

Las ciencias sociales en medicina*

The social sciences in medicine

Juan César García†

Médico y Sociólogo argentino

En la actualidad se vive una crisis en el campo de las ciencias sociales aplicadas a los problemas médicos originada -según algunos autores-¹ por las limitaciones explicativas, los sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad estudiada, características del análisis funcionalista como modelo teórico de organización del conocimiento prevalente en esta área.

Esta situación no difiere de la que sufren las ciencias sociales en general en la América Latina, donde hasta hace algunos años el marco teórico hegemónico lo constituía el funcionalismo. Si bien en el interior de las ciencias sociales en general aparecen formulaciones alternativas, en el área médica los intentos son incipientes.

Algunas de las críticas al enfoque actual de las ciencias sociales aplicadas a problemas médicos son "la concepción estática de dichos problemas, la percepción conservadora de los procesos de salud y la descripción formalista de los problemas médicos y sus relaciones con otras esferas de los procesos productivos en general. Así, la salud aparece como un valor, una función y un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad considerada. De este modo no es posible entender las relaciones dinámicas y dialécticas entre la salud y otras esferas del proceso social, sin que la comprensión del conocimiento adquirido es, en el mejor de los casos, una mera descripción de hechos aislados y, en el peor, sólo un ritual académico."¹

Esta crítica no debe llevar a la adopción de una posición mecanicista que ve en la estructura económica el único determinante de todo lo que ocurre en la práctica médica y donde -según Polack- "el idioma médico representaría el último término y la superficie."² Muy distinto es el enfoque del análisis que se pretende emplear en este trabajo, que considera la economía como el "determinante en última instancia", y en el cual la medicina tiene autonomía relativa.

Frente a la situación de crisis descrita se intentará bosquejar un esquema teórico que permita salvar algunas barreras que pareciera estar deteniendo el desarrollo de las ciencias sociales aplicadas al área médica. Este intento tiene como propósito iniciar la discusión sobre algunos aspectos que hasta el momento no han sido tratados suficientemente en la literatura especializada. Los temas por discutir se refieren a: 1) ubicación de la medicina en la estructura social. La imposibilidad de

reconocer la existencia de esta articulación en una forma dinámica e histórica pareciera haber sido la falla fundamental del funcionalismo. La inclusión de este aspecto también se justifica por el tema general de la conferencia, dado que el análisis de la práctica médica en los países del tercer mundo debe ser orientada por un esquema teórico que resalte las peculiaridades de dicha situación; 2) influencia de la estructura social en la producción y distribución de la enfermedad con el todo social, relación que ha sido tratada mecánicamente por la epidemiología actual; 3) análisis de la estructura interna de la producción de servicios médicos, y 4) la relación de la formación de personal de salud con el campo médico.

LA MEDICINA Y LA ESTRUCTURA SOCIAL

La práctica médica y los conceptos básicos que ésta utiliza han sido definidos en forma diferente a través de la historia y aún dentro de un mismo período histórico. Esto no quiere decir que muchos de los autores que se han ocupado de estos asuntos no intentaran caracterizar la medicina en sus aspectos universales y descubrir las leyes eternas de la naturaleza que supuestamente regían este campo. Este enfoque ha llevado a confundir y negar las diferencias históricas en su búsqueda de leyes inmutables. Dado que la práctica médica y el instrumental conceptual con que trabaja ha variado históricamente, cabe preguntarse qué determinantes han producido esta variación. La respuesta a esta pregunta proporcionará aquellos elementos comunes a las distintas formas en que se ha presentado la medicina.

Partimos de la afirmación de que la práctica médica, consecuente con el punto de vista estructuralista adoptado, está ligada a la transformación histórica del proceso de producción económica. En otras palabras, la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social. La concepción de la medicina estará dada, por consiguiente, por las relaciones que ésta establece con las diferentes "instancias" que integran la estructura. Estas afirmaciones nos alejan del enfoque funcionalista que ve en la enfermedad un elemento disfuncional del sistema social y un interés funcional de la sociedad en su control. Es decir, coloca a la práctica médica como un componente "necesario" de una sociedad abstracta.³

La estructura económica no sólo determina el lugar de la práctica médica en la estructura social, sino también el rango y la importancia de los elementos que componen el todo social. Esta determinación no corresponde a una causalidad simple sino a una de tipo estructural: la determinación en última instancia. La determinación en última instancia de lo económico sobre otros elementos consiste en abrir un espacio fuera del alcance de su propia acción, es decir, permitir una autonomía relativa donde entren en juego otras causas y efectos.

