

Entendiendo la crisis de la profesión médica: una perspectiva sociológica

Understanding the crisis of the medical profession: a sociological perspective

María del Pilar González-Amarante*

Resumen

En las últimas décadas, la medicina ha experimentado grandes cambios tecnológicos, políticos y culturales que han reconfigurado el rol del médico. Con el objetivo de caracterizar el estatus de la profesión médica actual, el presente escrito discute la crisis que enfrenta la profesión a través de la identificación y el análisis de seis fenómenos macrosociales que pueden rastrearse desde la perspectiva sociológica, incluyendo el comercialismo, el gerencialismo y la medicalización. A la par de estas tendencias, se arguye que es en el encuentro cotidiano del médico con el nuevo rol del paciente donde se reproducen y reiteran estos cambios. El análisis se nutre de una perspectiva sociológica al contrastarse con los poderes o atributos clásicos de la profesión: monopolio del conocimiento, autorregulación, mandato y licencia. A la luz de este concepto, se vuelve patente el declive de los primeros tres, lo que da pie a reexaminar el concepto de profesión a la luz de la teoría social y reflexionar sobre las implicaciones que trastocan la educación médica.

Palabras clave: Sociología Médica; Medicalización; Autonomía Profesional; Educación Médica; Profesión

Abstract

In the last decades, medicine has experienced intense technological, political and cultural changes that have reconfigured the role of the physician. To characterize the actual status of the medical profession, this article discusses the crisis in the medical profession through the identification and analysis of 6 macrosocial phenomena that can be traced through the sociological perspective including commercialism, managerialism and medicalization. Aside of these tendencies, it seems that it is in the daily encounter of the physician and the new role of the patient where these changes are reproduced and strengthened. The analysis nourishes from a sociological perspective by eliciting the classical attributes of the profession: monopoly of knowledge, auto-regulation, mandate and license. In the light of this concept, it becomes clear that the first three attributes suffer an involution, which offers insight to reexamine the grounds in which the concept was constructed, and to reflect on the implications for medical education.

Keywords: Sociology, Medical; Medicalization; Professional Autonomy; Medical Education; Profession

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey, Escuela de Gobierno y Ciencias Sociales, Programa de Doctorado en Ciencias Sociales. Monterrey, Nuevo León, México

Correspondencia:

*María del Pilar González-Amarante
E-mail: pilargzz@gmail.com

Fecha de recepción: 20/08/2018

Fecha de aceptación: 06/03/2020
DOI: 10.24875/RMIMSS.M21000038

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(3):335-341
<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La eficacia técnica que logró la medicina ante los avances tecnológicos y científicos de los siglos XIX y XX consolidó su profesionalización y otorgó al médico confianza pública y un creciente estatus social. Sin embargo, las transformaciones que se han dado en el ejercicio de la profesión en las últimas décadas implican una recesión del poder del médico en la sociedad.¹ Después de la era dorada de la medicina al término de la Segunda Guerra Mundial, los médicos gozaban de gran admiración, pacientes leales, respetables colegas, seguridad laboral, completa autonomía de su trabajo y un ingreso de lujo. Sin embargo, a partir de los años 1980 y en lo posterior, se ha observado una profesión en declive, plagada de burocracia, pérdida de autonomía, disminución del prestigio e insatisfacción personal; crecientes datos empíricos y anécdotas hacen palpable un generalizado malestar profesional.^{2,3}

La profesión médica se ha sometido a significativas fuerzas sociales, organizativas, culturales, económicas y políticas que han tambaleado los antiguos preceptos que caracterizaban a la profesión y han modificado en mayor o menor medida su esencia y práctica. Los cambios impactan en el rol del médico en la medida en que condicionan su interacción con otros agentes e instituciones, incluida su relación con el paciente. El objetivo específico de este artículo es caracterizar el contexto y el estatus de la profesión médica actual utilizando un abordaje desde la sociología.

La percepción de estos cambios y su impacto son relativos a un modelo de funcionamiento previo que se erigió sobre un concepto clásico de profesión. Este contraste destaca especialmente porque la disciplina médica fue uno de los iconos de las profesiones liberales que influyó sobre la conceptualización misma de *profesión*. Según Coe,⁴ los atributos característicos de la profesión son el monopolio del conocimiento, la autorregulación, la licencia y el mandato. El *monopolio del conocimiento* se refiere a la exclusividad de un saber esotérico que faculta a los profesionales como expertos y que les confiere el poder de ofrecer su consultoría/servicios a los profanos. La *autorregulación*, como su nombre indica, se refiere al poder de regularse como grupo profesional, de velar por las normas y los términos que rigen la naturaleza de su trabajo, y de ejercer control sobre sus miembros. La *licencia* se refiere a la tarea y el poder que (en este caso) poseen los médicos para legitimar las formas de educación de los nuevos aspirantes a la profesión. Finalmente, el *mandato* se refiere al poder que los médicos tienen

para el establecimiento de las pautas a las que el público profano debe aspirar en materia de salud, o en otras palabras, la autoridad para determinar qué es enfermedad. Estos atributos clásicos de la profesión serán reevaluados según seis fenómenos sociológicos que se describirán en los siguientes apartados, con la finalidad de comprender cómo influyen en el rol del médico en el contexto actual.

