



Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica

Alejandra Rodríguez Torres^{1*}, Edgar Carlos Jarillo Soto² y Donovan Casas Patiño³

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Literario 100, 50000, Ciudad de México, México.

²Universidad Autónoma Metropolitana, Campus Xochimilco, Ciudad de México, México. ³Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural, Carretera Amecameca-Ayapango, Amecameca de Juárez, Mexico. *Autor para correspondencia: aledfra2013@gmail.com

RESUMEN. En la conformación de la sociedad industrial, las profesiones surgieron como un movimiento fundamental de la división del trabajo, de estratificación ocupacional y de clases. Su mantenimiento e importancia a través del tiempo se ha sostenido mediante procesos de profesionalización para la producción de conocimiento especializado que le distinga de otras ocupaciones y al mismo tiempo le brinde autonomía y reconocimiento social para dar legitimidad y permanencia en función de la sociedad. La profesión médica, ha servido como aparato ideológico por parte del Estado para controlar y dominar a la sociedad basados en las necesidades de salud a través de profesionales que ejercen relaciones de poder reducidos a agentes secundarios perpetuando las diferencias de clases. Las profesiones en general han sufrido los estragos de las políticas neoliberales y la profesión médica no es la excepción. La realidad de los servicios de salud circula entre hospitales descuidados, falta de presupuesto, mala atención, falta de material, de recursos humanos y medicamentos, trámites burocráticos, y otros faltantes estructurales que subsumen a la práctica del profesional a indicadores y gestiones administrativas.

Palabras-clave: profesion médica; desprofesionalización; autonomía; legitimidad; ideología médica.

Flexibility, job insecurity and health bureaucracy: three determinants of medical deprofessionalization

ABSTRACT. In the conformation of the industrial society, the professions emerged as a fundamental movement of the division of labor, of occupational and class stratification. Its maintenance and importance over time has been sustained through professionalization processes for the production of specialized knowledge that distinguishes it from other occupations and at the same time gives it autonomy and social recognition to give legitimacy and permanence in function of society. The medical profession has served as an ideological apparatus on the part of the State to control and dominate society based on health needs through professionals who exercise reduced power relations to secondary agents, perpetuating class differences. The professions in general have suffered the ravages of neoliberal policies and the medical profession is no exception. The reality of health services circulates among neglected hospitals, lack of budget, poor care, lack of material, human resources and medicines, bureaucratic procedures, and other structural shortcomings that subsume the indicators and administrative procedures to the professional's practice.

Keywords: medical profession; deprofessionalization; autonomy; legitimacy; medical ideology.

Received on May 21, 2020.

Accepted on September 14, 2020.

Introducción

La profesión médica definida como autónoma, altruista, científica, humanista y con un alto estatus social ha muerto para la mayoría de sus ejecutantes. El ejercicio actual de la medicina ha derivado en un trabajo enajenado en el que el profesional ha perdido el control sobre la organización de su propia actividad, la cual se ha transformado en algo extraño, ajeno y hostil, tanto para él como para quienes requieren de su servicio. La burocratización, la proletarianización, la falta de capacitación y la desprofesionalización del médico se acompañan de la disminución del prestigio y la autoestima profesional (Villanueva et al., 2015). La profesión médica tiene dos caras: la concepción antigua romántica de una profesión de estatus, altruista,

entregada y de reconocimiento social y la cara de la representatividad del estado a su concepción de salud y legitimación de la enfermedad. Los cambios socioeconómicos de las últimas tres décadas y sus cambios estructurales han perfilado a esta profesión al mercado de la salud y a sus profesionales a los cambios de los condicionantes laborales incluyendo una tendenciosa precarización laboral. Esta sociedad de consumo ha sumergido a estos profesionales, no ajenos a la realidad, a cambiar sus prioridades, identidades, valores y necesidades, como todos los demás. Los bajos sueldos exigen realizar horas extras de trabajo y regeneración de los valores y sentidos de la profesión –como el altruismo– y el uso de esos recursos culturales para encubrir ideológicamente una práctica médica que no satisface con plenitud las expectativas en torno a la profesión.

De la profesión a la desprofesionalización

En la literatura sociológica tradicional, las profesiones se generaron como un movimiento fundamental de la división del trabajo, la estratificación ocupacional y la perpetuación funcional de la reproducción del conocimiento experto justificando su existencia pero de manera dialéctica creando brechas entre las clases dominantes y la clase obrera conformando un mercado de trabajo con ingresos altos, vocación, autonomía de trabajo, ética y monopolio del conocimiento como protección contra la competencia (Leyva Piña & Pichardo Palacios, 2012). Las profesiones han sido vistas y analizadas desde planteamientos funcionalistas, estructuralistas, interaccionistas, teorías del conflicto, fenomenológicas, etc., confluyendo en que el papel de éstas es el de mantener un orden social y contribuir a la integración de la sociedad industrial. En este orden de ideas, la profesión médica adquiere además sentido por su vinculación con la sociedad y se visualiza como una empresa moral definida por el servicio público que ofrece a la sociedad, ‘dándole estabilidad y protección moral’ (Wynia et al., 1999), por lo que si esta función se afecta, pueden aparecer serios problemas al mantenimiento del orden social.