El análisis del papel de la medicina en diferentes modos de producción permitirá aclarar algunos de los conceptos mencionados.

La medicina y el modo esclavista de producción

Las relaciones de producción de la sociedad esclavista tenían como base la propiedad del esclavista: los medios de producción y los trabajadores, o sea, los esclavos. Estos se consideraban como objetos de total y entera pertenencia del propietario.

En la sociedad esclavista se desarrolla la división social del trabajo en manual e intelectual. El trabajo manual quedaba a cargo de los esclavos y de los ciudadanos más pobres, mientras que la actividad intelectual era ejercida por la clase dominante. Surge así un desarrollo de la cultura hasta entonces desconocido.

La estructura económica determina el lugar de la práctica médica al inscribirla en el tiempo del ocio, e induce a que esta práctica se plantee sus propias preguntas dentro de los límites fijados.

José S. Lasso de la Vega describe de la siguiente forma la práctica médica durante la época de Platón: "La práctica médica se habría caracterizado, en las enfermedades de los esclavos, por un tratamiento de "veterinario" a cargo de simples practicantes, como los que están en uso en países bárbaros; en las enfermedades agudas de los hombres libres, ricos o pobres por un tratamiento expeditivo o resolutivo; y en las enfermedades crónicas de los hombres libres y ricos, entre gentes ociosas aquejadas de opulencia que podrían permitirse el lujo de ese ocio (skhol), por una terapéutica pedagógica y biográfica a cargo de médicos alquilados a ello."⁴

La misma experiencia quirúrgica se distorsiona. Así, como la señala Sigerist, la cirugía hipocrática era fundamentalmente ortopédica y "refleja la experiencia que tenía el cirujano en el gimnasio donde luxaciones, fracturas y otras lesiones deben haber sido muy frecuentes."⁵

Los conceptos de salud y enfermedad estaban contaminados por la concepción hegemónica del mundo. El equilibrio, la belleza, la fortaleza y la recta proporción fueron para los hipocráticos signos de salud. "La enfermedad era por lo tanto un gran mal. Impide que el hombre alcance su pleno desarrollo."

"El hombre enfermo, el inválido, el débil, son hombres indignos y que sólo pueden ser considerados como tales en vista de la sociedad... La antigüedad no ofrece evidencia de ningún tipo de provisión para el cuidado del inválido."⁶

La posición del médico también estaba determinada por el modo de producción prevalente y, en consecuencia, no era muy alta. Por ser un trabajador manual pertenecía a la categoría de los artesanos. La mayoría de ellos viajaban de una ciudad a otra, golpeando a las puertas y ofreciendo sus servicios como lo haría el herrero y el zapatero.

La medicina y el modo feudal de producción

Las relaciones de producción de la sociedad feudal tenían por base la propiedad privada del señor feudal respecto a la tierra, y a la propiedad parcial respecto al campesino siervo. Este no era esclavo y poseía hacienda propia, pero debía trabajar para el señor gratuitamente, con sus instrumentos y una cierta cantidad de días al año. No había correspondencia entre las relaciones de propiedad jurídica y la posesión efectiva, ya que el siervo hacía producir la tierra con sus propios medios. En estos casos, el derecho a disponer de los productos por parte del señor feudal sólo puede lograrse mediante la intervención de factores extraeconómicos. Es así, como en la sociedad feudal las instancias políticas y religiosas se convierten en dominantes.

La práctica médica, por consiguiente, se articula en forma diferente en este modo de producción.

"A fines de la Edad Media existían tres tipos de asistencia médica: para poderosos, para artesanos y burgueses, y para pobres. Los protomédicos, graduados en las más importantes universidades, atendían a reyes, príncipes y nobles. Sus honorarios eran elevados, sus honores ostentosos y sus obligaciones tan importantes como delicadas. Para los médicos y cirujanos con una buena formación técnica, la clientela burguesa era cada vez más numerosa. La visita era también domiciliaria, el profesional muy cuidadoso de su porte y atuendo y los honorarios muy elevados. Una adecuada remuneración permitió el nacimiento del 'médico de cabecera' y la medicina liberal. Por último, quedaba la asistencia a los pobres, en manos de curanderos y barberos, y, a lo más cuando las ciudades los amparaban, pudiendo refugiarse y morir en los hospitales y hospicios para ellos dispuestos por la caridad municipal."⁷

Esta descripción corresponde al final de un período histórico caracterizado por grandes transformaciones de la medicina antigua: la transformación de la medicina seglar de la antigüedad en clerical, para luego volver a seglar; la separación de la enseñanza y el trabajo, con la creación de la universidad; el surgimiento de los hospitales como centros de cuidados; la aparición de varios profesionales en el ejercicio médico, y el cambio de concepto de enfermedad y salud.

