

# La práctica médica\*

---

Hugo Mercer\*\*

---

## 1. Primera impresión y primeras preguntas

El análisis del tema “La Práctica y el Saber de la Medicina Oficial” presenta una serie de problemas en diferentes planos: diversidad de enfoques teóricos, distintas aproximaciones metodológicas, formas de conceptualizar el tema en estudio, o bien el hecho de referirse a momentos históricos y lugares diferentes.

Estos elementos, que son comunes al análisis de casi cualquier tema en el campo de las ciencias sociales, se suman al hecho que el tema en cuestión plantea en su mismo título uno de los problemas centrales en el campo de la teoría del conocimiento: la relación entre práctica y saber.

Una primera impresión de los materiales que se refieren al tema permite caracterizarlos, en su gran mayoría, como descriptivos de algún aspecto del tema, y casi ninguno de ellos formula una interpretación integradora de lo que la práctica médica significa. Constituyen, en ese sentido, buenas descripciones de momentos históricos, de instituciones aisladas o de conflictos locales, pero adolecen de una base teórica que vincule esas

descripciones e, incluso, explicaciones con los determinantes estructurales de la sociedad.

Cabría preguntar a qué se debe esa situación tan generalizada, no sólo en dichos trabajos, sino en las ciencias sociales; en su gran mayoría la producción bibliográfica proviene de las corrientes positivistas, y aun aquellos trabajos que no pertenecen a su orientación reproducen algunas de sus características.

En el campo del análisis de las prácticas se confunden también resabios o reformulaciones de concepciones agnósticas acerca del conocimiento científico, visibles tanto en los análisis institucionales de la corriente weberiana como en los funcionalistas posteriores. Uniendo esta observación al hecho anterior de que la producción bibliográfica está en manos de seguidores directos o indirectos de Hume, Kant, Weber o Parsons, no resulta entonces extraña esa “primera impresión” que los artículos generan, de calificarlos como fenomenológicos.

Quizás al asociar esta herencia agnóstica a la fenomenología de los trabajos funcionalistas encontremos el porqué carecemos de una explicación integradora (esencial) de la práctica médica y su relación con el saber.

\*Publicado originalmente: Mercer, H. (1976). La práctica médica. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 22(84), 9-31.

\*\* Sociólogo, especializado en Medicina Social. Trabajó en la Organización Panamericana de la Salud; consultor de la misma. Coordinador de la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco. Autor de varios trabajos sobre educación médica y sociología médica.

Esto puede ayudar a interpretar el hecho explicativo de los análisis institucionales weberianos (crítica al determinismo económico a partir de la recurrencia a los niveles religioso y político) o de los trabajos funcionalistas (al describir los cambios de la práctica médica apoyándose en el modelo de la relación médico-paciente).

Es entonces donde surgen una serie de interrogantes: ¿el análisis del tema significa caer también en la descripción?, o ¿es posible, a partir de lo conocido, buscar una estructura explicativa que se constituya en esencia del tema en estudio?

Esto significa creer en cosas diferentes de los agnósticos, implica creer en las posibilidades de que partiendo del análisis de una práctica social, en este caso la práctica médica, será posible iniciar una explicación de su relación con el conocimiento científico.

Asumiendo que esta relación entre práctica y saber científico se da por medio de:

- a) Los problemas que plantea a la investigación científica el desarrollo de las fuerzas productivas;
- b) La influencia que ejercen sobre la ciencia las relaciones de producción, inseparables en el análisis de las fuerzas productivas (por ejemplo: freno durante el feudalismo al desarrollo de las ciencias de la naturaleza);
- c) Vinculación entre el conocimiento científico y la situación de las instituciones políticas, culturales y sociales en una sociedad y en momentos históricos específicos. A pesar de que la marcha del saber es inexorable, la existencia de coyunturas de opresión y represión a la clase obrera está estrechamente ligada a una conducta igualmente represiva hacia quienes desde el campo de la cultura o de la investigación defienden intereses populares.

De esta manera resulta posible identificar tanto en el plano teórico como en el metodológico aquellas corrientes que se ubican por el mantenimiento del *statu quo* y aquellas que aportan elementos para su transformación. La tantas veces manida dicotomía entre explicaciones para el orden y explicaciones para el cambio, a pesar de que plantea categorías aparentemente cerradas, continúa siendo válida. Eso es visible aun en la forma en que se describe un hospital o los cambios en los sistemas de atención a la salud; el problema del cambio, entonces, se mantiene como una frontera que separa a los científicos sociales, y el campo de la salud no resulta para nada ajeno. A esta situación se vincula, sin duda, el punto de vista de clase desde el cual se formula la interpretación.

Lowy<sup>1</sup> señala que el “corte” entre Marx y sus predecesores (y hasta autores posteriores) es, para él, un corte de clase en el interior de la historia de la ciencia económica.

Así el camino a seguir en el análisis estará orientado a ubicar la esencia del objeto de estudio y a partir del mismo diferenciar cómo cada trabajo aporta para un más completo conocimiento.

## 2. Orden y cambio en las ciencias sociales

Cuando nos enfrentamos a la explicación de hechos sociales según Comte, Durkheim, Weber, o en la economía política por Smith o Ricardo, o aun sus seguidores, y al ubicar sus obras dentro del contexto de la sociedad capitalista, es posible preguntarse, ¿a qué se debe que teniendo los elementos teóricos y los instrumentos metodológicos para en muchos casos consolidar un análisis social que cale hondo en la razón de ser del

<sup>1</sup> Michael Lowy. "Objetividad y Punto de Vista de Clase en las Ciencias Sociales", bibliografía del módulo "Práctica Médica", Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana. X, 1976.

Estado, o la existencia de una producción social de bienes para una apropiación privada de los mismos, no se haya podido manifestar en teorías estructuradas? La respuesta a esa pregunta, sin duda, nos vincula a la anterior observación sobre la pertenencia de clase de muchas de las interpretaciones sociológicas. ¿Qué tienen en común, entonces, los autores citados? Algunos, el representar la expresión ideológica de una fracción de la ascendente burguesía; otros, establecida ya la burguesía en el poder, justificar la racionalidad utilizada por ésta para consolidar su dominio. Ya sea en el plano económico o en el sociológico, dichas aportaciones han servido para justificar formas de explotación en la actividad productiva y formas de dominación en las relaciones sociales.