De manera complementaria cabría señalar que este orden social guarda también un conflicto social, poder y una historia. En este caso la historia de la profesión médica en el contexto mexicano, siempre ha estado a merced de los intereses del Estado y el poder legitimado por este mismo guardando una relación hegemonía-poder con autonomía relativa para mejorar su estatus social y su posición ideológica en el entendido que el interés público queda por encima del interés social (Johnson, 1972 ; Real-Villarreal, 2002), por lo cual algunos valores como el altruismo y el dominio de conocimientos constituyen una retórica de este grupo que buscó obtener privilegios del Estado (licencias y protección de mercado respecto a otros grupos).

La exigencia de sociedades cada vez más profesionalizadas paradójicamente ha condicionado pérdida de autorregulación y control de las profesiones respecto a su propio mercado, un incremento en el trabajo asalariado, erosión del estatus y prestigio, así como salarios insuficientes y deterioro en las condiciones de trabajo, lo cual según Charles Perrow (1992) enmarca a un proceso de ‘desprofesionalización’ (Perrow, 1992).

Según algunos autores la desprofesionalización tiene sus orígenes principalmente en la burocratización, como responsable de erosionar la autonomía profesional (Elston 2004, Ritzer & Walczak, 1987, Perrow 1992), así como en la pérdida del control de las profesiones respecto a su propio mercado, el incremento del trabajo asalariado, la erosión del estatus y el prestigio, lo cual el profesional observa con pesimismo (Finkel, 1999).

Derber y Schwartz (1992), destacan la pérdida de autonomía profesional sustentada en dos procesos: la ‘proletarización técnica’, que implica la pérdida de control sobre el conocimiento y el proceso de trabajo, y la ‘proletarización ideológica’, que supone la pérdida de control respecto a los objetivos y propósitos del propio trabajo. Los profesionistas han sufrido la cooptación ideológica que los conduce a una mayor identificación con los corporativos empresariales que con la profesión y, con la sociedad.

La desprofesionalización como un proceso de pérdida del monopolio del conocimiento y prestigio social de los profesionistas parte del aumento del nivel educativo de la población, la expansión en el uso de las computadoras que codifican y estandarizan el conocimiento experto y el debilitamiento de los estándares éticos de los profesionistas así como la erosión de la confianza del público en el espíritu humanitario como en el caso de la medicina.

La imagen dominante que existe de las profesiones parte del ideal del profesionista empleado en grandes organizaciones bajo un capitalismo monopólico, y pese a las diferentes explicaciones de las teorías del declive, coinciden en que ese empleado asalariado pierde el monopolio del conocimiento experto y la autonomía en su trabajo. Por otro lado, comparten una posición estructuralista que presenta la crisis de las profesiones como un proceso unitario e inevitable, sin considerar la potencial diferenciación entre

situaciones concretas originadas por la diversidad de formas de organización del trabajo, de relaciones asimétricas de las organizaciones profesionales con el Estado y la sociedad civil, de donde derivan desigualdades de poder y de una dinámica interna de cada grupo profesional, determinada por diferentes formas de control y autonomía (Finkel, 1999).

Dubar (2002), en respuesta a los enfoques estructuralistas se centra en la dimensión cultural para señalar que la vida profesional es un proceso autobiográfico que construye identidades a lo largo de la vida, las cuales se encuentran en serios riesgos por los fenómenos ya señalados. Las profesiones pierden el poder para generar sus propias identidades; en su lugar, cada individuo tiene que arreglárselas por sí mismo para generar sus propias formas de identificación personal que son emergentes, con múltiples orígenes y de corta duración.

Cada vez más la profesión deja de ser un eje de construcción de sentido hacia lo que significa ser médico, las actividades que realiza, cómo las ejecuta y para quién trabaja predominando discursos respecto a la crisis de la profesión médica elaborados por los propios médicos.

Castaño (1999) ofrece una perspectiva de la desprofesionalización médica al plantear que consiste en la redefinición de la relación entre la profesión y la sociedad. El avance de la medicina gerencial coloca en tensión a la profesión médica; por un lado, su vinculación con la sociedad exige aportar al beneficio social; por otro, las presiones de las empresas que dominan el mercado de los sistemas de salud condicionan la ética y los valores que orientan la relación médico paciente.

En este contexto de discusión teórica tanto las posiciones del auge como las del declive de las profesiones presentan una dificultad endémica que ya se mencionó: la supuesta existencia de un tipo ideal de profesión, en particular la del médico, en relación con los atributos profesionales que se le atribuyen y la recomendación dada por Lucila Finkel (1996): evitar modelos unitarios y totalmente coherentes de la realidad social.

El sistema de salud mexicano posee una condición estructural muy estratificada, lo que pone en duda la existencia histórica de un modelo médico ideal y homogéneo. Además, es ingenuo creer que todos los médicos pasan por una crisis de las condiciones objetivas de la profesión o pensar que todos los médicos viven y sienten por igual la supuesta crisis de identidad enraizada en la ética y los valores. En circunstancias bien diferenciadas las estructuras de la medicina gerencial puede condicionar que unos se encuentren en crisis y otros gozar de bonanza económica, sin que ello implique de forma mecánica que los que se encuentran en crisis se arrepienten de su profesión o rechacen ser médicos.

Mucho se habla de la desprofesionalización como proceso, sin embargo es necesario entender algunos determinantes que están implicados y contextualizarlos a fin de aportar elementos que puedan contribuir a un análisis más profundo, tal es el caso de la flexibilización laboral, la precarización laboral y la burocracia en el ejercicio de la medicina, lo cual crea un imaginario de desprofesionalización el cual es vivido por cada profesional de manera diferente.