A partir de la primera mitad del siglo VIII se inicia la preponderancia de la medicina clerical que consideraba que el enfermo era un hombre que había llegado a participar de la "gracia" de Dios. Cuidar el enfermo era, por consiguiente, una obligación cristiana.

Sin embargo, el cuidado médico no era atención médica. La enfermedad debía ser sufrida, y la atención médica se consideró como una ciencia pagana contra la cual se tomaron medidas punitivas en los comienzos de la Edad Media. Posteriormente se produce una reconciliación entre el cuidado médico propiciado por el cristianismo y la atención médica en manos de la ciencia pagana.

A pesar de la integración de estas dos posiciones, el "cuidado médico" persiste como el elemento más importante de la práctica médica. El hospital medieval es una expresión de esta posición. Surge como un lugar para el cuidado del pobre, el lisiado, el peregrino y el enfermo, es decir, para las categorías que la sociedad consideraba marginales o indeseables.

En los comienzos de la Edad Media, el médico -especialmente clérigo- desempeñaba todas las funciones de su profesión: diagnosticaba, preparaba los medicamentos y cuidaba de enfermo. Poco a poco surgen diversas ramas y especialidades, las que se institucionalizan con la incorporación de la enseñanza médica en la universidad. Detrás de este proceso se encuentra la división social del trabajo manual e intelectual, presente ya en la antigüedad, pero que en este período histórico se consolida e institucionaliza. El médico, despojado de las despreciadas actividades manuales, adquiere un prestigio social que ha de ir aumentando con el transcurrir del tiempo.

La medicina y el modo capitalista de producción

En el modo de producción capitalista, y especialmente con el surgimiento de la revolución industrial, el trabajador pierde el control y la propiedad de los medios de trabajo; en consecuencia, tiene que vender su fuerza de trabajo poder sobrevivir. La región económica juega papel dominante en este modo de producción, pues ya no son necesarios factores extraeconómicos para que el obrero sea obligado a trabajar.

La medicina se desplaza del espacio religioso y político para articularse con el proceso de producción económica, y se la define como una actividad destinada a la observación y adaptación de la fuerza de trabajo. Jean-Claude Polack expresa esta idea en la siguiente forma: "La atención médica no es un producto, un objeto separable de su agente, una mercancía susceptible de circular como un auténtico valor de cambio. Este *producto* no desaparece al ser consumido. Cuando se dirige a la fuerza de trabajo, el acto terapéutico eleva el nivel de esa fuerza de trabajo o contribuye a su mantenimiento en el cuadro de su reproducción. Al contribuir a elevar el nivel de la productividad, la atención es *indirectamente productiva*."

"Esta nosología ambigua no permite confundir la salud con un sector terciario cualquiera, un proceso de comercialización, de publicidad, con un servicio. La medicina no tiende esencialmente al dominio de los cuadros administrativos de la economía, sino a la definición permanente de un nivel de productividad. Las fuerzas productivas son su objeto elegido. Es relativamente directa, inmediata, por la misma influencia de la actividad de salud sobre la marcha de la economía. El sistema de atención tiene bajo su control la parte humana de la actividad de producción, el trabajo."²

Esta articulación de la medicina con la región económica lleva consigo también la apertura de un espacio, libre de la determinación de la estructura económica, donde interactúan otros factores. Así como lo expresa Steudler:

"La evolución del sistema de salud parece estar regida, por una parte, por las exigencias propias de la estructura económica (el progreso está vinculado a la política de salud, la seguridad social es un elemento de equilibrio económico, la estructura y la orientación del consumo están vinculados a los mecanismos de redistribución del ingreso nacional, y el equilibrio político está garantizado por la supresión de los peligros que las enfermedades representan para aquellos cuyos ingresos son escasos); y por la otra, por la relación de fuerzas que se establece entre los distintos grupos sociales (partidos políticos, sindicatos, grupos de presión) y el Estado para obtener mejoras en materias de salud. (Así pues, se puede considerar que la creación de la seguridad social es el resultado de las exigencias del sistema económico y el resultado de una lucha política)."⁸