El haber enunciado que el valor emana del trabajo, y no de la tierra o el cambio, que el orden social no se establece como en una máquina o en un organismo biológico hubiera significado para todos esos autores abandonar una posición apologética del sistema social e iniciar, por consiguiente, una crítica al mismo, lo cual ya no es defender los intereses de la clase dominante, eso ya significa descubrir que el valor se genera en la producción; que en el desarrollo del proceso productivo existe una situación de explotación que permite la concreción de una plusvalía por parte del trabajador y, estrechamente vinculado a esto, que el trabajo humano no sólo por el tiempo que se le utiliza da lugar a la determinación del valor, sino que se convierte en mercancía que circula vestida de fuerza de trabajo, potencialidad para producir valor. El desarrollo de un pensamiento coherente o derivado de estos hechos convierte al científico social en intelectual al servicio de otras clases sociales opuestas en sus intereses a las dominantes.

El enfrentamiento entre las corrientes “estáticas” o “apologéticas del sistema” y el materialismo

histórico ha dejado planteados una serie de problemas que se presentan habitualmente al analizar el presente de una práctica social o su desarrollo en diferentes lugares y tiempos. Aún siguen siendo objeto de discusión: valor, organización social de la producción, división del trabajo, relaciones sociales, papel del Estado, etcétera.

Son tema de discusión no porque su conceptualización no sea todavía lo suficientemente clara, sino porque es en torno a ellos donde se establecen los ejes de la transformación histórica contemporánea.

### 3. Metodología para el análisis

Tal como se plantea previamente la unión entre teoría y método es sumamente estrecha, lo cual obliga a que al asumir una postura para el análisis de la bibliografía sobre el tema sea necesario establecer una postura metodológica correspondiente.

La secuencia que ofrece el positivismo para el estudio de la práctica médica -realizando un análisis histórico de las formas más simples de la relación médico-paciente hasta las más complejas instituciones hospitalarias- necesita recurrir a asentar su modelo explicativo en una relación bipersonal, actores sociales que ajustan su conducta a fines y medios; se analizan organizaciones sociales, pero se termina explicando en función de características individuales.

Dentro del campo materialista, como señala Luporini,<sup>2</sup> Lenin veía acertadamente en el modelo teórico elaborado por Marx el fundamento de la “posibilidad de una sociología científica”.

<sup>2</sup> Cesare Luporini, *Marxismo y ciencias humanas*, Córdoba, Argentina, Cuadernos de Pasado y Presente, 1.1968.

Para él esto significaba dos cosas:

- a) La posibilidad de alejar a la sociología de la mera descripción fenoménica, y
- b) La posibilidad de fundar “leyes” de los fenómenos histórico-sociales -admitidos también por los sociólogos “subjetivistas”- sobre una base objetiva y no simplemente fenomenológica; sobre la base de los modelos de formaciones económico-sociales y de los criterios objetivos utilizados para construirlos.

Por consiguiente el método de análisis para el estudio de la práctica médica debe apoyarse en una realidad concreta, la mayor objetividad de las relaciones de producción con cualquier otra relación social, y en tanto las demás pasan por la conciencia y éstas constituyen el ser social, puede ser un buen punto de partida. Especificar las diferentes formas de práctica médica según las características que asumen las relaciones de producción constituye el primer paso del análisis.

Las prácticas médicas, en tanto estructuración elaborada sobre dicha base social, se presentan como estructuras institucionales diversificadas en casi la totalidad de los países capitalistas. En América Latina, en general, dichas estructuras pueden distinguirse en: dependencia estatal, de seguridad social en sus diversas formas, organización privada y atención comunitaria. Luego se describirán en forma más detallada cada una de ellas.

El siguiente paso estará destinado a analizar la constitución interna de estas instituciones, cómo se da su desarrollo, qué papel juega en ellas la división del trabajo, la relación entre diferentes especialidades y jerarquías profesionales, la identificación de categorías explicativas de diferentes prácticas sociales, etcétera.

Finalmente, como una nueva manifestación del nexo entre la práctica y el saber médico oficial y la estructura social se estudiarán las diferentes manifestaciones que asume el valor de las prestaciones que cada cuerpo institucional brinda.

En términos de desarrollo metodológico, el propósito es el de establecer bases explicativas que partan de un proceso de abstracción y deducción, siguiendo un camino de aproximaciones sucesivas que consiste en avanzar paso a paso de lo más abstracto a lo más concreto, eliminando suposiciones simplificantes en las etapas sucesivas de la investigación, de modo que la teoría pueda tomar en cuenta y explicar una esfera más vasta de fenómenos reales.<sup>3</sup>

#### 4. La estructura hospitalaria

El propósito de partir en el análisis de las formas más desarrolladas de la práctica médica obliga a descartar como eje explicativo la complejidad de la relación médico-paciente para tomar como unidad de análisis, no ya un fenómeno descrito a nivel individual, sino una unidad de análisis colectiva, como es el caso del hospital.

Si consideramos su evolución histórica resulta posible ubicar desde los nosocomios griegos hasta los hospitales medievales la hegemonía del componente religioso por encima del médico. La incapacidad del saber científico se vinculaba así a la responsabilidad que asumía la institución religiosa en el cuidado y atención de los pacientes.

En esta primera etapa de la institución hospitalaria, descrita por George Rosen,<sup>4</sup> la atención mé-

<sup>3</sup> Paul Sweezy. Teoría del desarrollo capitalista, México. FCE. 1974.

<sup>4</sup> George Rosen. From Medical Police to Social Medicine, New York, The Hospital Science History Publications. 1974.

dica no está dirigida propiamente a los enfermos, sino que cubre las necesidades de los desamparados, quienes no estaban ligados a una ocupación fija, vagabundos, peregrinos, etcétera. No debe extrañar esta subordinación de lo médico a lo religioso: el saber es, en este caso, insuficiente y se apoya en otro tipo de convicciones, pero si se relaciona este escaso saber con la concepción económica vigente en el periodo, podrá observarse que en Grecia el trabajo productivo es esencialmente un trabajo servil y despreciado, por servil, y esa “infamante servidumbre ha pesado en la aplicación productiva de los conocimientos técnicos”. Ha pesado sobre todo en la ideología, impidiendo que se reconociera al trabajo como única fuente de valor de cambio.<sup>5</sup>

En una situación social en la que no se considera importante mantener la salud del trabajador, o en la que el trabajo no aparece asociado al valor, un escaso desarrollo de la práctica médica dirigida a estos sectores sociales resulta coherente con esta concepción del mundo.

