

Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?

Marco Antonio Leyva Piña*
Santiago Pichardo Palacios**

La profesión médica se construyó con una gran valoración social y se convirtió en baluarte de la constitución de la sociedad industrial. La teoría sociológica ha atendido el proceso histórico de la profesión médica y entre sus perspectivas destaca aquella que alude al declive de las profesiones; desde ella nos preguntamos si hay en la actualidad un proceso de desprofesionalización del médico. Para responder a esta pregunta usamos como referente a un tipo de médico que labora en los famosos consultorios de las Farmacias Similares. Esta modalidad constituye una estrategia empresarial exitosa, que tiene presencia nacional y se expande hacia otros países de América Latina. En su seno, sin embargo, los médicos laboran en condiciones precarias que están encubiertas por la ideología empresarial de ayuda a los pobres. Esta dualidad es un síntoma relevante para hablar de desprofesionalización del médico de las Farmacias Similares.

Palabras clave: Profesión, medicina, medicamentos genéricos y desprofesionalización.

Desde los albores del capitalismo nació la creencia de que tener una carrera profesional permitiría a los individuos mejorar su nivel socioeconómico y su prestigio social; sin embargo, esto solo se logró de forma parcial y desigual entre los profesionistas, y en la actualidad genera muchas dudas. Dos procesos históricos contribuyen a la comprensión del ascenso de las profesiones: uno es la condición estructural de las masas asalariadas, explotadas y dominadas, cuya misión es hacer

* Profesor de la carrera de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Integrante del Área de Clases Sociales y Reproducción Social. Correo electrónico: <marcolp2000@yahoo.com.mx>.

** Estudiante del doctorado en Estudios Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Correo electrónico: <santiagopichardo@yahoo.com.mx>.

la revolución para romper con la condición de subordinación hacia las clases dominantes; el otro es el ascenso de las clases medias, producto de la expansión de las ocupaciones en su búsqueda de reconocimiento de estatus profesional y cuya actuación se encontró con la adaptación sistémica (Habenstein, 1963). En su nacimiento, las profesiones requieren diferenciarse de las clases dominantes y de la clase obrera; su principal rasgo estructural es ofrecer a la sociedad diversos servicios públicos que exigen un conocimiento experto, que esas clases no posean, y que resultan fundamentales para la reproducción de la propia sociedad. El desarrollo de las profesiones significó la conformación de un mercado de trabajo con características que lo diferenciaran de la clase obrera, como: ingresos altos, vocación, autonomía de trabajo, ética profesional y monopolio del conocimiento como protección contra la competencia.

En la conformación de la sociedad industrial, el ascenso de las profesiones se dio como un movimiento fundamental de la división social del trabajo, la estratificación ocupacional y la integración sistémica que difícilmente se puede entender desde un enfoque centrado en el trabajo manual; su importancia a través del tiempo se ha sostenido mediante procesos de profesionalización para la reproducción del conocimiento experto y de su propio mercado de trabajo.

En la sociedad actual se cuestiona la relevancia que tuvieron en el pasado las profesiones, y la perspectiva de la desprofesionalización adquiere peso; en el caso de la medicina anuncia la vulnerabilidad de la vocación, de la autonomía en la práctica médica y de la ética de los médicos. Estas situaciones se derivan de las transformaciones radicales ocurridas en el campo médico, como el desarrollo de la medicina gerencial. Llama la atención esta tendencia hacia la desprofesionalización, en un contexto en el que los empresarios y el Estado mexicano señalan la necesidad de mayores niveles de escolaridad en las actuales condiciones de escasez y precarización del empleo; quizá en el futuro los empleados sean los que desplacen a los trabajadores de cuello azul.

La profesión médica fuertemente cuestionada desde su interior, es un caso de reflexión. Cada vez con mayor frecuencia se hace alusión a que hay una crisis de identidad del médico, que se encuentra atrapado entre las fuerzas del mercado y del Estado, y que por la creciente importancia que adquiere la medicina alternativa, esta se concibe como una amenaza al monopolio del conocimiento experto y del mercado de trabajo tradicional de la medicina. La tesis de la desprofesionalización

del médico coloca en tensión el pacto entre esos profesionistas y la sociedad, pues con preocupación los propios médicos afirman que hay una fuerte inclinación de la profesión hacia el mercado en detrimento de la atención al paciente.

En este contexto de preocupaciones respecto a la profesión médica, valoramos la aparición y desarrollo de los médicos que trabajan en las Farmacias Similares, denominados para efectos de este ensayo como *médicos Simi*. Estos profesionistas representan un modelo de atención médica que se ha extendido a todo el territorio nacional y que cuenta con presencia en otros países de América Latina. Dirigido principalmente hacia los pobres, este modelo se sustenta en la medicina general de bajo costo. Esto representa una mano de obra calificada y barata para la Fundación Best, a la que se encuentran integrados. En este sentido, nos preguntamos si este nuevo modelo de hacer negocios en el campo de la medicina es una forma de desprofesionalización del médico.¹

Perspectivas teóricas respecto a las profesiones

Philip Elliot (1975) señala que la sociedad industrial requiere en su constitución de la creación de nuevos actores sociales y uno de ellos son los profesionistas, que si bien existían en la sociedad preindustrial tuvieron que sufrir serias transformaciones, como sugirió Durkheim (1993), en beneficio de la función de división social del trabajo. Los profesionistas que se encontraban al servicio de los grupos poderosos de la sociedad preindustrial, como medio de adquisición de estatus se transformaron en sujetos oferentes como distintivo principal, en relación a las clases, de un servicio público para toda la sociedad. Esto implicó el desarrollo de ocupaciones sin estatus pero con valor de mercado para hacer frente a las demandas de especialización de la organización económica y social (Elliot, 1975: 25-27).

¹ Nuestro referente de análisis son los médicos afiliados a la Fundación Best y que trabajan en los consultorios de las Farmacias Similares en la delegación Iztapalapa del Distrito Federal. Para tal efecto se realizó una encuesta de 37 cuestionarios aplicados en todas las Farmacias Similares de la delegación del 11 al 28 de enero del 2010, así como siete entrevistas a médicos que laboran en estas farmacias y seis a médicos que trabajan en instituciones públicas y privadas, realizadas entre el 20 de diciembre del 2009 y el 12 de marzo del 2010.

Talcott Parsons, desde una perspectiva funcionalista, presenta a los profesionistas como un grupo diferenciado de las clases sociales, que tiende a crear organizaciones autónomas y homogéneas en razón de su especialización ocupacional. Desde ese referente teórico, las profesiones para su creación y desarrollo requieren cohesionar a sus miembros en función de una identidad profesional, los atributos del papel a desempeñar y los intereses y valores compartidos. Resaltan los atributos de la función profesional como la formación técnica, la legitimación institucional, la tradición cultural y la legitimación social de sus actividades por medio de la responsabilidad (Fernández Pérez, 2003: 46). Sin embargo, al interior del funcionalismo hay diferencias. Harold L. Wilensky (1964) propone centrarse en el concepto de profesionalización para que de manera dinámica se pueda entender el devenir ocupacional en las profesiones (Pacheco Méndez y Díaz Barriga, 1997; Finkel, 1999). Este autor agrega que el proceso de formación de una profesión contempla cinco etapas: plena dedicación a la profesión, establecimiento a una escuela o universidad, formación de una asociación profesional, control del monopolio de conocimiento y habilidades e institucionalización de un código de ética para excluir a los no cualificados y reducir la competencia interna.

En el funcionalismo, las profesiones son funcionales para mantener el orden social y de esa forma contribuyen a la integración de la sociedad industrial. Conforme a esa posición, la profesión médica adquiere sentido por su vinculación con la sociedad y desde ese referente se visualiza como una empresa moral definida por el servicio público que ofrece a la sociedad. Para Matthew K. Wynia y colaboradores (1999), la profesionalización médica es una fuerza que estabiliza y protege moralmente a la sociedad; si esa función se afecta, pueden aparecer serios problemas al mantenimiento del orden social.

Las críticas a esas perspectivas señalan que al centrarse en la observación del orden social descuidan el conflicto social, el poder y a la historia. Aportan, sin embargo, la visión de los profesionistas con características propias que los diferencia de las clases sociales, empresarios y trabajadores, ya que la existencia de una profesión se define por el monopolio de conocimientos especializados y el reconocimiento y protección estatal de esos saberes, así como la formación de asociaciones fuertes que funcionan como pilares para la estructuración de identidad, creencias, cultura y subjetividad.