Esta determinación múltiple de la atención médica es evidente cuando se analiza la prioridad que se ha dado a ciertos grupos de población en cuanto a servicios médicos y que, según Milton Roemer,⁹ comprenden para la América Latina y otras partes del mundo: 1) personas al servicio del Estado -sean militares o civiles- de las cuales depende toda la maquinaria gubernamental; 2) obreros industriales, de cuya productividad depende en gran parte todo el desarrollo económico de un país; 3) empleados de oficina, de cuya actuación depende la marcha normal de la totalidad de la sociedad, y 4) los niños, especial los de familia urbana, pues de ellos depende todo el futuro. Estas prioridades, sobre las cuales hay notable coincidencia, no sólo obedecen a razones estrictamente económicas, sino también al resultado de la interacción de sectores cuyos intereses pueden parecer divergentes.

La medicina no sólo aparece, entonces, como reguladora de la productividad de la fuerza de trabajo, sino que también juega un papel importante en la disminución de las tensiones producto de la desigualdad social. Esta última función se basa en la concepción de que las clases sociales son el producto de la diferencia en la distribución del producto social y no de la existencia de propietarios y no propietarios de los medios de producción. Mientras no se suprima esta última diferencia, la desigualdad vuelve a aparecer siempre. En Estados Unidos, por ejemplo, el MEDICARE y el MEDICAID tenían esta función de supresión de

diferencias sociales cuando se postula que el simple hecho de ser médicamente necesitado debe dar derecho a las prestaciones. Sin embargo, la desigualdad subsiste porque detrás de la necesidad médica existe el estado de pobreza que debe ser constatado y que lleva en la práctica a una diferencia cualitativa de la atención entre "pobres" y solventes.¹⁰

El lenguaje médico también se transforma y surge una nueva idea: la del precio de la vida y el costo que entraña su protección. El cálculo económico entra entonces como base para una decisión "racional" en la distribución de los servicios de salud, reforzando la desigualdad social al considerar que la vida humana tiene precio distinto según la contribución del individuo a su sociedad.

"La norma de trabajo -según Polack- impregna el juicio de los médicos clínicos como punto de partida más preciso que un valor biológico o fisiológico mensurable. Una ecuación relativamente frecuente relaciona 'el estado de la enfermedad' con la detención del trabajo; puede interpretarse en los dos sentidos; en un caso con su valor de diagnóstico (el que deja de trabajar debe estar enfermo) y en el otro con una resonancia prescriptiva (el que 'cae' enfermo debe dejar de trabajar)."²

LA ENFERMEDAD Y LA ESTRUCTURA SOCIAL

Diversos autores desde la antigüedad han observado que las enfermedades varían entre las distintas sociedades y aun entre los diferentes grupos que integran una misma sociedad. Esta distribución de las enfermedades pareciera sugerir una relación entre la estructura social y la enfermedad. Sin embargo, esta relación no es de interdependencia o causalidad directa, sino de un tipo más complejo y que requiere para su comprensión el análisis de los factores productores de enfermedad. La enfermedad es el resultado de la interacción de una serie de elementos, que han sido reunidos en tres categorías: condiciones del ambiente, factores del huésped y, cuando existe, el agente específico. Por ejemplo, la tuberculosis es el resultado del ataque del bacilo de Koch y de ciertas condiciones que afectan la inmunidad de las personas frente a dicho agente. En otras palabras, el bacilo aparece como causa necesaria, pero no suficiente de la enfermedad. Estas condiciones cuya interacción entre sí y con el agente específico producen la enfermedad, son las que se encuentran desigualmente distribuidas entre los grupos que constituyen una sociedad. La distribución desigual de elementos que contribuyen a la producción de la enfermedad se produce en sociedades donde predominan modos de producción en que existen relaciones de explotación, es decir clases sociales antagónicas. Se entiende por clases sociales a grupos humanos que se diferencian entre sí por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben el producto social global. La desigualdad en la distribución no depende de la diferente capacidad del individuo, sino de la propiedad que tenga de los medios de producción. Esto hace que los propietarios de los medios de producción se apropien de la mayor parte de la producción social.

Las clases desposeídas, además de recibir una proporción menor de la producción material como alimentos, vestidos y vivienda, tienen menor acceso a ciertos servicios como cuidados médicos y a la cultura. Estos dos últimos elementos también entran en el juego de la producción de la enfermedad. Así, la conducta y actitudes de las clases dominadas hacen que los individuos utilicen en menor grado los servicios a su disposición o no tomen acciones preventivas frente a la enfermedad.