Flexibilización laboral

Desde los inicios de la década de los ochenta se transformaron las relaciones laborales y de los sistemas de relaciones industriales a nivel internacional, originados por el advenimiento de las políticas macroeconómicas neoliberales (con su componente de desregulación de mercados), privatizaciones y ajustes macroeconómicos para controlar la inflación y lograr equilibrios macroeconómicos y nuevas doctrinas gerenciales originadas en Japón, que buscaban elevar la productividad y la calidad a nivel micro (De la Garza, 1998; Nigenda, Ruiz-Larios, Aguilar-Martínez, & Bejarano-Arias, 2012). La flexibilización del mercado laboral implicó eliminar las rigideces para emplearse o emplear así como la fijación de los salarios, por lo que las instituciones, normas y sujetos conformados durante el período del Estado Benefactor que regulaban las relaciones entre el capital y el trabajo (leyes laborales, contratación colectiva, sindicalización, seguridad social, justicia laboral y sindicatos) se movieron en la lógica de los sistemas de relaciones industriales, flexibilizando las leyes laborales, los contratos colectivos y las políticas gubernamentales reduciendo el poder de los sindicatos.

A nivel de la profesión médica en México un caso muy especial relacionado a la flexibilización está relacionado con los médicos contratados por la Fundación Best para trabajar en consultorios adyacentes a las Farmacias Similares, cuyo contrato es a base de comodato. En este modelo el médico usa sin pago de renta el consultorio de la fundación pero absorbe los costos secundarios de operación y recibe su

remuneración económica del pago de la consulta que tiene previamente fijada con la empresa y por la adquisición de medicamentos recetados (Pichardo-Palacios, 2014; Díaz-Portillo, Idrovo, Deser, & Bonilla, 2015). La movilidad laboral, las jornadas flexibles y los salarios en función del rendimiento son condiciones que los actores aceptan ya que pueden trabajar en otro medio institucional o privado lo cual se puede considerar como un híbrido encubriendo la flexibilización con campañas mediáticas promoviendo un servicio al pueblo, contratos a sus trabajadores de carácter netamente civil evadiendo la posibilidad de demanda legal de carácter laboral. Con todo esto se consigue el propósito de la globalización neoliberal de la personalización de los salarios y la des-colectivización de las relaciones empresa-trabajadores, en este caso profesionales-empresa (Acosta, Torres, Diaz, Ángeles, & Pozo, 2013; Orozco & Magallón, 2013).

La racionalidad económica induce a empresas aseguradoras a negociar con clínicas y hospitales contratos de servicios con la mayor cobertura y al menor precio posible y estos a su vez a contratar el menor personal posible con salarios basados a la productividad y contratos laborales condicionados al cumplimiento de restricciones y metas en la prestación del servicio. En estas condiciones los profesionales de la salud ponen en juego su racionalidad cumpliendo las restricciones institucionales impuestas para conservar su empleo e intentan preservar su ejercicio con el riesgo de demandas por mala praxis médica. Tanto profesional como enfermo entran a la lógica de los mínimos: mínimo de tiempo-mínimo costo.

La flexibilización laboral conlleva también a un férreo control sobre los salarios (Nigenda, 1995), que en el caso de los profesionales de la medicina fue el sustento entre los médicos y el sujeto que demanda la atención, y que dado la regulación de los sistemas de pago y las organizaciones para proveer atención médica, se establecen controles sobre la práctica y los pagos adicionales. Por lo que los sistemas de pago no modifican el ejercicio de la profesión, sino que la gerencialización y la estandarización de este proceso (atención médica) beneficia a la empresa administradora de los fondos a su beneficio de contención de costos y uniformidad de los problemas de salud (Jarillo, Chapela, & Mendoza, 2005).

A nivel de instituciones públicas, el conflicto del salario con los profesionales estuvo vinculado al proceso de socialización de la medicina, tras la creación y desarrollo del IMSS-ISSSTE y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que permitió la fusión de las individualidades a un nuevo grupo social cohesionado por un conjunto de intereses laborales comunes. El descontento contribuyó a la crisis de 1958, la cual se caracterizó por una política de gastos de administración y operación - dentro de los que estaban los sueldos de los médicos- en el nivel más bajo posible, por lo que cinco movimientos laborales lucharon por los aumentos salariales, prestaciones y la elección democrática de los comités ejecutivos de cada uno de los sindicatos de los movimientos: del Movimiento Revolucionario del Magisterio, del Sindicato de Trabajadores Petroleros, el movimiento de la Alianza de Telegrafistas y del Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros de la República Mexicana. En 1964-65, se desarrolló el conflicto médico de residentes y pasantes inicialmente y posteriormente con la participación de médicos de base y especialistas de las instituciones de Seguridad Social, derivado de las bajas remuneraciones, la dureza de los horarios (para médicos residentes e internos) que en todas las instituciones de seguridad social consistía en 36 horas de trabajo por 12 horas de descanso, y la falta de recursos humanos ya que la Secretaría de Salubridad y Asistencia debía atender a una población de 30 326 956 mexicanos sin IMSS ni ISSSTE para lo cual contaba con 9,140 médicos en todo el país (3,318 mexicanos por médico). El salario oscilaba entre 400 y 1500 pesos/mes (para los residentes de últimos años) (Pozas, 1977; Casas, Resendiz, & Casas, 2009).

