



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Torres, Alejandra Rodríguez; Soto, Edgar C. Jarillo; Patiño, Donovan Casas
Significados de la profesión médica desde la ideología de las y los profesionales de la medicina
Salud Colectiva, vol. 16, e2798, 2020
Universidad Nacional de Lanús

DOI: 10.18294/sc.2020.2798

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73162897038>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Significados de la profesión médica desde la ideología de las y los profesionales de la medicina

Meanings of the medical profession from the ideology of medical professionals

Alejandra Rodríguez Torres¹, Edgar C. Jarillo Soto², Donovan Casas Patiño³

¹**Autora de correspondencia.**

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Profesora investigadora, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.



²Doctor en Sociología.

Profesor investigador, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México, México.



³Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Profesor investigador, Universidad

Autónoma del Estado de México, Toluca, México.



RESUMEN Se aborda la ideología de las y los profesionales de la medicina, desde la teoría de Thompson, para entender los significados de la profesión médica, a partir de las categorías: autonomía, normas y valores, y reconocimiento social. Se realizaron 24 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la medicina en cuatro ámbitos de trabajo: institucional público, institucional privado, ejercicio privado y ejercicio mixto, en Amecameca, municipio del Estado de México, en el período comprendido de marzo a octubre de 2019. El análisis de los significados expresados por las y los profesionales de la medicina en cada una de las categorías de interés muestra una base condicionada por la estructura del control estatal y por la economía mercantilizada, que valora con mayor significación formas de práctica médica privada. En la conformación ideológica de la profesión médica subsiste un componente práctico inmerso en un romanticismo liberal en un escenario casi extinto que subsiste en la actualidad, sin articularlo a los procesos sociales más generales.

PALABRAS CLAVES Médicos; Práctica Profesional; Ubicación de la Práctica Profesional; Autonomía Profesional; Instituciones de Salud; México.

ABSTRACT This article deals with the ideology of medical professionals in order to understand the meanings attributed to their profession, taking Thompson's theory as a starting point and centering on the categories of autonomy, norms and values, and social recognition. Twenty-four semi-structured interviews were conducted with medical professionals in Amecameca, a municipality in the State of Mexico, from March to October 2019, in four sectors of service provision: public institutional, private institutional, private practice, and mixed practice. The analysis of meanings expressed by medical professionals with respect to each category of interest reveals that medical professionals are conditioned by the structure of state control and by the commodified economy, where private forms of medical practice are more highly regarded. In the ideological conformation of the medical profession, there remains a practical component imbued with a liberal romanticism in an extinct scenario that still exists today, without being articulated to more general social processes.

KEY WORDS Physicians; Professional Practice; Professional Practice Location; Professional Autonomy; Health Facilities; Mexico.

INTRODUCCIÓN

En México, las transformaciones económicas y sociopolíticas de las últimas tres décadas implicaron la ratificación masificada de la ideología neoliberal sustentada en la desregulación económica y la liberalización comercial, fortaleciéndose así los intereses privados de los sectores dominantes en el aparato estatal, redefiniendo los sistemas de protección social y modificando la relación público-privada⁽¹⁾.

La medicina institucional, además de sus aspectos legales, financieros, organizacionales, entre otros, también constituye un conjunto ideológico de procesos y prácticas articuladoras de la atención médica para la provisión de servicios, determinadas por políticas públicas, definiciones legales, procesos organizacionales y complejidades propias de la magnitud y el volumen de servicios ofrecidos, regulados bajo la tecnología de gestión para instaurar procesos normalizados y delimitar todas las acciones individuales⁽²⁾.

Ubicar ese marco es necesario para comprender y explicar la actuación de las y los profesionales de la medicina. Significa superar la atribución de las particularidades de sus acciones técnicas a aspectos circunscritos a la habilidad personal, e incorporarlas a una dimensión mayor explicada por procesos institucionales que intervienen en su generación y reproducción cotidiana⁽³⁾; como puede observarse en la coexistencia del ámbito institucional complejo público y privado con el ejercicio profesional liberal, con base en la prestación directa de servicios en consultorios propios con fines de lucro. Diferentes trabajos realizados^(4,5,6) señalan que la población mexicana usa servicios privados sin importar su adscripción y acceso a la seguridad social. Una de las razones expresadas por la población para demandar atención médica privada es la carencia de servicios públicos, especialmente insatisfacción con la atención recibida, por lo que buscan la opinión de profesionales de la medicina con práctica privada, quienes frecuentemente son las mismas personas que trabajan en el sector público, pero que atienden en un horario distinto.

Estos escenarios dominantes de atención médica guardan diferencias importantes entre sí desde la concepción del enfermo, hasta la percepción de la salud y, en consecuencia, son distintas prácticas de ejercicio profesional. El trabajo médico y su poder tienen implicaciones problemáticas, subordinados a los intereses del complejo médico-industrial-institución al controlar, disciplinar y normar al colectivo médico según los intereses de cada escenario: bajar costos en las instituciones públicas y generar ganancias en los medios privados⁽⁷⁾. La idea de *buena medicina* se dirime entre normas y guías de práctica clínica en los ámbitos institucionales públicos, y el uso de medicamentos de última generación y alta tecnología consumida en la medicina privada, confrontando así la atención en las instituciones públicas y en las privadas.

En el momento histórico actual, la incompatibilidad entre valores constituidos intrínsecamente en la profesión médica y nuevas formas sociales de trabajo es manifiesta, confrontando formas de práctica profesional y enunciada como una crisis interna de la medicina por algunas asociaciones profesionales y publicaciones. A modo de ejemplo, se pueden mencionar trabajos que analizan la contradicción del desarrollo histórico de una modalidad autónoma y liberal de profesión frente a una práctica colectiva contemporánea⁽⁸⁾; los procesos de desprofesionalización con pérdida del poder, autonomía y autoridad⁽⁹⁾; la proletarización laboral e ideológica con limitaciones sobre el control del producto de su trabajo profesional⁽¹⁰⁾; además de la reducción del reconocimiento social y la cada vez mayor división técnica y social del trabajo médico debido a los avances tecnológicos⁽¹¹⁾. Estos procesos, como expresión de la crisis de la medicina, presentan formas distintas en los diferentes campos de ejercicio profesional y se requiere caracterizarlos con el fin de comprenderlos e identificar sus rasgos predominantes, porque constituyen un marco ideológico de la profesión médica actual en México.

El presente trabajo pretende mostrar los principales elementos que forman parte de la ideología de la profesión médica actual. Para

ello se identifican los significados en torno a distintos rasgos propios de la profesión y se recorren algunos trayectos por los cuales la base material determina las representaciones y el pensamiento sobre la concepción y la práctica de la profesión. La base material constituye la matriz del pensamiento sobre la profesión, por referencia a su estructuración histórica y las peculiaridades contemporáneas en la medicina del país en esta fase de neoliberalismo y globalización. Se exploran diferentes campos de ejercicio profesional como el medio institucional (público y privado), el medio privado (liberal) y el mixto, como combinación simultánea de alguno de los anteriores, porque son las formas coexistentes en la actualidad en el Sistema de Salud de México⁽¹²⁾.