En respuesta a las posiciones estructural-funcionalistas, aparece la propuesta de las sociologías comprensivas; uno de sus exponentes, Everett Hughes (1960), critica la posición de ver a los profesionistas como neutrales y altruistas. Para este autor los profesionistas actúan en busca de privilegios para sus miembros, como por ejemplo, el control social del monopolio del conocimiento como acceso al empleo (Real Villarreal, 2002: 31). Otra consideración interesante que hace Hughes es la creación de un pacto social entre los profesionistas y la sociedad, que consiste en que los primeros tienen acceso a conocimientos especializados necesarios para el desarrollo de la sociedad, y esta obtiene un grupo de sujetos que brindan servicios públicos especializados que ninguna clase social puede ofrecer. En este pacto, el Estado desempeña un papel protagónico en la defensa de las profesiones al otorgar una licencia que determina quién pertenece a ellas, garantizarles autonomía en la reglamentación de sus campos y dotarles del control social de sus áreas de especialización. Ballesteros Leiner (2007: 115) señala que los grupos profesionales son un proceso de interacción que lleva a la autoorganización, defensa de la autonomía y del territorio, y la protección de la competencia.

Ante los planteamientos funcionalistas e interaccionistas que carecen de una visión del conflicto social y de las luchas entre los actores por la hegemonía social, aparecen las teorías críticas de las profesiones. Estas, por un lado, reprochan a los funcionalistas su definición de profesión por ambigua, analítica y empírica, y porque hace caso omiso a las reclamaciones que se hacen a los profesionistas respecto a sus atributos, como el comportamiento ético, el altruismo y el servicio a la comunidad (Waddington, 2007). Por otra parte, hacen duras observaciones a la incipiente teoría corporativa por considerarla insuficiente al concebir al Estado y a las profesiones como entes diferentes. En su lugar, Terence J. Johnson (1972) señala que el Estado otorga autonomía relativa a ciertos grupos de profesionistas —médicos, abogados, docentes, trabajadores sociales—Real Villarreal, 2002, para mejorar su estatus social y su posición ideológica, por medio de la lucha política, en el entendido de que el interés público queda por encima del interés personal.

Ivan Waddington (2007) considera a la profesión como constituida por grupos que buscan aumentar su poder respecto de otros grupos sociales; para ello poseen el elemento fundamental de la autonomía, que es uno de los indicadores para medir la calidad de profesionalización del

médico. Eliot Freidson (1978) también critica la existencia de un tipo ideal de las profesiones, y señala que la autonomía profesional se refiere a la capacidad para definir y controlar su propio trabajo. Acota que los conocimientos especializados o el comportamiento altruista no son características esenciales de las profesiones. Sin embargo, no se pueden obviar porque constituyen la retórica de estos grupos que buscan obtener privilegios del Estado, como un sistema de licencias y una situación de mercado protegida respecto de otros grupos profesionales.

Por su parte, Magali S. Larson (1977) enfocó la problemática de las profesiones en la construcción del mercado de trabajo y propuso el concepto de estrategia profesional para comprender el proceso histórico en el que determinados grupos profesionales establecen monopolio sobre un segmento específico del mercado de trabajo y consiguen reconocimiento de su dominio por parte del público y con ayuda del Estado. Andrew Abbott, a su vez, consideró que la estrategia de profesionalización es el proceso de creación de “jurisdicciones”, entendidas en el sentido jurídico, para poseer la legitimidad exclusiva de ejercer en un dominio específico de actividad. La competencia descansa en el control de un cuerpo de conocimientos más o menos abstracto e intelectual pues los grupos que carecen de esos conocimientos tienen poco éxito en su búsqueda de profesionalización (Abbott, 1988: 323-324). Dentro del proceso de profesionalización, Charles Derber colocó el acento en el conocimiento experto como un recurso fundamental de clase necesario para toda producción; cuando unos pocos se apropian de ese conocimiento se crea un poder de clase, al que denomina *logocrático* o poder basado en el saber. Las relaciones logocráticas de producción se dan allí donde la división entre trabajo intelectual y trabajo manual se ha institucionalizado (Derber y Schwartz, 1992: 57).

Las teorías críticas proporcionan un aporte de peso a la comprensión de las profesiones al poner en duda la posición ideológica subyacente en la propuesta de un tipo ideal de profesión e insistir en que el componente de conformación de un mercado de trabajo monopólico, en su acceso y regulación interna, presentan a su vez deficiencias debido a que se centran en el análisis de las condiciones estructurales de las profesiones, que si bien resaltan que los grupos de profesionistas y su relación con su ocupación se mantienen a través de relaciones de poder, dejan fuera del análisis a la cultura, la identidad y la subjetividad como elementos que participan en la construcción de las profesiones.

Si bien son profundas las divergencias teóricas alrededor de la comprensión de las profesiones, podemos encontrar en las perspectivas expuestas una concurrente preocupación por entender su influencia en el desarrollo de las sociedades industriales. Esto conforma un espacio legítimo de análisis para sentar diferencias con el predominio del razonamiento centrado en las clases sociales. En él, los profesionistas son reducidos a agentes secundarios cuya acción se entiende a partir del comportamiento de los empresarios o de los trabajadores. Se subraya que las profesiones adquieren sentido a través de su vinculación con la sociedad mediante dos procesos: su capacidad de adaptación a las condiciones estructurales que generan restricciones y oportunidades a su acción, y su participación activa, deliberada y organizada en la construcción de la sociedad de acuerdo con su propia visión, ideología, intereses y aspiraciones.

Del optimismo de las profesiones durante la construcción de la sociedad, actualmente se vive una etapa de transición caracterizada por discursos pesimistas que señalan una crisis de las profesiones, que puede derivar en su transformación en ocupaciones. Entre los procesos que destacan para explicar la crisis de las profesiones se encuentran, según Claude Dubar, el declive del proyecto de modernidad y sus promesas, la mundialización económica, la globalización financiera y, agregamos nosotros, el cambio tecnológico y la consolidación del Estado neoliberal.

Una de las teorías que argumentan a favor de la crisis de las profesiones es la denominada *declive de las profesiones*, que llama la atención en el contexto de fortalecimiento de la sociedad del conocimiento. La paradoja es que ante la exigencia de sociedades cada vez más profesionalizadas se registre un proceso de desprofesionalización. Charles Perrow (1992) sostiene que la desprofesionalización tiene sus orígenes en la pérdida de capacidad de autorregulación y control de las profesiones respecto a su propio mercado, el incremento del trabajo asalariado, la erosión del estatus y el prestigio, los salarios insuficientes y el deterioro de las condiciones de trabajo. Así, el futuro de los profesionistas se observa con pesimismo (Finkel, 1999: 217).

Una vertiente de las teorías del declive es la propuesta por Derber y Schwartz (1992), quienes 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. La deducción de ese planteamiento teórico es que los profesionistas han sufrido la cooperación ideológica que los conduce a una mayor identificación con los corporativos empresariales que con la profesión y, agregamos nosotros, con la sociedad.

Desde otra vertiente, la desprofesionalización se explica a partir de los cambios culturales de finales de los años sesenta, que provocaron una mayor participación de grupos comunitarios, consumidores, mujeres y jóvenes en cuestiones políticas, lo que propició cuestionamientos a la autoridad cimentada en el conocimiento (Guillén, 1990: 41). Por su parte, Marie R. Haug (citada en Finkel, 1999) entiende la desprofesionalización como un proceso de pérdida del monopolio del conocimiento y prestigio social de los profesionistas. Este proceso 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; entre ellos resalta la erosión de la confianza del público en el espíritu humanitario de las profesiones, como en el caso de la medicina.

Las tesis sobre la crisis de las profesiones, tanto en su vertiente de proletarización como en la de desprofesionalización, presentan inconsistencias teóricas, pues parten de una imagen coherente, unitaria y homogénea de las profesiones, un tipo ideal como presupuesto histórico, con el que se confrontan los casos concretos de análisis para medir qué tanto se distancian en la realidad. 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: 219-220).

Entre las teorías actuales de la crisis de las profesiones destaca la de Dubar (2002), que 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. En síntesis, 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 —por ejemplo— lo que significa ser médico, las actividades que realiza, cómo las ejecuta y para quién trabaja.

Al interior del campo de la medicina también hay una interesante producción de discursos respecto a la crisis de la profesión médica, elaborados por los propios médicos. En el ambiente campea la tesis de la desprofesionalización, atribuida a los cambios en los sistemas de salud en las naciones del mundo industrializado, que amenazan los valores del profesionalismo. Castaño (1999) ofrece una perspectiva interesante 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. Como solución a la desprofesionalización, en la literatura médica se propone la reprofesionalización del médico; por ejemplo el Medical Professionalism Project (Patiño, 2004) recomienda la recuperación de tres principios: primacía del bienestar del paciente, respeto por su autonomía y contribución a la justicia de los sistemas de salud.

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.

