nivel de atención, y borren de su imaginario todo eso que se les vendió durante el siglo XX de que los mejores servicios están en los hospitales y en los centros de alta tecnología”* EI\_G\_2NA\_M\_28

Esta es una particularidad que no sólo se extiende a los médicos, aunque encuentra una fuerte encarnación en su práctica, por la centralidad que esta tiene en el sistema en general

*“Es como que hay una barrera, que por más que las direcciones queramos unir primer con segundo nivel, el especialista está en una posición de que él es el especialista, y ta, (...)”*  
EI\_G\_1NA\_F\_30

Desde la perspectiva de los médicos es el propio sistema el que aún impone trabas al desarrollo del primer nivel, en la medida en que no se han habilitado ciertas potestades a los médicos generales,

*“Todavía tenemos el sistema del especialista como peaje. Para algunas cosas, por ejemplo, nosotros no podemos pedir un ecocardiograma, los médicos generales no podemos pedir un ecocardiograma, lo tiene que pedir el cardiólogo”* EI\_M\_1NA\_F\_16

Como ya se ha presentado en apartados previos, el poder y la autonomía que posee la profesión médica han habilitado a que su discurso imponga una moralidad dominante respecto de los esquemas de definición, percepción y apreciación del campo en su totalidad, lo que se extiende también a las causas de la brecha de implementación del nuevo modelo, que son atribuidos exclusivamente a tres grandes problemas: la falta de recursos, la educación recibida y la gestión de las unidades asistenciales.

*“O sea, tu podés venir con la mejor formación, y después tenés que trabajar el doble de lo que pensabas trabajar, seguramente eso va a generar cansancio, va a generar descreimiento en lo que estás haciendo, y puede llegar a generar que no lo hagas, ¿ta? Porque la falta de tiempo es un factor que influye mucho, y tiene una raíz económica, obvio. Yo creo que cada uno hace lo que puede con el sistema que tiene, ¿no?”* EI\_M\_1NA\_F\_16

Concretamente con respecto a los problemas de gestión, se observa como la marcada interiorización de la estructura jerarquizada de la propia profesión es reproducida en los pedidos de mayor control y supervisión,

*“Lo tendrán recontra estudiado y pensado y horas y horas de trabajo con las mejores intenciones, nadie lo duda. Pero en un marco que no es el ideal, porque esto es un viva la pepa”* EI\_M\_2NA\_F\_26

*“ASSE ha entrado en un proceso de dejar, dejar pasar, dejar hacer, es decir, no hay una organización disciplinada. No quiero ponerme ni fascista ni nada parecido, pero se necesita en todos los procesos una disciplina, un orden, y como que eso se ha aflojado mucho y eso dificulta las cosas”* EI\_M\_2NA\_M\_30

*“Somos hijos del rigor lamentablemente. Creo que cuando es medio voluntario, ahí no funciona”* EG1\_M\_2NA\_F

Resulta necesario analizar críticamente estos discursos y principalmente relativizar la determinación exclusiva de estos elementos, que aunque se entiende que forman parte del problema, también pueden llegar a invisibilizar otras posibles estrategias a desarrollar para disminuir las brechas, *“el comportamiento deficiente por parte de un profesional tiende a explicarse como resultado de haber sido educado de manera inadecuada en la escuela profesional. (...) El remedio más comúnmente sugerido para tal comportamiento es la reforma del currículum profesional en lugar de las circunstancias del trabajo profesional”* (Freidson, 1978:88).