Este problema de formación profesional e incorporación a los sistemas de salud permea hasta nuestros días, ya que aparentemente hay una mayor cantidad de profesionales asalariados de las instituciones públicas lo que les hace vulnerables a los ajustes macroeconómicos de los regímenes laborales. De acuerdo al Observatorio Laboral y las tendencias del empleo profesional del tercer trimestre del 2018, dentro de las áreas de Ciencias de la Salud, el 73.8% de los profesionales son subordinados y remunerados, el 7.5% son empleadores y el 18.7% trabajan por cuenta propia (Figura 1).

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) señala que para el tercer trimestre del 2018 el ingreso promedio mensual de los profesionistas ocupados del país fue de \$11,405 pesos, siendo las de las áreas de Ciencias de la Salud el séptimo lugar de los ingresos más elevados, percibiendo un promedio de \$11,239 pesos mensuales, mientras que el primer lugar lo ocupa el área de Arquitectura, urbanismo y diseño una percepción de \$13,221 pesos al mes en promedio (Figura 2).

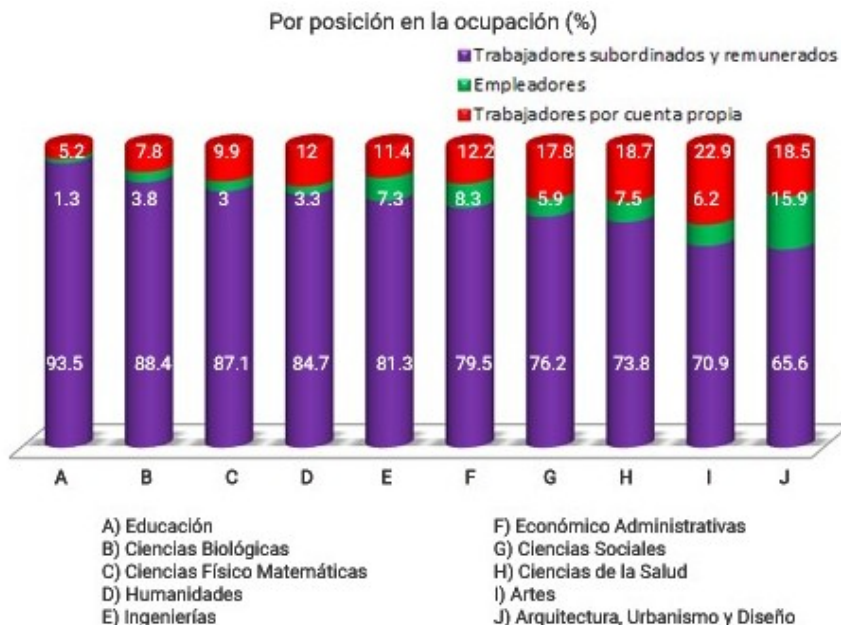


Figura 1. Porcentaje de posición en la ocupación por área profesional.
Fuente: Observatorio Laboral (2020a).

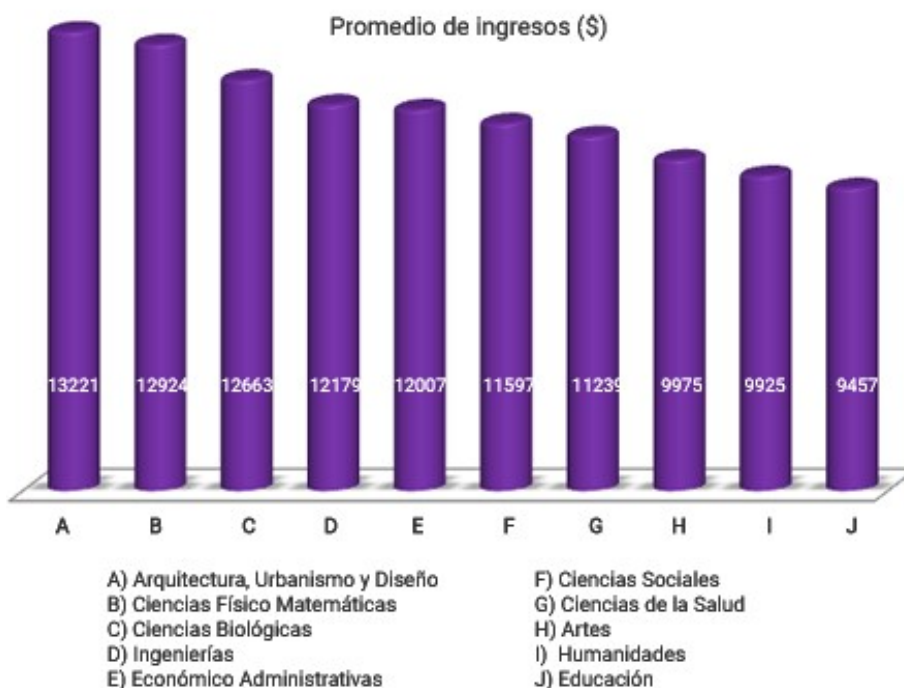


Figura 2. Promedio de ingresos mensuales por área profesional.
Fuente: Observatorio Laboral (2020b).

En cuanto al ingreso mensual promedio según carrera y género, la misma ENOE, en el mismo período señala que los profesionales de medicina ocupados suman alrededor de 279 211, con una representatividad de 55.8% hombres y 44.2% mujeres, percibiendo un promedio de \$15,768 pesos mensuales (Tabla 1).

Estas cifras contrastan con las expresadas Indeed (Indeed, 2019a) la cual señala una media salarial de \$ 9,881 al mes y que además es bastante heterogénea según el lugar donde se ejerza la profesión, cabe señalar que se hace referencia a médicos generales de los cuales con ejercicio liberal son los que menos percepción económica reportan, mientras que los médicos en instituciones públicas y/o privadas manifiestan una percepción mayor (Tabla 2).