En este punto retomamos la recomendación dada por Lucila Finkel: 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, al

igual que es un presupuesto endeble pensar que todos los médicos viven y sienten por igual la supuesta crisis de identidad enraizada en la ética y los valores. Como hipótesis, vale suponer que los médicos tienen circunstancias diferenciadas para enfrentarse con las estructuras de la medicina gerencial; unos pueden estar 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 rechazan ser médicos. Hay otro dato interesante en la literatura de la desprofesionalización del médico, que es la atribución de esa situación al proceso de flexibilización del trabajo recientemente aplicado a la práctica médica. Es una posición que produce muchas dudas, ya que una condición estructural de la profesión médica es la movilidad del médico entre diferentes espacios de ejercicio profesional, lo que permite la construcción de trayectorias laborales generadas por la articulación entre lo individual y lo social, los cuales expresan momentos, espacios, identidades y subjetividades que dotan de sentido a los actores médicos.

En este ambiente de discusión teórica que reivindica las posiciones de crisis de las profesiones en sus vertientes objetivas y subjetivas, nos preguntamos si los médicos que denominamos Simi, representan la expresión de un nuevo médico totalmente desprofesionalizado, cuya situación laboral y social impide la conformación de una identidad profesional y una subjetividad sustentada en el monopolio del conocimiento experto, en la autonomía de su práctica y en el prestigio social. Asimismo, nos preguntamos respecto a la bondad de la estrategia empresarial de producción de medicamentos genéricos que se presentan a la sociedad como opción de atención médica para los pobres y la implicación del Estado en esta iniciativa, así como del proceso que ata al médico a la Fundación Best, de la que dependen los consultorios de las Farmacias Similares.

El populismo empresarial y la profesión médica

Un elemento fundamental para entender las profesiones es ubicarlas en el contexto específico de su acción (Abbot, 1988). En el caso de los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best, es importante incluir una visión panorámica de la organización de la empresa y su contextualización para comprender las condiciones estructurales

de su nacimiento, así como las características especiales que los hacen diferentes en el seno de la profesión médica.

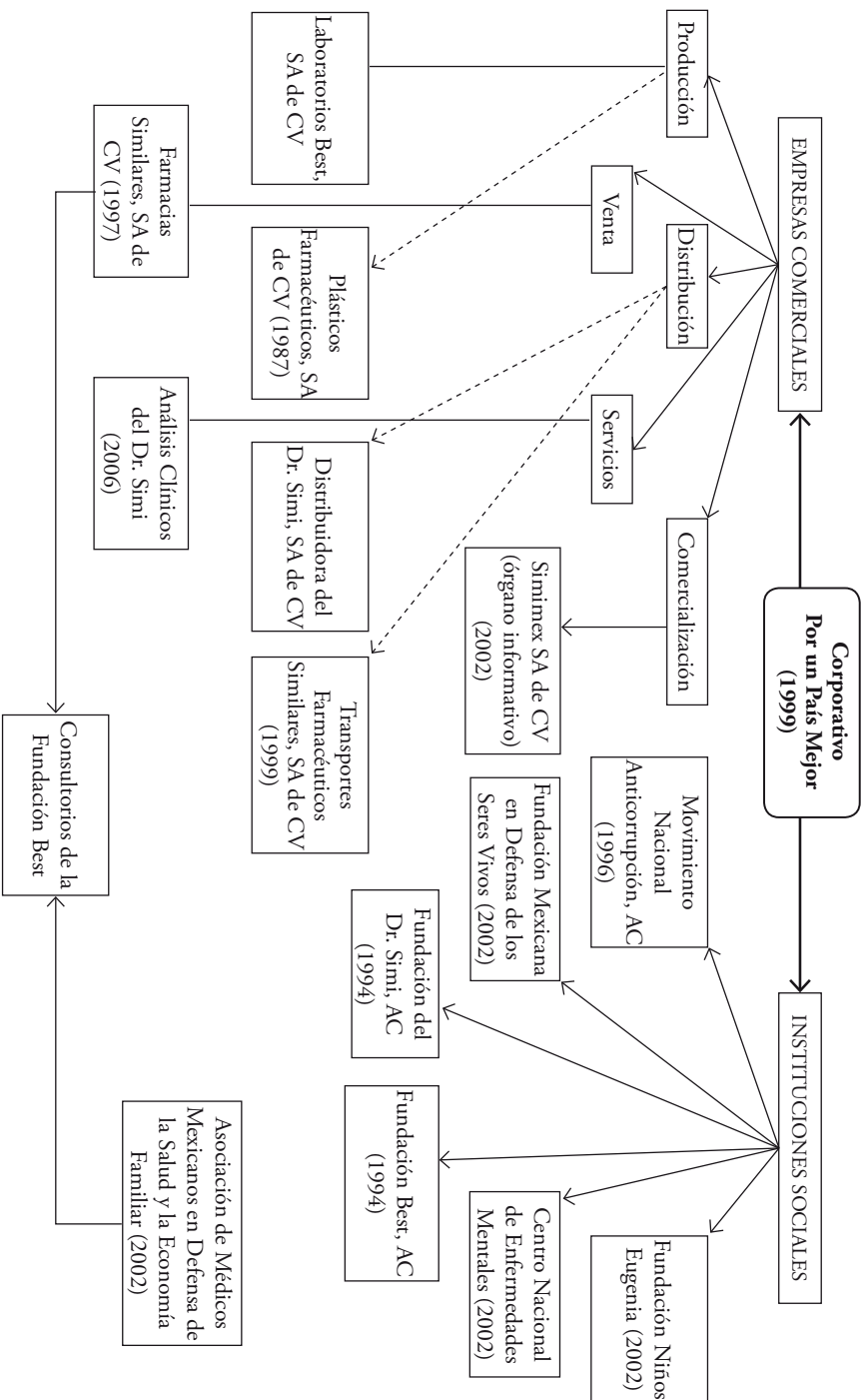
Desde los años noventa del siglo pasado, y luego a lo largo de dos sexenios panistas a partir del año 2000, la participación política y económica de los empresarios se ha intensificado hasta dejar su impronta. El nuevo papel del Estado en la economía y en áreas que requieren la presencia estatal, como la educación y los servicios de salud, implica una retirada del propio Estado y el traslado del poder hacia los mercados (Strange, 1996: 267). Es así que algunos empresarios vinculan su estrategia de negocios con el discurso de ayudar a los segmentos pobres de la población, en una especie de populismo desde la élite; es decir, la ganancia se realiza a través de otorgar a esta población el acceso a servicios que el Estado no puede proporcionarle en suficiencia. La utilización de los pobres ya no solo se da con la explotación en la producción sino que ahora ocurre a través del consumo de medicamentos de bajo costo y consultas médicas baratas, soportadas por el trabajo de los médicos que son tema de este artículo.

Esta empresa surge como expresión de la liberalización del sistema político-económico sobre determinadas actividades estatales, que propicia la entrada al juego de la oferta y la demanda en los sectores liberalizados de la iniciativa privada; así, el sistema de salud y la industria farmacéutica son dos elementos que se articulan con el trabajo médico en esta empresa.

Antes de iniciar el análisis de la profesión médica en estos consultorios es relevante hacer algunas acotaciones con respecto a la estructura empresarial que enmarca los consultorios. Esta engloba un conjunto de empresas comerciales e instituciones sociales privadas que se enlazan en un espacio donde confluyen el discurso populista empresarial –medicamentos de bajo costo y consulta médica barata– y la precarización laboral de la profesión médica; es decir, los consultorios de la Fundación Best.

En la figura 1 se muestra la estructura del corporativo Grupo por un País Mejor, que se originó cuando el empresario Víctor González Torres –que después sería conocido como el doctor Simi– llegó a la dirección de los Laboratorios Best en 1976. Estos laboratorios fueron fundados por la familia del empresario, ligada al negocio farmacéutico desde fines del siglo XIX. Durante la expansión del sector de la salud pública, la empresa fue una de las más importantes proveedoras de medicamentos, lo que la colocaba en una situación privilegiada debido sobre todo a la poca competencia que existía en aquel momento.

Figura 1. Estructura del Corporativo Por un País Mejor



Como puede verse en la figura 1, el corporativo denominado Grupo Por un País Mejor se compone de empresas de producción, distribución y comercialización, cuyo punto final es la venta de medicamentos en las Farmacias Similares. Del otro lado, la parte altruista del corporativo incluye a la Fundación Best y la Asociación de Médicos Mexicanos en Defensa de la Salud y la Economía Familiar. La unión de la práctica comercial con las actividades altruistas del corporativo se cristaliza en los consultorios de la Fundación. Mediante el discurso, fusiona la búsqueda de ganancias con la ayuda a “los más necesitados” en una fórmula perfecta de *ganar-ganar*, donde empresario, médicos y pacientes se ven beneficiados. Sin embargo, al adentrarse en su estructurase observa que la realidad difiere del discurso, por lo menos en lo que se refiere a la profesión médica, ya que en esa fórmula de *ganar-ganar* el médico empieza perdiendo cuando entra a laborar a estos consultorios como una opción ante el desempleo.

