

La profesión médica en Colombia

María Consuelo Castrillón A.,¹
Gladys Rocío Ariza S.² y Álvaro León Yepes M.³

Resumen

Se presentan resultados de un estudio realizado con el objetivo de conocer las transformaciones que están sucediendo en el paradigma profesional de la medicina y en las formas como se regula el servicio que ésta presta a la sociedad. Se identifican los principales momentos de la profesionalización de la medicina en Colombia, se muestran las diversas disposiciones que han regulado esta práctica durante el siglo XX y se describe la situación de los médicos en el contexto de la reforma a la seguridad social, según como la perciben diferentes actores entrevistados.

Palabras claves: profesión médica, regulación de la profesión médica, sociología de la profesión médica.

Abstract

This article presents the results of a study carried out with the purpose of knowing the changes that are taking place in the professional paradigm of medicine. It also shows the transformations in the ways in which the service that medicine provides to society is regulated. The article identifies most important moments in the professionalization of medicine

¹ Profesora, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, E-mail: concastr@epm.net.co

² Empresa Social del Estado, Metrosalud, Medellín, Colombia

³ Médico Metrosalud, profesor Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

in Colombia and describes the laws that have regulated this practice in the twentieth century. Finally, it describes the situation of medical doctors according to the social security reform, as it is perceived by the interviewed actors.

Key words: *medical profession, regulation of medical profession, sociology of medical profession*

Introducción

El artículo que se presenta hace parte de un proyecto colaborativo realizado en cinco países de América Latina. La iniciativa surgió al identificar algunos cambios que han forzado a la profesión médica a modificar su rol en la producción de servicios.

Para el desarrollo del proyecto se conformaron grupos de investigadores en Brasil, Colombia, México, Nicaragua y Perú; se identificaron las características de las reformas en cada caso; se adoptó un referente teórico desde la sociología de las profesiones; y un proceso metodológico que comprendió tres fases: una descriptiva, necesaria para la contextualización del objeto de estudio, una fase documental para reconstruir el proceso de profesionalización y de regulación de la profesión y, finalmente, un análisis en profundidad del resultado de entrevistas realizadas a diferentes actores, para indagar sobre su visión de la medicina en el momento actual.

Dada la extensión del trabajo, en esta presentación se omiten

algunos aspectos, entre ellos, la contextualización sociosanitaria del país, las consideraciones referidas a la reforma de la seguridad social, a los mecanismos de pago y a la formación del médico.

1. Objetivo

Caracterizar los instrumentos jurídicos que han regulado la práctica de la medicina en Colombia y comprender, desde la visión de los actores, las transformaciones que se presentan en el paradigma profesional, en sus procesos de regulación y en la forma como son representados sus intereses.

2. La profesión médica como objeto de estudio

2.1. La mirada desde la sociología de las profesiones

Las profesiones se han considerado como conjuntos de roles ocupacionales. Según Parsons,¹ los profesionales se dedican exclusivamente, es decir, de tiempo completo, a cumplir funciones sociales altamente valoradas y de las cuales derivan su sustento. El ejercicio legal de la profesión está

condicionado al cumplimiento de requisitos de educación formal. El profesional es un especialista técnico, en virtud del dominio sobre un campo de conocimientos y de su pericia para utilizarlos.²

Las profesiones pueden dedicarse esencialmente a producir conocimientos científicos o a resolver problemas cotidianos de la población. En el primer caso se les denomina profesiones eruditas y, en el segundo, profesiones de consulta.³

Algunos autores⁴ identifican el proceso seguido por las ocupaciones para alcanzar su estatus profesional como el *proceso de profesionalización*. El primer paso se da cuando se reconoce una actividad como necesaria socialmente. Los relevos generacionales se aseguran mediante la creación de escuelas de formación, en las cuales se socializa el conocimiento sistematizado en el campo específico a partir de un currículo mínimo. Los profesionales se organizan en asociaciones que representan sus intereses académicos y gremiales. La profesión es regulada con el fin de establecer el monopolio de sus prácticas y de su saber y, finalmente, adopta un código de ética.

La medicina se caracteriza por sintetizar los elementos esenciales de un proyecto profesional exitoso:⁵ está reglamentada por la ley, posee un código de ética, requiere formación universitaria, tiene un

cuerpo de conocimientos y cuenta con asociaciones profesionales que representan sus intereses. Ha logrado una conexión sistemática con la ciencia y la tecnología. Hasta hace poco tiempo, otra de sus particularidades consistía en la fusión comprador-consumidor, a diferencia de otras profesiones en que el comprador suele ser una persona diferente del consumidor final.⁶

Según Freidson,⁷ la medicina ha representado la opinión oficial en torno a la salud, es el punto de referencia en el cual se basan los gobiernos para trazar las políticas de salud. Gracias al apoyo del Estado, la medicina logró constituir un monopolio y obtener credibilidad social. En virtud de su rol social dominante, ha sido capaz de crear y transformar la esencia de su propio trabajo: definir, diagnosticar y tratar las enfermedades, aspecto íntimamente relacionado con el bienestar humano. Además, delinea sus propios roles profesionales y ha desarrollado una compleja división del trabajo, que se evidencia en el número de especialidades en el área de la salud.⁸

En las últimas décadas han ocurrido profundos cambios en las profesiones. Se ha llamado la atención sobre la creciente pérdida de autonomía de las llamadas profesiones liberales, por la pérdida del control sobre el producto, la distribución y el destino final de los servicios que

prestan. Los estudios que tratan de comprender las transformaciones en las profesiones pueden clasificarse en cuatro esferas analíticas: la proletarización, la desprofesionalización, la racionalización de las prácticas y la reprofesionalización.⁹