Lo anterior expuesto no niega la existencia de diferencias a nivel psicosocial que explican la diversidad en la conducta de los individuos, sino que intenta resaltar la articulación entre las relaciones de producción y la distribución de la enfermedad, lo que a su vez explica la mayor parte de las diferencias que encontramos hoy en la distribución de la enfermedad. Pero aun ciertas diferencias psicológicas pueden buscarse al nivel de la estructura económica. Es conocida la influencia que tiene sobre la conducta y las actitudes un desempleo prolongado: la apatía y la desintegración personal son factores que condicionan la aparición de la enfermedad.¹¹

LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El campo médico presenta -de acuerdo con el análisis previo- una autonomía relativa de las otras instancias que integran el todo social, y en él podemos distinguir tres procesos interrelacionados: la producción de conocimientos científicos, de personal de salud, y de servicios de salud. La relación entre estos procesos ha variado históricamente. Así, durante la Edad Media presenciamos la separación de la educación médica de la práctica médica, y en el siglo XIX la adquisición de una autonomía relativa de la producción de conocimientos frente a la atención médica. El papel que juega cada una de estas instancias en el campo médico está determinado históricamente, aunque, en general, la atención médica ha mantenido su preponderancia sobre la educación médica y la investigación.

La autonomía relativa de la atención médica hace posible la aplicación del análisis estructural,¹² la que debe comenzar con una caracterización de los elementos que integran este proceso, para luego describir los modos más distintivos en que se da la prestación de servicios y, finalmente señalar la forma de análisis de una realidad concreta utilizando los conceptos elaborados anteriormente.

Componentes del proceso de producción de servicios de salud

En el proceso de producción de servicios de salud debemos distinguir dos niveles, uno de los cuales, la infraestructura, determina al otro: la superestructura. La infraestructura del proceso de producción de servicios de salud está compuesto de dos elementos inseparables: a) el proceso de atención y cuidado médico y b) las relaciones de atención médica.

El proceso de atención y cuidado médico es el conjunto de etapas sucesivas mediante las cuales se promueve la salud, se previene la enfermedad y se recupera la salud de los individuos. Este proceso supone una actividad humana específica, y su ejecución requiere de ciertos medios materiales que se denominan instrumentos de diagnóstico, tratamiento y cuidado. En ciertas actividades médicas, por ejemplo en la atención del enfermo mental, los medios materiales son mínimos o inexistentes. Las relaciones de la atención médica son los vínculos que se establecen entre las personas que participan en el proceso de producción de servicios de salud, y son la resultante del papel que juegan en la atención médica.

Podemos distinguir dos tipos de relaciones: a) las que se establecen entre los agentes (médicos, enfermeras, odontólogos, pacientes, etc.) y el proceso de atención y cuidado médico, y b) entre las diversas categorías en que se dividen los agentes de la enseñanza (médico-paciente, médico-enfermera, odontólogo-paciente, etcétera).

Las relaciones entre los agentes y el proceso de atención y cuidado médico pueden ser estudiados desde dos ángulos: a) el grado de control que tienen los agentes sobre el proceso (dimensión: alienación-control) y b) la propiedad o no de los medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado (dimensión: propiedad-no propiedad).

Las relaciones entre los agentes pueden estudiarse según: a) la competencia o cooperación que exista entre los integrantes de una misma categoría y b) la existencia de relaciones autoritarias o igualitarias entre agentes pertenecientes a diversas categorías. En este último aspecto la fuente de poder que puede llevar a la competencia o el autoritarismo son conocimientos y habilidades especializados, cuyo valor está históricamente determinado. Así, en un período histórico dado, el servicio que presta el personal de salud tenía poco valor, restringiendo de esa forma la autoridad a un área específica de competencia.

La superestructura hace referencia al orden institucional del proceso de producción de servicios médicos. Todo proceso en el que existe una división mínima del trabajo requiere de ciertas normas y "aparatos" institucionales a fin de organizar y administrar la actividad global. El aparato institucional y las normas surgidas de una necesidad técnica pueden ser utilizadas para cumplir una función de dominación cuando existe, además, una división en grupos opuestos. Las concepciones sobre la práctica médica también pertenecen a este nivel, siendo hegemónicas aquellas que son sostenidas por los grupos dominantes.