Las categorías necesarias para el despliegue de las implicaciones conceptuales parten de los significados de las y los profesionales de la medicina, reconocidos en torno a los principios de la profesión médica postulados por Freidson⁽¹³⁾: autonomía, normas y valores, dominio de conocimientos, estatus y reconocimiento social. En tanto formas simbólicas, esos principios son explicables dentro de los contextos en los que se estructuran y de los cuales forman parte, como un conjunto de sistemas de pensamiento, percepción y acción del individuo, adquirido en el espacio social e interiorizado a lo largo de su experiencia. Es el *habitus* identificado por Bourdieu^(14,15,16,17) y determina la *doxa*, en tanto conocimiento inconsciente. Ambos, *habitus* y *doxa* establecen una interacción dinámica como relaciones de fuerza o, como señala Foucault^(18,19), como relaciones de poder.

El propósito del análisis del discurso ideológico no es simplemente descubrir las ideologías subyacentes, sino articular las estructuras del discurso con las estructuras de las ideologías y la articulación de las ideologías con los significados, Van Dijk lo postula así:

Además de su función social de sostener los intereses de los grupos, las ideologías tienen la función cognitiva de organizar las representaciones (actitudes, conocimientos) sociales del grupo, y así monitorizar indirectamente las prácticas

sociales grupales, y por lo tanto también el texto y el habla de sus miembros.⁽²⁰⁾

Un análisis elemental de las ideologías –en términos de cierto número de categorías hipotéticas que particularmente definen los parámetros sociales básicos de los grupos–, permite también postular significados en el discurso, típicamente orientados al grupo, especialmente cuando las características propias del grupo de pertenencia están en conflicto con otros grupos y cuando el propio grupo es desafiado, amenazado o dominado.

Para analizar los significados ideológicos⁽²¹⁾ es necesario hacer evidentes los significados implícitos y aquellas expresiones habituales como lugares comunes, sin importar el carácter de las instituciones en las que tienen lugar, porque lo relevante es su funcionamiento. Las instituciones privadas pueden funcionar como aparatos ideológicos del Estado, los cuales operan con la ideología como forma predominante, pero utilizan secundariamente una represión muy atenuada, disimulada, es decir simbólica, bajo la ideología dominante.

El referente más amplio de ideología se fundamenta en Thompson⁽²²⁾, quien señala que la ideología tiene como propósito mantener la dominación, movilizando significados de formas particulares para establecer relaciones de dominación; por lo tanto, comprenderla implica estudiar las maneras cómo el significado sirve para establecer y sostener esas relaciones y, en circunstancias sociohistóricas particulares, para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder.

De acuerdo a la propuesta de ese autor, toda interpretación de los significados contempla tres fases: a) descripción de los elementos significativos del proceso sociohistórico, b) exploración de los significados relacionados con los elementos significativos en el discurso de los sujetos sociales, y c) articular las expresiones de significado en el marco sociohistórico de la ideología dominante⁽²³⁾.

La profesión médica tiene una dimensión simbólica en tanto ha servido en circunstancias sociohistóricas particulares para estable-

cer y sostener relaciones de dominación. Ya desde fines de la década de 1970 se asistía al declaimiento de una forma de profesionalismo, basada en el autocontrol, en beneficio de la protección corporativa y como uno de los mecanismos esenciales de control ejercido por el Estado sobre las actividades de servicios. Además, las profesiones no sirven a las necesidades sociales, sino más bien imponen sus definiciones de necesidad y las formas de servirlas por consumidores atomizados⁽²⁴⁾.

En el caso de México, la profesión médica siempre se ha desarrollado como parte del Estado⁽²⁵⁾, con autonomía relativa accordada por este para realizar la función de reproducción. Para evitar la explotación directa del capital, los profesionales emplean todas las estrategias de las antiguas corporaciones legitimadas por instituciones estatales al mantener el carácter complejo de los conocimientos adquiridos durante su formación universitaria y justificar ideológicamente la idea de servicio por encima del interés personal. Esta aparente neutralidad oculta posicionamientos explícitos de la profesión con los grupos dominantes, y muestra cómo sus miembros disfrutan de una posición de estatus destacado en la reproducción social. La profesión médica legitima y excluye comportamientos humanos basados en el conocimiento técnico como parte de la ideología, de esa forma y bajo la idea de servicio a la humanidad incrementa su poder económico y su prestigio científico y social, incluso lo extiende a la estratificación interna, y entre la práctica pública y privada. La acción ante la enfermedad constituye una objetivación de valores dominantes en la sociedad y, al diagnosticar la enfermedad, toma también decisiones sociales, y con ello mantiene su posición de poder y privilegio.

Entonces, la medicina ha servido como mecanismo de control y los profesionales como instrumento ideológico para mantener un discurso con relación a la salud, legitimando su acción y actuación para mantener el estado de cosas. Además, tratándose de la profesión médica no puede desconocerse el peso de la cultura y la construcción de hegemonía no solo impulsada por instituciones

médicas, sino también por acciones de otras instancias de la sociedad e incluso por una parte de los sectores subalternos para la producción y reproducción social. Así la profesión médica se ha erigido en dominante y simultáneamente sus miembros en dominados, según los campos de acción. A su vez, los profesionales reproducen indirectamente esta dominación a la población, en un círculo donde los actores controlan a los receptores en una forma indirecta, influyendo en su pensamiento.

METODOLOGÍA

Este estudio es de carácter exploratorio y se realizó en Amecameca, Estado de México, una comunidad cuya localización y sistema de salud permitieron la factibilidad del acercamiento a las y los profesionales de la salud en los diferentes escenarios de ejercicio profesional.

Para la aproximación empírica, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, con base en las categorías establecidas de acuerdo con Freidson⁽¹³⁾ para definir una profesión: autonomía, normas/valores y reconocimiento social. Esta guía de entrevista se sometió al método Delphi para validación de expertos y se realizaron dos entrevistas piloto para validar las preguntas guía y para identificar los ejes del discurso de las y los profesionales, las reiteraciones y las posturas asertivas⁽²⁶⁾. Se definió un muestreo por conveniencia, a partir de identificar profesionales de la medicina en ejercicio pleno de su profesión, conocidos por los investigadores y, a partir de allí, identificar otros profesionales siguiendo la técnica de bola de nieve. La selección de las personas a entrevistar se realizó según las siguientes variables: sexo (varones y mujeres); tiempo de práctica profesional (menos de 10 años, entre 10 y 20 años, más de 20 años); práctica habitual clasificada en: a) institucional público (profesionales que trabajan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con pago por salario), b) institucional privado (profesionales de la medicina que trabajan en consultorios anexos a farmacias o con convenios

con empresas privadas de aseguramiento en salud), c) ejercicio privado (profesionales con consultorio particular propio con trabajo exclusivo en ese espacio y cobro directo al paciente) y d) ejercicio mixto (profesionales con trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social –institucional público– y, además, con ejercicio privado).