A fines de la década pasada, el mercado total de medicamentos en México era de aproximadamente 14 000 millones de dólares por año, dividido en dos segmentos: el mercado privado de 10 000 millones de dólares y el sector público, de 4 000 millones. El nutrido volumen de ventas de medicamentos en el mercado privado puede responder a una percepción negativa del servicio por parte de los derechohabientes de la seguridad social² y al problema de abasto de medicinas en los centros de salud pública. Esto ha obligado a gran parte de la población asegurada a comprar medicamentos en farmacias particulares, que hasta hace algunos años solo ofrecían medicamentos de patente, cuyos precios son prohibitivos para una población que destina gran parte de su ingreso a la alimentación y el transporte (51% del gasto corriente monetario, según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010).

Tenemos, así, que en sus estrategias iniciales el empresario Víctor González Torres incluyó la venta al menudeo de los medicamentos genéricos que producían sus laboratorios, para lo cual fundó en 1997 las Farmacias Similares, que formaron una cadena de establecimientos, la cual se extendió a través de la venta de franquicias.

² De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud en el año 2000 la población no asegurada era de 50.8% y para el 2008 de 54.7%, que en números absolutos pasó de 50 076 844 a 58 314 104 Véase: <<http://www.sinais.salud.gob.mx>>.

Desde que comenzaron a expenderse, los medicamentos similares tuvieron detractores que cuestionaron su calidad y efectividad, puesto que no contaban con las pruebas de biodisponibilidad ni bioequivalencia, razón principal de que su costo de venta pueda ser tan bajo, ya que la evaluación de cada producto puede durar varios meses y hay que invertir entre 50 000 y 90 000 dólares por producto. Así, la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, al ver en peligro sus intereses, lanzó un comunicado en el que informaba que con la “aparición del mercado de Genéricos Intercambiables en México, surgieron productos pseudo genéricos que han confundido a la población ofreciéndose como Similares o parecidos sin que esto garantice calidad y beneficio real para la población”. Agregaba que los únicos productos reconocidos por la Secretaría de Salud como sustituibles eran los genéricos intercambiables, por lo cual los medicamentos similares quedaban fuera de dicha disposición. Debido a los conflictos que se generaron luego de la entrada al mercado de los medicamentos similares, se optó por reformar la Ley General de Salud, en diciembre de 2004, para establecer que todos los medicamentos (de marca y genéricos) que se vendieran en el país debían aprobar pruebas de bioequivalencia –eficacia y seguridad– cada cinco años.

Según fuentes del Sector Salud, para nadie pasó inadvertido que la reforma pretendía quebrar a Laboratorios Best. Ante estas circunstancias, la empresa de González Torres modificó sus estrategias para permanecer en el mercado y mantener su margen de ganancia. Entre las acciones que emprendió estuvieron el cambio de proveedores y la adquisición de medicamentos a otros laboratorios, sin dejar de lado la oferta de sus medicamentos similares, que representaban 70% del total de ventas en sus farmacias. Hubo intentos de ocultar esta situación a través de propaganda en las sucursales y franquicias en la que se aseguraba a los compradores que en esas farmacias se expendían exclusivamente medicamentos genéricos intercambiables y se cumplía con la normatividad, a pesar de que de una lista de 240 medicamentos, 153 eran similares (Anderson y López, 2008).

A la par, Best buscó ganancias por medio de la reducción de costos de producción e instrumentó una estrategia de mercadotecnia para atraer y retener consumidores. Apostó por la fórmula de ofrecer medicamentos a bajo precio con el apoyo de campañas publicitarias matizadas con un cariz populista que se dirige a los ciudadanos como “pueblo” o erige a

Víctor González Torres como “el gran protector de los que menos tienen”. Esta estrategia tiene una lógica pragmática, pues el pago de considerables cantidades de dinero en publicidad a los medios de comunicación inhibe la crítica por parte de esos medios, al tiempo que los usa para promoverse y descalificar a sus adversarios, en particular a los funcionarios de dependencias públicas, legisladores, políticos e instituciones públicas de salud, a los que acusa de supuestos cargos de corrupción.

El éxito de esta empresa vino a transformar el mercado de medicamentos genéricos en el país y le ha permitido expandirse a América Central y del Sur, con más de 3 900 sucursales. En el avance de su incorporación empresarial, ha llegado a ofrecer toda una gama de servicios médicos; además de laboratorios, farmacias-consultorios y centros de nutrición, realiza análisis clínicos, ultrasonidos, electrocardiogramas y rayos X.

Si bien es cierto que gran parte de la población mexicana es atendida por algún servicio público de salud, también lo es que la situación económica del país afecta mayormente a la población que está fuera del sistema seguridad social, lo cual hace que parte de sus ingresos se destinen a la compra de fármacos. En ese contexto, los medicamentos genéricos se vuelven una opción alternativa a los medicamentos de patente. Después de 1998 se implementó el programa de medicamentos genéricos intercambiables, que abrió la posibilidad de ofrecer medicamentos de bajo costo a la población, lo que generó un incremento en la demanda de estos productos, que a su vez motivó el interés de las grandes empresas internacionales por este nuevo mercado, que en el país representa 2 000 millones de dólares, según cálculos de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica.

Ahora bien, la empresa de Víctor González Torres en la búsqueda de maximizar ganancias ha creado un mecanismo formal de reclutamiento de médicos para potenciar la venta de sus fármacos.

Las estrategias para expandir el número de Farmacias Similares, mantener los medicamentos de bajo costo y de comercialización —donde se hace énfasis en el sentido social de la empresa— cierran la pinza con la creación de la Fundación Best, encargada del reclutamiento de los médicos Simi para que laboren en los consultorios anexos a las Farmacias Similares. La forma en que se incorporan estos médicos tiene que ver con la situación laboral que genera las condiciones que debilitan la posición del trabajador en el mercado laboral, y que aunada al crecimiento del empleo informal y de la subcontratación, conforma el

contexto adecuado para el surgimiento y consolidación de mercados precarios, donde lo importante es poder trabajar aunque la capacitación, entrenamiento y habilidades no sean compatibles con la retribución (Salas y Zepeda, 2003).

Lo anterior permite entender que la creación de nuevos empleos tiene condiciones laborales que se alejan de lo establecido en la Ley Federal del Trabajo y fortalecen espacios económicos en los que la aparente transitoriedad en el trabajo se convierte en la opción permanente para sobrevivir en un mundo laboral adverso. En este sentido, consideramos que podemos hablar de una segmentación o mercado secundario de trabajo de estos médicos; más que nada porque parece contar con un funcionamiento autónomo respecto de otras áreas del mercado laboral médico. Si seguimos las ideas de Michael Piore, en el sentido de que el componente trabajo es el último factor que se tiene en cuenta cuando se elabora un plan en el sistema económico, que es un factor residual en la planificación de la producción, hay un dualismo entre trabajo y capital. Cuando se separa una parte de la población trabajadora de la incertidumbre del mercado laboral y es considerada en el proceso de planificación y de toma de decisiones, surge una dualidad entre la población privilegiada y los demás, que siguen siendo considerados como factor “residual” (Piore, 1983).

De acuerdo a lo anterior, la situación en que se encuentran los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best adjuntos a las Farmacias Similares podría considerarse como una segmentación del trabajo médico o mercado secundario, en la que los médicos se convierten en trabajadores residuales, toda vez que sus condiciones laborales relativas a salarios y estabilidad laboral son diferentes a las de sus pares que laboran en otras instituciones. Además, la división de los trabajadores por un mercado dual tiene repercusiones en la identidad de los trabajadores “residuales”, puesto que las expectativas generadas durante el proceso de formación académica en una carrera como la de medicina literalmente chocan ante una realidad laboral adversa que impide acceder al *trabajo esperado*.

El caso que nos ocupa constituye un mercado nuevo y en expansión donde no existe competencia, como lo sugiere la teoría de la segmentación para el caso de los mercados secundarios. Por el contrario, es un receptáculo para el sobrante de la oferta de trabajo médico que se utiliza con ventaja, ya que la necesidad de tener empleo se vuelve prioridad. A

diferencia del sector público, que es un mercado primario privilegiado, en el que los trabajadores están protegidos por el sindicato y cuentan con una serie de prestaciones, que no existen en el caso de los médicos Simi.