Modos de producción de servicios de salud

El concepto de "modos de producción de servicios de salud" se refiere a un objeto abstracto en que la manera como se presta la atención médica es homogénea. Para caracterizar las diversas formas aludidas, deben analizarse las combinaciones que se dan entre los elementos descritos anteriormente y los componentes del proceso de producción de servicios de salud.

Pueden describirse dos modos de producción de servicios de salud: uno que denominaremos "artesanos", y otro "burocrático."

El *modo artesanal* se caracteriza porque: a) los agentes mantienen un dominio completo de todo el proceso de atención; b) los agente son propietarios de los medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado; c) no existe un dominio claro de una categoría sobre otra en la relación médico-paciente, y d) se observan relaciones de cooperación entre los miembros de una misma categoría. Las actividades de atención y cuidado en este modo son relativamente simples, y lo mismo acontece con los instrumentos de diagnóstico y tratamiento. Esto permite que una sola persona pueda realizar todas las actividades y manejar todos los instrumentos del proceso de atención. Sin embargo, a medida que se desarrollan los instrumentos y el conocimiento, dando surgimiento a un mayor número de actividades por desempeñar, se hace imposible que una sola persona pueda realizar la atención médica completa de un individuo. Se crea así una contradicción entre el desarrollo de la medicina y las relaciones existentes.

Los criterios en que se divide el trabajo tienen un origen social y no técnico. Así por ejemplo, la división, entre medicina y cirugía obedece a una separación entre trabajo manual e intelectual. A medida que aumenta la división del trabajo, los agentes del proceso van perdiendo el control, y gradualmente llegan a ser incapaces de tratar a un paciente en su totalidad. La división técnica del trabajo hecha sobre los criterios de trabajo manual e intelectual lleva a una división social en que los que poseen el conocimiento teórico ejercen dominio sobre las otras

categorías de personal. Este dominio también se traslada al paciente a quien se le define como incapaz de solucionar sus problemas por falta de conocimientos específicos. La superestructura, cuya función es mantener las condiciones que permitan la reproducción de la forma de dar servicios, se caracteriza, en este modo, por la existencia de corporaciones con una forma de gobierno de "democracia directa", una de cuyas funciones es proteger a sus miembros contra el poder, ya sea político, económico o religioso.

Las contradicciones existentes en el interior de este modo, llevan a su transformación. Es cierto que se dan circunstancias externas que ayudan o impiden el pasaje de uno a otro modo. La incorporación, por ejemplo, de grandes sectores de la población al sistema de salud, con la creación de la seguridad social, genera grandes concentraciones financieras y de recursos que chocan con una práctica artesanal. Sin embargo, estos fenómenos no explican por sí solos el pasaje de un modo de producción de servicios a otro.

En el *modo burocrático* de atención médica, los agentes pierden el control del proceso global. El individuo sano o enfermo es visto en forma parcelada, y surge la necesidad de una organización que coordine y administre el proceso total. Ocurre, de esta manera, la transformación del hospital, que se convierte en el centro de operaciones de esta variante nueva de atención médica.

El hospital, cuya función inicial fue de control social de la población considerada desviada y cuyo acento estaba en el cuidado, se transforma en el mecanismo coordinador de la atención.

Otro rasgo de este modo de prestar servicios es que el instrumental de diagnóstico se hace complejo y costoso, razón por la cual se hace difícil que el trabajador de salud aislado pueda ser propietario de sus instrumentos de trabajo. De este hecho surgen varias formas de propiedad: creación de "clínicas privadas" por grupos médicos, propiedad del Estado, propiedad de empresas privadas. Aunque los agentes pierdan la propiedad de sus medios de trabajo, algunas categorías -los médicos- siguen manteniendo el derecho de disponer y usar estos medios. A medida que el proceso se desarrolla, la profesión médica va perdiendo este derecho, dando lugar a la formación de grupos de trabajadores indirectos a quienes los propietarios de los medios de trabajo delegan esta función. Surge aquí una serie de conflictos entre los administradores que intentan determinar los fines a los cuales serán asignados los bienes y los profesionales que tienen la capacidad de ponerlos en acción y que intentan usarlos y disponer de ellos. Por ejemplo, algunos médicos de hospitales estatales usan y disponen de los aparatos de rayos X para investigación o para sus clientes privados, mientras que los administradores presionan para que sean usados para los clientes asegurados.

