

### DILEMAS DE LA PROFESION MEDICA Y SUS REFLEJOS EN CHILE

Cuad. Méd. Soc. XLII, 1-2, 2001/ 5-13

María Eliana Labra\*

#### RESUMEN

Desde la perspectiva de la sociología de las profesiones se realiza una revisión de la literatura sobre el desarrollo de la profesión de la medicina, sus proyectos, valores, formas de asociación y modos de acción colectiva. Se encierra la exposición con consideraciones sobre las trayectorias de la corporación médica de Chile, con el propósito de contribuir al mejor entendimiento de sus dilemas y roles jugados en la formulación de las políticas de salud.

Palabras claves: Práctica profesional, políticas de salud, médicos, Chile.

#### ABSTRACT

From the point of view of the sociology of professions, paper deals with the development of the profession of medicine, its projects, values, associative forms and modes of collective action. The work ends with historical considerations about the Chilean physicians so as to contribute to the better understanding of their dilemmas and roles played in the health policy decision-making.

Key words: Professional practice, health policy, physicians, Chile.

#### INTRODUCCION

El sector empresarial, inclusive el ligado a la medicina, ha prestado escasa atención a cuestiones relacionadas con la ideología, los intereses y las formas de acción colectiva de los profesionales que comandan los procesos decisorios y productivos. Ese hecho es curioso, sobre todo si se toma en cuenta la gran demanda por algún tipo de capacitación de orden sicosocial que redunde en mayor adhesión de los profesionales a la misión

de la empresa pública o privada, con miras a alcanzar mayores grados de eficiencia y productividad y una mejor relación costo/beneficio en la atención a la salud.

La exposición que sigue constituye un aporte desde la sociología de las profesiones a la reflexión sobre las particularidades de la profesión médica, tomándola como objeto de examen tanto por ser considerada modelo paradigmático de *profesionalización* como por el hecho de que los médicos son el recurso nuclear en todos los ámbitos de la

---

\* Doctora en Ciencia Política Magíster en Administración Pública Investigadora Titular, Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud, Brasil  
E-mail [labra@ensp.fiocruz.br](mailto:labra@ensp.fiocruz.br)

estructura, la organización y los procesos de trabajo de los servicios destinados a cuidar de la salud de las personas. A partir de revisiones de la literatura sobre la interesante historia de la profesión de la medicina en Occidente, los valores que defiende y la forma de organizarse para defender sus intereses, esperamos dar una contribución preliminar al mejor conocimiento de la corporación médica de Chile, sus certidumbres, dilemas y contradicciones.

## LA PROFESION MEDICA: UN ENFOQUE SOCIOLOGICO

La sociología de las profesiones ha estudiado a fondo el pasaje histórico de las ocupaciones hacia la profesionalización, entendida por ahora como el proceso por el cual una categoría social conquista el dominio monopólico de un conjunto de conocimientos y destrezas uniformes, distinguiéndose así de otros grupos de trabajadores que venden su *expertise* en el mercado de servicios. En ese proceso, la profesión forma asociaciones de representación corporativa exclusiva y desarrolla actividades políticas destinadas a la conquista de la autonomía técnica y económica y al derecho de participar de los poderes decisorios del Estado.

Para esa disciplina, la medicina es la profesión arquetípica: su autoridad científica, social y cultural, el control de la práctica y el modo de organización de sus miembros constituyen un paradigma para las demás profesiones. En realidad, la profesión de la medicina, en cuanto objeto de indagación académica, es de la mayor relevancia no sólo para entender las políticas y los sistemas de salud, sino que también para la comprensión de un mundo hoy en día dominado por la *intelligentsia* técnica e intelectual.

Starr afirma que la medicina moderna es una de esas extraordinarias obras de la razón, un complejo sistema de conocimientos especializados, procedimientos técnicos y normas de conducta, "cuya historia es una epopeya del progreso" (Starr, 1991, p. 17-18). No es por otro motivo que Larkin considera el poder y la posición de los médicos la principal fuerza determinante en el sistema de salud, a tal punto que atributos tales como autoridad, soberanía y elevado prestigio, que son asociados a la profesión de la medicina, llevan a que se la considere como "un Estado dentro del Estado moderno" (Larkin, 1988, p. 117, énfasis en el original). Esa ascensión, sin embargo, fue lenta y difícil. Dependió no sólo del avance de la cien-

cia sino que también de la prolongada y persistente actividad política de los propios médicos para convencer a las elites dominantes y al Estado de que el saber, el arte y la práctica de la medicina, por su naturaleza indispensable y única, deberían ser monopolio exclusivo de aquellos formalmente entrenados en instituciones de educación superior, en bases científicas y abstractas. Reivindicaron, además, el derecho de controlar el proceso de trabajo y la subordinación del contenido y la organización del trabajo de las demás profesiones y ocupaciones de la salud a la tutela médica.