La *proletarización*, desde la perspectiva marxista, ha señalado un proceso de asalariamiento de las profesiones liberales.¹⁰ Se señalan tres causas de este proceso: la creciente especialización que produce pérdida del control de los profesionales sobre su propio trabajo, al fragmentar la base cognoscitiva que hace imposible dominar el conjunto de conocimientos del área; la burocratización, que define y subdivide cada vez la naturaleza, posición, funciones y condiciones de trabajo; y el paso de las negociaciones salariales de las asociaciones profesionales a los sindicatos. Mckinlay y Arches¹¹ plantean que la profesión médica ha perdido el control sobre los currículos de formación, el ingreso de nuevos practicantes, el mercado y el proceso de trabajo, de tal forma que el objeto y el producto están fuera del control de los profesionales. Los instrumentos y los medios pertenecen a las instituciones, quienes fijan, además, el valor del producto. Finalmente, el proceso de sindicalización al cual está enfrentado el profesional médico representa una aproximación a los segmentos proletarios de la población.

La *desprofesionalización* determina que la medicina está perdiendo progresivamente las características que la llevaron a considerarla la profesión tipo, porque desde hace varios años han surgido nuevas áreas profesionales que disputan la clientela de los médicos y reivindican el monopolio sobre el mercado de trabajo. Este fenómeno, según Larson, responde a la excesiva autonomía del sistema educativo y se asocia con la pérdida de autonomía frente al monopolio del conocimiento, con la pérdida de autoridad sobre los pacientes debido al crecimiento y desarrollo de la informática y de la tecnología y con la invasión de áreas que en el pasado fueron exclusivas de los médicos.¹²

La *racionalización* es una corriente fundamentada en la creciente institucionalización del trabajo de las profesiones liberales, en la cual se destaca la progresiva burocratización que se desarrolla en instituciones complejas. No reconoce la pérdida de autonomía porque sostiene que el médico mantiene el control sobre los aspectos técnicos del proceso de trabajo. Larson sustenta la tesis de la racionalización en la sucesiva división horizontal y vertical del trabajo. El proceso de racionalización de la profesión médica implica desplazar a los médicos del manejo de los recursos de la salud, con el fin de implementar mecanismos externos de gerencia y planeación que los hagan más rentables económicamente.

La *reprofesionalización* fue planteada por Powwell¹³ para el caso del derecho, que al igual que la medicina, está sufriendo cambios en la regulación profesional. Los abogados son cada vez más contratados por terceras partes, como compañías de seguros; y las exigencias de sus clientes han aumentado, al igual que los controles del gobierno y del mercado de trabajo. Lo anterior ha ocasionado una disminución en la autonomía de los profesionales para definir los términos de su práctica. Esta vertiente plantea que los cambios presentados en las profesiones, responden a un proceso más complejo que la desprofesionalización, en el cual las profesiones son obligadas a reconocer los límites de su autoridad y aceptar mayores exigencias en los estándares de desempeño.

2.2. Recursos conceptuales para el análisis de la regulación del ejercicio profesional

La regulación es el proceso de elaboración e implementación de reglas y estándares técnicos que orientan las relaciones entre actores sociales, para racionalizar el intercambio de bienes y servicios.

Los médicos proveen un servicio y la regulación de éste tiene características similares a las de cualquier otro bien o servicio ofrecido a la comunidad. Se regulan los estándares de competencia técnica, la responsabilidad profesional y la eficiencia. Al estudiar la regulación, se analizan tanto las reglas y

sus implementaciones como la intervención de los actores encargados de ejecutarlas.

Se regula¹⁴ la entrada al mercado, las prácticas competitivas, la organización del mercado de trabajo y la remuneración. En cuanto a la entrada y salida del mercado, se define quién puede ejercer la profesión y cómo adquiere este derecho. Las prácticas competitivas se refieren a que la extensión de las competencias tienen límites definidos por reglas éticas, que además, definen quién ejerce legal o ilegalmente una profesión. La organización del mercado de trabajo precisa quiénes son los proveedores de ciertos bienes y servicios, expide las reglas para controlar la especulación, ordena las formas de prestar el servicio, por ejemplo, como empresarios en ejercicio independiente o articulados institucionalmente, y su distribución geográfica. La remuneración, regula el pago de bienes y servicios, los cargos y sus escalas. La regulación del pago es importante para caracterizar las relaciones financieras que se dan entre los médicos y los usuarios de sus servicios y tiene que ver también con el ámbito de las relaciones contractuales.

Existen diversos modelos de regulación con variación entre países, de ahí la importancia del análisis comparativo propuesto en el estudio colaborativo del cual hace parte este informe. Para el

caso de la regulación profesional, se está ante un proceso históricamente construido y con múltiples variaciones en un mismo país. El Estado es un actor importante en la regulación de las profesiones, y según la relación que establezca con el actor que es regulado, se tipifican tres modelos regulatorios: el autorregulado, la regulación controlada por el Estado y la regulación directamente ejercida por él. Los *mecanismos de regulación* son el conjunto de reglamentaciones escritas y de costumbres no escritas, utilizadas para regular los diferentes ámbitos de la prestación de servicios o la distribución de bienes. El desarrollo de un mecanismo de regulación profesional es producto de un proceso histórico en el cual las formas de interacción entre la profesión y el Estado son preponderantes. Por ello, el estudio de la regulación tiene dos dimensiones: una, que se orienta al control de la calidad y de los costos del servicio que presta el profesional y otra, que identifica las tensiones y las relaciones de poder que se establecen entre los actores Estado-profesiones.