Uno de los medios de atención médica que presenta rasgos peculiares es el medicamento. El boticario que en el modo de producción artesanal controlaba el proceso de su fabricación y era el propietario de los medios para producirlo, lo pierde a medida que este proceso se industrializa. La profesión farmacéutica es la que ha sufrido mayores cambios en el sector salud.

El medicamento ha adquirido un alto grado de estructuración, lo cual requiere simples indicaciones para su uso, convirtiéndolo así en objeto de fácil consumo.

El modo burocrático de prestar servicios se caracteriza por su fraccionamiento por ser altamente especializado e impersonal.

Esta medicina, dominada por una tecnología cada vez más compleja, es de un costo creciente, y el seguro contra la enfermedad trata de compensar las condiciones desfavorables de esta producción frente a otras en una economía de mercado.

Análisis de la práctica médica en sociedades concretas

En una sociedad determinada históricamente, la producción de servicios de salud no se efectúa de una forma homogénea. En una misma sociedad se pueden encontrar coexistiendo diversas formas de producción.

Por ejemplo, en cualquiera de los países latinoamericanos encontramos un grupo de médicos que ejercen la práctica privada en una modalidad artesanal, mientras otros lo hacen como funcionarios de grandes instituciones médicas. Este análisis es de carácter empírico y en él se obtendrá la descripción de diversas formas de prestación de servicios impuras y formas transicionales. Sin embargo, una de ellas tendrá un carácter dominante e impondrá sus leyes de funcionamiento a las otras formas. Esto no sólo sucede al nivel de las relaciones técnicas y sociales, sino también al nivel de la superestructura. Así, encontraremos concepciones competitivas sobre la práctica médica y diversas formas organizacionales.

En un estudio realizado por Donnangelo¹³ podemos observar este fenómeno con claridad, pues al analizar una región de Brasil dicha investigadora encuentra que el nivel ideológico domina una concepción liberal de la medicina, mientras que al nivel de trabajo predomina una forma burocrática de ejercicio profesional.

LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y EL CAMPO MÉDICO

La trama de relaciones sociales se hace más densa en el campo médico a medida que su autonomía se acrecienta apareciendo, entonces, instancias diferenciadas: la formación de personal, la producción, selección y distribución de conocimientos y la práctica médica. Cada una de estas regiones adquiere en este desarrollo una cierta autonomía, aunque con frecuencia la práctica médica mantiene un papel dominante sobre las otras.

La diferencia anotada implica una división de funciones. Así, las instituciones encargadas de la formación se constituyen en centros de selección y legitimización y los encargos de la producción de conocimientos en centros de desarrollo del proceso de atención médica.

La forma que adquiere la preparación del personal de salud, refleja la estructura existente en la práctica médica. La escuela de medicina, por ejemplo, ejerce autoridad, directa o indirectamente, sobre las otras escuelas que preparan al resto de los profesionales de la salud. El nombre "facultad de medicina" designa en muchos países de América Latina, una forma organizacional donde se reúnen varias escuelas bajo la autoridad del decano de la escuela de medicina. El dominio directo del grupo médico en la formación de otros profesionales también puede constatarse en muchas escuelas de enfermería y tecnología, donde sus directores son médicos.

La jerarquía del personal en la práctica médica, no sólo se refleja en la organización de la educación, sino también en el contenido de la enseñanza, en el grado de separación que existe entre enseñanza y actividad práctica y en la selección de los alumnos. El profesional de más alta autoridad -el médico- recibe una formación que

hace mayor énfasis en los aspectos teóricos y que lo separa de la actividad práctica.

La relación entre la estructura de autoridad existente en la práctica médica y la selección de los futuros profesionales es más sutil. A dicha estructura de autoridad en medicina corresponde una división en clases sociales. Así, los profesionales de mayor prestigio provienen de los estratos sociales más altos, mientras los de menor prestigio corresponden a los grupos sociales más bajos.

La educación formal no hace más que reforzar esta situación, no sólo por razones económicas, sino también por la diferencia cultural. La investigación sociológica ha demostrado el importante papel que juega la familia en generar vocaciones y preparar para su logro y cómo estos atributos juegan un papel fundamental en el éxito escolar. Así, los estudiantes provenientes de las clases medias poseen un bagaje cultural superior a los de la clase baja y un conocimiento anticipado de las exigencias de la carrera médica.