*“Creo que es la formación que tenemos que te hace trabajar así, que de a poco con este nuevo sistema de priorizar el primer nivel y no tanto los especialistas focales, va a ir como cambiando, rumbea para que esto vaya cambiando”* EI\_M\_1NA\_M\_3

*“O sea me parece que pasa más por un tema de educación... no sé cómo hacer que los médicos realmente se comprometan con ese sistema, que ellos se convenzan de que realmente es necesario”* EI\_G\_2NA\_F\_6

Las diferencias existentes entre las condiciones objetivas de desarrollo profesional y las condiciones originales en las cuales fueron formados implican una posibilidad de reformulación del habitus para los agentes. Pero desde la perspectiva de Bourdieu, para que esta transformación se pueda dar es necesario introducir procesos de autosocioanálisis *“mediante el cual el agente social pueda explicitar sus posibilidades y limitaciones, sus libertades y necesidades contenidas en su sistema de disposiciones y con ello, tomar distancias respecto de esas disposiciones”* (Gutiérrez, 2005:75).

A su vez, en el plano Regional, aún no se han logrado consolidar completamente las RISS,

*“Nosotros tenemos una dispersión geográfica importante también, y muchas veces la red se da donde se puede resolver y no directamente donde está conformada la red, muchas veces se resuelve donde se puede y muchas veces no donde se debería”* EI\_G\_1NA\_F\_9

*“La red es algo súper importante que sigue siendo una línea de trabajo para ASSE, que nos cuesta muchísimo porque tendemos en cada unidad al individualismo, no nos estamos mirando como red. Tendemos a mirar los procesos del segundo nivel con los del primer nivel por separado. Por eso también nos asombramos de las cosas, porque nos vemos en diferentes*

*lugares en vez de vernos como parte de lo mismo ¿no? La red es muy difícil de armar, nos está faltando mucho para querernos un poco más entre las unidades y querer la red”*

EI\_G\_2NA\_F\_30

Se observa de esta forma un vínculo directo entre las características de funcionamiento del habitus médico en sus condiciones de desarrollo local y los problemas que se expresan a nivel regional. Así como en cada Unidad Asistencial se lucha contra la fragmentación generada por la autonomía e individualidad del trabajo médico, al momento de conformar las Redes Integradas de Servicios de Salud, las dificultades son las mismas pero a un nivel que en vez de ser el de los agentes, pasa a ser el de las instituciones.

*“Es un lugar difícil... Y es un lugar que creo que si no le pones todos los días la sal y la pimienta del pensamiento, puede llegar a ser una máquina más, un ruleman más de toda la máquina. Y la idea es que no, que sea diferente, que podamos poner otro pienso y otra mirada para ir hacia otros lugares”* EI\_G\_2NA\_F\_30

*“Yo no creo en ningún cambio provocado sin insistencia en el sistema de salud. Yo creo que la insistencia es como la regla que permite que capaz que a largo plazo... Creo que ahí todos los actores tenemos que estar más implicados en esto, y los equipos de gestión. Ser más consecuentes. No desde la obligatoriedad sino desde la convicción, ¿no? Más allá de que esto está reglamentado, pero desde la convicción”* EI\_PSI\_2NA\_F\_22

Por lo cual, el cambio del modelo de atención aparece como un desafío en un micro y meso nivel, lo que induce a pensar en la necesidad de desarrollar procesos de análisis reflexivo que permitan trabajar sobre las percepciones y representaciones que se tienen respecto de los condicionantes del funcionamiento actual para elaborar estrategias de acción diferentes, en un constante diálogo entre los individuos y las instituciones que estos encarnan.

## Conclusiones

*“Hay que dar vuelta el tiempo como la taba, el que  
no cambia todo, no cambia nada”*

Alfredo Zitarrosa

La presente tesis ha tenido como objetivo analizar las características del habitus médico en la Red Oeste de ASSE, para poder considerar su influencia en el proceso de implementación del nuevo modelo de atención.

Uno de los principales componentes identificados del habitus médico es su *autonomía de práctica*, entendida como la capacidad, conferida por el control respecto de su técnica, para determinar no sólo su ámbito de desarrollo profesional, sino también las condiciones en las cuales desempeñarse, *“con autonomía otorgada en su técnica, el profesional tiene una serie de ventajas que le brindan una cuña sólida en otras zonas de práctica (...) La autonomía sobre el carácter técnico de su trabajo, entonces, le da los medios para ser una profesión "libre", a pesar de que depende del estado para establecer y mantener su autonomía”* (Freidson, 1978:46). Esta autonomía se expresa en la práctica altamente individualizada del médico, y concretamente en la Red, en el desligamiento con respecto de ciertas pautas formales del sistema, principalmente en lo referido al registro de la comunicación con sus colegas.