3. *Material y métodos*

Para el estudio de la regulación de la profesión médica en Colombia, se trabajó con el universo de leyes, decretos y normas que han regulado su práctica a partir de 1905. Las fuentes primarias están constituidas por

documentos legales, entre los cuales hay leyes, decretos y resoluciones que se refieren a profesiones determinadas, pero también existen otras disposiciones que tienen como objetivo la regulación de la producción de servicios, en las cuales la regulación de los profesionales médicos constituye uno más de sus objetivos.

En algunos casos, las leyes y reglamentos tienen dominios que se sobrepone, de tal modo que fue necesario dilucidar cuál de ellas, en la práctica, determina los aspectos regulatorios y en qué sentido. La revisión de estos instrumentos jurídicos se realizó buscando precisar el tipo de norma, el contexto y fecha de expedición, la instancia reguladora y el objeto regulado. Las fuentes de información secundarias fueron los documentos e informes referentes a la profesión médica y archivos institucionales.

Para comprender la visión de los actores, se realizó un muestreo teórico y con propósito, para seleccionar informantes de acuerdo con los objetivos del estudio. Se elaboró una lista de actores para entrevistar, considerando su inserción como funcionarios de instituciones estatales, dirigentes gremiales o académicos, profesionales de la medicina general y de las especialidades de ginecología-obstetricia y cardiología –especialidades definidas para los cinco países–. Se realizó una prueba

piloto con dos actores y se entrevistaron doce informantes.

Se consideraron como actores sociales las organizaciones e instituciones que representan intereses específicos de la profesión médica. Todos los informantes individuales –considerados como fuentes de información– forman parte de actores institucionales. En ocasiones, los individuos pueden formar parte de dos o más actores y su discurso en teoría podrá reflejar los intereses de ambos. En estos casos, el análisis de la información permitió identificar la variación en los discursos.

Los actores involucrados son: representantes del Estado (Ministerio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas sociales del estado); los organismos financiadores (empresas promotoras de salud, es decir, las aseguradoras); la organización gremial (Asociación Médica Sindical); los médicos generales; y las organizaciones académicas (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Academia Nacional de Medicina y asociaciones de especialistas).

En la recolección de la información se utilizó como instrumento una guía de entrevista que se aplicó siguiendo la técnica de entrevista semiestructurada. Las entrevistas se realizaron en una sesión, con una duración que varió entre una y dos horas; todos los temas de la guía fueron for-

mulados al entrevistado y se buscó obtener la opinión amplia de cada uno de ellos.

Varios informantes aportaron, además de su experiencia, documentos que consideraban que podrían ampliar o ratificar muchas de las situaciones relatadas. Estos documentos permitieron realizar controles cruzados sobre los relatos recogidos y establecer la coherencia entre algunos hechos.

Toda la información de las entrevistas fue grabada, previo consentimiento del entrevistado, y transferida a archivos de computador mediante el programa *Etograph 4.0*, diseñado para facilitar el análisis de discursos, que permite identificar y separar segmentos de éste según temáticas generales y específicas definidas por el investigador. El análisis comprende una fase descriptiva y otra de inducción analítica y busca extraer categorías y conceptos nuevos a partir del discurso de los entrevistados. Para el manejo de la información se siguieron algunas de las recomendaciones de la doctora María Cecilia Minayo.¹⁵

Se utilizó la triangulación, mediante la confrontación de diferentes fuentes e instrumentos frente a un mismo eje analítico. Se crearon condiciones generales para sustentar validez y confiabilidad, entre las cuales se cuenta la documentación del proceso de investigación para permitir la auditoría metodológica. Se contex-

tualizó el análisis, se contrastó con la teoría y se tuvo presente la saturación de la información.

En las consideraciones éticas, se respetó la confidencialidad de la información, el anonimato en las fuentes y la aceptación voluntaria para ofrecer información y para su grabación. Además, se observó especial cuidado en el trato dado a los diversos informantes. Los nombres de las personas entrevistadas se mantienen anónimos, no obstante se haga referencia a las organizaciones o instituciones en las cuales se ubicaron dichos informantes.

4. La profesión médica en Colombia

4.1. Cronología de la profesionalización

- 1867. Se abre la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional.

- 1890. Se funda la Academia Nacional de Medicina.

- 1905. Primera ley que regula el ejercicio de la medicina (Ley 12 de 1905).

- 1949. Creación del Servicio de Salubridad Rural, que en la actualidad se denomina Servicio Social Obligatorio.

- 1954. Primer código formal de moral médica.

- 1958. Creación de Asmedas. Sindicato médico.

- 1959. Creación de Ascofame, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Organización académica.

- 1962. Aprobación de la Ley 14 que regula el ejercicio y la formación de profesionales médicos, exige el currículo mínimo, suprime a los empíricos, caracteriza el ejercicio ilegal de la profesión y orienta los tribunales de ética.

- 1981. Ley 23, Código de Ética Médica. Cuerpo normativo que orienta el ejercicio de la profesión, demarcando el campo de las relaciones entre médico y paciente, médico y médico, médico e institución y médico y sociedad.

4.2 Regulación de la profesión durante el siglo XX

Refiérase para este apartado a la tabla 1, en el anexo al final del artículo.