Una segunda etapa en el devenir de la institución hospitalaria comienza a registrarse a partir del siglo pasado, cuando con la existencia de un cuerpo de conocimientos científicos suficientes, el hospital deja de ser el campo dominado por la iglesia para convertirse en una institución fundamentalmente médica. El paso de institución de cuidado o depósito de pobres y moribundos a otra en la que es posible la recuperación y la curación, es observable también en el descenso registrado en las tasas de mortalidad hospitalarias.

La presencia de personal médico se convierte en una necesidad permanente, y al mismo tiempo,

aunque en forma muy lenta, se va produciendo un cambio en la composición de la clientela hospitalaria.

El desarrollo de las ciudades, el proceso de industrialización -en especial la segunda revolución industrial- y la existencia de una situación de mayor bienestar económico que aparentemente promueve la industria, establecen las bases para una ingerencia estatal y pública en los procesos de enfermedad individuales. Las instituciones religiosas o privadas subsisten, pero contando ahora con apoyo municipal o estatal.

Así, a la mayor influencia médica la acompaña una toma de conciencia pública sobre la salud.

En términos de composición de la “clientela” hospitalaria, los cambios se producen tanto por quienes comienzan a acudir como a quienes el hospital recibe o alienta a utilizar sus servicios.

El desarrollo del capitalismo mercantil ya había esbozado una preocupación por la defensa de la población como productora de valor: “ciertos mercantilistas no se contentan con comprobar que es el mercado el que ‘determina’ los precios; detrás de las fluctuaciones desconcertantes de esos precios buscan una constante para explicar el misterio”.<sup>6</sup>

Con el tránsito al capitalismo industrial esas intuiciones ya se habían confirmado: la clase dominante reconoce el valor del trabajo: Smith, desde una perspectiva defensora del sistema, expone ya un análisis de la mercancía, de la división del trabajo, del capital y del valor, dentro de un conjunto teórico coherente. Como dice Mandol

<sup>5</sup> Ernest Mandel. Tratado de economía marxista, t. III, México. ERA, 1972.

<sup>6</sup> Ibidem.

es el primero que formula de manera sistemática la teoría del valor-trabajo, que reduce el valor de las mercancías a la cantidad de trabajo que contiene y que se esfuerza en reforzar esta teoría con una serie de pruebas, incluso pruebas históricas.

Ricardo consolida esta interpretación que lleva a los diversos campos de la estructura social, en diferentes tiempos, a asumir y cumplir con las necesidades del sistema productivo.

El hospital abandona su papel de refugio de menesterosos y recibe fundamentalmente a la clase obrera. Aunque generados en diferentes periodos previos, los conocimientos sobre la asepsis, la circulación sanguínea o mayores conocimientos anatómicos gravitan para que el hospital pierda, ante la vista de la población, su imagen fatalista.

El pensamiento económico burgués veía, pero no reconocía; hizo falta una explicación teórica coherente que superara a la economía política vigente “reduciendo las categorías separadas de ‘ganancia’, ‘renta’ e ‘interés’ a una sola categoría fundamental, tratada como tal, la categoría de plusvalía o de sobretrabajo”.<sup>7</sup>

El aporte de Marx sirvió para descubrir que la plusvalía es la herencia monetaria de una situación de explotación que funcionó en los modos de producción previos con otras características; además, el descubrir el secreto económico de la plusvalía -la diferencia entre el valor de la fuerza de trabajo y el valor creado por la fuerza de trabajo- pudo resolver los hasta entonces puntos oscuros de la teoría del valor-trabajo.

Esta separación entre trabajo y fuerza de trabajo comenzó a evidenciarse en el campo de la salud a partir del hecho de que una vez “medicalizado” el hospital comienza a destinar su acción a cubrir las necesidades, fundamentalmente de la fuerza de trabajo.

No es el marginal, el desocupado, el destinatario de las acciones de atención médica; con el avance del presente siglo, la preocupación se dirige a los sectores con una inserción laboral segura.

El surgimiento de hospitales por grupos ocupacionales, o formas de mutualismo que se desarrollan -y que en parte son herencia de los gremios artesanales- representa el grado de prioridad que reviste la conservación de un adecuado nivel de existencia para ciertos sectores productivos dentro de cada economía nacional. El hospital por ocupaciones o en algunos países por origen migratorio era confundido también con las actividades económicas de los inmigrantes.

Esta tercera etapa en la historia hospitalaria está acompañada, o mejor dicho complejizada, por el desarrollo de las especialidades en el interior del hospital, hasta constituirse en instituciones u hospitales independientes.

De todas formas, el desarrollo del hospital como eje de la práctica médica contemporánea es útil para visualizar las vinculaciones de la práctica con la estructura social.

## **5. La práctica médica actual, su apariencia**

Si en lugar de enfocar la práctica médica en función de sus manifestaciones particulares preocupa más ubicar las características más abstractas y generales, se justifica más la elección de las for-

<sup>7</sup> Ibid.

mas institucionales de la práctica médica, porque es sobre ellas donde se asienta la acción “oficial”.

El capitalismo de libre empresa, de iniciativa privada, no se contradice, en esencia, con una acción manifiesta sobre aquellos campos de interés para la estabilidad del sistema en su conjunto.

Los inicios de intervención estatal en el campo de la salud, a través de la asimilación a su control de las instituciones de beneficencia, son continuados con la creación de organismos de seguridad social que, conforme avanza el nivel de conciencia o la capacidad reivindicativa de la clase obrera, se convierten en el sistema de atención médica con mayores recursos. La práctica privada constituye la tercera forma de atención que subsiste, por un lado, por la existencia de sectores sociales capaces de solventar sus costos y últimamente por el subsidio indirecto que le otorgan las instituciones de seguridad social a través de la subcontratación de servicio.

La práctica privada es el refugio de la ideología liberal, el ámbito al que se ambiciona y al que se llega cada vez menos. Sus formas más recientes la convierten en una práctica similar a las industrias con alta concentración de capital y agrupación empresarial, desmintiendo en su accionar las imágenes de “libre elección del profesional”, “relación personalizada”, etcétera.

Finalmente la forma más reciente de práctica médica constituye una derivación, en algunos países, del propio Estado, o indirectamente por medio de la seguridad social, y es la medicina comunitaria. Su desarrollo es bastante cercano; atiende a sectores sociales en mayor medida urbanos y recientemente al sector rural, los cuales son víctimas de los desajustes del sistema capitalista en los países dependientes.