La distribución por especialidades de la profesión resultó sin fines predeterminados y, entre las personas entrevistadas, hay profesionales con especialidades más circunscritas como medicina crítica (urgencióloga), radiología, cardiología, oncología, lo cual puede incidir en los testimonios brindados.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a partir de un acercamiento a las y los profesionales, a quienes se les explicó el objetivo del estudio, se solicitó una cita acorde a sus tiempos disponibles y lugar de conveniencia, se concretó el consentimiento informado con la autorización para audioregistrar la entrevista y el uso anónimo de los datos. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Local Multidisciplinario de Investigación Nezahualcóyotl con número de registro 201918CN.

Las entrevistas se transcribieron y se codificaron con clave alfanumérica. Las letras corresponden a Ep= Institucional público, Ip= Institucional privado, Em= Ejercicio mixto, El= Ejercicio privado, los dígitos numéricos adjudicados en orden progresivo a

cada entrevista; este criterio se adoptó para su procesamiento y para mantener el anonimato de los entrevistados. En los resultados, este código identifica cada uno de los fragmentos seleccionados. El análisis se realizó según los fragmentos reiterativos y con frases cortas significativas del contenido. Posteriormente, se generaron matrices, una para cada categoría, clasificadas según el ámbito de práctica de los entrevistados.

RESULTADOS

Se realizaron 24 entrevistas semiestructuradas, la mitad a mujeres y la otra mitad a varones, según los años de ejercicio profesional. Se tomó el mismo número de entrevistados para los diferentes campos de ejercicio profesional, según la distribución de la Tabla 1.

Para analizar los discursos con relación a la ideología de los profesionales de la salud, se generaron las siguientes tablas de acuerdo a cada una de las categorías analíticas, en ellas se seleccionan los fragmentos y frases breves que identifican palabras con contenido y significado alusivo a cada categoría. Se agrupan marcando la coincidencia de enunciado, y no necesariamente de palabras expresas, según lo mencionado por los entrevistados. En letras negritas se destaca lo

Tabla 1. Distribución de la muestra de profesionales de la salud entrevistados (N=24). Estado de México, México, 2019.

| Tipo de ejercicio | Ingreso promedio mensual (dólares) | Años de ejercicio profesional | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | | Hasta 10 años | | De 10 a 20 años | | Más de 20 años | |
| | | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón |
| Institucional público | \$1.625 | Médica familiar (Ep1) | Médico familiar (Ep2) | Médica familiar (Ep3) | Médico general (Ep4) | Médica familiar (Ep5) | Médico general (Ep6) |
| Institucional privado | \$3.370 | Médica general (Ip1) | Médico general (Ip2) | Urgencióloga (Ip3) | Médico radiólogo (Ip4) | Cardióloga (Ip5) | Pediatra (Ip6) |
| Ejercicio mixto | \$3.260 | Medica familiar (Em1) | Cirujano general (Em2) | Ginecóloga (Em3) | Ginecólogo (Em4) | Médica internista (Em5) | Oncólogo (Em6) |
| Ejercicio Privado | \$4.875 | Médica General (El1) | Médico General (El2) | Ginecóloga (El3) | Neuróloga (El4) | Oncóloga (El5) | Ginecólogo (El6) |

Fuente: Elaboración propia.

Ep= Institucional público, Ip= Institucional privado, Em= Ejercicio mixto, El= Ejercicio privado.

más ilustrativo de la idea, para identificar el sentido de la misma.

Con respecto a la autonomía profesional (Tabla 2) se pueden observar claramente tres expresiones asociadas: libertad, flexibilidad y tiempo. Respecto al manejo del tiempo, para otorgar la consulta, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas, se dimensiona la práctica privada y la institucional privada como las formas en las que existe posibilidad de control por el propio profesional y capacidad para brindar la atención en función de la demanda; en el medio institucional público y privado, sin embargo, se reconocen limitaciones. El tiempo adquiere un significado no solo restringido a la atención de pacientes, sino también como un facilitador para la flexibilización laboral evidente en el ejercicio mixto.

En las instituciones públicas, la autonomía se identifica vulnerada por la necesidad de cumplimiento de normas para estandarizar procesos, como las guías de práctica clínica; limitaciones que son recurrentes en el discurso de las y los profesionales y entre la población en general respecto a carencias

materiales, estructurales y de personal, relacionadas con la atención, lo cual determina, a su vez, un actuar fugaz y burocrático, que significa a la burocracia como una carga y una limitación para la correcta función técnica del ejercicio profesional. En contraste con el discurso institucional, se encuentra quien labora en una institución privada (consultorio anexo a farmacia), sin identificar limitación o vulneración alguna a su autonomía al tener que indicar tratamientos con medicamentos adquiridos en la misma farmacia en la que labora y, de no hacerlo, podría contar con menores ingresos económicos adicionales. Llama la atención el sotolayo de esa implicación que, en los hechos, representa una limitación externa a su autonomía técnica. El ejercicio mixto muestra el contraste en el proceso de prescripción “...en la privada tienes libertad de recetar lo mejor y en la institución [pública] das lo que hay...”. La referencia a la medicina privada resulta halagadora a esa práctica, sin embargo, más que una queja hay un atisbo de reconocimiento de las circunstancias del

Tabla 2. Significados de los discursos: categoría autonomía. Estado de México, México, 2019.