Abordar la categoría médica en cuanto grupo social capaz de desempeñarse como actor político sectorial fundamental es un cometido no exento de obstáculos debido a la confusión existente entre la autoridad de los médicos como profesionales individuales y el poder colectivo que puedan tener y ejercer políticamente. En lo que sigue, bosquejaremos algunas características sobresalientes de la profesión médica como subsidio para reflexionar sobre el caso chileno.

En la literatura, el origen de la profesión es universalizado como fenómeno que habría obedecido a un largo desarrollo ocurrido en Europa entre los siglos XVI y XIX, cuando individuos reunidos en cofradías lucharon libremente por la profesionalización, imponiendo al Estado las condiciones para su reconocimiento y *fiat* público. Heidenheimer (1989) cualifica ese proceso apuntando que, históricamente, las profesiones liberales, en particular la abogacía, han sido parte constitutiva del Estado moderno, siendo la medicina una profesión auxiliar en esa construcción. Ya en casos como los de los países latinoamericanos ese proceso tuvo lugar en el siglo XIX, después de la independencia del dominio colonial. De hecho, fue extremadamente rápido si se lo compara con el demorado camino europeo y dependió directamente de la iniciativa del Estado recién creado, que se erige y legitima instaurando las bases cognitivas y materiales para la profesionalización nacional de una *intelligentsia* —constituida inicialmente por abogados, ingenieros y médicos— que va a participar activamente de esa aventura.

En el recorrido para alcanzar el *status* de profesión, con registro, normas éticas y licenciamiento propios y reconocimiento legal, la medicina se organizó en asociaciones que incrementaron su poder exclusivo y les permitieron mantener conexiones íntimas con los procesos políticos formales. En ese sentido, e independientemente de la retórica de vocación de servicio público y humanitarismo que pregona la medicina, la asociación

profesional, como alerta Freidson, debe tornarse un **grupo de interés** a fin de protegerse y continuar avanzando en sus propósitos (Freidson, 1973, p. 30). En la óptica de Freidson (1978; 1973) y de otros como Eckstein (1960), las organizaciones profesionales tienen carácter privado, su origen es societario, surgen de la vida local y se estructuran en redes cada vez más abarcadoras, hasta alcanzar ámbito nacional. La culminación de esos desarrollos sería indicio de la madurez de la profesión, mientras que su accionar como grupo de presión, oriundo de la sociedad civil, denotaría el sesgo pluralista de su influencia en la arena política de las democracias liberales.

Esas colocaciones traen a luz ciertas particularidades de la realidad latinoamericana y de Chile en especial. La dominación colonial ibérica, con su tradición de centralismo, fincó su poder en la capital asfixiando la vida en las provincias. En general, encontraremos un asociativismo profesional que no surge de las bases locales sino que de las cúpulas de la capital, irradiando desde ahí su influencia al resto del territorio, a medida que aumenta tanto el número de profesionales como la búsqueda de nuevos mercados de trabajo. Eso es particularmente válido para Chile, donde casi todo comenzó en la capital Santiago.

Con respecto a la naturaleza privada de la asociación profesional, típica de las organizaciones médicas de la tradición anglosajona, la verdad es que en muchos países de fuerte tradición corporativa heredada de las gildas, la profesión luchó para transformarse en cuerpo de derecho público, reivindicando del Estado ese *status* para poder equipararse a otras cofradías, en particular a la de los abogados. En otras palabras, en contextos diferentes del anglosajón, como es el chileno, la organización médica se convirtió *de jure* en órgano cuasigubernamental auxiliar de los poderes públicos en las cuestiones sectoriales. Justamente, la existencia de trayectorias de la profesión médica y sus asociaciones, que difieren de las cualificadas por Freidson y Eckstein, llevó a que Krause (1988) rotulara las visiones de esos autores de "parroquiales" y "etnocéntricas", fundamentando su afirmación en el examen de la experiencia de Italia.

Por otro lado, hay consenso entre los enfoques con respecto al hecho de que la cuestión más estratégica para la profesión médica es la **autonomía**, concepto que traduce la dominancia médica. A pesar de que ese concepto ha sido objeto de interpelaciones por parte de autores como Coburn (1992) debido a sus ambigüedades, es importante

recaltar con Freidson que el dominio médico (y los privilegios que de ello derivan) no es inherente a la profesión sino que es socialmente construido y políticamente fundamentado en la medida que su ejercicio exige bases legales. Por consiguiente, se trata de un poder concedido por el Estado, de modo que la existencia misma de la profesión y la autonomía de que goza dependen de tal concesión. Freidson reitera que esa autonomía no es absoluta puesto que, si bien el Estado deja en manos de la profesión los aspectos técnicos del ejercicio de la medicina, lo que sí puede mudar es el control profesional sobre la organización social y económica del trabajo (Freidson, 1973, p. 29-39). En resumen, como tal control depende de las variaciones en las relaciones políticas de la profesión con el Estado soberano, después de todo ella no es autónoma.