4.3 Síntesis de los mecanismos regulatorios vigentes

En la actualidad, los procesos de ingreso al mercado, de control de prácticas competitivas, así como la estructura y organización del mercado de trabajo implican los siguientes mecanismos de control:

Ingreso al mercado. Para incorporarse al mercado de trabajo, el médico recién egresado debe: 1) registrar el diploma en la respectiva universidad. Para el caso de estudios cursados en el exterior, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación superior, ICFES –que depende del Ministerio de Educación– tiene la función de homologar y convalidar los respectivos títulos, 2) cumplir el servicio social obligatorio, de acuerdo con la Ley 50 de 1981 y su reglamentación. Este servicio tiene una duración de un año o menos, según que se realiza en zona de conflicto o fronteriza o que el médico haya prestado el servicio militar, 3) registrar el diploma en el Ministerio de Salud y en las secretarías de salud departamentales, con los certificados de cumplimiento del servicio social obligatorio, el acta de grado y el diploma. El Ministerio de Salud expide una resolución o acto administrativo que autoriza al médico para ejercer la profesión en Colombia, y 4) según las exigencias de la institución donde trabaje, debe obtener la tarjeta profesional, documento público que acredita el ejercicio de la medicina en Colombia y que expide el Ministerio de Salud.

Control de las prácticas competitivas. La Ley 23 de 1981 establece lo concerniente a la ética médica y la relación del médico con el paciente, con los colegas y con las instituciones. Aunque existe la Resolución 5078 de 1992, que autoriza el ejercicio de las terapéuticas alternativas y las medicinas tradicionales, en la práctica éstas se ejercen sin ningún control. Por otra parte, la Ley 14 de 1962, que regula el ejercicio de la medicina y cirugía, clasifica y penaliza la práctica ilegal de la medicina.

Mantenimiento en el mercado. No se encontraron mecanismos de acreditación médica en Colombia que regulen la permanencia o no de los médicos en el ejercicio de la profesión.

Estructuras y organización del mercado. La distribución geográfica de los médicos se caracteriza por la concentración en las grandes ciudades. En zonas apartadas y con alteraciones de orden público, la cobertura es deficiente y se logra generalmente con los profesionales que prestan el servicio social obligatorio. En cuanto a los médicos como empresarios y empleados no se identificó ningún mecanismo regulatorio en la legislación.

4.4. Representación de los intereses médicos

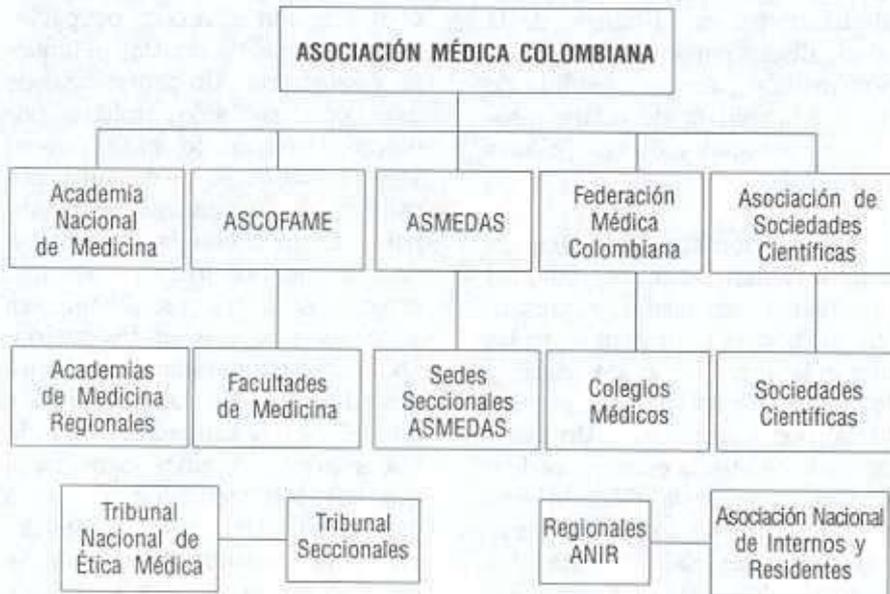


Figura 1. Estructura de la representación de interés de la profesión médica, Colombia, 1998

4.5 Visión de los médicos acerca de su ejercicio profesional

Para la selección de informantes se consideró, tal como ya se señaló, que los actores no forman conglomerados compactos de individuos y que generalmente se crean subgrupos entre ellos. Estas diferencias se generan a partir de puntos particulares de conflicto o por la adquisición de funciones específicas en el actor, pero en general no logran dividirlos. Existe una serie de elementos, tanto de tipo jerárquico como ideológico, que unen a los actores. Así, dentro del actor *profesión médica*

puede observarse que a sus miembros les une principalmente un proceso de socialización llevado a cabo en las escuelas, pero existen diferencias entre médicos generales y especialistas, como también entre médicos privados y aquellos que trabajan para la seguridad social. La importancia de cada entrevistado reside en que cada uno de ellos constituye un caso para la aproximación de los investigadores a la comprensión del tema en estudio.

Los entrevistados hablan sobre el *desmoronamiento del ejercicio liberal de la medicina*, y expresan

variadas pérdidas, entre otras: la pérdida de autonomía económica, de autonomía clínica, de poder administrativo en el campo de la salud, distanciamiento en la relación médico paciente, pérdida de poder adquisitivo, de estatus profesional y social y de condiciones de trabajo.