| Tipo de ejercicio profesional | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Institucional público | Institucional privado | Ejercicio mixto | Ejercicio privado |
| ...hay exceso de trabajo no podemos ejercer la medicina como se nos educó... nos falta tiempo (Ep1, Ep3, Ep4) | ...hay libertad porque te organizas en tu tiempo (Ip2, Ip3) | ...en la práctica privada hay más flexibilidad en el tiempo (Em1, Em4, Em6) | ...cobro poco, no es prioritario el dinero (El1) |
| ...tenemos carencia de medicamentos, de estudios de laboratorio, de gabinete, quirófanos (Ep1, Ep3, Ep5) | ...tienes que ser rápido porque la gente quiere ser atendido lo antes posible (Ip1, Ip2) | ...tardarme hasta una hora con el paciente porque sé que va a regresar (Em5, Em6) | ...libertad de atender a los pacientes sin miedo de ser demandado (El2, El3, El6) |
| ...te supervisan todo [...] mucha burocracia (Ep1, Ep2, Ep3) | ...te piden promocionar una cantidad de medicamento [farmacia anexa] ...vitaminas, suplementos, sueros... (Ip1, Ip3) | ...en la institución pública estas al pendiente del reloj, no da tiempo... en la privada tienes libertad de recetar lo mejor y en la institución das lo que hay (Em4, Em5, Em6) | ...de los años 1970 al 2000 teníamos libertad de atención [...] ahora hay restricciones y favorecen a las trasnacionales... corporativos (El4, El5) |
| ...todo está normado (Ep3, Ep6) | ...puedo trabajar en dos lugares, no hay horario tan estricto (Ip4) | | ...las visitas de secretaría de salud exigen mucho... quieren que tenga hasta una ambulancia disponible las 24 hs... exigen más que a los hospitales públicos (El3, El5, El6) |
| ...tienes que seguir lo que dicen las guías de práctica clínica (Ep1, Ep2, Ep4) | ...tú decides cuántoquieres ganar por semana (Ip5) | | |
| ...libertad no existe... tienes que hacer lo que te dicen (Ep2, Ep4, Ep6) | Tienes oportunidad de prescribir de acuerdo a la economía del paciente (Ip6) | | |
| ...todo es demanda... los pacientes te culpan por todo (Ep1, Ep3, Ep5, Ep6) | | | |
| ... te amenazan... algunos llegan a los golpes... llegan exigiendo (Ep3, Ep4, Ep6). | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Ep= Institucional público, Ip= Institucional privado, Em= Ejercicio mixto, El= Ejercicio privado.

entorno económico neoliberal, en el que se reconfiguran los mercados internos y desplazan esas reminiscencias, casi nostálgicas, de la práctica tradicional, en fuerte disputa por el consumo privado de servicios de atención médica. En ese mismo tipo de práctica, se destaca la referencia “*cobro poco, no es prioritario el dinero*”, expresada por una entrevistada, quizás por ser una profesional médica con ejercicio en una zona de bajos recursos, su valoración de poca prioridad por el dinero puede suponer una actitud altruista, poco probable y más consecuencia de una valoración del mercado constituido por gente de bajos ingresos.

La significación de normas y valores (Tabla 3) remite centralmente a la expresión de juicios evidentemente valorativos respecto de la profesión y de las actividades a realizar como parte del ejercicio profesional. La expresión del discurso representa la posición del emisor respecto de sí mismo y de los demás, en un contraste de otorgar distancia, generalmente, positiva para sustentar su actuación personal y profesional.

Los entrevistados enuncian el respeto como un valor importante. Significa una demanda para que sus pares las y los reconozcan y otorguen un lugar similar, pero también lo conciben de manera negativa por parte de los pacientes. La expresión “*somos médicos no dioses*” lleva implícita una queja a críticas de los pacientes sobre la capacidad terapéutica de los profesionales, y resulta coherente con la demanda de respeto. Si bien se manifiestan más rasgos tradicionales en quienes tienen práctica privada, la coincidencia es entre todos los tipos de práctica profesional respecto de esos valores, aun con matices sobre el altruismo y vocación.

Los profesionales que ejercen en el ámbito institucional privado, con consultorios anexos a farmacias, enaltecen su labor al atender a pacientes carentes de seguridad social. Paralelamente, su valor es alinearse con los propósitos de la institución en la que laboran, lo cual resulta significativo porque, en los hechos, esa forma empresarial tiene fines de lucro y opera violentando principios éticos al propiciar entre los pacientes la compra

Tabla 3. Significados de los discursos categoría: Normas y valores. Estado de México, México, 2019.

| Tipo de ejercicio profesional | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Institucional público | Institucional privado | Ejercicio mixto | Ejercicio privado |
| ...en el instituto nos acatamos a normas, hay muchas normas, algunas están fuera de contexto de una realidad (Ep1, Ep2, Ep4) | ...un valor es estar actualizado (Ip6) | ...actitud de servicio (Em1, Em6) | ...el principal valor es curar el dolor de la gente y a veces hasta el alma (El2) |
| ...en la práctica no son muy funcionales (Ep5) | ...ser fiel a los propósitos de la institución (Ip2) | ...ser empático, buena calidad moral, humanismo (Em2, Em3, Em4, Em5, Em6) | ...un valor importante y necesario es el respeto (El1, El6, El5) |
| ...hay muchas normas, trámites burocráticos y pocos derechos (Ep1, Ep3) | ...ser respetados por los compañeros y los pacientes (Ip1) | ...he llegado ver a compañeros que prefieren atender un cierto estatus social porque les va a dejar mayor remuneración (Em5) | ...Nos podemos equivocar, somos médicos no dioses (El4, El5) |
| ...los valores no se pierden se han modificado (Ep6) | ...ya no hay respeto (Ip1) | Tenemos derecho a tener lo necesario para trabajar y no tener miedo de ser demandado (Em1, Em4) | ...debemos conocer nuestros límites y canalizar a otra especialidad cuando no podamos resolver el problema (El3, El6) |
| ...un valor importante es la responsabilidad (Ep1, Ep3, Ep5) | ...atendemos gente que no tiene seguridad social, de bajos recursos, debes tomar en cuenta su estatus (Ip1) | ...ser ético (Ip2, Ip5) | ...en el medio institucional las normas limitan (Em3, Em5) |
| ...el buen trato al paciente, el ser puntuales (Ep2, Ep4) | ...reconocer tus límites (Ip1, Ip2, Ip4) | ...en el medio institucional te ponen obstáculos, en el medio privado el límite es la economía del paciente (Em2, Em3, Em5, Em6) | ...en el medio institucional dependiendo de su capacidad de pago le puedes recomendar opciones de tratamiento (Em1, Em3, Em6) |
| ...los valores morales (Ep4) | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Ep= Institucional público, Ip= Institucional privado, Em= Ejercicio mixto, El= Ejercicio privado.

de productos farmacéuticos vía la atención médica, y hacer que los profesionales sean el vehículo para concretarlo, así que alinearse a los valores de la organización privada significa, frecuentemente, contravenir los valores propios de la profesión. Para quienes trabajan en ese ámbito o lo combinan con otros, un valor mencionado es la honestidad, es decir, evitar lucrar con las necesidades de salud del paciente.

La responsabilidad emerge también como un valor importante en el espacio institucional público, en alusión al apego a normas como parte de una institución muy grande y compleja. A su vez, esas normas se interpretan contradictoriamente como limitantes para al actuar diario y poco funcionales, aun cuando se asuman para sí y para relacionarse con los pacientes.

Con menor mención, los atributos característicos de la práctica profesional tradicional, como el carácter curativo primordial de la profesión, emergen como valor positivo y no es que no lo sean, sino que se limitan a esa parte de las intervenciones posibles. Desde una de las vertientes de análisis significa que en la acción técnica específica propia e indispensable de la profesión se encubre un significado ideológico como valor, la curación se presenta como natural, algo intrínseco y, por lo tanto, para enaltecerse y subrayarse.