En su actividad establece formas de atención que demandan un más simplificado mecanismo de atención, y en la medida que son sectores con nula o muy baja productividad no justifican una elevada inversión de capital para el mantenimiento de su salud. Por otra parte, el Estado aduce su carencia de recursos para mantener toda una estructura asistencial en estos sectores, por lo que se busca -y en muchos casos se consigue- la “participación de la comunidad” en la subvención parcial de estos recursos médicos, ya sea construyendo los servicios, brindando personal de la propia comunidad, o simplemente pagando por cada acto médico.

Estas cuatro formas de la práctica serán analizadas en función de los aportes que cada uno de los autores realiza al tema. Nuestra preocupación consiste en explicar estas formas de práctica médica por el hecho central de su nexo con las relaciones de producción, por lo cual el camino a seguir será el de identificar la relación entre cada una de estas formas con cada clase social en particular.

## 6. Práctica médica y relaciones de producción

Conforme nuestra perspectiva, esta relación constituye la base explicativa de la existencia de diferentes formas de práctica médica. Una primera distinción de interés es observar cómo para cubrir las necesidades de atención a la salud de la clase obrera se generan diferentes modalidades de “cobertura”.

Como señala J. O. Urbina,<sup>8</sup> “la clase obrera es un producto genuino de la producción industrial capitalista, constituyendo ésta su única fuente de gestación y de reproducción como clase”. Dicho autor, partiendo de las tendencias que presenta la

<sup>8</sup> Jaime Osorio Urbina, “Superexplotación y Clase Obrera: El Caso Mexicano”, Cuadernos Políticos, núm. 6, México, Edit. ERA, 1976.

acumulación capitalista -a dónde se orientan las inversiones, qué sectores industriales se desarrollan, dónde se concentran los capitales-, sostiene la posibilidad de identificar formas de estructuración de la clase obrera y las características de su desarrollo.

Además, agrega que

son las necesidades que los capitales imponen, para funcionar productivamente, las que van determinando las exigencias planteadas a la fuerza de trabajo respecto a “cómo consumirla”; es decir, respecto a las formas como la fuerza de trabajo deberá ser explotada por el capital.

En América Latina es claramente visible la diferencia de atención médica que reciben aquellos sectores obreros ocupados en grandes industrias, con una fuerte concentración de la fuerza de trabajo, un trabajo organizado e interdependiente, salarios relativamente altos, con fuerte intensificación de su trabajo, etcétera, en relación a los sectores obreros de las pequeñas industrias, sumamente dispersas en la producción, atomizados en múltiples talleres, con muy bajos salarios y largas jornadas de trabajo.<sup>9</sup> Esta diferencia no se da sólo en el plano de la atención médica, sino fundamentalmente en las formas de existencia de cada sector, de las cuales la atención médica es otro componente más.

Son muy pocos los autores que se han dedicado a explicar este nexo entre relaciones de producción y práctica médica; no pidamos siquiera una explicación de las diferencias internas a la clase obrera, contentémonos con quienes han intentado responder a preguntas como: ¿a qué clases sociales respondió históricamente el desarrollo

de las instituciones de salud?, ¿cómo gravita una estructura de clases sobre el desarrollo de diferentes terapias, especialidades y conocimientos en el campo médico?, ¿en países dependientes, cómo varían las formas de atención médica a la clase obrera?, o ¿en los países dependientes, qué papel juega la capacidad reivindicativa de los sectores populares en relación al desarrollo de las fuerzas productivas?

Son pocos, es cierto, los autores que de una u otra forma abordan las preguntas o los puntos mencionados. Berlinguer,<sup>10</sup> Stern<sup>11</sup> y Ehrenreich<sup>12</sup> en sus trabajos tratan el tema, aunque no en forma directa.

Berlinguer, partiendo de la consideración del poder social del médico, llega a caracterizar las condiciones de su práctica en una específica coyuntura histórica. Su objetivo, dar claridad a la actuación política en el campo médico, se refleja en:

El camino de un empeño profesional ligado a nuevos objetivos sociales está lleno de dificultades, está empedrado no sólo de buenas intenciones, sino de mil posibilidades de compromisos corruptores. Su apertura depende del grado de madurez de los intelectuales, pero mucho más todavía del grado de madurez de las clases trabajadoras y de sus organizaciones.

No es fácil, en una profesión que promete beneficios muy superiores a los de la media de la población, trabajar en instituciones dominadas por fuerzas retrógradas, en colectivos donde las tendencias progresistas son a menudo minorita-

10 Giovanni Berlinguer. *Medicina y política*, Buenos Aires. Argentina, Edit. Cuarto Mundo, 1975.

11 Bernhard Stern. “The Specialist and the General Practitioner”, en *Patient, Physicians and Illness* de G. Jaco, New York. The Free Press, 1969.

12 Barbara Ehrenreich. “Witches, Midwives and Nurses”. *Monthly Review*, october, 1974.

9 Ibid.

rias, en situaciones en las que se hace necesario conquistar para sí, día a día, un espacio nuevo.

Valga lo extenso de la cita para visualizar con amplitud los objetivos que conlleva el trabajo de Berlinguer. Al definir el contexto de la práctica médica como un campo más de lucha y al ubicar los objetivos de su cambio, no resulta extraño que se pueda extraer de su análisis una caracterización de la práctica existente e inmediatamente después una descripción de la práctica social a conseguir.

En la descripción de la situación actual Berlinguer señala que la práctica médica actual está unida a dos vicios de fondo. El primero, su ligazón a un criterio mercantil (la calidad de los tratamientos, y a veces la posibilidad misma de ellos, aparece en función de la riqueza individual o del valor mayor o menor de la capacidad laboral a reintegrar).

El otro vicio es que “la relación personal médico-enfermo, indispensable a los fines terapéuticos, se agota en sí misma como en un círculo cerrado”, dado que esta relación, según Berlinguer, se plantea sólo sobre el acto terapéutico, y no en un acto sanitario (“mecanismo capaz de transformar un fenómeno negativo -la enfermedad- en señal positiva de problemas a los que se necesita enfrentar para impedir otras enfermedades”).

La forma de pasar a una práctica diferente es “dándole a la práctica médica un fundamento organizativo específico, a partir del conjunto de las instituciones sanitarias, y un fundamento general, dado por el conjunto de las relaciones sociales y culturales”.