El segundo componente identificado del habitus médico es su *carácter corporativo*, que emerge como una estrategia de funcionamiento para proteger los intereses del colectivo, entre ellos, la propia autonomía de su práctica. Este componente opera especialmente en el contexto de cambio ya que se trata de una característica que se manifiesta principalmente ante situaciones en las cuales el poder del colectivo se ve amenazado.

Estos dos grandes componentes del habitus, que se encuentran ampliamente desarrollados en la literatura clásica del estudio de la profesión médica, son principalmente incorporados y determinados por el proceso de formación profesional, tanto a través del *currículum oficial* como del *currículum oculto*, lo cual podría estar indicando su carácter generalizable como rasgos que trascienden al contexto específico de la Red estudiada, configurando así posibles componentes del habitus médico a nivel nacional.

En este mismo sentido, se observaron ciertas estrategias y mecanismos de acción desarrollados frente al cambio del modelo de atención, que al estar vinculadas con estos rasgos históricos del habitus de la profesión, también podrían ser extrapoladas a los desafíos a los que se enfrenta la implementación del nuevo modelo a nivel nacional. Se observó como aquellas carreras con

estructuras más rígidas, que detentaban un mayor estatus dentro del sistema, son las que desarrollan mayores resistencias frente a los cambios. Así, aquellos que se encuentran en una posición dominante tenderán a buscar mantener el orden establecido del cual son parte interesada a partir del desarrollo de *estrategias de conservación*. Mientras que por su parte, aquellos que no se encuentran en una posición de dominación, ya sea por tratarse de ser recién llegados (médicos “jóvenes”, formados en nuevos *modus generacionales* y con menor experiencia en la Red) o por encontrarse en una situación histórica de relegación en el campo (profesionales de *primera línea*, cuya práctica depende principalmente de la demanda directa de los usuarios), se orientarán a desarrollar *estrategias de sucesión*, que les permitan en determinado momento futuro alcanzar los beneficios de quienes se encuentran en una situación de poder. De esta forma, se observa como a grandes rasgos la profesión médica en su conjunto oscila entre el desarrollo de estrategias estrictamente *conservadoras* y *sucesivas*, mediante la puesta en práctica de acciones que refuerzan su autonomía y corporativismo. En ningún caso se observó un desarrollo de *estrategias subversivas*, ya que estas implican una redefinición absoluta de las relaciones de poder establecidas y por lo tanto son altamente costosas por tener en su contra toda la lógica del sistema. Aunque las *estrategias de sucesión* que desarrollan tienden a presentar un carácter innovador, encontrándose más alineadas con las nuevas pautas del modelo de atención (lo cual se observa específicamente en aquellos médicos que declaran tener un enfoque basado en los principios de la Atención Primaria en Salud, con mayor predisposición al trabajo en equipo, a la comunicación y coordinación asistencial), estas aún siguen estando determinadas por los marcos que los esquemas de significación del colectivo médico autoriza, sin pretender así redefinir los principios básicos de legitimación del orden establecido en los cuales la profesión detenta un lugar de privilegio, y por lo tanto, de poder.