En el centro de las divergencias que atraviesan la sociología de las profesiones permanece la cuestión de la autonomía como un divisor de aguas porque el concepto no hace distinción entre la dimensión individual y la colectiva del poder médico. Según Stone, la primera dimensión está referida a los pacientes, a los pares, a los empleadores, a otros profesionales y paramédicos, etc., mientras que la segunda enfoca a los médicos en su relación con el Estado y con otros grupos concurrentes (Stone, 1980, p. 2-3). Efectivamente, en la formulación de políticas de salud los médicos actúan colectivamente a través de una asociación de interés muy bien sucedida que funciona como grupo de presión junto al Legislativo y a la burocracia. De esa forma, son capaces de forjar acciones cohesionadas, ejercer influencia en la legislación y regulaciones administrativas, ganar concesiones en la elaboración de las políticas o bloquear aspectos insatisfactorios. Además, las asociaciones médicas sirven de agencia del gobierno en el *policy-making* y en la implementación, para lo cual el Estado les delega autoridad.

La crítica de Stone a los estudios empíricos sobre el poder político de la medicina organizada parte del cuestionamiento de la teoría de la democracia liberal: ésta se basa en la representación, en el pluralismo y en la libre concurrencia, pero ninguno de esos mecanismos es adecuado al tipo de poder político ejercido por la profesión médica; más aún, ella creó sus propios mecanismos controladores. En particular, la autora rechaza el pluralismo como un enfoque apropiado a la comprensión de la dinámica política de la medicina organizada porque, teóricamente, sería incompatible con las nociones de *expertise* y de competi-



ción; esto es, la incompatibilidad se daría entre decisiones basadas en lo que es **cierto** o **equivocado** y elecciones entre **preferencias** y **opiniones** (Stone (1980, p. 10, énfasis en el original).

El argumento central de Stone se refiere a los mecanismos de *accountability* que serían aplicados en la democracia pluralista: éstos simplemente no funcionan ni en la teoría ni en la práctica de los servicios y de los médicos debido, entre otras razones, a la dificultad de caracterizar la atención a la salud en el doble sentido de mercado político y económico. En realidad, no se la podría considerar como una arena competitiva seria entre grupos rivales por el control de recursos y políticas por causa del monopolio legal que detiene la profesión sobre el derecho de practicar la medicina, el ingreso a la profesión, el entrenamiento de los médicos, el control de la organización de los servicios, etc. Por otro lado, el sector de servicios médicos inexistente como mercado competitivo y libre, según idealizan los economistas, sobre todo por la ausencia de consumidores "racionales" y "soberanos" en la elección de tratamientos y en la evaluación de la información médica (Stone, 1980, p. 11-12).

La autora plantea que, sorprendentemente, los dispositivos de control político de la profesión se centran apenas en patrones clínicos de evaluación del desempeño efectuada por los pares, en la autorregulación y en normas contra la mala práctica. Aunque la asociación profesional sea crucial para el acatamiento de las regulaciones, esos mecanismos no serían idóneos para controlar la autoridad médica, porque no fueron proyectados para lidiar con el impacto de las decisiones discrecionales de los galenos en la política pública.

En los Estados Unidos la solución típica para enfrentar ese problema ha sido **fragmentar** la medicina organizada por medio de políticas *antitrust* y de incentivos a la competitividad entre diferentes "proveedores" de servicios de salud, de forma tal que se pueda propiciar la emergencia del "interés general" mediante las "preferencias del consumidor". Ya en la Alemania Federal fueron seguidos rumbos diferentes puesto que, en lugar de fragmentar la profesión médica para debilitarla, el Estado la **consolidó**, oponiéndola a otras organizaciones igualmente fuertes.

Con relación al control del poder de la profesión médica en los Estados Unidos y en Alemania, Stone concluye que, a pesar de las grandes semejanzas en los contenidos técnico-científicos de la medicina y de las destrezas y valores de los profesionales, la relación de la profesión con el

Estado es muy diferente en cada país. Y ello debe atribuirse a las características estructurales del sistema político y a decisiones políticas y no a la naturaleza técnica de los cuidados médicos o a creencias ideológicas con respecto a la atención de la salud.

De las múltiples cuestiones involucradas en la trayectoria de la medicina, la más crucial, desde el punto de vista político, ideológico y material, se refiere a las estrategias emprendidas por la categoría para lograr **poder de mercado**. Larson (1977) analiza esa evolución en el siglo XIX y concluye que se trata del fenómeno mismo de la **profesionalización**, entendida como el proceso por el cual los productores de servicios especiales buscan constituir y controlar un mercado para su *expertise*. En ese sentido, la profesionalización es también una tentativa para transformar un orden de recursos escasos, como son el conocimiento y las habilidades especiales, en otro orden constituido por recompensas sociales y económicas, lo cual se manifiesta en tendencias al monopolio del *expertise* en el mercado y del *status* en el sistema de estratificación social, aunque no exista necesariamente una dependencia en la evolución de cada uno de esos elementos.