Tabla 1. Ingreso mensual promedio por carrera

Carrera	Profesionistas ocupados	Hombres (%)	Mujeres (%)	Ingreso mensual promedio (\$)
Biología y bioquímica	141,072	42.0	58.0	\$11,538
Ciencias ambientales	17,316	61.8	38.2	\$13,736
Química	24,476	52.6	47.4	\$19,781
Diagnóstico médico y tecnología del tratamiento	8,410	49.3	50.7	\$11,386
Enfermería y cuidados	252,466	18.9	81.1	\$9,792
Estomatología y odontología	115,041	44.6	55.4	\$10,703
Farmacia	14,539	38.0	62.0	\$12,228
Medicina	279,211	55.8	44.2	\$15,768
Psicología	283,646	25.2	74.8	\$10,082

Fuente: Observatorio Laboral (2020c).

Tabla 2. Salario mensual según institución pública, privada o liberal.

Institución Pública o privada	Salario mensual pesos
Farmacias del Ahorro	13,018
Farmacias GI	7,492
Farmacias Similares	8,879
ISEM	15,448
IMSS	12,446
Fundación Best	10,104
Hospital Ángeles	10,953
Consultorio medicina general	5,919

Fuente: Indeed (2019a, b).

De acuerdo al mismo Indeed (Indeed, 2019b), la percepción de un médico especialista es mayor a la de un médico general con promedio de \$14,801 pesos mensuales, sin embargo hay que considerar el tipo de especialidad y de igual manera la institución en dónde se ejerza la profesión, y el tipo de especialidad: clínica (medicina interna, cardiología, neurología) o quirúrgica (urología, traumatología, neurocirugía), ya que a nivel institucional tienen un salario tabulado pero a nivel privado no hay una tarifa asignada para el cobro y estas dependen del lugar donde se ejerza y el procedimiento que se realice.

Además de tener un sistema de salud bastante heterogéneo estructuralmente hablando, existe una disparidad en los salarios entre un ejercicio profesional liberal, a uno institucional -público o privado-, el extremo inferior lo representan los profesionales de consultorios anexos a farmacias cuyo salario base es el más bajo pero es una opción para los profesionales que no tienen recursos para un consultorio propio (el cual es costoso), acaban de egresar de la licenciatura, no entraron a una especialidad o buscan un trabajo más flexible (horario, tiempo de atención, supervisión más laxa) (Gómez-Sánchez, Vega, Fajardo, & González, 2018), mientras definen su futuro mediato.

Precarización laboral

La precarización es otro apartado que merma en los sectores de las instituciones estatales, sin embargo poco se habla de la precarización laboral institucional y privada de los profesionales de la medicina. La precariedad se define como un fenómeno emergente vinculado a la pérdida y/o debilitamiento de los vínculos sociales de integración y protección social que sostenían el compromiso social fordista. En este sentido la precariedad laboral asocia al deterioro de las condiciones laborales a una condición de inestabilidad laboral, y/o inseguridad laboral; un lugar en el espacio social donde el/la trabajador/a se encuentra desprotegido/a ante la expansión de las relaciones no formales, donde las leyes no lo protegen, la consolidación de un área de desprotección, la inexistencia de afiliación o participación sindical, etc. De igual manera la precariedad laboral debe entenderse en el contexto histórico y en su compleja multidimensionalidad, espacial, temporal y semántica, como síntoma de los cambios y mutaciones en la dinámica e interior del patrón de acumulación capitalista, y como parte de una respuesta del capital a su propia crisis (Antúnez, 2005; Harvey, 2007). La precarización también constituye un proceso dialéctico de emergencia/descomposición de nuevas subjetividades e identidad(es), de clase, en el mundo del trabajo (Dörre, 2009).

En el caso de América Latina, la reestructuración de las economías, con la revolución neocapitalista de los 80', se insertaron las innovaciones de los modelos post-fordistas, toyotistas, las técnicas de *management*, la racionalización productiva, etc, lo cual generó una nueva red articulada de extracción de plusvalor en donde

[...] el uso capitalista de las nuevas tecnologías no solo permite imponer métodos más flexibles de contratación laboral, sino que además tiende a aumentar y densificar el control y la dominación sobre el trabajo en el punto de producción: ese punto vivo y conflictivo en que se realiza el encuentro entre trabajo objetivado y trabajo vivo, entre trabajo pasado y presente (Gilly & Roux, 2009, p. 45).

En México la desaceleración del crecimiento económico en 2009, la ola privatizadora de empresas públicas y de desregulación constituyeron un reto adicional a los problemas laborales de tiempo atrás, momento en el que la precariedad laboral se elevó considerablemente, destacando el incremento en los contratos temporales, especialmente la situación con los profesionales mostraba que más de una cuarta parte de estos desempeñaban sus labores sin contratos de trabajo y una tercera parte no contaban con prestaciones, con unos ingresos de trabajadores asalariados muy bajos (García, 2013). El problema de la precariedad laboral no se asocia directamente a un contexto de economía informal, sino también la economía formal, ya que en el 2013 con la reforma laboral que institucionalizó el estado mexicano, se flexibilizó más el mercado de trabajo para mejorar la competitividad de las empresas, lo cual creó condiciones de trabajo más precarias (Pérez & Ceballos, 2019).