Así como es importante considerar el posible carácter generalizable de los componentes del *habitus* médico y su incidencia en las estrategias y mecanismos de acción -también generalizables- desarrollados frente al cambio, se debe recordar que el *habitus* se reproduce y cobra sentido en la práctica, y por lo tanto en un espacio de interacción entre una multiplicidad de actores e instituciones. De esta forma, las condiciones de realización específicas que hacen al contexto también emergen como determinantes sobre el desarrollo del *habitus* de los médicos de la Red. En este caso, el *contexto de práctica concentrada* genera condiciones de ajuste específicas sobre el *habitus* autónomo y corporativo, donde la concentración de actores y la estrechez de los vínculos imponen sus propias reglas de juego, habilitando márgenes particulares para su desarrollo, y generando respuestas específicas frente al cambio del modelo

de atención. El carácter de *master status* del habitus médico en la Red, que implica la centralidad del mismo en la escala social, genera una mayor rigidez ante el cambio. En este sentido, las resistencias no sólo se expresan a través del vínculo que los médicos establecen entre sí (específicamente en el respeto al campo de acción de sus colegas), sino también a través del vínculo que establecen con los usuarios, donde el histórico paternalismo médico previene a los usuarios de adaptarse a las nuevas pautas de acceso al sistema de salud, lo cual enlentece aún más el proceso de cambio cultural requerido. El cambio se vuelve más costoso en el *contexto de práctica concentrada* en la medida en que su impacto trasciende el ámbito sanitario. Por lo tanto, en la Red estudiada, el proceso cobra una sensibilidad particular en la medida en que no solo implica la reconfiguración de las pautas de funcionamiento y relacionamiento dentro del sistema de salud, sino también por fuera del mismo, a nivel del entramado social.

La consideración de la importancia de la especificidad del contexto también permitió visualizar los efectos de los distintos escenarios sociales de organización del trabajo, donde incluso dentro de un mismo territorio los médicos declararon desarrollar prácticas distintas en el ámbito público respecto a las que desarrollan en el ámbito privado. De esta forma, el habitus médico también se ajusta de acuerdo a especificidades que responden al vínculo que establecen con la institución, reafirmando el hecho de que la posición subjetiva y las acciones específicas que los médicos llevan a cabo están fuertemente influenciadas por el lugar que ocupan dentro del sistema y las instituciones de salud. De esta forma, en el sector público de la región estudiada, emergen lógicas normalizadas, como es el caso de la coordinación y comunicación informal, que permiten que la práctica médica se reproduzca con márgenes particulares de independencia con respecto a las normativas institucionales.

Se arriba así a la conclusión de que el habitus médico, más allá de ser configurado durante el proceso de formación, también se encuentra fuertemente determinado por sus condiciones de realización, las cuales configuran el terreno específico en el cual este se reproduce cotidianamente través de la práctica. De esta forma, una hipótesis resultante de la presente investigación es que el comportamiento de los médicos en el interior, por el efecto del contexto, se ajusta de formas distintas en relación a lo que podría suceder en medios con escalas más masivas, como es el caso de la capital del país.

Todo lo anteriormente expuesto no anula la posibilidad efectiva de cambio, de hecho, *“el habitus constituye un sistema de disposiciones duraderas, pero no inmutables. El encontrarse*

*enfrentado a situaciones nuevas, en el contexto de condiciones objetivas diferentes aquellas que constituyeron la instancia de formación de los habitus, presentan al agente social instancias que posibilitan la reformulación de sus disposiciones”* (Gutiérrez, 2005:75), de forma de que el desajuste observado entre las condiciones producción y las de realización del habitus médico es justamente lo que habilita el cambio. Aunque los individuos tiendan a reforzar sus disposiciones de origen (lo cual fue claramente observado en los médicos de la Red en su desarrollo de *estrategias de conservación y sucesión*), el carácter transformable de su habitus puede ser puesto en práctica a partir del desarrollo de procesos de análisis auto reflexivos donde *“el primer paso para ello es el desarrollo de la conciencia, por parte de los actores, acerca de las fuerzas que los regulan”* (Castro, 2015:225). Estos procesos pueden ser logrados a partir de la generación de espacios participativos e interdisciplinarios que involucren no sólo a los médicos, sino también al resto de actores e instituciones con los cuales estos interactúan y conforman el sistema de salud, donde se les permita re pensarse en sus acciones, evidenciando aquellas lógicas de acción desajustadas que ya no son prácticas para los objetivos del sistema. De esta forma, entender los desafíos a los que se enfrenta la implementación del nuevo modelo de atención propuesto por la reforma, no sólo implica considerar los aspectos generales producidos a nivel nacional, sino también realizar un abordaje regional que incorpore las especificidades de funcionamiento del interior del país, donde la toma de conciencia respecto de la dificultad de cambiar valores profundamente arraigados es prerequisite fundamental para diseñar un programa eficaz y duradero de cambio social.