Es relevante considerar que si bien la estructura del mercado en la medicina es determinada por el desarrollo económico y social y por el clima ideológico dominante en un dado tiempo, el hecho de que la demanda en salud, por ser ilimitada, favorezca de forma excepcional a la profesión médica, es muy exitosa en su proyecto colectivo de control del mercado.

Larson engloba ese conjunto de complejos procesos en el concepto de **proyecto profesional**, entendido como control del mercado de trabajo y autonomía. Pero como ese proyecto no obedece a ningún plan preconcebido, solamente puede ser aprehendido a partir de la reconstrucción *a posteriori* de eventos aparentemente desconectados entre sí, cabiendo al analista reunirlos e interpretarlos de forma coherente.

Un aspecto de alta relevancia en esa difícil reconstrucción tiene que ver con el hecho de que para avanzar en su proyecto, la profesión moviliza medios ideológicos tradicionales tales como el desinterés, el humanitarismo y la vocación de servicio público de la medicina. Mas esas reivindicaciones contradicen la orientación de mercado del proyecto profesional y la necesaria monopolización de la competencia (Larson, 1977, p. 52).

Tenemos, así, dos planos interligados que fundamentarían la acción política de la profesión mé-

dica –uno simbólico y otro material–. No obstante, el modelo ideológico que ella sostiene consi-gue **fundir ambas dimensiones** de un modo tal que las **bases materiales** de los consensos necesarios para formular e implementar políticas de salud que contradicen los intereses médicos quedan **enmascaradas** por el discurso altruista y apolítico de una profesión que, aun hoy en día, se considera **liberal**.

De acuerdo con Freddi, hacen parte de la ideología médica las siguientes nociones, que la profesión defiende con intransigencia, mas pertenecen a un pasado cuando, de hecho, era liberal y que actualmente, como consecuencia de las transformaciones mundiales y médicas, son irreconocibles (Freddi, 1990, p. 14):

1. la remuneración de los médicos según la fórmula de la correspondencia entre el honorario y la prestación del cuidado profesional, de modo que el paciente paga directamente al médico de acuerdo con aranceles libremente determinados por los médicos;
2. el derecho al ejercicio independiente de la profesión –la llamada autonomía clínica–, denotada por la sacralidad de una relación médico-paciente altamente individualizada, que garantiza decisiones diagnósticas y terapéuticas exentas de control;
3. la responsabilidad de dirigir, controlar y coordinar a otros profesionales y trabajadores no médicos;
4. el tratamiento de las cuestiones profesionales según un modelo consensual de comportamiento que excluye el recurso a la modalidad conflictiva típica del sindicalismo.

De hecho, si observamos la actuación de los médicos con relación a las políticas de salud, encontraremos, en los más diferentes países, argumentos en defensa de esos puntos, aunque la realidad los haya superado o “diluido”, como piensa Freddi. Por la importancia que tiene ese aspecto para la comprensión de los contenidos materiales de las luchas médicas, haremos breve comentario a partir de la contribución de ese autor.

La fórmula “honorario contra prestación”, verdadero bastión de las batallas de los médicos, es prácticamente “un repertorio arqueológico” debido a la multiplicidad de formas de remuneración profesional existentes en el mundo. Con la emergencia de seguros públicos y privados en gran escala apareció la figura de los intermediadores financieros o “terceros pagadores” en la relación

médico-paciente, mientras que la expansión de servicios estatales convirtió a los profesionales en funcionarios públicos asalariados. Además, la existencia de intermediarios y su empeño en contener costos colocó en jaque a la tan apreciada autonomía en las decisiones clínicas, de modo que están dejando de ser un acto puramente individual. En efecto, la extraordinaria complejidad de la medicina ha llevado al profesional a depender cada vez más del trabajo en equipo y de ordenaciones jerárquicas, sobre todo a nivel hospitalario, surgiendo entonces la figura del *manager* no médico.

Vale la pena recordar que la época de los grandes clínicos, que figuran en los registros sobre los “bultos de la medicina” en cualquier país, acabó en los años 1930-40, justamente cuando se encierra el período en que muchos médicos tuvieron influencia personal en la idealización de los esquemas de seguros y servicios de salud debido a sus vinculaciones políticas con las elites dominantes, de las cuales hacían parte o eran sus intelectuales orgánicos. Se trataba de una elite médica de tipo autoritario y absoluto que extendía su poder sobre el personal de los hospitales, sometiendo a los jóvenes médicos a la condición de simples auxiliares (Freddi, 1988, p. 19). En ese sentido, la historia de la medicina y del montaje de los servicios de atención médica es también la historia de las nuevas generaciones que se rebelaron contra esa elite autocrática y lucharon por la democratización de las relaciones de trabajo. Pero como todo parece haber quedado al revés en la medicina, hoy los médicos continúan rebelándose ya no más contra los pares jerárquicamente superiores, sino que contra la autoridad de los economistas.