1. La medicalización

La *medicalización* hace referencia a la expansión de la jurisdicción, la autoridad y las prácticas de la medicina a nuevos ámbitos que se abren y generalizan. Esto impone una connotación de enfermedad o de desviación a condiciones humanas que previamente no eran consideradas así, incluyendo condiciones biológicas, psicológicas y conductuales. En la era de la medicalización, cualquier ser humano se convierte en un individuo en potencial riesgo que requiere atención médica y, con frecuencia, apoyo farmacológico.⁵

Algunos ejemplos emblemáticos han sido el síndrome de hiperactividad y déficit de atención, la obesidad, la intervención sobre procesos naturales de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia) y las manifestaciones del envejecimiento.

El término «medicalización» fue acuñado por sociólogos que, con mirada crítica, reconocieron esta intrusión y hegemonía de la visión médica sobre terrenos que no solía normar, y se explica por una cultura que exalta la supremacía de la ciencia y la autoridad de la racionalidad médica. Aunque posiblemente fue la autoridad y el *expertise* médico lo que pavimentó el camino hacia la medicalización, ha sido la industria la que ha explotado esto en términos de ganancias para las empresas que ofrecen productos, curas y soluciones para estos nuevos «problemas» de salud, lo que obra en detrimento del estatus del médico.^{6,7}

En la era de la medicalización, la intrusión con respecto al rol del médico ocurre en la medida en que esta cultura permite que otros agentes influyan sobre la dictaminación de los límites de la salud o la enfermedad, por lo que desafía el poder de mandato que antes le era exclusivo.

2. La era de la información

El hecho de que la sociedad esté cada vez más alfabetizada y cuente con trayectorias académicas más prolongadas disminuye la brecha de educación con los profesionales, lo cual permite a los pacientes entender

y participar mejor en sus interacciones con el mundo médico. Además, las tendencias de creciente democratización han equilibrado las relaciones interpersonales y con las organizaciones, lo cual achica la brecha de estatus y autoridad entre los profesionales y los legos.

Internet ha permitido a los pacientes acceso al conocimiento médico, y ello les ha facilitado la adopción de prácticas consumistas. Por un lado, los pacientes buscan activamente la información, y por el otro, el *marketing* de la industria dirigido al consumidor favorece las prácticas de autodiagnóstico y automedicación, y con esto una demanda inapropiada de medicamentos.⁸

Este comportamiento afecta el poder del médico de manera radical, pues desafía el estatus de consultor que le reconocía el derecho exclusivo de esta tarea.⁹ El atributo que se ve directamente afectado es el del monopolio del conocimiento, ya que ahora es factible que el público tenga acceso a información especializada que antes solo asimilaba a través del encuentro con el médico.

3. El gerencialismo

Los sistemas de salud se han convertido en *industrias* a raíz de que han sido colonizados por la idiosincrasia empresarial. Este cambio se acompaña de nuevos paradigmas en los que la eficiencia en costos y en procesos administrativos ha tomado la centralidad frente a la lógica del cuidado.¹⁰ Es en el hospital, lugar en el que originalmente se fortaleció el poder médico, donde el gerencialismo ha provocado más tensiones y erosionado el poder de la profesión. Se argumenta que la alienación de los médicos ha generado efectos negativos sobre la relación con el paciente, la calidad de la atención y la posibilidad de cumplir con sus obligaciones éticas.^{2,9,11,12}

El gerencialismo ha incidido desde dos frentes que abarcan tanto la forma como el contenido del quehacer médico y afectan significativamente la autonomía de la que gozaba en el modelo liberal. El control sobre las formas de organización del trabajo incluye todas las regulaciones que norman las condiciones del trabajo médico, como horarios, términos de asociación, interacción con otros profesionales, acceso a los recursos y supeditación de incentivos o ingresos según prácticas establecidas. Este último contribuye al creciente asalariamiento de los médicos. En términos del contenido, alude a la dictaminación de protocolos de

actuación que invaden y reglamentan el criterio del médico en sus decisiones.