Al respecto, debemos recordar que en México el Estado era el principal empleador de médicos, y a pesar de que ha disminuido su participación en el sector de salud y se ha incrementado la del sector privado, su presencia sigue siendo mayoritaria. Así, la construcción de este mercado se caracteriza por la necesidad y oportunidad de atención de determinada población, y en ese ámbito el médico es el punto de enlace para incrementar la venta de los productos de la empresa. El ofrecimiento de trabajo se cubre con el halo de la importancia del *servicio* que se ofrece a la población, lo cual se establece desde el inicio de la relación de los médicos con la Fundación Best por medio de los cursos de capacitación previos al ingreso. En este punto se presenta una contradicción: a pesar del discurso sobre los fines sociales de la empresa, esta mantiene a sus “colaboradores médicos” en condiciones laborales desventajosas respecto a otros espacios laborales.

Podríamos pensar en primera instancia que la empresa otorga a los médicos que laboran en los consultorios de la Fundación Best todas las facilidades para el ejercicio de su práctica médica, con lo cual su trabajo sería parecido al de un médico en su consultorio particular, con autonomía plena en el ejercicio de su profesión. Esta modalidad consistiría, entonces, solamente en una especie de desregulación del uso de la mano de obra, es decir, una estrategia de flexibilización laboral. Sin embargo, la empresa no busca ninguna desregulación, sino que aplica una estrategia de uso de mano de obra calificada gratuita, ya que su inversión se circunscribe a la instalación de los consultorios

Esta organización empresarial tiene algunos aspectos del modelo fordista, en la medida que tiene un sistema integral de producción y una relación sistemática entre máxima ganancia, máxima producción y minimización de costos. Podemos concluir que genera la demanda de sus propios medicamentos desde la misma organización laboral, amén de todas las campañas publicitarias que se realiza. Es una empresa flexibilizada de origen dadas las condiciones permisivas impuestas en el modelo de desarrollo neoliberal. De esta manera, la flexibilización laboral es inherente a Farmacias Similares, toda vez que la movilidad laboral, las jornadas flexibles y los salarios en función del rendimiento son condiciones que los actores aceptan, e incluso ven –como ocurre con

las jornadas flexibles— como una ventaja en su carrera, ya que pueden dedicarse a otro trabajo, en ocasiones en el sector público o en otra institución privada.

Estos hechos pueden sugerir la emergencia de un nuevo modelo organizativo que podría considerarse como híbrido *sui generis*, en tanto que la flexibilización laboral se encubre con las campañas mediáticas en las que la empresa promueve su labor de servicio al pueblo, y por los contratos que realizan los médicos con la Fundación Best cuando ingresan a trabajar, los cuales tienen un carácter netamente civil, con lo que se evade toda posibilidad de una demanda legal de carácter laboral.

El médico Simi: precarización laboral e identidad profesional

Como se mencionó en el primer apartado de este artículo, existe una tendencia entre los analistas de la flexibilidad laboral que le atribuyen a esta efectos de precarización del empleo y de crisis de la identidad social. Esta posición ha sido criticada pues no se han encontrado pruebas empíricas de que el empleo informal, temporal y de tiempo parcial sean negativo por naturaleza (Dubar, 2002). En el campo médico existe un punto de vista semejante, de construcción reduccionista, sobre la flexibilidad laboral, a la que se le imputa mecánicamente la desprofesionalización del médico. Sin embargo, como se propuso al inicio de este ensayo, es un error pensar en la profesión médica como un todo unitario, coherente, sin contradicciones ni conflicto. Implicaría que a todos los médicos les va por igual en su empleo y en su vida, que comparten las mismas ideologías, construyen los mismos sentidos hacia su ejercicio y presentan los mismos comportamientos laborales. Esa forma de construcción cognoscitiva no se sostiene en el análisis de grupos de profesionistas, como es el caso de los médicos Simi, donde hay presiones estructurales que los objetivizan, con la expectativa de un comportamiento común, que se articulan a formas culturales, identidades y subjetividades que influyen en la construcción de sus prácticas profesionales y realización de sus actividades con grados de autonomía.

En este sentido, los médicos Simi son en parte hijos del neoliberalismo: por formar parte de un servicio médico cuyo punto de origen es la venta de medicamentos genéricos; por la creación de su propia

demanda de consumidores y, finalmente, por la incorporación de un tipo médico convencido del compromiso social de su profesión. Sin embargo, es difícil ubicarlos en la escala más baja de la estructura médica profesional; la flexibilidad laboral con la que se les relaciona no es un producto genuino neoliberal, y pese a que son notorios los signos de un empleo precario, en términos objetivos no se puede sostener que dicha situación derive en una crisis de la identidad profesional. Hay un punto que resulta fundamental para entender al médico Simi: la vinculación ideológica que encontró con el empresario de la Fundación Best. Los médicos ponen mucha atención en el compromiso de servicio a la sociedad y en particular a los pobres, mientras la Fundación Best impulsa un discurso en torno a la defensa de la salud de los pobres. De ahí que la liga ideológica que une a los actores laborales es el cuidado a los pobres, lo que se traduce en medicamentos de bajo costo, consultas baratas y servicio oportuno. Este cemento ideológico es lo que une a las condiciones estructurales y culturales, en su perspectiva de identidad profesional, articulación que conforma sentidos a un tipo de trabajo sustentado en relaciones laborales precarizadas.

Precarización laboral

Los médicos Simi son en su mayoría de sexo masculino; 58.8% tiene más de 35 años; 75.7% tenía más de seis años de ejercer la profesión en el momento de este estudio, con más de cuatro años de antigüedad en la Fundación Best, y 75.7% son egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México. Una minoría señaló que este era su primer empleo y muchos de ellos al incorporarse ya habían adquirido experiencia de trabajo en el sector público.

El acceso a la Fundación Best se encuentra codificado por el tipo de atención médica que se ofrece a los pacientes y las relaciones de trabajo que se establecen. Los servicios que ofrece la Fundación Best son de atención primaria, no van más allá de diagnósticos y expedición de recetas de los medicamentos que se consideren apropiados. Si el paciente requiere otro tipo de exámenes u hospitalización, se le sugiere acudir a otros espacios médicos que pueden estar encadenados a la Fundación, como laboratorios. En caso de ser necesaria alguna cirugía, el médico Simi goza de márgenes de decisión significativos para proponer

opciones a sus pacientes. Ya desde esta condición estructural queda establecido que los conocimientos profesionales que el médico Simi debe cubrir son de carácter general, por lo cual no se requiere especialización. El procedimiento para formar parte de la Fundación Best es relativamente sencillo: se solicita el título y la cédula profesional, así como el currículo y se aplica un examen de conocimientos generales de medicina. El énfasis se coloca en los padecimientos de mayor incidencia en los consultorios de la empresa, como planes de hidratación, hipertensión o tratamiento de la diabetes (Entrevista 1). Con estos elementos, la Fundación Best garantiza un amplio mercado de trabajo: todo médico es potencialmente sujeto de ser integrado a ese tipo de empleo .

La Fundación construyó, asimismo, una forma propia de contratación de personal que evade las responsabilidades legales con sus empleados médicos; instauró una forma de regulación salvaje de la relación de trabajo. La relación del médico Simi con el patrón está regulada por el derecho civil a través de un contrato de comodato. Por medio de este subterfugio legal se elude la relación laboral y se entra de lleno a un espacio flexible de trabajo, que dota de poder total a la empresa. No es siquiera una forma de subcontratación, es un espantoso encubrimiento de una relación de trabajo que deja en el desamparo jurídico a los médicos Simi, quienes carecen de personalidad legal para interponer cualquier querrela laboral. De esta forma se hace tabla rasa de la Constitución mexicana y de la Ley Federal del Trabajo.

Para los médicos Simi este tipo de relación flexibilizada representa ventajas económicas y conforma una subjetividad interesante. Uno de ellos hace la siguiente consideración: “El consultorio es tuyo y te ofrece ventajas económicas al no pagar renta, limpieza, luz, etcétera”. Agrega que este es un buen pacto ya que montar un consultorio propio “puede implicar el pago de renta elevada, que tendría que salir de los pacientes, lo que incrementaría el precio de los servicios médicos. Esto contribuye a formar un fuerte individualismo que hace olvidarse de los demás médicos” (Entrevista 4). El modelo descentralizado de organización del trabajo de la Fundación cierra la pinza con la creación de consultorios, que al estar a cargo del médico Simi generan en él un sentimiento de pertenencia. El médico se siente como si fuera dueños del espacio de trabajo, más aún porque se le otorga poder de decisión en la gestión, lo que se suma a la conformación del individualismo como una forma de control empresarial.