En relación con la pérdida de la libre remuneración o capacidad para regular sus tarifas, expresan: "El médico está en manos de las empresas promotoras de salud y no puede negociar o concertar honorarios y servicios". Un intermediario se instala entre el médico y el paciente y la relación está mediada por una empresa promotora de salud. Para los médicos de mayor tiempo de egreso, va desapareciendo progresivamente la *consulta privada* y para los recién egresados, desaparece la figura del *paciente particular*. Uno de los actores entrevistados describe así la situación:

La reforma en lo que ha incidido es en la prácticamente supresión de lo que llamamos pacientes particulares, pacientes con los cuales el médico definía el valor de sus servicios. Ahora eso se acabó porque el médico trabaja por lo que le paga la entidad y esas entidades tienen tarifas muy pobres y eso ha hecho que las entradas se hayan disminuido substancialmente.

Consideran que el médico fue un personaje importante en la

sociedad y que ahora tiene un *estatus similar al de los maestros*. Esto se comprende cuando se le compara con diversas ocupaciones, como las de taxista, peluquero y secretaria. Un profesional de este tipo no sólo trabaja por dinero, también lo hace por el valor social de su profesión y por satisfacción o realización personal. Cuando se compara con otros, deduce que vale menos que ellos, entonces se deteriora su autoimagen y se resiente con la institución. Dicha situación tiene repercusiones directas en la satisfacción laboral y en la calidad del servicio que se presta. Además, consideran que hoy son regulados por otros profesionales que saben de gerencia y de cuestiones económicas pero no de medicina y se culpan por ello:

La Ley 100 fue hecha por personas que no eran médicos y de eso en parte tenemos la culpa nosotros que nos dejamos ganar de los administradores, de los economistas, de los abogados que empezaron a trabajar por ese lado, y de pronto a especializarse más, a darnos leyes a nosotros, a decirnos cuánto cobramos, cómo trabajamos. Porque nosotros nos descuidamos en ese sentido.

Los médicos han perdido autonomía clínica porque a partir de formularios básicos se les define los exámenes y medicamentos que pueden ordenar. Han perdido la 'libertad de prescripción' y en algunos casos la de

describir el caso clínico por la necesidad de ajustarse a historias precodificadas. Algunos entrevistados se refieren a esta situación en los siguientes términos:

Mire yo no le puedo hacer diagnósticos neurológicos si no cuento con estos y estos elementos que hoy son indispensables [...] Hoy se necesita el diagnóstico subjetivo del médico, pero además se necesitan los elementos para poder hacerlo y partir de ahí para un tratamiento correcto. Esos principios dentro de la nueva organización de la Ley no se tienen en cuenta. Lo otro es la libertad de prescripción, es natural que haya listados de medicinas básicas, al menor precio posible, que sean efectivas y que tengan control de calidad. Pero hay que dejar un margen para procedimientos que no se pueden manejar con medicamentos básicos y que el médico pueda acudir a otros elementos.

La inadecuada remuneración crea una 'batalla por los pacientes' o usuarios que se atienden. Se generan formas perversas de contratación, donde se exige eficiencia en el número de pacientes o usuarios atendidos por unidad de tiempo, obedeciendo más a la lógica de la rentabilidad que a la calidad en la atención. Se requiere ver un número determinado de pacientes para que el ingreso del médico y de la empresa promotora de salud sean adecuados. Igualmente, el modelo de atención permite que la responsabilidad

profesional se diluya en una cadena de intervenciones que distancian la relación entre médico y paciente, punto fundamental para la imagen de calidad que se forman los usuarios. En estos casos, un médico realiza el ingreso del paciente, otro lo opera y otro más le da de alta. El médico general se convierte así —según los entrevistados— en un iniciador de historias clínicas, un 'frenador' o 'remisor' a especialistas y es descrito por alguno como 'un puente de papelería'. La jerarquización, la tramitomanía y el establecimiento de cadenas interminables de responsables configuran un proceso de burocratización no sólo de la profesión médica sino también del actual sistema de salud.

5. Consideraciones finales

En salud se cuenta con una constelación de actores con intereses diversos y a veces antagónicos a la hora de buscar consenso; ellos conforman un espacio de conflictos y disputas por los intereses endógenos de cada organización. Además de los usuarios de los servicios, existen múltiples organizaciones de profesionales, técnicos y trabajadores de base del sector de la salud que sólo en momentos coyunturales funcionan como movimiento intersindical; un empresariado médico que se relaciona con las empresas promotoras de salud; e instituciones prestadoras de servicios, con el potencial de organizarse como tal, además de

la industria farmacéutica y de equipamientos, que amplían la red de actores en salud de los sectores público y privado.

Debido al predominio de las reglas del mercado en el sector de los servicios de salud, nuevos actores institucionales, como las empresas promotoras de salud, profesionales de otras disciplinas y consumidores entran a regular la profesión médica.

Las normas reguladoras del ejercicio profesional se encuentran desfasadas con relación al nuevo contexto. Las leyes referidas al servicio social obligatorio son profundas y esto ocasiona incoherencias e inconsistencias. No existen formas de recertificación para controlar la calidad de los profesionales que se mantiene en servicio, a pesar de la insistencia en mejorar la calidad de los servicios de salud.

Hasta la fecha, las políticas públicas de salud se elaboran entre los representantes del gobierno y grupos con intereses clientelistas pertenecientes a los partidos políticos tradicionales, que entraban la negociación o el consenso con las organizaciones de la sociedad civil, como las organizaciones médicas para el caso que analizamos. En el parlamento y en la militancia de política partidista participan médicos, pero éstos no son reconocidos por las organizaciones médicas como sus representantes, los clasifican como 'médicos polí-

ticos' más interesados en sus clientelas que en la profesión misma. Recientemente se observa el interés de algunas organizaciones médicas por impulsar sus propios candidatos al parlamento.