## Bibliografía

Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions. An essay of the division of expert labor*. USA: The University of Chicago

Alonso, L. E. (2013). *La socio hermenéutica como programa de investigación en sociología*. ARBOR, 189(761):a035. [Online]. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.761n3003>

Ballesteros, Arturo (2007) *Max Weber y la Sociología de las Profesiones*. México: UPN

Baraibar, Raquel (2009) *Procesos de discriminación en la construcción social de las especialidades médicas en Uruguay* (Tesis doctoral en Sociología) Facultad de Ciencias Sociales -UdelaR-. Montevideo, Uruguay

Barrán, José Pedro (1992 a 1995) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo I, II y III. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental

Batthyany K, González F, Barbero M y Barrero G (2018) *La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay*. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay

Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. (2014) *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol)

Bertolotto F, Estiben C, Gadea S, Piccardo L (2017) *Coordinación y continuidad de la atención entre niveles. Red Oeste ASSE-Salud. Estudio de línea de base 2014/2016* Facultad de Enfermería – UdelaR-

Bourdieu, Pierre (1966) *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto* (2002) Buenos Aires: Montessor Jungla Simbólica

Bourdieu P, Passeron JC (1970) *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Argentina: Siglo XXI

Bourdieu, Pierre (1977) Sobre el poder simbólico, trabajo contenido en *Intelectuales, política y poder* (2000) Buenos Aires: Eudeba

- Bourdieu y Passeron (1977) *La reproducción. Elementos para una teoría de la enseñanza*. Barcelona: Laia
- Bourdieu, Pierre (1980) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores
- Bourdieu, Pierre (1986) Espacio social y poder simbólico, trabajo contenido en *Cosas Dichas* (1993) Barcelona: Gedisa
- Bourdieu, Pierre (1988) El interés del sociólogo, trabajo contenido en *Cosas Dichas* (1993) Barcelona: Gedisa
- Bourdieu P, Wacquant L (1992) *Una invitación a la sociología reflexiva* Buenos Aires: Siglo XXI
- Bourdieu P, Wacquant L (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo
- Bourdieu, Pierre (1997) *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, Pierre (2000) *Los usos sociales de la ciencia (El campo científico y los usos sociales de la ciencia. Por una sociología del campo científico)* Buenos Aires: Nueva Visión Argentina
- Bulcournf, P.A. y Cardozo, N.D. (2011): *Apuntes para una teoría del campo político: Poder, Capital y Política en la obra de Pierre Bourdieu*. Crítica Contemporánea. Revista de Teoría Política, nº 1, nov.
- Castro, Roberto (2010) “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”. En Castro, R y López, A *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo y Cuernavaca, UdelaR y CRIM/UNAM, pp- 49-72
- Castro, Roberto (2011) *Teoría Social y salud*. Cuernavaca: UNAM
- Castro, Roberto (2014) “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp- 167-197