Según Freidson⁽¹³⁾, las profesiones de consulta requirieron del reconocimiento de sus pares y del apoyo del Estado durante el proceso de institucionalización de sus disciplinas y, además, de que el público reconociera en la profesión el valor del conocimiento y de las destrezas de quienes las realizan, así como la exclusión de otras prácticas. Smith²⁷ señala que la profesión médica estableció un contrato social en el que la sociedad otorga estatus y reconocimiento especial para distinguirla de otras profesiones, que incluye salario más elevado y poder de autorregularse.

En todos los ámbitos del desempeño profesional hay coincidencia sobre el déficit de reconocimiento social adecuado y la expresión en la que se ubica es el respeto, especialmente de los pacientes hacia los profesionales. Hay nostalgia por un antes, un tiempo perdido en el que suponen que existía tal respeto, en contraposición a una actualidad en la que se atribuye a diversos canales y procesos la variación de un pasado idealizado (Tabla 4).

Parece darse un restablecimiento del contrato social, en el que la población y particularmente los pacientes recuperan una posición de horizontalidad con los profesionales y eso molesta, generándoles sentimientos de agresión e insatisfacción. Por un lado, a los pacientes se les atribuye un significado de politización en el sentido de disputa de

Tabla 4. Significados de los discursos: categoría reconocimiento social. Estado de México, México, 2019.

| Tipo de ejercicio profesional | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Institucional público | Institucional privado | Ejercicio mixto | Ejercicio privado |
| ...antes éramos respetados (Ep4, Ep5, Ep6) | ...el médico se ha democratizado [...] ya no tiene el reconocimiento de antes (Ip1, Ip5) | El médico ya no es reconocido como antes (Em3, Em4, Em6) | ...antes era respetable (El1, El2, El3) |
| ...la gente agrede [...] te grita [...] insulta [...] amenaza (Ep1, Ep2, Ep3, Ep4, Ep5, Ep6) | ...los medios de comunicación mal informan (Ip1, Ip3, I5, Ip6) | ...la masificación evita que tengas una relación más estrecha con los pacientes (Em2, Em4, Em5, Em6) | ...ahora nos tenemos que cuidar de los pacientes (El3, El5, El6) |
| ...graban y exponen en las redes sociales [...] negligencia (Ep1, Ep3, Ep4, Ep5, Ep6) | ...las redes sociales: exponen (Ip2, Ip4) | En el ámbito privado esto no se da porque sí hay una verdadera relación médico-paciente (Em3, Em5 Em6) | ...te amenazan, usan su celular y te están grabando (El1, El2, El4) |
| ...faltan el respeto (Ep1, Ep3, Ep4) | ...acusan de negligencia (Ip1, Ip4, Ip5, Ip6) | | ...todo es negligencia, te sientes acosado (El1, El2, El6) |
| ...llegan exigiendo (Ep3, Ep4, Ep5, Ep6) | | ...tienes el tiempo (Em1, Em3, Em4, Em6) | |
| ...ya no creen [confían] en lo que les dices (Ep1, Ep3, Ep5, Ep6) | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Ep= Institucional público, Ip= Institucional privado, Em= Ejercicio mixto, El= Ejercicio privado.

poder o empoderamiento y, por lo tanto, capacidad de negociación y cuestionamiento, no del dominio de conocimientos, sino del trato interpersonal, de la capacidad diagnóstica y terapéutica, de uso de recursos de comunicación. Se trata de una nueva realidad que genera en los profesionales sentimientos de fragilidad y, al mismo tiempo, de desplazamiento de su figura de autoridad y de ejercicio de poder omnímodo en el micro espacio social del consultorio.

En el ámbito institucional público, se reconoce una mala actuación de algunos miembros de la profesión como causa de las exigencias de los pacientes hacia los profesionales, lo cual parece omitir las carencias estructurales, las complejidades administrativas y la magnitud de las organizaciones mexicanas, sin considerar la propia organización masificada de la prestación de servicios hospitalarios y ambulatorios.

El reconocimiento social se limita al ámbito de la prestación de servicios de atención –el consultorio, la clínica, el hospital– y a la interacción singular del profesional con el paciente. Así, en el medio privado, señalan mejor relación médico-paciente por mayor disposición de tiempo para su atención.

Desde una perspectiva general, puede observarse un nivel micro para situar el recono-

cimiento social, por lo cual las implicaciones ideológicas de mayor alcance y de presencia más abierta en la sociedad para los profesionales deben seguir ese flujo de lo micro a lo macro y explicar los procesos generales a partir de lo que ocurre en su dimensión singular de la práctica profesional.

Retomando la propuesta de Thompson, los discursos anteriores se contrastaron con las concepciones históricas de los rasgos de la profesión médica anteriormente señalados (Tabla 5), los cuales –como se pudo observar– presentan particularidades en los diferentes ámbitos laborales. Por ejemplo, en el servicio público puede observarse que la decadencia en los significados de los profesionales está condicionada por el mismo sistema público en sus limitaciones estructurales y, en el ámbito laboral mixto, es posible conocer por contraste las fallas del ámbito público en contraposición con el privado, porque la atención en el privado gira alrededor de su mercantilización, no solo en términos de eficiencia, sino también en amenidades y aspectos complementarios que llevan a su mayor valoración. Estas diferencias abren espacios de análisis entre las concepciones determinadas y las expresiones vividas por los profesionales, acordes a su tipo de ejercicio profesional.

Tabla 5. Articulación de las expresiones de significado de la profesión con el marco sociohistórico de la ideología dominante.

| | Autonomía | Normas y valores | Reconocimiento social |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MARCO SOCIOHISTÓRICO | Una de las principales características de la medicina liberal desde sus inicios. | Son ejes rectores, moduladores y reguladores de los comportamientos profesionales y de relación interpersonal. | Contrato social para la relación de la sociedad con los profesionales. |
| | Sirvió para otorgar estatus y diferenciar de las ocupaciones y las profesiones. | Apelan al humanismo y el altruismo, así como a la vocación de servicio. | |
| | Refiere a la autorregulación y toma de decisiones. | | |
| ANÁLISIS DISCURSIVO | La libertad está condicionada por el tiempo. | Ausencia en los discursos del altruismo. | Ruptura del contrato social. |
| | No hay libertad para el ejercicio profesional. | Necesidad de promover el humanismo. | El profesional se considera amenazado, cuestionado, perseguido y evidenciado, al grado de percibir al paciente como una amenaza. |
| | Condicionada a normas y guías técnicas en la profesión. | El principal valor es la responsabilidad. | |

Fuente: Elaboración Propia

DISCUSIÓN

La autonomía, a pesar de ser inherente a la forma clásica de profesión médica, en el ámbito privado y liberal, por su desarrollo histórico, se expresa con mayor presencia, mientras que, en el público, se extraña por su disminución o incluso su pérdida. Si bien se explicita en aspectos más generales, se expresa y demanda en el ámbito público, especialmente por el tiempo para realizar actividades. El principio de autonomía ha sido irrumpido por conceptos como productividad, racionalización, costo, rendimiento, compitiendo e incluso ha sido sustituido como principio legitimador de la organización y la gestión de las instituciones de salud, por lo que los médicos perciben que su autonomía y, por ende, su libertad, se ha visto limitadas.