5.1. *La práctica profesional de la medicina en un contexto de transiciones*

Es evidente el proceso de metamorfosis que sufre el modelo profesional de la medicina, comparado con el paradigma propuesto por los clásicos de la sociología de las profesiones. El médico de hoy siente que ha perdido autonomía técnica, autonomía económica, estatus social y poder administrativo en las instituciones de salud. La relación entre médico y paciente se ve alterada por las presiones del tiempo y del costo, por la burocratización que implica la organización del trabajo en interminables cadenas de trámites y de procedimientos, que conllevan falta de continuidad en la relación terapéutica y la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud. La amplia gama de especializaciones médicas y la distancia que van tomando entre ellas en los intereses representados, además de la dicotomía que expresan los actores en su visión del médico general y de los especialistas, parecen confirmar la hipótesis de que no estamos ante una profesión sino ante una familia de profesiones.

Bajo el actual sistema de seguridad social en salud se identi-

ficación en los médicos; uno, en el ejercicio profesional, en el cual le es difícil lograr el ideal de humanización de la práctica bajo las presiones del mercado. El otro, en su papel de trabajador calificado, en cuya formación han hecho una gran inversión tanto él como la sociedad, durante un período superior al requerido para formar a cualquier profesional, frente a la pérdida de poder adquisitivo de su salario, al deterioro en las condiciones de trabajo, a las restricciones en su autonomía técnica y a las responsabilidades morales, civiles y penales que deben enfrentar. La sobrecarga de trabajo, la burocratización, la introducción de nuevas tareas y el deterioro en las condiciones de trabajo de los profesionales médicos son hallazgos similares a los encontrados en el estudio multicéntrico referido a enfermería.¹⁶

5.2. *El acto médico bajo los determinantes del mercado*

En el contexto actual, en el cual la lógica del mercado constituye el determinante supremo de las relaciones en la sociedad, son frecuentes los desencuentros en la relación entre médico y paciente, desencuentros que plantean dilemas éticos. El contexto de la relación cambió no sólo por acción de la reforma a la seguridad social; ésta actuó como catalizador de procesos que se venían dando

de tiempo atrás, entre otros, la desaparición del ejercicio liberal de la medicina, los problemas en contenidos y en principios orientadores de la formación académica y ciudadana del médico y la pérdida de estatus y de autonomía profesional.

La relación entre el médico y el paciente está en una encrucijada: por un lado, debe contener costos en salud y por otro, debe utilizar la tecnología de avanzada que le exige un paciente más informado. De dichas presiones sale un médico cada vez menos satisfecho con su rol social y un paciente cada vez más frustrado por no alcanzar la atención científica y humana esperadas.

Reconocimientos

A los grupos de investigación que participaron en el estudio colaborativo, particularmente a los coordinadores internacionales del proyecto: la doctora María Helena Machado, Directora de los posgrados de la Escuela Nacional de Salud Pública; la Fundación Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, Brasil, y el doctor Gustavo Nigenda, del Instituto Nacional de Salud Pública de México. A las instituciones financiadoras: la Organización Mundial de la Salud y el Sistema Universitario de Investigaciones de la Universidad de Antioquia y, especialmente, a los actores que aceptaron participar en las entrevistas.

Referencias

1. Parsons T. Ensayos de teoría sociológica. Psicología Social y sociológica. Buenos Aires: Paidós; 1967. p. 319-332.
2. Freidson E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península; 1978. p. 83.
3. Freidson E. Op. cit. p. 331-334.
4. Pirantony C, Machado MH. Profesiones de salud: una formación cuestionada. En: Educación Médica y Salud 1994;28(2):202-203.
5. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro; 1996. Tesis de grado (Doctorado). Instituto Universitario de Pesquisas. p. 15-19.
6. Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. En: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 22.
7. Freidson E. Op. cit. p.39-41
8. Freidson E. Op. cit. p. 5-38.
9. Machado MH. Os médicos e sua prática profissional. Op. cit. p. 56-82.
10. Oppenheimer M. The unionization of the professional. Social policy. 1975. p. 34-40. Citado por: Machado MH. Os médicos e sua prática profissional. Op. cit. p. 15-19.
11. Mackinlay J, Arches J. Hacia la proletarianización de los médicos. En: Cuadernos Médico Sociales 1986;(35):35-61.
12. Larson MS. Proletarianization and educated labor. Theory and society. 1980. 9:131-171. Citado por: Machado MH. Os médicos e sua prática profissional. Op. cit. p. 15-19.
13. Powell M. Developments in the regulation of lawyers: competing segments and market, client and government controls. En: Social Forces 1985;64(2):281-305.
14. Moran and Wood. The state, professions and regulation. En: Regulation and the Medical Profession. Buckingham: Open University Press; 1993.
15. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Sao Paulo: Husitec-Abrasco; 1992. p. 197-228.
16. Castrillón C, et al. El impacto de la reforma del sector salud en la práctica, la regulación y la formación de enfermería. Informe final de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. p. 74.

Bibliografía

Ahumada C. Política social y reforma de salud en Colombia. En: Seminario Relaciones Internacionales, Política Social y Salud: Desafíos en la Era de la Globalización, Medellín, Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina; 1997.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Acuerdo No 1 de 1993, noviembre 25, sobre requisitos mínimos de las Facultades de Medicina. Bogotá: Ascofame; 1993.