- Castro R, Erviti J (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México, D.F.: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM
- Collins, Randall (1979) *The credential society*. New York: Academic Press
- Cribb, Alan y Bignold, Sarah (1999), “Towards the Reflexive Medical School”, *Students in Higher Education*, vol. 24, núm. 2, pp 195-209
- Díaz Berenguer, Álvaro (2013) “Barrán y el poder médico” *Revista de la Biblioteca Nacional*, N°8, 2013 “Barrán”, pp. 217-229
- Finas, Lucette (1977) *Las relaciones de poder penetran en los cuerpos*. Entrevista a Foucault publicada en *Microfísica del poder*: 153-163. Madrid: La Piqueta
- Foucault, Michel (1977) *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira
- Freidson, Eliot (1978) *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península
- Gallo, E (2015) El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. Superintendencia Nacional de Salud, Número 7 [online] disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>
- Gramsci, Antonio (1975) *Cuadernos de la cárcel: los intelectuales y la organización de la cultura*. México: Juan Pablos
- Gutiérrez, Alicia (2005) *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba:Ferreira Editor
- Grindle, Merilee (2009) “La brecha de implementación”. En: Mariñez, Freddy y Garza, Vidal *Política Pública y democracia en América Latina. Del análisis de la implementación*, México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.
- Hall, Oswald (1946) *The informal Organization of the Medical Profession* *Canadian Journal of Economics and Political Science*, XII
- Harispe, Estela y Fernández Galeano, Miguel (2019) “Fortalecimiento de la regionalización de ASSE desde una perspectiva de redes integradas de servicios de

salud”. En *Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2019.

Heaton, Janet (2004) *Reworking Qualitative Data*. Londres: SAGE Publications

Hinds, P.S., Vogel, R.J. y Clarke-Steffen, I (1997) “The possibilities and pitfalls of doing a secondary analysis of qualitative data set”, *Qualitative Health Research*, 7 (3): 408-24

Ibáñez (1979) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI

Labisch, Alfons (1993) *La salud y la medicina en la época moderna. Características y condiciones de la actividad médica en la Modernidad*. En: Barrán, J. P., Bayce, R., Cheroni, A., Labisch, A., Mattos, T. de., Moreira, H., Porzecanski, T., Romero, S., y Viñar, M. (2002). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan Comunidad.

Leandri, Ricardo (1999) *Las profesiones: entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel S.L.

Levin R, Toledo A, Romero M (2012) *Investigación cualitativa sobre facilitadores y obstáculos socio culturales para la radicación de médicos en el interior del país* Informe final de investigación [online] Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/invest\\_prof\\_interior\\_u ru\\_2012.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/invest_prof_interior_u ru_2012.pdf)

Ley N° 18161 Administración de los Servicios de Salud del Estado. Registro Nacional de Leyes y Dcretos 29 de julio de 2007

Ley N° 18211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Registro Nacional de Leyes y Decretos 13 de diciembre de 2007

Loewenson R, Laurell AC, et al. (2014) *Investigación-Acción Participativa en sistemas de salud. Una guía de métodos*, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harere

Ministerio de Salud Pública (Comp.) (2018) *A diez años de iniciada la reforma sanitaria. Evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud*

Organización Panamericana de Salud (2007) *Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay* [online]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/recursoshumanos.pdf>

Parsons, Talcott (1949) *Las profesiones y la Estructura Social, Ensayos de teoría sociológica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

Rodríguez, Josep (1987) *Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y dinámica del sector sanitario español*. Madrid: Tecnos

Schelotto, Sofía (2017) *Atención: modelo en obra. Implementación del modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud. Una aproximación desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel* (Tesis de grado en Sociología). Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo.

Schelotto, Felipe (2018) Un nuevo plan de estudios. *Revista Médica Uruguaya* 2008; 24: 227-229

Toledo, Alejandra (2015) *Ser médico en el interior del país: las interacciones sociales en torno al self* III Congreso Uruguayo de Sociología [online] Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Ser%20m%C3%A9dico%20en%20el%20interior%20del%20pa%C3%ADs%20-%20Toledo.pdf>

Vallés, Miguel (1999) *Técnicas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis S.A

Van Dijk, Teun (2006) *De la gramática del texto al análisis crítico del discurso. Una breve autobiografía académica* [online]. Disponible en: <http://www.discursos.org/cv/De%20la%20gramatica%20del%20texto%20al%20análisis%20crítico%20del%20discurso.pdf>

Vázquez M.L, Vargas I, Unger J.P, et al. *Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol*. *BMJ Open* 2015;5:e007037.doi:10.1136/bmjopen-2014-007037