Esta forma de flexibilidad salvaje en la contratación contamina la relación salarial y las condiciones de trabajo que se instauran entre dos actores laborales que se encuentran en una relación completamente asimétrica, sin que ello implique un conflicto manifiesto. La relación salarial está vinculada a la intención empresarial consciente de conducir tal vínculo a un espacio de ambigüedad en el que la legislación laboral no tenga injerencia y que tampoco implique en este sentido otorgar capacidad de decisión al médico. La retribución salarial está determinada totalmente por el empresario de forma encubierta; el médico Simi recibe su remuneración económica del pago que el paciente hace por la consulta, pero quien decide el precio es la empresa. El médico carece de atribuciones para regular la cuota fijada, en atención a la ideología de servicio médico a los pobres. El precio de la consulta es de 30 pesos, irrisorio en comparación con los honorarios de un médico particular que atiende en su consultorio. En ocasiones esto le causa vergüenza al médico Simi: "... cuando supe que la empresa cobraba muy barato, 10 pesos –en sus inicios eso valía una consulta– se me hacía más que nada denigrante, me preguntaba cómo una persona con tanto conocimiento puede cobrar tan barato, pero no veía la parte altruista del negocio" (Entrevista 4). La ideología empresarial que se sintetiza en *todos ganamos*, además de fortalecer el altruismo profesional del médico lo sensibiliza socialmente para contener cualquier iniciativa de incremento salarial como petición directa a la empresa, la interiorización de los valores de altruismo y ganar-ganar, en un medio en el que las remuneraciones económicas elevadas son muy valoradas, significa la formación de un sentido del trabajo que justifique dicha situación social. Un médico Simi entrevistado expresó:

Quando yo ingresé, se cobraba 15 pesos la consulta; en tres meses aumentó a 20 pesos. Los supervisores me explicaron que la idea de aquí es ayudar a la gente: Si tú ayudas a uno, te ganas 20 pesos; si ayudas a dos, obviamente 40 pesos [...] hay un menudeo, es decir, si a mucha gente le cobras poquito, la persona gana y uno gana, sin denigrar a la consulta, sin denigrar el servicio. Es realmente congruente nuestro lema: *ayuda más y gana más*³ (Entrevista 4).

³ El costo de la consulta médica en noviembre del 2011 era de 30 pesos.

El médico Simi puede incrementar su remuneración económica por el comportamiento de la demanda o por las comisiones que recibe cuando recomienda el consumo de medicamentos elaborados por su patrón encubierto, pero esas son circunstancias aleatorias. La flexibilidad salvaje de la relación de trabajo representa, como contraparte de las ventajas señaladas, algunas desventajas, ya que la gestión directa de los consultorios obliga a los médicos Simi a absorber costos secundarios. Así lo explica uno de ellos: “Todo el material lo proporcionamos nosotros, Farmacias Similares no te aporta nada, todo lo tiene uno que comprar, como el algodón, venda, alcohol...” (Entrevista 1).

Este tipo de relación salarial da cauce a diferentes representaciones de la profesión. Un médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) consideró que los salarios que ganan constituyen una “humillación” pues argumentó: “No son dignos de un médico que se ha preparado y pagado costos económicos y emocionales; mínimo, merecen un buen salario” (Entrevista 5). Esta representación, que puede ser una característica de desprofesionalización, se relativiza al confrontarse con el salario real que recibe el médico Simi. Uno de ellos, al realizar un cálculo de lo que gana, expresó que su remuneración económica se acerca al salario de un médico del IMSS; cabe aclarar que no consideró prestaciones sociales (Entrevista 6). No hay datos objetivos que permitan saber cuánto gana un médico Simi. Los cálculos pueden ser muy variables, dependiendo de la zona en que se encuentre ubicado el consultorio; además, hay que tomar en consideración que estos médicos tienen otras prácticas, privadas o públicas, y también ofrecen consulta desde su casa, lo que les permite tener fuentes adicionales de remuneración. Esto puede conducir a preguntar si el salario percibido como médicos Simi, es complementario o base de la percepción total por su trabajo, no tenemos datos al respecto.

Sin embargo, un salario determinado por el solo precio de la consulta resulta poco estimulante en una profesión en la que los ingresos elevados son la norma ideal. Esto de por sí constituye un punto de tensión subjetiva, pero además se agrega otro problema, que es la ausencia de responsabilidad social de la Fundación Best, que cuenta con fuerza de trabajo barata y un ejército de reserva dispuesto a laborar en condiciones de flexibilidad laboral salvaje. Nadie en ese centro de trabajo tiene asegurada su estabilidad laboral. Al término del contrato de comodato las partes tienen la libertad de renovarlo o dejarlo sin

efecto, sin responsabilidad para la Fundación. Tampoco hay garantía de obtener un salario decente. Es, en pocas palabras, un paraíso laboral para el empresario, que se mantiene libre de la posibilidad siquiera de una huelga o de negociaciones ante las instituciones que regulan el conflicto laboral.

En esta estrategia de flexibilidad extrema, al médico Simi se le responsabiliza de su propia reproducción laboral; en una aparente coincidencia con la autonomía profesional, las condiciones de trabajo recaen totalmente en la gestión laboral de los mismos médicos Simi. La Fundación Best establece el horario de servicio de los consultorios, de las 9.00 a las 21.00 horas, y le agrega una condición: siempre debe haber un médico en servicio. Con esta norma se deposita en el médico una autonomía condicionada de gestión de la fuerza de trabajo, pues los horarios se distribuyen de acuerdo con la cantidad de médicos que comparten el consultorio. Son los mismos médicos quienes, al regular su jornada, contribuyen de una manera eficiente a cubrir horarios que ellos pueden determinar con base en su experiencia de presencia o ausencia de pacientes. La Fundación Best no se preocupa por los tiempos muertos; estos pasan a ser una contribución del médico a la regulación de un proceso de trabajo que funciona por autorregulación de sus empleados, ya que no hay supervisión empresarial del cumplimiento de la jornada de trabajo.

En las entrevistas, los médicos Simi ofrecieron información diversa respecto a su jornada de trabajo en los consultorios, que es de cerca de seis horas; son pocos los que rebasan ese horario formal (Entrevistas 2, 4). La jornada de trabajo se vive de una manera aceptable, no es causa de problema o conflicto con el empresario; algunos incluso lo expresan: “A veces, honestamente, me dan las nueve y yo quisiera más tiempo, y lo siento, pero ya me tengo que ir” (Entrevista 4). La profesión médica se caracteriza por el desempeño de la práctica en diferentes espacios laborales, lo que conduce a jornadas de trabajo irregulares y frecuentemente largas, al grado de que algunos analistas concluyen que en esa profesión hay adicción al trabajo. De ahí que lo que sucede con los médicos Simi es una cuestión entendible en la profesión.

El médico Simi no goza de prestaciones sociales, ni de seguridad social; situación que puede tener menor impacto en comparación con el caso de otras ocupaciones, pues en este campo suele haber profesionistas de edad avanzada que continúan ejerciendo en sus propios consultorios. El médico Simi es responsable de su propia reproducción social

y económica. Esta cuestión, que no necesariamente se concibe como síntoma de desprofesionalización, es más bien una circunstancia estructural en la profesión médica, excepción hecha de aquellos médicos que ejercen en los sistemas de salud pública.

Otro efecto del contrato de comodato es que mediante la anulación de la relación laboral se elimina el derecho de sindicalización, y con ello se evitan los costos económicos adicionales de la contratación colectiva y los costos políticos de negociar con líderes que en su mayoría son corporativos y corruptos, así como la amenaza a huelga. En fin, el sueño dorado de los empresarios: contar con un empleado que por medio del convencimiento ideológico se identifique más con la patronal que con los trabajadores. Esto es lo que se vive en la Fundación Best.

Entonces, la articulación de todos los trabajadores bajo el lema *uníos y vencer* se dificulta en una profesión en la que hay una gran estratificación del empleo y, en particular, bajo las condiciones organizacionales e ideológicas en que labora el médico Simi.

La profesión médica tiene una serie de prácticas que la distinguen y conforman identidad entre los médicos, como ejercer en lugares con fachadas estructuradas, el cuidado de la apariencia y los modales en el trato a los pacientes. Esto contribuye a conformar una subjetividad que opera en la generación de sentidos hacia el trabajo. Como ya se dijo, el consultorio ofrece a los médicos Simi una serie de ventajas económicas, pero también de orden simbólico, puesto que al carecer de supervisión sobre el tiempo de trabajo, cuentan con un abanico de posibilidades para regular sus modales y su aspecto personal, lo que crea espacios de libertad que a su vez contribuyen, por paradójico que parezca, a la formación de un sentido de pertenencia en un empleo con flexibilidad salvaje.