Un ejemplo de lo anterior lo representan no sólo médicos sino también enfermeras y personal contratado para atender el Seguro Popular, los cuales carecían de seguridad social, y otras prestaciones de ley (Muñoz, 2014). A los profesionales más jóvenes se les ofrecieron plazas como de 'base', cuando en realidad no lo eran; bajo la figura de ser formalizados y homologados tendrían acceso a prestaciones como estímulos económicos, descansos, fondo de auxilio por defunción y fondo nacional sin embargo no tendrían prestaciones como: escalafón, becas en tiempo con fines académicos, licencias de trabajo con y sin goce de sueldo y falta de estímulos por puntualidad (Nigenda et al., 2012; Leal, Ulloa, Sánchez-Pérez, & León-Cortés, 2017).

Pese a lo anterior poco se habla de la precarización laboral institucional y privada de los profesionales de la medicina, a pesar que es la profesión que a su vez requiere de una constante profesionalización lo cual a su vez lleva implícito un gasto el cual corre a cargo del bolsillo del profesional subsanando gastos de certificación, recertificación, congresos, y afiliaciones cuyos fines serían objetos de estudio en general y particular desde su función, implicaciones gremiales-colectivas, de mejora para las condiciones laborales, posturas y posicionamientos biomédicos, etc.

Burocratización

El término burocracia se refiere al diseño de la organización fundamental para la prestación de bienes y servicios en el Estado moderno, según Max Weber se trata de un 'fenómeno social universal', cuando la burocracia es eficaz y se encuentra totalmente institucionalizada en una cultura política, la institución puede servir como una fuerza a favor del progreso y la modernización (Bozeman, 2015), pero una vez establecida completamente es, entre las estructuras sociales 'la más difícil de destruir'. La burocracia según Weber, también es un instrumento de dominación que surge por necesidades históricas y que en su aspecto positivo sirve para administración del Estado para favorecer a la sociedad en general, y de manera negativa, utilizará su posición para perpetuar su control y dominio de los gobernados. Según Marx la burocracia es un modelo de administración nocivo que genera alienación, y donde el Estado construye políticas para pretender dar solución a las necesidades de los ciudadanos. Por otro lado la 'burocratización' es un término que hace referencia a la institución de la burocracia y sus componentes como medio de 'organización social del trabajo'. El término burocracia en la actualidad es utilizado de manera peyorativa para hacer mención al Estado, hace referencia a una estructura tipificada por su jerarquización, con un carácter preestablecido de tareas rutinarias y funcionarios que atienden de manera impersonal, lenta, arrogante, relacionado con el poder.

En términos de salud, desde una perspectiva marxista sobre la atención médica, el sistema de salud refleja la estratificación social y los diferentes intereses políticos y económicos de grupo. Las instituciones de atención delimitan las modalidades para el acceso, institucionalizan la enseñanza y formación de los profesionales para mantener sus estructuras económica, política y cultural. Cada institución representa un poder público que diseña e instrumenta estrategias de intervención de acuerdo con una ideología particular sobre cómo deben resolverse los problemas de la sociedad relacionado con la salud, de igual manera cada institución tiene un origen histórico y formas regulatorias, orienta sus funciones a cierta población y guarda una jerarquización de niveles de atención de acuerdo a un criterio tecnológico-administrativo. La medicina institucionalizada estatal tiene un régimen burocrático muy estricto, el médico burócrata deja de interesarse por el paciente para responder únicamente a las exigencias del trabajo, interioriza y ejecuta las acciones

preestablecidas, lo que generalmente no cubre las necesidades del paciente. Se señala que alrededor de 40% de las consultas de atención primaria tienen un contenido exclusivamente administrativo, donde no se toma ninguna decisión clínica, únicamente se rellenan papeles donde se consume recursos sanitarios pero no se contribuye a mejorar la salud, sin embargo son parte del ejercicio del profesional que quedan a merced de las normas y lineamientos institucionales (Orozco Beltrána, Carbonell, Guilléna, Eradesa, Montésa, & Cánovas, 2004; Bellón Saameño, 2006). Las jerarquías de autoridad restringen la libertad del profesional, convirtiendo al profesional en un técnico impotente en conflicto con las demandas de los valores profesionales vs la burocracia, lo que abre el debate también entre la autonomía/burocracia.

Un factor crucial para alcanzar la burocracia centrada en valores públicos sería la existencia de líderes de calidad que trabajen en y con la burocracia pública, sin embargo se ha demostrado un contraste desfavorable entre la organización burocrática y el profesionalismo, sugiriendo que las burocracias sofocan a los profesionales tales como médicos y científicos, y aunque parece ser un viejo tema éste continúa hoy en día, sobre todo porque los médicos se rebelan contra la 'burocracia' (Barr & Steingberg, 1980; Cockerham, 2015).

El precio de la burocracia es tan alto que según algunos estudios, pese a las restricciones administrativas al menos el 30% por ciento de los costos en salud en Estados Unidos y Suiza, todavía se deben a terapias ineficaces y posiblemente peligrosas (Cocco, 2012). Los médicos y enfermeras deben codificar cada acción, contar cada minuto de actividad y considerar la actividad técnica, lo cual implica mayor tiempo con actividades 'administrativas'; el modelo es de contención de gastos (indicadores) y aplicación homogénea de los conocimientos (guías de práctica clínica), las medidas son inflexibles y con sanción inmediata.