En lo que se refiere al modelo organizativo de tipo consensual adoptado por la corporación médica para protegerse, la experiencia muestra que también está sufriendo erosión profunda debido a eventos recientes de carácter político y económico. Para Freddi el factor más relevante es la característica sociocultural de las asociaciones médicas, que varía de un país a otro. Por intrincados motivos estructurales, contextuales y culturales, la corporación médica, según el país, nació y creció más o menos fuerte. Y de ese factor han dependido los resultados mejores o peores derivados del enfrentamiento de los severos ataques que la corporación viene crecientemente recibiendo y que objetivan, justamente, a socavar la hegemonía de que ella disfruta (Freddi, 1988, p. 21).

En esos debates, un punto de interminable polémica se refiere a la cuestión de la pérdida de la

dominancia profesional, técnica y corporativa de los médicos. Buena parte de la literatura contemporánea se centra en la exégesis de procesos que estarían señalando la emergencia de fenómenos como la "proletarización", la "desprofesionalización" y la "burocratización" de la categoría médica, y en la tentativa de descifrar las posibles causas de esa declinación. Estaría en discusión, en consecuencia, la probable erosión de las bases del poder conquistado por la profesión en el pasado. Sin duda, esos fenómenos pueden tener correspondencia con la realidad actual. Es interesante notar, sin embargo, que denuncias de "proletarización", "burocratización" y "crisis moral, social y económica de la profesión" acompañaron la implantación del seguro-enfermedad en todos los países que lo adoptaron a partir del modelo alemán y lo mismo ocurrió en Chile al ser creado el Seguro Social Obrero en 1924. Volveremos a este punto más adelante.

La literatura comparada sobre políticas de salud y reformas de los sistemas de cuidados médicos ha mostrado exhaustivamente que las asociaciones médicas han sido especialmente ruidosas en lo que se refiere a las demandas económicas. Ese punto es tratado con propiedad por Immergut (1995) tanto en el plano de las explicaciones generales como en su detallado análisis de los casos de Suecia, Francia y Suiza. Esta autora ofrece una visión diferente de la interpretación de la sociología de las profesiones que merece una breve explicación en lo que toca a las luchas médicas.

Si por una parte Freddi destaca la ideología de la medicina liberal, por otra Immergut muestra que esa ideología, consubstanciada en la defensa del mercado privado en salud, fue y aún es el instrumento discursivo utilizado por la categoría para oponerse a la expansión de la intervención estatal en el sector. Innumerables conflictos políticos han ocurrido entre los gobiernos y la categoría por causa de reformas que atentan contra la práctica privada, desde las primeras tentativas generalizadas de promulgar leyes que institúan seguros de salud públicos y obligatorios. La cuestión más importante tiene que ver con la paradoja de que esos programas expandían la clientela real y potencial de los médicos; no obstante, los profesionales se opusieron a los cambios. La explicación de Immergut se fundamenta en el efectivo conflicto de intereses entre compradores (el gobierno) y vendedores de servicios (los médicos), que se tradujo en la tensión entre dos tendencias contrarias que, aunque cambien de figura, no dejan de estar presentes en las reformas de los siste-

mas de salud en cualquier país. De forma muy resumida, esas tendencias se expresan, por un lado, en el hecho concreto de que los gobiernos se van convirtiendo en los principales financistas o compradores de cuidados médicos, hasta alcanzar una posición de monoposio en el mercado de servicios, lo cual otorga poder incontestable a las autoridades para controlar precios y reducir costos; por otro lado, los médicos poseen un innegable monopolio por ser los únicos proveedores de atención médica, lo cual los sitúa en posición de rechazar el monopolio estatal en la salud y reivindicar la permanencia de mercados privados (Immergut, 1995, p. 34-35).

A partir de ese punto se establece una dinámica por la cual el creciente incremento de recursos públicos para la salud lleva a la expansión de los programas estatales y a su refuerzo a medida que nuevos grupos sociales no pueden costear más la atención privada, pasando a presionar para ser incorporados a la medicina pública. Como para la profesión médica es inevitable que el pago de sus servicios sea con recursos públicos, va a desplegar estrategias de presión en varios sentidos: mantener nichos de práctica privada o formas no asalariadas de remuneración y/o controlar las formas de pago estatal e impedir la rebaja del valor de las remuneraciones más acá de sus "justas aspiraciones".

De acuerdo con Immergut, el modelo liberal de medicina consideró el mercado libre como una protección real para la autonomía de la profesión. Las asociaciones médicas de toda Europa combatieron la entrada del gobierno en los seguros de salud y fueron contrarias a los subsecuentes esfuerzos gubernamentales por controlar costos médicos, regular honorarios, cambiar los métodos de pago por formas "socializadas", como el asalarimiento directo, prohibición de la práctica privada en los servicios públicos y otros. En cada caso, un aspecto diferente del mercado en salud fue rotulado de "privado" por la profesión, que asumió posición de defensa del *statu quo*, o sea, en contra del aumento de la intervención estatal en el financiamiento y la regulación del sector salud. Las asociaciones médicas enfatizaron la necesidad de la independencia económica del profesional para asegurar la calidad de la atención, en particular el derecho a recibir pago directo de los pacientes, sin la intervención del gobierno o de las cajas del seguro. Para los médicos, era racional mantener formas de práctica privada porque, así, dejaban abierta la posibilidad de salir del sector público, preservaban un recurso estratégico para negociar con el gobierno y podían amenazar el



monoposonio estatal en la salud (Immergut, 1995, p. 36).