Si bien el análisis no está centrado en lo que ocurre en las instituciones en su totalidad, sino que el eje gira en torno al médico, es destacable que la metodología de dicho autor está orientada a plan-

tear acciones para determinados periodos “determinadas situaciones”, observándose el peso que tiene el análisis coyuntural en su enfoque.

La meta a alcanzar, y para la cual Berlinguer impulsa un nuevo uso del poder social del médico, se manifiesta en las siguientes consideraciones:

Aún hoy la práctica médica se va configurando como una función separada de la sociedad, mientras se profundiza el abismo entre la medicina y el pueblo. Pero ella, la práctica médica, puede contar con un bagaje científico imponente que debe ser renovado y, por cierto, no abandonado. El cambio sólo se dará a partir de una práctica social distinta, por ejemplo, del análisis de los temas sanitarios surgidos de las actuales condiciones de trabajo en las fábricas: ritmos, horarios, nocividad ambiental, aberración del proceso capitalista de producción, condiciones de vida en las grandes concentraciones urbanas, etcétera. Además es necesario ligarse a esas condiciones para proponer nuevas tareas a la profesión, para conocer y orientar las actitudes de la población y para reconocer así el terreno en que el médico trabajará, las dificultades y los obstáculos que deberá superar.

De Berlinguer podemos extraer elementos útiles para analizar la relación que guarda el ejercicio médico con la estructura de clases; el aporte de elementos metodológicos y conceptuales son de suma importancia, máxime por tratarse de una orientación escasamente desarrollada en América Latina.

De su análisis se derivan también conclusiones acerca de cómo gradualmente, a medida que el vicio mercantil impregna la práctica, se va separando cada vez más la profesión de la ciencia. Su propuesta, clara en la cita precedente, es la de

buscar fuentes prácticas de conocimientos que vinculen el ejercicio a las condiciones actuales de producción. Tanto para el médico como para el conjunto institucional es necesario asumir acciones preventivas y buscar en el espacio de la producción un mejor resultado de los “actos sanitarios”.

Stern sobre este punto (relaciones de producción y práctica médica) señala cómo en el desarrollo reciente de las especialidades médicas se produce, por un lado, su generación con el material humano que recurre a los servicios hospitalarios gratuitos o de bajo costo, pero el ejercicio de la especialidad queda luego puesto al servicio de las clases adineradas y en el medio urbano.

Se evidencia entonces una división de la atención entre el médico general y el especialista, quedando el primero responsabilizado por los sectores de bajos recursos o de residencia rural, dejando el medio urbano y “afluente” en manos de los especialistas.

También de Ehrenreich se pueden extraer conclusiones similares, pero diferenciando en este caso según sexo del profesional, en su trabajo descubre la evolución de la atención médica en función del papel que jugaron las mujeres en su historia.

Afirman que se produjo una clara discriminación antifemenina, por una parte, pero más importante aún, una discriminación social.

La extracción de clase de las mujeres trabajando en el área de la salud era inferior a la de los hombres, y la misma relación existía para la clientela de cada profesional según su sexo.

El desarrollo de las instituciones médicas como cuerpos de prestigio y poder se dio *a posteriori*

del desplazamiento y sometimiento de la mujer que trabaja en este campo.

Cabe destacar que las referencias a clases sociales se observe en autores que, tanto por su comprensión teórica como por sus necesidades de acción política, colocan su producción o sus estudios en una perspectiva materialista.

El vacío que encontramos en los trabajos es el de investigaciones que ayudan a entender los criterios y formas de atención a los diferentes sectores sociales, y la relación dialéctica que existe entre necesidades y reivindicaciones.

Como un aporte diferente, tanto en lo conceptual como en lo metodológico, se puede inscribir el trabajo de Boltanski,<sup>13</sup> quien descubre el papel normativo y de control social que cumplió la institución médica sobre la naciente clase obrera.

La clase dominante también se apropia de la ciencia, y siguiendo la diferencia en las normas del cuidado infantil, Boltanski demuestra el papel domesticador que se ha hecho jugar al conocimiento científico en el área médica. Cómo los preconceptos científicos se unen a una situación de clase social y cómo ésta es manipulada por el saber oficial, son los elementos que se extraen de la obra de Boltanski.

Quizás el énfasis en los aspectos ideológicos de la transmisión del saber no permita una vinculación más explícita con las condiciones económicas de la clase obrera, de todas maneras eso constituye un aspecto para enriquecer el tema abordado por Boltanski.

<sup>13</sup> Luc Boltanski. Puericultura y moral de clase, Barcelona. España, LAIA. 1973.

## 7. Sistemas de práctica y división del trabajo

Definidas ya las formas de práctica vigente cabe buscar una explicación a por qué cuando la atención de un problema similar de salud está referido a distintas clases sociales, implica la inversión de desiguales esfuerzos (personal, tecnología, medicamentos, etcétera). Qué diferencias internas existen entre las instituciones médicas en lo que se refiere a su personal, la división de su trabajo y el empleo de tecnología, etcétera.

Dichos elementos estarían operando como las variables en función de las cuales se podría construir una tipología explicativa de estas instituciones médicas. Serviría para explicar cómo el Estado articula los intereses de las clases dominantes y los provenientes de una situación de dominación neocolonial con la capacidad de presión de la clase trabajadora.

### 7.1 Situación en América Latina

Schwefel<sup>14</sup> presenta los resultados o conclusiones de una reunión de profesionales latinoamericanos realizada en Berlín en 1973, en donde se analizó la situación en ese momento de los servicios de salud en América Latina.

La reseña destaca algunos puntos centrales de los temas tratados y que la situación de varios de los proyectos que entonces se presentaron ha cambiado en forma drástica y lamentable. Independientemente del análisis que se realice sobre la descentralización de servicios, la democratización, o la participación comunitaria, tales iniciativas han quedado anuladas en la mayoría de los países latinoamericanos.

<sup>14</sup> Detlef Schwefel. Organización de servicios descentralizados de salud pública en la América Latina, Berlín. Instituto Alemán de Desarrollo, 1973.

De todas maneras se planteó allí la secuencia que se dio en el continente de corrientes planificadoras. Mencionan que después de la Segunda Guerra Mundial la estrategia de desarrollo suponía: diversificación de la producción, empleo de tecnologías, industrialización y particularmente aumento de la productividad. Por esa razón bajó la inversión en educación y salud; se pensaba que el desarrollo iba a promover mejoras en ambos. Hasta ese entonces lo que había funcionado para asegurar en el plano de la salud la dependencia económica a la metrópoli habían sido los convenios bilaterales destinados a proteger y mantener la explotación primaria (malaria y fiebre amarilla, abastecimientos de agua, etcétera).