- Academia Nacional de Medicina. Reglamento. Santafé de Bogotá: ANM; 1996.
- Cáceres H. Academia Nacional de Medicina: Itinerario histórico 1873 - 1992. Santafé de Bogotá: Italmex; 1993.
- Cardona A, et al. Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992.
- Colombia. Constitución Política República de Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1991.
- Colombia. Ministerio de Salud. Superintendencia Nacional de Salud. El talento humano de la salud en Colombia. Santafé de Bogotá: Supersalud; 1997.
- Díaz J., Maingon T. La reforma del sector salud en América Latina: las políticas de salud en los 90. En: IV Congreso de Ciencias Sociales y Medicina. Cuernavaca, México; junio 1997.
- Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península; 1978.
- López H. El mercado laboral de los profesionales en Colombia. En: Cuadernos del CIDE 1995; (2).
- Moran M, Wood B. States regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press; 1993. p. 17-33.
- Nigenda G, Machado MH. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para su análisis. En: Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(14):685-692.
- Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en salud. Reunión regional. San José, Costa Rica: OPS; 1997.
- Colombia. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. La salud en Colombia: análisis socio-histórico. En: Estudio sectorial de salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación; 1990.
- Schraiber L. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. En: Cadernos de Saúde Pública 1995; 11(1):57-64.
- Vélez LA. Ética médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte Santafé de Bogotá. Programa Paltex OPS/OMS,CIB;1987.
- Vasco A. Estado y enfermedad en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1988.

Tabla 1. Normas legales regulatorias sobre la profesión médica en Colombia en el siglo XX

Tipo de norma	Fecha de expedición	Instancia reguladora	Objeto regulado	Fuente
1. Ley 12	Abril 8, 1905	Asamblea constituyente	Ejercicio medicina y abogacía	D. oficial 12327
2. Decreto 592	Junio 8, 1905	Presidente	Reglamenta Ley 12 de 1905	D. oficial 12.379
3. Ley 53	Octubre 20, 1914	Congreso	Servicio nacional de medicina legal	Diario Oficial 15.332
4. Ley 83	Noviembre 19, 1914	Congreso	Ejercicio profesiones md	p. 1-9*
5. Ley 67	Noviembre 20, 1920	Congreso	Junta departamental de registro médico	D. oficial 17.406 - 17.407
6. Ley 85	Noviembre 29, 1922	Congreso	Ejercicio medicina	D. oficial 18.639 y 18.640
7. Ley 35	Noviembre 22, 1929	Congreso	Reglamento ejercicio profesional de medicina	D. oficial 21.253
8. Decreto 1099	Julio 8, 1930	Presidente	Reglamenta la Ley 35 de 1929	D. oficial 21.440
9. Decreto 986	Abril 26, 1932	Presidente	Reglamenta ejercicio homeopatía	La homeopatía en Colombia, p. 28 - 29.
10. Ley 67	Diciembre 4, 1935	Congreso	Reglamenta ejer. profesional medicina y cirugía	D. oficial 23.066
11. Decreto 2736	Noviembre 3, 1935	Presidente	Reglamenta Ley 67 de 1935	La homeopatía en Colombia, p. 32 - 34
12. Ley 42	Diciembre 17, 1945	Congreso	Instituto central de medicina legal	Diario Oficial 26.014
13. Decreto 3842	Diciembre 3, 1949	Presidente	Servicio salubridad rural	p. 30-39*
14. Decreto 2597	Agosto 3, 1950	Presidente	Ejercicio de la medicina	d. oficial 27388 págo. 613
15. Decreto 1377	Junio 21, 1951	Presidente	Servicio salubridad rural	p. 48-49*
16. Decreto 1617	Julio 30, 1951	Presidente	Servicio salubridad rural	p. 51-53*
17. Decreto 0392	Febrero 11, 1952	Presidente	Servicio salubridad rural	p. 54-56*
18. Decreto 2024	Agosto 20, 1952	Presidente	Servicio salubridad rural	p. 57-60*
19. Decreto 279	Febrero 17, 1953	Designado (presidente)	Ejercicio medicina y odontología	D. oficial 28.137
20. Decreto 2831	Septiembre 23, 1954	Presidente	Código de moral médica	Diario Oficial 28.594 p. 61 - 62.
21. Decreto 3130	Diciembre 20, 1956	Presidente	Servicio médico y odontológico obligatorio	p. 74-76*
22. Decreto 3134	Diciembre 20, 1956	Presidente	Título para ejercicio medicina	RI 124. p. 77-79.
23. Ley 198	Diciembre 30, 1959	Congreso	Consejo Médico Nacional	Diario Oficial 30.141 p. 27
24. Decreto 2646	Octubre 24, 1961	Presidente	Consejo Nacional de Medicina	D. Oficial 30.657 p 363 - 364
25. Ley 14	Abril 28, 1962	Congreso	Ejercicio medicina	p. 86-94*
26. Decreto 605	Marzo 21, 1963	Presidente	Reglamenta ejercicio medicina	p. 101-110*
27. Ley 52	Diciembre 31, 1964	Congreso	Servicio médico social obligatorio	p. 119 - 121*
28. Decreto 114	Enero 28, 1965	Presidente	Servicio social obligatorio ley 52	p. 122 - 126*
29. Decreto 858	Abril 1, 1965	Presidente	Solicitud empleo md	p. 131*
30. Res. 1004	Septiembre 28, 1966	Ministro de salud	Servicio médico obligatorio	p. 132 - 133*
31. Res. 109	Enero 13, 1967	Ministro de salud	Servicio médico y odontológico obligatorio	p. 135 - 138*
32. Decreto 21	Enero 11, 1967	Presidente	Servicio médico obligatorio	Oficial 32131 p. 110
33. Decreto 1007	Junio 16, 1969	Presidente	Servicio médico obligatorio	141*
34. Res. 3949	Abril 27, 1978	Ministro de salud	Servicio social obligatorio	p. 339-340*
35. Decreto 781	Abril 28, 1978	Presidente	Servicio médico obligatorio	p. 311*