En la figura del médico Simi se construyó un dispositivo de dominación que proviene por una parte de la estrategia ideológica del empresario, y por otra, de los atributos que dota la propia profesión al médico, como la experiencia subjetiva de la autonomía, y de las condiciones propias del mercado de trabajo médico. Esta configuración conformó un ambiente propicio para asegurar al médico como un sujeto que se autocontrola en los aspectos corporal, cerebral y emocional para sentirse bien y entregarse al trabajo de tiempo completo. Al respecto, un médico entrevistado comentó: “Estoy aquí desde hace un año y medio, sin faltar ningún día y atendiendo con calidad, y eso es bien importante” (Entrevista 4). Ignoramos

cómo se presenta esta tendencia de entrega al trabajo en los otros escenarios laborales en los que también intervienen los médicos Simi, necesitamos datos para definir si forma parte de la configuración Simi o si es parte de la experiencia compartida en la profesión médica.

La práctica médica es una interacción en la que hay intercambio emocional entre las partes; incluso, este intercambio se puede percibir como un elemento fundamental en el tratamiento de la enfermedad y la conformación de identidad. Un médico Simi narró con entusiasmo que tratar a un enfermo es “emocionante porque te inmiscuyes en la vida de esa persona, sabes que tiene un problema grave y que tú tienes la posibilidad de solución. Entonces la haces de todo, eres médico, psicólogo, abogado, realmente te inmiscuyes en parte de la vida del paciente, eso fortalece tu vocación y también lo económico” (Entrevista 4). El médico Simi está consciente de su actuación emocional, desempeña un papel que se desplaza entre un extremo donde es comprensivo, y otro donde es serio y adusto. Guarda coherencia escénica para controlar la confianza requerida por la práctica médica, y que no siempre se da; uno de ellos comparte su experiencia: “No lo niego, llega a haber algunos roces, actualmente no ha pasado. Antiguamente tenía algunos pacientes que dicen que soy muy renuente, un poquito grosero, pero es parte de la carrera, del quehacer diario” (Entrevista 4).

Fomentar relaciones de confianza y otorgar un trato cortés con los pacientes son competencias deseables en la profesión médica, que se dan por vocación, pero sobre todo para conformar un nicho de mercado propio. Es el caso del médico Simi que, al centrarse en el tratamiento de padecimientos de orden general, tiene que ofrecer una buena dosis de emocionalidad en la interacción con su paciente, para permitir la valoración de un servicio vulnerable por la creencia generalizada de que la medicina que ahí se receta es poca eficiente. Valorar al pobre, hacerlo sentir que vale más que una consulta, es fundamental en la práctica del médico Simi, como bien lo expresó uno de ellos: “Los pacientes me van a buscar, es necesario construir dependencia hacia uno”; en ningún momento hay referencia de que el médico promueva que el paciente se haga responsable de su propio cuerpo.

Un estilo de vida laboral

De la precarización laboral en la que desarrollan su práctica los médicos Simi no se puede deducir, según la bibliografía consultada, que haya una crisis de identidad profesional. El médico Simi está inserto en un interesante juego de representaciones; desde el exterior es percibido por médicos de otros espacios laborales como expresión de una práctica médica desprofesionalizada, atribución hecha desde el prestigio: el médico Simi carece de fama. Esa percepción es compartida por algunos de ellos: “Creo que me descalifican, yo misma me descalificaría, pero, insisto, es la mala práctica que han tenido muchos médicos en Farmacias Similares, sobre todo” (Entrevista 3).

En respuesta a esta posición, la percepción más generalizada de los médicos Simi sobre ellos mismos es diferente: se perciben de forma positiva y no como protección contra ese estigma, que puede tener una aceptación parcial entre ellos, pero predomina la percepción de que son portadores de los valores tradicionales de la profesión, que están siendo cuestionados por el predominio de la medicina gerencial, como son la ética, la responsabilidad y el compromiso con el paciente.

Un signo relevante de las profesiones son los estudios universitarios; para los médicos es un toque de distinción, como bien lo expresa uno de ellos: “Primero es tener un título, luego que ese título lo lleves en la frente, es decir, que estés ejerciendo realmente” (Entrevista 4). Además de ese signo que forma parte del estatus del médico, hay otros que tienen que ver con su apariencia, que les dota de identidad profesional y les permite una dramatización eficaz en su actuación laboral. El siguiente comentario manifiesta parte del ceremonial de atención al paciente: “Para ser doctor, primero tienes que parecer doctor, portar siempre el uniforme adecuado, no puedes atender con pants y tenis, porque van a decir que ese no es doctor. Lo principal es aparecer con la bata” (Entrevista 2). Si bien el médico Simi tiene autonomía en cuanto a la forma de presentarse en su consultorio, opta por mantener los símbolos de identidad de la profesión. Independientemente del estatus y posición social del médico, la bata es un signo de identidad que sienta diferencia con muchas otras profesiones y ocupaciones y se le pueden imputar diversos significados. Para un médico Simi esa indumentaria representa “respeto hacia el paciente y respeto hacia uno mismo; en lo personal me enorgullece más que el título de doctor” (Entrevista 4).

Desde antes de pertenecer a la empresa, los médicos que trabajan para la Fundación Best poseen una identidad profesional que, entre otras cosas, se expresa en la “satisfacción personal en la carrera que uno estudia y al ejercerla te ofrezca una economía buena, sana, porque tenemos familia” (Entrevista 1). La profesión médica, a pesar de ser muy criticada por la tendencia a estimar más la ganancia que la ética hipocrática, conserva el orgullo de ser médico, y al articularse con el altruismo en una versión propia del médico Simi, como servicio a los pobres, conforma una identidad corporativa que se expresa de esta manera:

Es un orgullo pertenecer a una empresa mexicana. Pensé que sería como cualquier otra empresa, sin embargo su sistema es totalmente diferente. Es decir, dar salud a la gente en forma económica, lo que ha ofrecido frutos al tener crecimiento. Empezó con farmacias, luego con sucursales y actualmente maneja el sistema de franquicias y es superexcelente (Entrevista 4).

A pesar de reconocer la profesión y a la Fundación Best, el médico Simi está consciente de las desventajas que derivan de la masificación de la atención médica barata:

Desgraciadamente al copiar el modelo de Similares todo mundo puso consultorios; se puede ver en cualquier lugar a un médico o, mejor dicho, a un medicucho que puede dar consulta. Eso no es ético. Hay una denigración muy grave de la profesión, incluso por eso critican nuestro sistema, hay amigos que dicen: pongo una clínica y ya mañana me estoy ganando mis 11 000 pesos (Entrevista 4).

La opinión sobre la desprofesionalización, aunque sea compartida por los médicos Simi, no puede sostenerse de forma generalizada. Hay una situación crítica de las condiciones objetivas en que labora, pero son mediatizadas por las ventajas que ofrece, al mismo tiempo, esa forma laboral flexible, y que al articularse con una cultura profesional difícil adherirse de forma unívoca a esa tesis.

El médico Simi defiende su práctica profesional de bajo costo a través de las fuertes críticas que hace al sistema de salud público. Considera que, por una parte, hay una producción constante de egresados de las facultades de Medicina, pero por la otra, la infraestructura en hospitales no ha crecido a la velocidad requerida. Además, en los servicios

públicos, como el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se establecen lapsos muy limitados para la atención de los pacientes, situación que uno de los médicos entrevistados cataloga como una muestra de la deshumanización de la medicina (Entrevista 1). Entonces, para el médico Simi vale más tener un empleo con sentido social, que padecer el desempleo existente en el mercado profesional médico centrado en las ciudades (Entrevistas 2 y 4).

En un ambiente de medicina gerencial que propicia la degradación del trabajo, el médico Simi hace un llamado a la ética profesional como opción para enfrentar la creciente deshumanización y la proliferación de médicos carentes de valores humanos y sociales cuya práctica degrada a la medicina para convertirla en un simple negocio.

La ética es muy importante para la profesión médica. Se le concibe, primero, como orientaciones que regulan la relación del médico con el cliente, la cual debe ser emocionalmente neutra y se obliga a prestar el servicio a cualquier paciente al margen de su condición social, étnica, política, y religiosa. La consecuente actuación desinteresada del profesional evita la explotación económica y psicológica del cliente. En segundo lugar, la ética comprende la regulación de las relaciones entre colegas, que deben ser cooperativas, igualitarias y de soporte; los miembros de la profesión habrán de ejercer en un marco de colaboración y apoyo mutuo, sustentando la tradición común en la que se han formado. Por último, están los códigos que afirman el ideal de servicio social desinteresado y alientan la organización y el avance de la acción profesional.