Los países que habían recibido la consigna de convertirse fundamentalmente en exportadores de materias primas contemplan cómo el valor de sus productos cede en el mercado mundial a raíz del desarrollo de productos sustitutivos. Por consiguiente se enfrentan a una situación en la que no han acumulado capital y deben, por un lado, satisfacer necesidades sociales y, por otra, pagar cada vez más caro los productos manufacturados necesarios.

La salida que muchos países encuentran para este desajuste no previsto (?) fue iniciar reformas: educacional, tributaria, administrativa, agraria, etcétera. Estos cambios se caracterizaron por una concepción rígida y economicista con escasa participación de las ciencias sociales.

A través de los análisis en los sistemas de planificación de la salud para el sector estatal (y en especial la repercusión del método CENDES/OPS), los participantes en la reunión concluyen que la “cuantificación, modernización, control, fueron nuevas ropas de las concepciones tradicionales en planificación”.

La racionalidad explícita del sistema, a través de sus criterios burocráticos, no ilustra suficientemente -a partir de los datos de esta reunión- sobre la estructura interna de las instituciones médicas. Es cierto que ése no era el propósito de la reunión, pero la superficialidad del tratamiento del análisis de la burocracia tampoco ayuda a entender las determinaciones estructurales sobre la atención médica.

Cabe señalar que en nuestros países se carece de un aporte ilustrativo del funcionamiento de las instituciones de atención médica, cuyo contenido pueda utilizarse dentro de un modelo explicativo como el que aquí se propone.

## 7.2 División del trabajo

En torno a este punto existen varias contribuciones referentes a la división del trabajo en esta coyuntura histórica, a algún sector del personal en particular o bien a la aparición de especialidades en el área médica.

En la revista *II Manifesto*,<sup>15</sup> apareció un artículo elaborado por un grupo de obreros y técnicos italianos que analizan la aparición de un nuevo sector dentro del proceso productivo, se refieren a los administradores, ingenieros y científicos que constituyen un sector particular, contrastante de los otros sectores de la clase obrera.

En la medida en que el artículo de los Ehrenreich<sup>16</sup> es coincidente con los planteamientos del grupo italiano, estudiaremos las consideraciones generales que estos últimos formulan para analizar luego su repercusión en el área hospitalaria.

<sup>15</sup> *II Manifesto*, 5/6 octubre-noviembre de 1969; versión en inglés, "Technicians and the Capitalist Division of Labor".

<sup>16</sup> John y Barbara Ehrenreich, "Hospital Workers: a Case Study in the New Working Class", *Monthly Review*, January, 1973.

Una primera discusión que se genera es si consideran a este nuevo sector ocupacional como el brazo gerencial de los capitalistas, o el polo opuesto: verlos como proletarios en tanto no tienen propiedad sobre los medios y alienan su trabajo.

Un elemento que se agrega para dilucidar esta polaridad clasificatoria es el componente histórico: en el capitalismo competitivo las relaciones eran más claras entre el proletariado, los capitalistas y sus representantes, ya que la supervisión de la clase capitalista era directa y cotidiana.

Actualmente existen, señala el grupo italiano,

leyes objetivas del proceso de trabajo, y el capitalista ya no está presente físicamente, al mismo tiempo la producción y la labor individual se han sistematizado y racionalizado, la moderna corporación está organizada en base a una compleja jerarquía determinada por la desigual distribución del conocimiento técnico.

Es así como detrás de los principios científicos de organización, gerencia y división del trabajo se desarrollan nuevas formas de autoritarismo.

A pesar de que no se observa una definición clara sobre autodeterminación, que la usan como indicador de socialismo y se parece bastante a autogestión, penetran en el papel que juega el control de conocimientos que poseen los técnicos. Son críticos sobre la magnitud de conocimientos controlados por los técnicos, señalan que desde el punto de vista de la conciencia de clase importa el control sobre el trabajo y el proceso de producción en general. Pero el mito del técnico y del administrador de que son autónomos -porque en sus campos específicos no reciben órdenes, lo que a su vez se ve reforzado por la constante referencia a la ciencia y la tecnología como independientes de

cualquier interés e ideología-, es en esencia falso.

Las soluciones que se le presentan a la empresa para concentrar el poder, alimentando esos mitos de autonomía, pueden ser: mantener las formas piramidales de jerarquía, o bien “objetivar” el poder, reduciendo la importancia de las decisiones individuales y estandarizando cada fase operacional. Esto gravita indudablemente en la capacidad de parar la labor, uno de los instrumentos más poderosos que posee la clase obrera. Finalmente concluyen que las funciones especializadas son reificadas al transformarse en barreras objetivas entre los diferentes estratos de la fuerza de trabajo.

La pregunta que obviamente surge es acerca de ¿cómo se manifiesta esto en las instituciones médicas?

Los Ehrenreich estudiaron trabajadores de la “nueva industria” hospitalaria, personal que ha sufrido un aumento cuantitativo impresionante desde el 50 al 70, con un promedio de 132 empleados en el 50, y pasó a 312 en el 70, incremento que se justifica por el cambio en la complejidad del hospital y el desarrollo de equipo más sofisticado, obviamente esto resulta paradójico.

La consolidación de la industria hospitalaria lleva a una situación de competencia entre las instituciones del ramo que reviste características de agresivo expansionismo. Hasta la década de los 50's en Estados Unidos la movilidad de la fuerza de trabajo hospitalaria era considerable, situación que desde hace 20 años se ha venido estabilizando.

Existe ya una bien elaborada división del trabajo, pero a pesar de esta aparente “industrialización” de los trabajadores hospitalarios no constituyen un trabajador industrial cuyo producto sea la

atención médica. El trabajo hospitalario es diferente de los trabajos industriales. En primer lugar, y es obvio, porque el producto central del hospital no es un bien de valor cuestionable, sino un servicio cuyo valor se autoevidencia. En segundo lugar, y otra característica distintiva del hospital, existen agudas diferencias de prestigio y poder del personal empleado, si bien en líneas generales es un personal de alta calificación, los salarios tienen agudas desproporciones que se muestran en la existencia de “profesiones y para-profesiones”, “alto mando y mando medio”, reflejando la ideología en cada una de estas profesiones su *status* subordinado.