Aprobados los seguros, las luchas de las asociaciones médicas se concentraron en el mantenimiento de un financiamiento pluralista, en la remuneración por honorarios (y no por sueldo) y en la contención del poder regulador del Estado en el ámbito clínico. En resumen, la meta del modelo liberal de medicina era evitar la total dependencia financiera de las autoridades sectoriales, definiendo sus intereses en términos de un mercado libre, o sea, la autonomía económica se tornó condición necesaria para la autonomía profesional. Esos conflictos fueron comunes a todos los procesos legislativos concernientes, primero, a la creación del seguro-enfermedad y, después, a la implantación de los servicios nacionales de salud. Cada país, empero, encaminó una resolución diferente que dependió, en primer lugar, de las instituciones y reglas políticas que enmarcaron la toma de decisiones y abrieron oportunidades a los médicos para vetar o avanzar puntos de su interés.

#### REFLEXIONES SOBRE LA PROFESION MEDICA CHILENA

Aunque no cabe exponer aquí las trayectorias de las políticas de salud y el rol jugado por la corporación médica en Chile, vale registrar que tales procesos siguieron de forma bien aproximada las direcciones analíticas discutidas.<sup>1</sup> En la historiografía de la medicina nacional ha prevalecido la interpretación de la propia corporación médica de los procesos políticos involucrados en las reformas del sistema de salud, de modo que la autorreferencia ha sido y es inevitable.

En efecto, la literatura médica nacional ha destacado, en general, un pasado glorioso, que habría quedado para la historia, confirmando, así, la declinación ética, social y política de la profesión. Más aún, se ha consagrado una verdadera mitología con respecto al rol desempeñado por los médicos chilenos, al punto de haberse afirmado, por ejemplo, que "la *intelligentsia* médica fue capaz de transmitir a los grupos de liderazgo intelectual y político del país las ideas de un Estado Benefactor", dando, de esa forma, nacimiento a la Previsión Social chilena e impulsando posteriores desdoblamientos que perfeccionaron servicios de exce-

lencia hasta el momento en que llegó el neoliberalismo autoritario y arrojó la medicina social en el basurero de la historia.<sup>2</sup> La apología soslaya, sin embargo, varios hechos históricos de los cuales algunos ejemplos pueden ser mencionados.

La corporación médica rechazó al comienzo el Seguro Social y cejó por la preservación de la libre elección del médico por el paciente así como el pago directo de honorarios, sin intermediación de la Caja del Seguro, pero terminó aceptando la inexorabilidad del nuevo régimen comandado por la burocracia previsional. Al final de cuentas, la realidad mostraba que el Seguro expandiría el mercado de trabajo médico de forma inédita en el país.<sup>3</sup>

El Servicio Nacional de Salud (SNS) no era consenso ni entre médicos, partidos políticos o clases sociales. Mas, ante el hecho inminente de que ocurriría alguna forma de unificación de los servicios médicos después de 11 años de tramitación del proyecto de modificación del Seguro Social en el Congreso Nacional, la categoría, bajo el liderazgo de Salvador Allende,<sup>4</sup> primero negoció en el Parlamento la creación del Colegio Médico, de representación monopólica, y la aprobación del Estatuto del Médico Funcionario, que consagró un empleo público seguro y bien remunerado para los profesionales. Esta fue la decisión más racional para la categoría teniendo en vista la inexpresividad del mercado privado de servicios, colocándose como precondition para apoyar la creación del SNS en la coyuntura de 1949-1952.<sup>5</sup> Mas fue una solución a medias, resultado de compromisos

<sup>2</sup> La literatura nacional es unánime en atribuir a los médicos un rol singular, extraordinario y realmente mítico en la evolución del sistema de salud chileno. Ver, por ejemplo, Cruz-Coke (1988, 1983, 1979); Loyola y Vergara (1994). Para una perspectiva crítica ver Illanes (1993).

<sup>3</sup> Ver, por ejemplo, *Boletín del Sindicato de los Médicos de Chile* (1925-1935). Ese sindicato se oponía al Seguro Social en un contexto mayor de contestación a la hegemonía de los médicos de Santiago y en particular al médico conservador Exequiel González Cortés, parlamentario mentor de la ley del Seguro Obrero Obligatorio.

<sup>4</sup> En la época Salvador Allende era presidente del Colegio Médico y senador de la República.