Tabla 1. Normas legales regulatorias sobre la profesión médica en Colombia en el siglo XX

36. Ley 2	Enero 19, 1979	Congreso	Academia Nacional de Medicina	D. Oficial 35186 pg 273
37. Res. 4190	Mayo 31, 1979	Ministro de salud	Servicio social obligatorio (SSO)	D. Oficial 35338 pg 690
38. Res. 11632	Diciembre 11, 1980	Ministro de salud	Servicio social obligatorio	Cartilla SSO p. 19
39. Ley 23	Febrero 18, 1981	Congreso	Ética médica	p. 155 - 187
40. Ley 50	Mayo 27, 1981	Congreso	Servicio social obligatorio	cartilla SSO. p.23 - 24
41. Decreto 2396	Agosto 28, 1981	Presidente	Profesiones y lugar SSO	cartilla SSO. p. 25 - 26
42. Decreto 3380	Noviembre 30, 1981	Presidente	Reglamentación ética médica	D. Oficial 35924
43. Decreto 3289	Noviembre 20, 1982	Presidente	SSO zona de conflicto	Cartilla SSO p. 27
44. Res. 15041	Diciembre 16, 1982	Ministro de salud	Inducción al SSO	Cartilla SSO p. 40 - 41.
45. Res. 08416	Agosto 4, 1983	Ministro de salud	Determinación zonas conflicto SSO	Cartilla SSO p. 31- 36
46. Decreto 3448	Diciembre 17, 1983	Presidente	SSO zonas fronteras	Cartilla SSO p. 28 - 30
47. Decreto 1328	Mayo 31, 1984	Presidente	Tarjeta profesional	D. Oficial 36.657
48. Decreto 1335	Junio 23, 1990	Presidente	Funciones según cargo	Cartilla SSO p. 37- 38.
49. Decreto 1681	Julio 31, 1990	Presidente	Tarjeta profesional	D. Oficial 39.487
50. Decreto 1811	Agosto 6, 1990	Presidente	Servicios de salud comunidades indígenas	Legislación de salud. P 135 - 138
51. Ley 50	Diciembre 28, 1990	Congreso	Reforma laboral	b
52. Ley 6a	Enero 16, 1991	Congreso	Reglamentación anestesiología	Legislación de salud. P 204 - 207
53. Decreto 0559	Febrero 22, 1991	Presidente	Ets - sida	Legislación de salud p. 139 - 150
54. Decreto 1667	Junio 28, 1991	Presidente	Reglamentación Ley 23 tarjeta profesional	D. Oficial 39.884
55. Constitución	1991	Asamblea Constituyente	Carta magna	Constitución política de 1991
56. Decreto 412	Marzo 6, 1992	Congreso	Reglamento de urgencias	P. 190 - 195
57. Ley 04	Mayo 18, 1992	Congreso	Reforma administración pública	D. Oficial 40.451
58. Decreto 800	Junio 21, 1992	Presidente	Reglamenta medicina prepagada	D. Oficial 40.455
59. Res. 05078	Junio 30, 1992	Ministro de salud	Medicinas tradicionales y terap. alternativas	Fotocopia archivo ministerio de salud
60. Decreto 1465	Septiembre 7, 1992	Presidente	Tarjeta profesional	P. 3
61. Ley 48	Marzo 3, 1993	Congreso	SSO y servicio militar	Cartilla SSO p. 42 - 43
62. Decreto 1570	Agosto 12, 1993	Presidente	Medicina prepagada	D. Oficial 40.989
63. Ley 100	Diciembre 23, 1993	Congreso	Seguridad social	Valencia y Maya. Ley 100 de SS y doc.s regl. p 2 - 62
64. Decreto 1875	Agosto 3, 1994	Presidente	Registro títulos profesionales	Valencia y Maya. Ley 100 de SS y doc. regl. p. 732.
65. Decreto 1921	Agosto 5, 1994	Presidente	Estructura cargos oficiales salud	c
66. Decreto 2865	Diciembre 26, 1994	Presidente	Reglamenta Ley 50 de 1981	Cartilla SSO p. 44 - 46.
67. Decreto 2150	Diciembre 5, 1995	Presidente	Registro títulos profesionales	Revista legislación económica p.977-1006
68. Res. 0795	Marzo 22, 1995	Ministro de salud	Criterios técnico-administrativos SSO	Fotocopia archivo min. Salud
69. Decreto 439	Marzo 8, 1995	Presidente	Régimen salarial sector salud	Guía metodológica ley 100. P 595 599.
70. Decreto 97	Enero 12, 1996	Presidente	Reglamenta anestesiología	Revista derecho colombiano no. 413. P.46-47.
71. Ley 344	Diciembre 27, 1996	Congreso	Racionalización gasto público	D. Oficial 42.951
72. Decreto 2174	Noviembre 28, 1996	Presidente	Garantía de calidad	Valencia y Maya. Ley 100 de SS y doc. regl. 361 - 366
73. Decreto 1171	Abril 28, 1997	Presidente	Certificados médicos	Fotocopia