El hospital juega con la diferencia ideológica entre trabajadores y profesionales; el primero se aliena, el segundo crea; los primeros se sindicán, los segundos se cuidan de hacerlo.

Frente a esta descripción los autores sostienen que entre potencialmente revolucionario y potencialmente burgués, el personal técnico es ambas cosas.

Susan Reverby<sup>17</sup> se refiere también a la situación norteamericana, y toma como ejemplo el caso de la enfermera hospitalaria con el propósito de desmistificar el papel ahorrador de fuerza de trabajo que supuestamente cumpliría la tecnología en el hospital.

La descripción parte de que hasta principios de siglo las enfermeras eran personal con escasa capacitación, sin o con muy poco salario, en tal sentido no constituían una amenaza para el cuerpo médico. Esta dominación se acrecienta con la conversión del hospital en escuela de enfermería,

17 Susan Reverby. “The Emergency of Hospital Nursing”, en *Health/Pac.*, New York, núm. 66, 1975.

lo cual a la par que da un personal barato y controlable permite un adecuado adoctrinamiento.

Para evitar el potencial poder que la enfermera pueda alcanzar, gracias a su directo contacto con los pacientes, los administradores establecen técnicas gerenciales (separan la concepción de la ejecución, subdivisión de tareas, precálculo de labores, creación de supervisores).

Paralelamente, la introducción de la medicina científica sirve de cobertura ideológica a esta organización empresarial del hospital.

En el caso de la enfermería se observa cómo históricamente se ha convertido en el sector de la fuerza de trabajo, al que se aplicó primero un control fabril, lo interesante de este análisis de Reverby sería complementarlo con la relación que la enfermería mantuvo con los profesionales médicos.<sup>18</sup>

Los tres trabajos comentados apuntan a un problema visible en los centros urbanos y en las principales instituciones. Las preguntas que plantean son, entre otras, ¿existe un funcionamiento diferencial de la división del trabajo en las instituciones privadas y las estatales?, ¿cómo se presentan estos problemas en América Latina?

### 7.3 “Medios de producción” y tecnología

Para el análisis de la práctica médica constituye un riesgo indudable caer en paralelismos muy rígidos entre sistema productivo y sistema de prestación de servicios, en ese sentido considerar a la

<sup>18</sup> Mark Field aborda en cierta manera el problema de división del trabajo, comparando sólo cuantitativamente el sistema de la URSS con el de Estados Unidos, en “Evolutions Structurelles de la Profession Médicale... (1910-1970)”, C. Social Démogr. Médic., XI année, núm. 2 (avr-jun 1971).

tecnología como un instrumento de producción puede ser correcto, lo que se debe tener claro es que no lo es de producción de mercancías.

Varias son las aportaciones en torno al papel que juega la tecnología en la práctica médica; entendemos que de su análisis se deben derivar explicaciones sobre el papel que juega en la medicina contemporánea el desarrollo de innovaciones instrumentales sobre el conocimiento y la aparición de nuevas especialidades. Asimismo el uso que se hace de la tecnología puede ser un interesante indicador de los criterios de inversión de capital que tienen los ministerios, la seguridad social y la práctica privada.

Krause<sup>19</sup> es quien aborda como eje central de su análisis el papel que juega la tecnología en el campo médico.

Resulta interesante destacar que parte de definir a la política como la acción grupal tendiente a incrementar la influencia sobre el curso de ciertos eventos sociales. Para sus propósitos, le interesa en especial la influencia sobre el poder de “distribución de bienestar y otros recursos”. El otro elemento que interviene en su explicación es la tecnología, y la entiende como la “aplicación del conocimiento científico para la solución de problemas concretos, abreviando la distancia entre conocimiento y problemas prácticos”.

Su tesis central es que con el desarrollo de la tecnología ésta comienza a influir sobre los propios hechos sociales, incluyendo la distribución de los recursos, con lo que termina siendo un elemento de peso político en sí.

<sup>19</sup> Elliot Krause. "Health and the Politics of Technology". Inquiry, vol. III, núm. 3. septiembre. 1971.

Krause es uno de los pocos autores que presenta las opciones conceptuales que tiene el investigador. Se preocupa en diferenciar entre Comte y Marx el rol que le atribuyeron a la tecnología.

Según Comte lo importante para el científico social es generar instrumentos que den orden al caos social que produce la invasión tecnológica. En cambio para Marx, según resume Krause, el hecho de concentrar gran número de personas en condiciones laborales desfavorables y en una situación de explotación económica fomentará la toma de conciencia y, por consiguiente, una revolución política.

Krause entiende las derivaciones de la introducción de la tecnología en el área de la salud a través de elementos concretos: las máquinas, las técnicas, los proveedores, las corporaciones y las ganancias. Su preocupación es observar y explicar el creciente uso de la tecnología como forma de inversión de capital y mecanismo de afianzamiento y logro de poder.

Su observación crítica apunta al juego sucio entre proveedores y compradores, que quiebra las reglas del mercado, lo cual en medicina es aún más grave, ya que

la atención médica analizada como producto se distorsiona porque elude las fuerzas del mercado: precio, elección, rendimiento medible, canales y expresiones para el descontento del consumidor...

A pesar de que el análisis se inicia con buenos auspicios y que la riqueza de información es considerable, el artículo peca finalmente de una crítica superficial a la actual situación del complejo industrial-asistencial-universitario.

Sin embargo hay muchos puntos de interés; su explicación del tránsito del hospital universitario a la atención comunitaria en función de propósitos oportunistas, obtención de mayores fondos federales, es notable.

C. Wright Mills<sup>20</sup> destaca el impacto de la tecnología en la actividad médica, y Strauss<sup>21</sup> estudia la repercusión de esta situación sobre la atención pediátrica. Mills, con influencia weberiana, califica al hospital de burocracia con cierto grado de autonomía que tiene la capacidad de formar y adoctrinar sus propios recursos humanos y establece una racionalidad específica para mantener esa dependencia.

#### 7.4 *Interés e instituciones*

Las características de las instituciones en sus aspectos organizativos, la administración y los criterios de racionalidad con que operan, constituyen un campo de especial interés. Pueden encontrarse textos sobre servicios estatales, administración aplicada a la seguridad social e inclusive sobre programas de salud comunitaria, pero se carece de un análisis comparativo de dichas instituciones en cuanto a su relación con la base económica de una sociedad.