En México en las últimas décadas del siglo XX se generó un cambio de la burocracia a la tecnocracia, con la incorporación de funcionarios con estudios especializados (médicos con especialidad en gerencia hospitalaria y/o administración hospitalaria) teniendo la coexistencia de viejas y nuevas prácticas. Cuando se enfatiza la supuesta importancia de los tecnócratas o de los burócratas, como culpables de los problemas existentes en la sociedad capitalista lo que se está haciendo en concreto es ocultar una realidad, que los mismos ideólogos del statu quo, del sistema, ocultan y están interesados en ocultar: que esos problemas no son efecto del gobierno de burócratas o de tecnócratas, sino efecto de las irrationalidades del sistema, de sus contradicciones, del papel que realmente juega el Estado en la sociedad capitalista.

En sentido coloquial y de uso común el término 'burocracia' toma una referencia peyorativa equivalente a ineficiencia, rutina, pereza, desperdicio y papeleo; lo cual se puede ver expresado en la práctica diaria en las largas filas, negativas de atención, alargamientos en los tiempos de espera y otras demandas de los pacientes que resultan ser indicaciones, órdenes o lineamientos para los profesionales, estableciendo relaciones de conflicto dado que éstas generalmente no llevan la misma dirección y sentido. Cada día es mayor la necesidad de buscar formas de acelerar procesos y tomas de decisiones, evitar atascos de información, estimular la iniciativa profesional y sacar el máximo rendimiento de la atención clínica. Se propone una desburocratización no sólo para abolir tareas innecesarias, sino también aquellas que se realizan de manera ineficiente a fin de simplificar, agilizar, reestructurar y potenciar estructuras organizacionales, y porque además hay evidencia que muestra los choques entre los profesionales de la medicina y las estructuras burocráticas y el sistema de control jerárquico característico de las organizaciones complejas, concibiendo su autonomía inversamente proporcional al grado de burocracia (Barr & Steinberg, 1980).

Conclusiones

La profesión médica es la profesión por antonomasia, en cuyos ideales y valores intrínsecos han permeado los cambios socioeconómicos y políticos no sólo en la forma del ejercicio profesional sino también en la inserción de los profesionales en los campos laborales. Las transformaciones macroeconómicas de producción post-capitalista avanzada ha constituido nuevos procesos de reorganización de la sociedad; la flexibilidad y la precariedad laboral se impusieron como parte de la conmoción de la condición salarial en los años '70 y '80, marcada por la innovación socio-técnica de la reorganización de las lógicas del trabajo con una desregulación laboral y masiva desvinculación de los individuos de los sistemas de protección característicos del Estado de Bienestar (Neffa, 1999; Castel, 2007). Esta metamorfosis social se volvió un fenómeno estructural que afectó a su vez las estructuras del mercado laboral, los procesos de racionalización cultural, individualización y constitución subjetiva de cada persona,

en este caso, de cada profesional.

El desafío actual se trata sobre cómo asociar los principios racionales-legales del modelo burocrático – meritocrático con el profesionalismo, la profesionalización y los cambios en los modelos de producción y las economías emergentes a fin de lograr a una práctica profesional eficiente, de calidad, humanística guiada por el compromiso de orientar los resultados a las necesidades de la población.

Referencias

- Acosta, M., Torres, T., Díaz, D., Ángeles, A-V., M., & Pozo, B. E. (2013). Seguro popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 31(supl. 1), S181-S191.
- Antúnez, R. (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayos sobre la afirmación y negación del trabajo* (Taller de estudios laborales). Buenos Aires, AR: Herramienta.
- Barr, J., & Steinberg, M. (1980). Organizational structure and professional norms in an alternative health care setting: physicians in health maintenance organizations. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 7(3), 341-358.
- Bellón Saameño, J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: de la teoría. *Atención Primaria*, 38(5), 293-298. Doi: 10.1157/13092989
- Bozeman, B. (2015). Causas, efectos y eficacia de la burocratización en las administraciones públicas nacionales: desarrollando reformas sensibles a culturas políticas singulares. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 1(63), 5-32.
- Casas, D., Resendiz, S., & Casas, I. (2009). Reseña cronológica del movimiento médico 1964-1965. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 12(1), 9-13.
- Castaño, R. A. (1999). *Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Bogota, CO: Fundación Creer.
- Castel, R. (2007). Los desafíos de las mutaciones sociales, políticas y económicas del siglo XXI. *Temas y Debates: Revista Universitaria De Ciencias Sociales*, 1(13), 27-39.
- Cocco, G. (2012). Bureaucracy and medicine, an unholy marriage. *Cardiovascular Medicine*, 15(9), 243-244.
- Cockerham, W. (2015). Max Weber: bureaucracy, formal rationality and the modern hospital. En F. Collyer (Ed.), *The palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (p. 124-138). Basingtoke, UK: Palgrave Macmillan.
- De la Garza, E. Y. B. A. (1998). *Contratación colectiva y flexibilidad del trabajo en México*. México: IIEc-UNAM.
- Derber, C., & Schwartz, W. (1992). ¿Nuevos mandarines o nuevo proletariado?. Poder profesional en el trabajo. *REIS*, 59, 57-88.
- Díaz-Portillo, S., Idrovo, A. J., Deser, A., & Bonilla, F. R. (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública México*, 57(4), 320-328. Doi: 10.21149/spm.v57i4.7575
- Dörre, K. (2009). La precariedad ¿Centro cuestión social del siglo XXI? *Revista Actual Intervenciones*, 8, 155-192.
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades: la interpretación de una mutación*. Barcelona, ES: Bellaterra.
- Elston, M. A. (2004). Medical autonomy and medical dominance. En J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Eds.), *Key Concepts in Medical Sociology* (p. 145-149). London, UK: Sage Publications.
- Finkel, L. (1996). *La organización social del trabajo*. Madrid, ES: Pirámide.
- Finkel, M. L. (1999). ¿Qué es un profesional?, Las principales conceptualizaciones de la sociología de las profesiones. En M. C. A. Castillo (Coord.), *Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico* (p. 197-228). Madrid, ES: Ediciones Pirámide.
- García, B. (2013). *Precariedad laboral y desempleo en México*. México, MX: Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM.
- Gilly, A., & Roux, R. (2009). Capitales, tecnologías y mundos de la vida. El despojo de los cuatro elementos. En E. Arceo, & E. Basualdo (Org.), *Las condicionantes de la crisis en América Latina. Inserción internacional y modalidades de acumulación* (p. 27-52). Buenos Aires, AR: Consejo Latinoamericano de Ciencias