El derecho a *recetar medicamentos* es un componente principal de la libertad profesional, el cual denota una clara diferencia entre los médicos con trabajo en espacios institucionales públicos y privados. Desde una perspectiva sociológica, aunque los medicamentos tienen propiedades farmacológicas, también pueden ser considerados como objetos sociales, por lo cual es conveniente una distinción entre la medicina como objeto material y la medicina como base para la acción social⁽²⁸⁾; por lo tanto, los actos de prescripción y otorgamiento de medicamentos definen relaciones sociales médico-pacientes, la institución pública-privada y otros. Así, la prescripción clínica es un campo de negociación, en el que se defiende la autonomía clínica como causa amenazada por componentes ajenos como las guías de práctica clínica, las normas, las políticas públicas, las gestiones y los trámites burocráticos⁽²⁹⁾.

Otro factor que recorta la autonomía de las y los profesionales se relaciona con la homogeneización y estandarización de la atención, a través de protocolos y guías clínicas, lo cual podría considerarse un recorte al concepto mismo de profesión, tal como lo describió Freidson⁽¹³⁾, al señalar la esencia de la profesión en la facultad de orientar y controlar el propio trabajo. La evidencia ha mostrado

barreras por parte de los usuarios y por la estructura institucional para implementar guías de práctica clínica. En los usuarios, las barreras son de actitud, escaso compromiso para seguir las recomendaciones, dificultad para cambiar la inercia al tomar decisiones indicadas en las guías. Las barreras institucionales se relacionan con la falta de incentivos, insuficiente tiempo para consultar y aplicar las guías, ausencia de programas de educación continua, poco acceso a las guías, carencia de recursos materiales y falta de liderazgo efectivo y diferencias estructurales en las instituciones de salud⁽³⁰⁾.

Las reformas de los sistemas de salud han impactado en la autonomía de las y los profesionales de la medicina; lo cual, sumado a la proletarización y precarización laboral, genera una pérdida del control sobre las condiciones de trabajo del grupo de profesionales como resultado de los requisitos económicos del capitalismo avanzado, así como por criterios burocráticos⁽³¹⁾. Starr⁽³²⁾ señala que los organismos burocráticos representan dos tipos de amenazas para la profesión médica: por un lado, al proporcionar atención médica sin pago directo, compiten con las prácticas liberales; por otro, pueden someter a la profesión a condiciones desfavorables de trabajo y reducir su autonomía al fijar honorarios estrictos y toma de decisiones limitadas en el marco de la organización. Sumado a la burocratización, se encuentra la homogeneización profesional, apoyada por la educación formal o la legitimidad cognitiva producida por profesionales-expertos con educación universitaria. La burocratización y la homogeneización surgen, sobre todo, fuera del área estructural de la organización⁽³¹⁾.

Así la autonomía profesional es relativa, porque los grupos profesionales estables son un reflejo del sistema social⁽³³⁾, y se cuestiona la noción de autonomía como factor necesario para la práctica profesional o como elemento ideológico en la estrategia de poder de las profesiones⁽³⁴⁾. Por lo tanto, la autonomía profesional es más vulnerable en las instituciones públicas en comparación al ejercicio liberal, pese a la aparente homogeneización de la práctica médica que sucede en esos espacios⁽³⁵⁾.

En la profesión médica, los atributos clásicos como la vocación o el altruismo son valores reconocidos⁽³⁶⁾ junto a normas jurídicas, éticas y deontológicas, de alcance institucional y nacional, e incluso determinadas por organismos internacionales. En un plano ideológico más amplio, son parte del sistema de valores para mantener el orden social, al sostener un modelo hegemónico de principios y, simultáneamente, controlar la conducta profesional^(37,38).

El principal valor referido tanto en el medio institucional como en el privado es la *responsabilidad*, que alude al apego a las normas y guías de práctica clínica y, contradictoriamente, es referido como limitante para la actuación diaria, así como *no funcional* a las necesidades diagnósticas y terapéuticas. Otro valor es el *respeto*, que genera molestias, incluso porque los pacientes no lo expresan y tampoco sus pares en la institución, lo cual indica la añoranza de una relación de dominación-subordinación. A nivel privado, un valor importante mencionado es la *honestidad*, como ausencia de lucro debido a las necesidades en salud del paciente, mientras para médicos en consultorios anexos a farmacias el valor de su trabajo radica en atender a pacientes *sin seguridad social* y cumplir con la exigencia de atenderlos de manera *inmediata* para que puedan integrarse prontamente a sus actividades laborales.

Los valores clásicos de la profesión (altruismo, vocación) no fueron mencionados, más bien hacen referencia a valores que llevan implícita una carga médico-legal-institucionalizada, de castigo-criminalización. Es importante señalar un elemento coyuntural muy significativo por su afloramiento en las respuestas: durante la realización de esta investigación estaba activa, y aun con repercusiones en años posteriores, una movilización de profesionales de la medicina denominado #Yosoymédico17 para manifestar la oposición y detener la criminalización del ejercicio profesional^(39,40,41), el lema utilizado por ese movimiento fue "Somos médicos, no dioses, no somos criminales", lo cual se reproduce en el discurso de algunos de los entrevistados como parte del momento histórico. Esto fue más notorio en el grupo de profesionales con

ejercicio institucional y mixto, argumentando situaciones de *burocracia* y *normas institucionales* como riesgos para verse involucrados en una queja o denuncia, una causalidad contraria a la mencionada por Mintzberg⁽⁴²⁾, quien postula que las burocracias profesionales consiguen la coordinación a través de la estandarización de las destrezas técnicas de los profesionales, quienes se ajustan bien a las burocracias porque, dada su formación vocacional, tienen reglas y normas de comportamiento adquiridas; pero en este caso, parecen ser condiciones contrapuestas con esos principios, generando temor y actitud defensiva.

Se argumenta, y así se presenta en diversos documentos médicos, jurídicos, sociales y otros, que el profesional médico debe actuar apegado a la "*lex artis*" expresa como ejercicio de su profesión con base en los avances científicos y tecnológicos, con apego a la ley y la ética. Esto significa un doble enfoque: uno esencialmente científico-técnico fundamentado en el uso racional de conocimientos y tecnología, y otro humanista con apego a la normatividad jurídica, social y ética. La ruptura de uno o ambos alimenta la denominada "crisis de los vínculos de confianza", relacionada con conflictos de orden ético y moral que conducen a la pérdida de autoridad legítima de los profesionales⁽⁴³⁾.