De este código de ética, los médicos Simi enfatizan la parte que resguarda su actuación de cobro barato por consulta. A decir de uno de los entrevistados: “Nuestro compromiso es por el derecho a la vida, de ayudar a que los sujetos recuperen su salud y la Fundación Best hace una labor social sin lucro, nuestra labor es [...] ayudar a la gente, que tenga un buen tratamiento, que se cure” (Entrevista 5).

Conclusión

La tesis del declive de las profesiones tiene un fuerte determinismo estructural; en contraste, aquellas tesis que parten del hecho fehaciente de la crisis de identidad profesional descuidan la articulación de las condiciones estructurales. En consideración de estas dificultades en la

construcción de conocimiento, el punto de partida para la comprensión del médico Simi fue su análisis a partir de la relación entre las condiciones objetivas en las que se desempeña y la parte de la ética profesional médica bajo cuestionamiento.

La conclusión fue que existe una configuración de un médico Simi en la que hay una tendencia hacia la desprofesionalización y, de manera simultánea, otra que mantiene el núcleo básico de la profesión, como la ética, la autonomía, el monopolio del conocimiento y la vocación. Ambas caminan en sentido opuesto; la primera obedece a las necesidades del mercado expresadas en la medicina gerencial y la segunda recupera la identidad en una extraña imbricación entre la 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.

La configuración del médico Simi coloca en tensión el pronóstico de que toda la profesión médica tiende a una igualación en sus condiciones estructurales, que de manera homogénea van a la baja, y que como movimiento progresivo dicta la crisis de la identidad profesional. Como hipótesis podemos suponer que algunos médicos viven el proceso de desprofesionalización en cuanto a las condiciones laborales o pérdida de ética y compromiso, mientras otros mantienen su estatus habitual —como los médicos *hiperespecializados* que se encuentran en un mercado de trabajo tan particular que les ofrece buenas oportunidades económicas— y otros más, incluso, se están reprofesionalizando. Los médicos Simi, en lugar de representar la crisis del pacto de la profesión médica con la sociedad, son una especie de resignificación de esa vinculación, en el sentido de su proyección hacia la atención a de los pobres, que ahora son reconsiderados por los empresarios como un nicho de mercado próspero y no como un lastre para la acumulación capitalista. Para el Estado esto significa descargar su responsabilidad en el propio sujeto: a los médicos les corresponde conseguir un empleo de forma individual y a los pobres les toca hacerse responsables de su propia salud.

Bibliografía

Abbott, Andrew

1988 *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.

Anderson, Bárbara y Alma López

2008 “La revancha del doctor Simi en México”, disponible en: <<http://ciperchile.cl/2008/12/15/la-revancha-del-doctor-simi-en-mexico/>> [consulta: 4 de marzo de 2010].

Ballesteros, Jesús

1989 *Posmodernidad: decadencia o resistencia*, 1ª reimp., Madrid, Tecnos.

Ballesteros Leiner, Arturo

2007 “Notas para un estudio sociológico de las identidades profesionales”, en *Acta Sociológica*, núm. 47, noviembre de 2006-abril de 2007, pp. 111-124.

Becker, Gary

1983 “Inversión en capital humano e ingresos”, en Luis Toharia, comp., *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Madrid, Alianza Editorial.

Carr-Saunders, Alexander Morris y Paul Alexander Wilson

1933 *The Professions*, Oxford, Clarendon Press.

Castaño Yepes, Ramón Abel

1999 *Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*, Bogotá, Fundación Creer.

Computación Aplicada al Desarrollo s.f.

“Víctor González Torres”, disponible en: <http://www.economia.com.mx/victor_gonzalez_torres.htm> [consulta: 8 de marzo de 2010].

Consejo Nacional de Población

2009 “Sin la adecuada política de población, seríamos en México 160 millones de habitantes”, Dirección General de Comunicación Social, boletín de prensa núm. 18/09, 9 de julio, disponible en: <<http://www.conapo.gob.mx/prensa/2009/bol090709.pdf>> [consulta: 12 de marzo de 2010].

Corvera, Diego

2006 “Las farmacias del Dr. Simi atentan contra la dignidad de la profesión”, 17 de abril, disponible en: <<http://>

www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20060416/pags/20060416235521.html [consulta: 9 de junio de 2010].

Derber, Charles y William A. Schwartz,

1992 “¿Nuevos mandarines o nuevo proletariado?: poder profesional en el trabajo”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 59, julio- septiembre, pp. 57-87, disponible en: <http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_05.pdf> [consulta: 18 de julio de 2009].

Dubar, Claude

2002 *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*, Barcelona, Bellaterra.

Durkheim, Emile

1993 *La división del trabajo social*, Barcelona, Planeta-Agostini.

Elliot, Philip

1975 *Sociología de las profesiones*, Madrid, Tecnos.

Fernández Pérez, Jorge A.

2003 *Estructura y formación: el caso de la profesión médica*, Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Finkel, Lucila

1996 *La organización social del trabajo*, Madrid, Pirámide.

1999 “¿Qué es un profesional? Las principales conceptualizaciones de la sociología de las profesiones”, en Carlos A. Castillo Mendoza, coord., *Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico*, Pirámide, Madrid, pp. 197-228.

Freidson, Eliot

1978 *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península.

2001 “Las teorías de las profesiones. Estado del arte”, en *Perfiles Educativos*, vol. 23, número 93, pp. 28-43, disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/132/13209303.pdf>> [consulta: 20 de julio de 2009].

Guillén, Mauro

1990 “Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarianización y poder profesional en las organizaciones complejas”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 51, julio septiembre, disponible en: <http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_051_04.pdf> [consulta: 21 septiembre de 2009].

Habenstein, Robert W.

1963 “Critique of ‘profession’ as a sociological category”, en *The Sociological Quarterly*, vol. 4, núm. 4, pp. 291-299, septiembre.

Hughes, Everett

1960 “The professions in society”, en *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, vol. 26, núm. 1, febrero, pp. 54-61.

Johnson, Terence J.

1972 *Professions and power*, Londres, Macmillan Press.

La Jornada

2010 “Diputados denuncian intento de pevemistas y priistas de dar un nuevo golpe al IMSS”, por Roberto Garduño y Enrique Méndez, viernes 22 de octubre, p. 14.

Larson, Magali S.

1977 *The rise of professionalism: a sociological analysis*, California, University of California Press.

Medical Professionalism Project

2002 “Medical professionalism in the new millennium: a physicians’ charter”, en *The Lancet*, vol. 359, núm. 9305, pp. 520-522.

Pacheco Méndez, Teresa y Ángel Díaz Barriga

1997 *La profesión: su condición social e institucional*, México, Centro de Estudios sobre la Universidad/UNAM-Miguel Ángel Porrúa.

Patiño Restrepo, José Félix

2004 “El profesionalismo médico”, en *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, pp. 146-152, disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822004000300002&lng=pt> [consulta: 18 septiembre de 2011].

Perrow, Charles

1992 “Una sociedad de organizaciones”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 59, julio-septiembre, pp. 19 -55, disponible en: <http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_04.pdf> [consulta: 18 de julio de 2009].

Piore, Michael

1983 “Notas para una estratificación del mercado de trabajo”, en Luis Toharia, comp., *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*, Madrid, Alianza Editorial.

Real Villarreal, Mariano Ángel

2002 “Sociología de la profesión de graduado social”, tesis de doctorado, Alicante, Universidad de Alicante.

Salas, Carlos y Eduardo Zepeda

2003 “Empleo y salarios en el México contemporáneo”, en Enrique de la Garza y Carlos Salas, coords., *La situación del trabajo en México*, México, Instituto de Estudios del Trabajo-Plaza y Valdés-UAM-Centro Americano para la Solidaridad Sindical Internacional.

Spencer, Herbert

1992 “El origen de las profesiones”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 59, julio- septiembre, pp. 315-325, disponible en: <http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_059_16.PDF> [consulta: 10 de noviembre de 2009].

Strange, Susan

1996 *La retirada del Estado*, Barcelona, Icaria Editorial.

Waddington, Ivan

2007 “Professions”, en Adam Kuper y Jessica Kuper, eds., *The social science encyclopedia*, 2ª ed., Londres-Nueva York, Routledge, disponible en: <<http://www.bookrags.com/tandf/professions-tf/>> [consulta: 20 de noviembre de 2009].

Wilensky, Harold L.

1964 “The professionalization of everyone?”, en *American Journal of Sociology*, vol. 70, núm. 2, septiembre, pp. 137-158.

Wynia, Matthew K., Stephen R. Latham, Audiey C. Kao, Jessica W. Berg y Linda L. Emanuel

1999 “Medical professionalism in society”, en *New England Journal of Medicine*, vol. 341, núm. 21, pp. 1612-1616.

Artículo recibido el 15 de noviembre de 2010
y aceptado el 20 de mayo de 2011