<sup>5</sup> Recuérdese que la aprobación del Servicio Nacional de Salud fue acelerada por la creación del National Health Service en Inglaterra, en 1948. El modelo fue ampliamente divulgado en Chile por Alfredo Pinto Santa Cruz y Benjamín Viel (Pinto y Viel, 1950), quienes, en alianza con los jóvenes diputados socialcristianos elegidos en 1949, Tomás Reyes, Juan Coloma y Jorge Rogers, consiguieron introducir un artículo en la ley 10 383 del Seguro Social unificando todos los servicios de salud pública y de atención médica del país en el SNS.

<sup>1</sup> La historia de las políticas de salud y el rol de los médicos fueron analizados en Labra (2000, 1997).



políticos, que dejó pasar la gran oportunidad histórica de crearse un servicio realmente universal e igualitario puesto que el SNS incluyó solamente a los obreros e indigentes.

Durante los años 50, sin embargo, a medida que el subdesarrollo económico del país afectaba los sueldos de la Administración Pública, la categoría médica se empeñó en bizantinas discusiones tendientes a encontrar soluciones extraestatales para mejorar sus remuneraciones.<sup>6</sup> El resultado de más de diez años de enfrentamientos fue la introducción de la libre elección en el estatizado SNS, en 1968. Pero esa fue una decisión esdrújula pues introdujo no solamente discriminaciones entre la atención a obreros y a empleados sino que también provocó trastornos gerenciales hasta hoy día no superados del todo. En compensación, para los médicos se abrió la posibilidad de ganar un *plus* por cada acto médico. Además, fortaleció al Colegio Médico puesto que asumió un rol central en la gestión del nuevo esquema.

Dos o tres años después, el Presidente Salvador Allende entabló acaloradas discusiones con el Colegio Médico en busca de apoyo para crear el Sistema Unificado de Salud, verdaderamente universal, igualitario y equitativo, pero la corporación se opuso tenazmente tanto por razones ideológicas como porque no quería perder las conquistas derivadas del régimen de libre elección.

Durante la dictadura de Pinochet, el grupo de médicos ultraderechistas que se apoderó del Colegio Médico apoyó las "modernizaciones" neoliberales que crearon el segmentado y discriminatorio sistema de salud actual, confiados en que sus reivindicaciones económicas serían atendidas. Evidentemente, eso no sucedió; al contrario, no sólo los sueldos fueron reducidos sino que los servicios fueron desmantelados a un punto tal que aún no se recuperan, a pesar de las importantes inversiones realizadas por los gobiernos democráticos durante los últimos diez años.

Cabe aquí introducir breve mención a la dimensión asociativa de la profesión médica chilena comenzando por recordar que luchó por cerca de medio siglo para conseguir una Orden Médica reconocida por el Estado, a ejemplo de órdenes como la de Francia, cuyo lema era "Todo el poder a los médicos" y, en Chile, a la de los abogados, creada en 1925. Los primeros esfuerzos de asociación profesional surgieron en 1846, con la Sociedad Médico-Quirúrgica, consolidándose en 1869 con

la creación de la Sociedad Médica de Santiago. A comienzos del siglo XX los médicos jóvenes emprenden varias tentativas para formar organizaciones alternativas a la oligarquizada Sociedad. Una de esas iniciativas fue el politizado Sindicato de los Médicos de Chile, fundado en Valparaíso por Hugo y Eduardo Grove. Paralelamente, se debatía la creación de un Colegio, pero en su lugar surgió, en 1932, la Asociación Médica de Chile-AMECH, de afiliación voluntaria. Más tarde, es fundado por ley de 1948 el Colegio Médico de Chile, cuyas prerrogativas incluían representación monopólica, registro obligatorio para ejercer la profesión y derecho exclusivo de velar por la ética de los pares, entre otras. Surgía, así, una vetusta y todopoderosa institución que se constituyó en el actor central en las arenas de formulación de las políticas de salud. Durante la dictadura militar, no obstante, el neoliberalismo autoritario diseñó estrategias deliberadas para debilitar el corporativismo profesional y sindical y anular la presión de los "grupos intermediarios" sobre o Estado, que culminaron en la cláusula constitucional sobre la libertad de asociación. Por fuerza de esa determinación, el Colegio Médico fue obligado a convertirse en "asociación gremial" de afiliación voluntaria. Las consecuencias para el Colegio Médico A. G. fueron amargas porque retrocedió a los tiempos de la AMECH al perder todas las prerrogativas tan duramente conquistadas.

Volviendo a las políticas de salud, en los tiempos presentes la categoría médica se encuentra como siempre dividida entre dos lealtades, aunque los referenciales hayan cambiado: una, de apoyo a las propuestas gubernamentales de fortalecimiento del sector público; otra, de preservación de las ventajas que trajeron las Isapres, en la medida que se amplió tanto el mercado de trabajo como el margen de las remuneraciones. En esa medida, la corporación médica consigue fundir en el discurso y en la acción práctica las dos dimensiones señaladas más arriba: una simbólica, de vocación de servicio público y otra material, inherente a los intereses del ideal del proyecto profesional de un quimérico ejercicio liberal de la profesión y de control del mercado de trabajo.