Finalmente, el reconocimiento social se significa exclusivamente a través de los ingresos económicos obtenidos en el ejercicio de la profesión, de forma que se contrastan los ingresos propios con los de otras profesiones, especialmente de aquellas con demanda actual en el mercado de trabajo, debido a los cambios tecnológicos en la sociedad, y el profesional de la medicina se posiciona en desventaja o carencia. Por lo tanto, al centrarse en la obtención de mayores ingresos económicos, la dimensión simbólica del reconocimiento social queda subsumida, y a pesar de haber constituido uno de los sentidos históricos más importantes durante el desarrollo histórico de la profesión, hoy día se soslaya y se presenta la acumulación de ingresos como base del reconocimiento social

en consonancia con lo que ocurre en las sociedades complejas del siglo XXI.

Según Freidson⁽¹³⁾, las profesiones de consulta, en el proceso de institucionalización de sus disciplinas requirieron del reconocimiento de sus pares y del apoyo del Estado, pero además del reconocimiento por parte del público del valor del conocimiento y de las destrezas de quien la realiza con la exclusión de otras prácticas. De acuerdo con Smith⁽²⁷⁾, la profesión médica estableció un contrato social en el que la sociedad otorgaba a la profesión médica un estatus y un reconocimiento especial que la distinguía de otras profesiones, lo que debería incluir un salario más elevado y el poder de autorregularse.

Todos los entrevistados coinciden en señalar un reconocimiento social inadecuado, en particular, los médicos institucionales manifiestan agresiones verbales por parte de los pacientes, falta de información del Estado sobre la situación real de los sistemas de salud, y un discurso reiterado de faltas administrativas y estructurales en sus instituciones de trabajo; consideran que las agresiones de pacientes son una amenaza similar al acoso laboral. Para ese aspecto, en contraste, los profesionales del medio privado señalan una mejor relación médico-paciente atribuida a la disposición de mayor tiempo para su atención.

La relación entre la profesión médica y la población se construye alrededor de un proceso dialéctico entre confianza y duda, respeto y desilusión, bajo un clima de incertidumbre creciente, especialmente por los sistemas de comunicación e información electrónicos en boga hoy día, los cuales muestran esa antinomia: por un lado, sirven de escaparate para mostrar y permitir el acceso ilimitado a información general y especializada relativa a los avances médicos y tecnológicos prácticamente sin ningún filtro y, por otro, exhiben desatinos, errores y denuncias de la acción de los profesionales de la medicina, lo cual alimenta al imaginario colectivo con el consumo indiscriminado, distorsionando realidades concretas.

CONCLUSIONES

El significado entre las y los profesionales acerca de la profesión por antonomasia, convive con supuestos tradicionales de la profesión y se rearticula con fenómenos coyunturales de la época actual que, por momentos muestran significados distintos y a veces poco compatibles con sus definiciones de origen, creándose significados ideológicos dispersos, desarticulados y contradictorios, no por ello incoherentes con la ideología profesional en concreto y con la ideología dominante en la sociedad en general.

Los principios clásicos de la profesión se diluyen en un espectro entre una autonomía condicionada y limitada por el tiempo institucional y la falta de reconocimiento social. Este último se limita a los ingresos económicos y la percepción de que las exigencias de la profesión superan la remuneración económica, además de menor jerarquía en contraste con profesiones emergentes de la coyuntura actual del desarrollo tecnológico.

Los valores también quedan circunscritos a expresiones de responsabilidad y respeto. Particularmente llama la atención la idea de respeto porque casi siempre se enarbola en alusión a los pacientes, parece extrañarse una conducta de sumisión y obediencia en los pacientes en el trato con los profesionales; finalmente, lo que se releva es una figura de autoridad, técnica, personal, humana del profesional que ha perdido su distancia y presencia entre los pacientes.

Los profesionales de la medicina expresan una percepción disminuida con relación al altruismo, autonomía, autoridad sobre sus procesos de ejercicio profesional, conocimiento general sistemático, cultura profesional distintiva, y comunidad y reconocimiento legal; sin embargo, desde un enfoque sociológico, la desprofesionalización es unidireccional y determinista^(44,45,46). En su revisión del gerencialismo en la profesión médica Numerato et al.⁽⁴⁷⁾ afirman que la interacción entre profesionalismo y la gestión está más matizada que los enfrentamientos, la hegemonía y la resistencia manifestados. En general, faltan estudios sobre

las asociaciones médico-gremiales como factores de poder en el contexto social, y la democracia al interior de las mismas sociedades, así como el efecto de la tecnoburocracia sanitaria en el ejercicio profesional y determinante de una práctica dominante.

La ideología profesional, se expresa en esta época sociohistórica como una inevitable caída de la significación del *ethos* médico tradicional acorde con la figura individual de las profesiones liberales, esa mirada nostálgica se contrapone severamente con la forma institucional pública, la cual establece regímenes generales para el trabajo individual y autónomo, sujetándolo a procesos propios de las grandes organizaciones de servicio bajo reglas organizacionales complejas y burocráticas, con trabajo segmentado y parcializado. En esencia, la ideología profesional contemporánea en México polariza una visión valorativa de una forma de ser profesional con fuertes raíces en la medicina liberal, individual y contractualista, frente a formas institucionalizadas de trabajo en serie y para grandes volúmenes de población.

Desde las teorías críticas hay poco énfasis en la posición ideológica subyacente en la propuesta de un tipo ideal de profesión, porque el componente de conformación de un mercado de trabajo monopólico, en su acceso y regulación interna, es insuficiente para el análisis de las condiciones estructurales de las profesiones, si bien considera que la ocupación de los grupos de profesionales se mantienen a través de relaciones de poder, se requiere incluir el análisis de la cultura, la identidad y la subjetividad como elementos participantes en la construcción de las profesiones.

La legitimación de grupos de poder modeladores de significación, inmersos en la cultura médica con tintes propios y únicos, con diferenciación clasista asociada a las especialidades médicas, conforma una constante actividad renovadora en busca de identidad ideológica dentro de la profesión.

Desde la ideología, las relaciones sociales se reproducen típicamente con la imposición de clase, pero la reproducción simbólica de los contextos sociales es un fenómeno importante con altos y variados grados de autonomía, y vale la pena analizarlo en sí mismo, porque las formas simbólicas se reincorporan al problema de la ideología como significado movilizado por formas simbólicas, en circunstancias específicas, para establecer, mantener y reproducir relaciones sociales sistemáticamente asimétricas en términos de poder. Por lo tanto, sostener la vocación, autonomía, altruismo como valores significativos de la práctica médica y de la ética de los médicos, presenta un desfase histórico con las transformaciones radicales ocurridas en el campo médico.