Sociales .

- Gómez-Sánchez, E., Vega, M. G., Fajardo, E., & González, G. (2018). Consultorios médicos adscritos a farmacias ¿Una opción de trabajo para recién egresados?. *Revista de Educación y Desarrollo*, 44(1), 29-38.
- Harvey, D. (2007). *Breve historis del neoliberalismo*. Madrid, ES: Akal.
- ICM Unlimited on behalf of the British Medical Association (2015). *British Medical Association national survey of GPs: the future of general practice 2015* (Full report). London, UK: BMA.
- Indeed. (2019a). *Salarios de médico/a general en México*. Disponible en <https://www.indeed.com.mx/salaries/M%C3%A9dico/a-general-Salaries>
- Indeed. (2019b). *Salarios de médicos/a especialistas*. Disponible en https://www.indeed.com.mx/_salaries/M%C3%A9dico/a-especialista-Salaries?start=10
- Jarillo, E. C., Chapela, C., & Mendoza, J. M. (2005). Repercusiones de los nuevos sistemas de pago profesionales en la profesión y la formación médica. *Reencuentro*, 1(44), 1-15.
- Johnson, T. (1972). *Professions and power*. London, UK: Macmillan.
- Leal, G., Ulloa, O., Sánchez-Pérez, H., & León-Cortés, J. (2017). La seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado: ‘crónica de una muerte anunciada’. *Estudios Políticos*, 41(1), 105-126. Doi: 10.1016/j.espol.2017.05.002
- Leyva Piña, M. A., & Pichardo Palacios, S. (2012). Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica?. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 8(1), 143-175.
- Muñoz, P. (2014, julio 7). Trabajadores enfrentan precarización de las condiciones de su retiro: Gustavo Leal. *La Jornada, Sociedad*, p. 1-4.
- Neffa, J. C. (1999). Crisis y emergencia de nuevos modelos productivos. En Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Org.), *Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI* (p. 39-70). Buenos Aires, AR: CLACSO.
- Nigenda, G. (1995). Asociaciones médicas y políticas corporativas en México: apuntes sobre algunos cambios recientes. En Machado, M. H. (Org.), *Profissoes de saude: uma abordagem sociológica* (p. 63-73). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Aguilar-Martínez, M. E. & Bejarano-Arias, R. (2012). Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Pública de México*, 54(6), 616-623.
- Observatorio Laboral (2020a). *Ocupación por sectores económicos primer trimestre 2020* [En línea]. Disponible en https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias_empleo.html
- Observatorio Laboral (2020b). Promedio de ingresos mensuales por área profesional [En línea]. Disponible en https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Tendencias_empleo.html
- Observatorio Laboral (2020c). Ingreso mensual promedio por carrera [En línea]. Disponible en <https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Biologia.html>
- Orozco Beltrána, D., Carbonell, V. P., Guilléna, V. G., Eradesa, I. P., Montésa, M. C. R., & Cánovas, M. (2004). Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Atención Primaria*, 33(2), 69-77. Doi: 10.1016/S0212-6567(04)79354-3
- Orozco, A. A., & Magallón, R. O. (2013). Reforma laboral en México: precarización generalizada del trabajo. *El Cotidiano- Revista de la Realidad Mexicana*, 1(182), 95-104.
- Pérez, J. A., & Ceballos, G. (2019). Precariedad laboral en México de 2005 a 2015 a través del modelo logístico ordinal. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 28(55), 109-133.
- Perrow, C. (1992). Una sociedad de organizaciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1(59), 19-55.
- Pichardo-Palacios, S. (2014). Las relaciones laborales y sindicales en farmacias similares y asociados. *Trabajo*, 1(8), 59-77.
- Pozas, R. (1977). El movimiento médico en México 1964-1965. *Cuadernos políticos*, 11(1), 57-69.
- Real-Villarreal, M. A. (2002). *Sociología de la profesión de graduado social* (Tesis de doctorado). Universidad de Alicante, Alicante.

- Ritzer, G. & Malczak, D. (1987). The changing nature of American Medicine. *Journal of American Culture*, 9(4), 43-51.
- Villanueva, L. A., Lezana, M. Á., & Meljem, J. (2015). El desgaste laboral en los profesionales de la salud y sus efectos en la calidad de la atención. En M. A. Alcántara, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (p. 173-188). México, MX: Secretaria de Salud.
- Wynia, M., Kao, A., Latham, S., & Emmanuel, L. (1999). Medical Professionalism in Society. *New England Journal of Medicine*, 341(2), 1612-1616.