Bonnie Towles<sup>22</sup> describe la decadencia de la práctica individual de la profesión médica y cómo emergen prácticas sustitutivas a través del ejercicio grupal. Este proceso de desaparición del generalista se ve estimulado por el desarrollo de una mayor actividad por parte de las grandes funda-

20 C. Wright Mills, "Les Transformations du Monde Medical", en *Sociologie Médicale*, de François Steudler, Armand Colin.

21 Pierre Strauss, "L'Hospitalisation des Enfants", en *Sociologie Médicale*, op. cit.

22 Bonnie Towles. "Primer on Primary Care", en *NC, for Urban Ethnic Affairs and PAC*.

ciones médicas y por los grupos de especialistas de sistemas de práctica grupal.

La influencia de las compañías de seguros y el criterio empresarial con que se organizan estos servicios son analizados a través de la discriminación de que son objeto para poder hacer rentable la inversión, los enfermos crónicos, los pobres, los ancianos, etcétera. Se trata de una caracterización de las tendencias que se observan en Estados Unidos, aunque conviene destacar que estos fenómenos, con diferente intensidad, se manifiestan ya en América Latina.

## 8. Práctica médica y valor

La práctica médica no produce bienes materiales que se puedan consumir, cambiar, etcétera; sin embargo sus acciones poseen un valor, valor dado por el tiempo de trabajo insumido por los trabajadores de salud, por los costos de equipos de diagnóstico y tratamiento y por la valoración

que la sociedad (el Estado, la clase dominante y, en fin, el “mercado”) haga de cada acto médico.

Discutir si es posible considerar que cada práctica médica, según a la clase social a que esté dirigida, posea diferente valor, es sin duda un tema que demanda una consideración minuciosa, y del cual se quiere plantear aquí la inquietud.

Sólo tres trabajos hemos encontrado vinculados a este tema: Hanlon<sup>23</sup> lo analiza desde una perspectiva eminentemente al servicio de la racionalidad capitalista; Robert Alford<sup>24</sup> propone una descripción característica de las ciencias políticas fun-

23 J. Hanlon, *Principios de administración sanitaria*, 3a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1973.

24 Robert Alford, *The Political Economy of Health Care. Dynamics without Change. Politics and Society*, Winter, 1972.

cionalistas, y Guy Caro<sup>25</sup> desde una postura materialista esboza algunas consideraciones en torno al valor del acto médico.

La perspectiva clásica del tema del valor estaría dada por las observaciones de Hanlon; aunque él se refiere al valor en el campo de la salud pública, refleja la imagen que tiene de la salud. Las fuentes que utiliza para encontrar un valor económico a la vida y la salud lo descubren y ubican; toma de William Petty (1623-1687) y de Adam Smith las bases para considerar el “cuerpo como semejante a una máquina”. Además agrega que

la vida y la salud sólo tienen en sí mismos un valor real en cuanto contribuyen a fomentar la eficiencia y la felicidad... su valor auténtico depende de las actividades que, gracias a ellos, se pueden desarrollar.

A partir de esta perspectiva analiza los factores componentes del valor de la vida humana en los periodos de “inversión inicial, periodos de costos de instalación humana, periodo de productividad humana”. Hanlon es quien expone con más claridad esta subordinación de los servicios de salud al valor económico, explicita aquellos factores que otros encubren y resulta interesante que al señalarlos en esa forma piense en la salud en relación a productividad.

Esos cálculos de horas de trabajo no desperdiciadas, gastos de tratamientos evitados, ilustran que la preocupación radica en asegurar el control sobre el nivel de existencia que históricamente se alcanzó, control que obviamente se encuentra en manos de la clase dominante, por eso Hanlon le resulta en el plano de la salud un buen “intelectual orgánico”.

25 Guy Caro, *La medicina impugnada*, cap. II, Barcelona, Edit. Laia, 1972.

Estos intereses económicos sobre la salud de la población se reflejan, por una parte, en el funcionamiento de sistemas de práctica médica y, por otra, en los grupos de interés que de ella se derivan. Siguiendo la orientación de muchos politólogos norteamericanos, Alford formula una descripción de los grupos de presión que se forman: unos defendiendo un valor determinado fundamentalmente por las leyes del mercado (práctica privada); otros buscan en el funcionamiento de los servicios un valor económico, pero también político al extender el ámbito de control social del Estado en forma más racional (seguridad social, ministerios), y otros más que desean para la comunidad una participación en el poder sobre la distribución de los recursos.

De esas bases Alford extrae la lucha entre los “defensores del mercado”, los “abogados de la salud igualitaria” y “los racionalizadores de la burocracia”, grupos que representan diferentes modalidades de práctica médica. Pero sus limitaciones -e incluso las de Alford- consisten en que terminan calificando o ubicando los problemas de los servicios en términos de que

la crisis no es el resultado de la necesaria competencia entre intereses, grupos y proveedores en una economía pluralística y competitiva, no por la ineficiencia burocrática o por la conexión de leyes o políticas gubernamentales, sino por el conflicto entre los monopolistas de la profesión y los racionalizadores de la burocracia.

Su observación final es un tanto obvia y esperada. Si toda la situación es tan conflictiva, señala, hasta que no se contradiga la estructura pluralística de la sociedad se mantendrá la tendencia o una condición entre ambos grupos.

Caro adolece de serios defectos, entre ellos el de hacer un análisis superficial, y al emitir opiniones, o mejor dicho extrapolaciones, lo lleva a solidarizarse con modelos que son meras extensiones de la situación de la producción material, aplicadas a la práctica médica. Entonces cae en el reiterado error de describir la práctica médica como una mercancía (“el valor como mercancía, valor de cambio que representa el precio de las consultas, no corresponde al valor de uso, a la utilidad de esas actividades, ni al tiempo medio de trabajo de los médicos que las practican”).

Este error de considerar el acto médico como mercancía se une a una serie de críticas (que se podrían excusar en función de la coyuntura) que le restan al trabajo una utilidad mayor.

Caro da más importancia a la necesidad de aplicar conceptos teóricos que ser consecuente con ellos.

### **Conclusión**

En el presente estudio, a la par que se realiza una revisión de trabajos vinculados a la temática de la práctica médica, se intenta construir una estructura válida para el análisis de la atención médica institucionalizada. Dada la carencia hasta el presente de investigaciones es necesario considerar también trabajos que lo hacen desde un enfoque estático y funcionalista. Vale decir que se trata de un campo que demanda una continua labor de investigación orientada hacia la situación latinoamericana.