Sin ser expresión directa, las condiciones ideológicas impuestas a partir de la reestructuración productiva y de consumo de los últimos 30 años permiten identificar la desvalorización de las instituciones públicas y el enaltecimiento de las empresas privadas, y es allí donde los significados del discurso de la profesión médica, como práctica liberal, recuperan esa dimensión general de la ideología y la reproducen como propia en los atributos de la profesión y la diseminan también entre la población que atienden.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laurell AC. Health System Reform in Mexico: A critical review international. *Journal of Health Service*. 2007;37(3):515-535.
2. Jarillo EC, Casas D, Contreras G. La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*. 2016;4(11):291-313.
3. Jarillo EC. La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional. En: Jarillo EC, Guinsberg E, (eds.). Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. p 327-346.
4. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia, R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2000: La salud de los adultos. (Tomo 2). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.

5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta nacional de satisfacción a usuarios de servicios médicos del IMSS (ENSat) [Internet]. 2017 [citado 20 jul 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3cusg7g>.
6. Shamah-Levy T, Ruiz-Matus C, Rivera-Dommarco J, Kuri-Morales P, Cuevas-Nasu L, Jiménez-Corona ME, Romero-Martínez M, Méndez Gómez-Humarán I, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2017.
7. Laurell AC. La muerte de la clínica y el malestar del médico. Revista Argentina de Medicina. 2016;4(9):25-27.
8. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Huijte; 2011.
9. Guillen M. Profesionales y burocracia: desprofesionalización y poder profesional en las organizaciones complejas. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1990;51:35-52.
10. Derber C. Professionals as workers: mental labor in advanced capitalism. Boston: R.K. Hall; 1983.
11. Geertz C. Interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 2003.
12. Uribe M, Abrantes R. Las reformas a la protección social en salud en México: rupturas o continuidades? Perfiles Latinoamericanos. 2013;42:135-162.
13. Freidson E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Peñínsula; 1978.
14. Bourdieu P. Espacio social y génesis de las clases. En: Bourdieu P. Sociología y cultura. México: Grijalbo; 1990. p. 281-310.
15. Bourdieu P. Espacio social y poder simbólico. En: Bourdieu P. Cosas dichas. Barcelona: Gedisa; 2007. p. 127-142.
16. Bourdieu P. Los tres estados del capital cultural. En: Bourdieu P. Campo del poder y reproducción social. Córdoba: Ferreyra Editor; 2007. p. 195-202.
17. Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus; 1991.
18. Foucault M. El discurso del poder. México: Folios editores; 1983.
19. Foucault M. El orden del discurso. Buenos Aires: Tusquets Editores; 1992.
20. Van Dijk T. Semántica del discurso e ideología. Discurso & Sociedad. 2008;2(1):201-261.
21. Moreno JE. Pensar la ideología y las identidades políticas: Aproximaciones teóricas y usos prácticos. Estudios Políticos. 2015;35:35-59.
22. Thompson JB. Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. México: UAM; 2006.
23. Sánchez A. Sistemas ideológicos y control social. México: UNAM; 2008.
24. Johnson TJ. Professions and power. London: Macmillan Press; 1977.
25. Fernández J. Estructura y formación profesional. Puebla: BUAP; 2002.
26. Martínez SC. El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015;33(S1):S55-S63.
27. Smith R. Renegotiating medicine's contract with patients: The GMC is leading the way. British Medical Journal. 1998;316(7145):1622-1623.
28. Dingwall R, Wilson E. Is pharmacy really an 'incomplete profession'? En: Holstein JA, Miller G, (eds.). Perspectives on social problems. Greenwood: JAI; 1995. p. 111-128.
29. Gutiérrez-Alba G, Gozález-Block M, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiples. Salud Pública de México. 2015;57(6):547-554.
30. Reyes H, Gómez E, Gutiérrez G. Guías de práctica clínica: La experiencia Internacional y los retos para su implementación. En: Dávila GJ. Medicina basada en evidencias: Las Guías de Práctica Clínica. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. p. 235-248.
31. Guillen M. Profesionales y burocracia: desprofesionalización y poder profesional en las organizaciones complejas. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1990;51:35-52.
32. Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: FCE; 1991.
33. Dimaggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. American Sociological Review. 1983;48(2):147-160.
34. Cleaves P. Las profesiones y el Estado: El caso de México. México: Colegio de México; 1985.
35. Nishijima Y, Schraiber L. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. 2016;12(1):9-21.
36. Carrillo AM. Economía, política y salud pública en el México (1876-1910). História, Ciências & Saúde - Manguinhos. 2002;9(Supl):67-87.
37. Rodríguez J, Guillen M. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista Española de Investigación Social. 1992;59(92):9-18.
38. Horwitz N. El sentido social del profesionalismo médico. Revista Médica de Chile. 2006;134(4):520-524.
39. Ferrer M. Juez ordena aprehender a 16 médicos del IMSS por negligencia en Jalisco. La Jornada [Internet].

- 5 jun 2014 [citado 20 jul 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y67dlonz>.
40. Jimenez C. Convocan a marcha nacional en apoyo a médico acusado de negligencia. El Universal [Internet]. 7 abr 2018 [citado 20 jul 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y5oef8mo>.
41. Torres R. Médicos exigen en redes sociales derechos laborales. El Universal [Internet]. 11 jun 2014 [citado 20 jul 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxz9nmzm>.
42. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1987.
43. Gutiérrez CG. Valores morales y axiología: El fin y los medios. Cirujano General. 2011;33(Supl 2):S117-S121.
44. Ritzer G, Walczak D. Rationalization and the deprofessionalization of physicians. Social Forces. 1988;67(1):1-22.
45. Bezes P, Demazière D, Le Bianic T, Paradeise C, Normand R, Benamouzing D, Pierru F, Everts J. New public management and professionals in the public sector: What new patterns beyond opposition? Sociologie du Travail. 2012;54(1):1-52.
46. Petrakaki D, Barber N, Waring J. The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (re/de-)professionalisation of pharmacists in England. Social Science & Medicine. 2012;75(2):429-437. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.033.
47. Numerato D, Salvatore D, Fattore G. The impact of management on medical professionalism: a review. Sociology of Health & Illness. 2012;34(4):626-644. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x.

FORMA DE CITAR

Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. Significados de la profesión médica desde la ideología de las y los profesionales de la medicina. Salud Colectiva. 2020;16:e2798. doi: 10.18294/sc.2020.2798.

Recibido: 16 abr 2020 | Versión final: 17 jul 2020 | Aprobado: 27 jul 2020 | Publicado en línea: 16 sep 2020



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2798>