Los dilemas mencionados en esa breve retrospectiva reflejan, con todo, dos hechos de fundamental relevancia. En primer lugar, la categoría médica, a pesar de que el Colegio Médico la presenta cohesionada, no es ideológicamente homogénea; al contrario, siempre se reflejó en su seno una división similar a la política partidaria de tres tercios del país –la izquierda, la derecha y el cen-

<sup>6</sup> Ver *Vida Médica* de las décadas de 50 y 60



tro, que predomina-, lo que explica en parte las conductas contradictorias de los profesionales a lo largo de la historia de las reformas del sistema de salud. En segundo lugar, al momento de formularse nuevas políticas de salud, los intereses de los médicos fueron y serán lógicamente mediados por la correlación de fuerzas políticas de la coyuntura, inclusive durante el régimen autoritario, de modo que los resultados de los procesos de decisión nunca son convergentes con los objetivos específicos de tan sólo uno de los diferentes actores que actuaron en cada momento, ni siquiera los de los neoliberales, que imaginaron que el mercado resolvería los problemas de salud de los chilenos, pero no fue así: el 70% de la población continúa cobijado en el sistema estatal.

Para finalizar, el abordaje de la ideología y formas de lucha de los profesionales de la medicina coloca en pauta pertinentes y actuales cuestiones que no siempre son tomadas en cuenta cuando se trata de racionalizar los servicios asistenciales. El problema de los costos crecientes de la medicina es, ciertamente, un problema mundial que todos los gobiernos vienen intentando enfrentar con soluciones muy diversas que oscilan entre "más mercado" y "más Estado". Sin embargo, ese no es un problema de los médicos, cuya autonomía en su relación con el paciente se intenta controlar por todos los medios sin mucho éxito. La inflación de costos en la medicina deriva de la propia naturaleza del proceso de trabajo médico que, diferente de otros procesos de producción, es intrínsecamente inflacionario debido a la incesante hiperespecialización, tecnologización y complejización de los conocimientos y medios para diagnosticar, curar y rehabilitar. Y en ese avasallador avance, el globalizado complejo médico industrial juega un rol determinante.

## BIBLIOGRAFIA

Coburn, David. Freidson then and now: an "internalist" critique of Freidson's past and present view of the medical profession. *International Journal of Health Services*, 22(3): 497-512, 1992.

Cruz-Coke, Ricardo. Reseña histórica político-social de la medicina chilena. *Revista Médica de Chile* (116): 55-60, 1988.

Cruz-Coke, Ricardo. Los profesores de la Escuela de Medicina y la historia política nacional (1833-1933) *Revista Médica de Chile* (111): 380-387, 1983.

Cruz-Coke, Ricardo. Defensa de la tradición médica de Chile. *Revista Médica de Chile* (107): 776-777.

Eckstein, Harry. *Pressure Group Politics The Case of the British Medical Association*. Stanford University Press, 1960.

Freddi, Giorgio. Cultura política e professionalità medica. In: Freddi, G. (a cura di) *Medici e Stato nel Mondo Occidentale*. Il Mulino, Bologna, 1990.

Freidson, Elliot. The professions and the occupational principle. In: Freidson, E. (ed.). *The Professions and their Prospects*. Sage, London, 1973.

Freidson, Elliot. *La Profesión Médica*. Península Barcelona, 1978.

Heidenheimer, Arnold J. Professional knowledge and state policy in comparative historical perspective: law and medicine in Britain, Germany and the United States. *International Social Science Journal* (1922): 529-554, 1090.

Illanes, María Angélica. "En nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia". *Historia Social de la Salud Pública. Chile, 1880-1973*. Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

Krause, Elliot. Doctors, partitocrazia, and the Italian state. *The Milbank Quarterly* (66): 148-166, Supplement 2, 1989.

Labra, María Eliana. Padrões de formulação de políticas de saúde no Chile no século XX. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, 43(1): 153-182, 2000.

Labra, María Eliana. *Política, Saúde e Interesses Médicos no Chile (1900-1990)*. Tesis de Doctorado presentada al Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro-IUPERJ, 1997.

Larkin, G. V. Medical dominance in Britain: image and historical reality. *The Milbank Quarterly* (66): 117-131, Supplement 2, 1988.

Larson, Magali Sarfatti. *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. University of California Press, 1977.

Loyola, V. y Vergara, M. Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar. In: Miranda, E. (ed.) *La salud en Chile*. Santiago, Centro de Estudios Públicos-CEP, 1994.

Pinto Santa Cruz, A. y Viel, Benjamín. *Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma*. Santiago, Editorial del Pacífico, 1950.

Starr, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Fondo de Cultura Económica, México D. F., 1991.

Stone, Deborah. *The Limits of Professional Power*. The University of Chicago Press, 1980.