Si bien es cierto que la práctica impone a la formación de personal sus propias leyes de funcionamiento esto ocurre hasta un cierto punto. La educación médica tiene una cierta autonomía que lleva a que se generen contradicciones con las demandas surgidas en la práctica médica. El modo dominante de producción de servicios en una economía de mercado competitivo requiere de médicos especializados. Esto ocurre porque la demanda proviene de los grupos económicamente más fuertes. En esta situación, sin embargo, las escuelas de medicina siguen manteniendo como objetivo la formación de médicos generales. De hecho, lo que sucede es que la escuela se convierte en el centro donde convergen diferentes intereses. Así, los profesores son generalmente especialistas cuya enseñanza entra en contradicción con las metas trazadas. Por otra parte, los estudiantes, presionados por el mercado de trabajo, se inclinan prematuramente hacia una especialidad. Esta situación se hace más compleja con la creación de los seguros sociales que expanden la cobertura de la atención hacia los grupos generales.

La importancia del conflicto en la escuela de medicina reside en el papel de legitimadora que tiene esta institución. Las innovaciones surgidas en la práctica médica deben ser aprobadas por las escuelas de medicina para considerarse como legítimas. El papel de árbitro se ejerce de diversas formas, de las cuales la más conocida es la incorporación de la innovación en la enseñanza.

CONCLUSIONES

Las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables y sin embargo, han sido oscurecidas por el tipo de análisis prevalente en este campo. La práctica médica, la formación del personal de salud y la producción de conocimientos médicos están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. Esta relación no implica una determinación causal simple, pues estas instancias del quehacer médico conservan una cierta autonomía.

La autonomía relativa del campo posibilita el empleo del método estructural para su análisis. Se abre de este modo un terreno fértil para la reflexión y el estudio.

Citas y Referencias

1. Informe del comité de expertos de la OPS/OMS en la enseñanza de las ciencias sociales, Cuenca, Ecuador, 1972.
2. Jean-Claude Polack. *La médecine du capital*, Francois Maspero, Paris, 1971.
3. Es interesante anotar -como lo señala Sigerist- que algunas culturas como la Kubu, de Sumatra no han producido una práctica médica. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, editado por Milton I. Roemer, p. 12, MD Publications, Inc., Nueva York, 1960.
4. José S. Lasso de la Vega. Los grandes filósofos griegos y la medicina, publicado en *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Pedro Laín Entralgo, Tomo II, Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1972.
5. *Henry E. Sigerist on the History of Medicine*, editado por Félix Martí-Ibáñez, p. 48, MD Publications, Inc., Nueva York, 1960.
6. *Henry E. Sigerist on the History of Medicine*, editado por Félix Martí-Ibáñez, p. 6, MD Publications, Inc., Nueva York, 1960.
7. Diego Gracia Guillén y José Luis Peset. "La Medicina en la Baja Edad Media Latina", publicado en *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Pedro Laín Entralgo, Tomo III, Salvata Editores, S.A., Barcelona, 1972.
8. François Steudler. *Sociologie Medicale*, Librairie Armand Colin, Paris, 1972.
9. Milton I. Roemer. *La Atención Médica en América Latina*, Unión Panamericana, Washington, D.C., 1964.
10. Durante los últimos años se han realizado estudios sobre la atención médica de Estados Unidos con un enfoque teórico diferente al prevalente en dicho país. Ejemplos de este tipo de trabajo son: "The American Health Empire: Power, Profits, and Politics", A Report from Health-PAC, Vintage Brooks, Nueva York, 1970; Sander Kelman: "Toward the Political Economy of Medical Care", publicado en *Inquirir of Health Care: Dynamic With Change*, publicado en *Politics and Society*, Winter 1972.
11. Los efectos del desempleo sobre los trabajadores fueron estudiados por un grupo de sociólogos en una comunidad europea durante la gran depresión: Marie Jahoda, Paul Lazarsfeld y Hans Zeisel: *Marienthal: The Sociography of an Unemployed Community*, Aldine Atherton, Chicago, 1971.
12. Los conceptos utilizados en este análisis han sido extraídos de las obras de Louis Althusser Y Etienne Balibar.
13. Cecilia Donnangelo. *Ajustamento do Profissional Médico ao Mercado de Trabalho*, Brasil 1972 (mimeografiado).

*En: García, JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Capítulo 3. Interamericana/Mc Graw Hill y Organización Panamericana de la Salud. México, D.F. 1994: 19-31. Originalmente presentado en el XXIII Congreso Internacional de Sociología. Caracas, Venezuela, 20-25 de noviembre de 1972.