El gerencialismo ha reforzado el poder de los administrativos mediante una serie de procesos que buscan controlar el quehacer del médico por medio de auditorías al desempeño y el rendimiento médico, las cuales reflejan una burocratización al exigir una práctica minuciosamente documentada que resulta en trabajo administrativo extra para los médicos.

En lo que respecta a la esencia del quehacer médico, el movimiento de medicina basada en evidencia puede generar coerción mediante la regulación y la estandarización de criterios clínicos sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que pretenden homologar las prácticas y reducir la variabilidad y la incertidumbre.

En la intersección de la nueva protocolización y el gerencialismo, algunos autores describen la manera en que la presión administrativa jerárquica puede convertir las guías y los protocolos en reglas rígidas que se imponen sobre los clínicos ante la confusión sobre las variedades, los recursos, los términos y la validez de este conocimiento, así como su aplicación en la práctica clínica diaria.^{13,14} Esta devaluación del juicio profesional merma su autonomía en la práctica y pone en riesgo la tarea de salvaguardar los intereses de los pacientes como primacía.^{15,16,17}

Aunque esta protocolización pueda contribuir a recuperar la confianza del público, hay evidencia que hace sospechar que la élite administrativa desarrolla intereses compartidos con las corporaciones y las estructuras burocráticas que no necesariamente operan en favor de la profesión.¹⁵

El gerencialismo, en términos de las formas de trabajo, incide sobre el poder de autorregulación. La intrusión en el contenido de la disciplina médica merma tanto la capacidad de autorregulación como el monopolio del conocimiento.

4. El comercialismo

Para Hafferty y Castellani,¹⁸ la erosión de la autoridad médica se debe a que los médicos fueron ocupacionalmente marginalizados y desplazados por las compañías aseguradoras y farmacéuticas con su creciente poder en la esfera sociopolítica. La comercialización de la salud y la enfermedad ha transformado la noción del *paciente* y le ha conferido un papel activo como cliente y consumidor, lo cual merma la autonomía del profesional desde varios frentes.

Las compañías farmacéuticas han logrado tal poder económico que tienen injerencia sobre la agenda de investigación y establecen así las prioridades en temas de salud. Sus relaciones con los médicos son complejas, dado que las compañías requieren el respaldo y la prescripción de los médicos, y suelen ir a presentarles nuevo conocimiento y productos, que a veces se acompañan de incentivos económicos. Al mismo tiempo, la autoridad de los médicos se basa cada vez más en los desarrollos farmacéuticos, por lo cual fungen como mediadores para la adquisición de dichos productos.⁸ Esta mancuerna médico-industria también podría contribuir a la crisis de la confianza en la práctica médica, que se relaciona con conflictos en el ámbito ético y moral.¹⁹

También las compañías aseguradoras intervienen de forma importante en las formas de trabajo y los ingresos de los profesionales. Esta intrusión amenaza la autonomía del médico en las decisiones clínicas que ejerce, pues está condicionado a los recursos avalados por la aseguradora y esto lo pone en riesgo de que restrinjan sus honorarios como parte de las estrategias de reducción de costos.^{20,21}

Las compañías farmacéuticas, al tener poder político y financiar sus propias investigaciones, se entrometen en el monopolio del conocimiento y posiblemente también en su poder de mandato, al comercializar productos que favorecen la visión de la enfermedad en situaciones que antes no eran así consideradas, lo cual promueve la medicalización.

Las aseguradoras, que actúan como intermediarias entre el médico y el paciente, atentan contra la autonomía del profesional en su quehacer clínico. Esto, al menguar el monopolio del conocimiento, pues desestiman el criterio del médico para cernirlo a pautas de diagnóstico y tratamiento, con lo que privilegian una lógica de costos. También inciden significativamente en el poder de autorregulación, dado que imponen formas de hacer y fijan los pagos por el trabajo del médico, contribuyendo también al asalariamiento y la proletarianización de la profesión.²²

5. La tecnologización

Aunque la evolución científica y tecnológica fue la clave para la profesionalización de la medicina, los avances científicos recientes han sido tan radicales que cuestionan constantemente las competencias del profesional, pues le exigen actualización y creciente apoyo en tecnología de punta para efectuar diagnósticos. Antes, el saber técnico y científico se encarnaba

en la figura del médico y en sus habilidades clínicas como monopolio exclusivo de este conocimiento. La propedéutica y el acto de la exploración física eran aspectos clave para el diagnóstico; sin embargo, ahora son más evidentes las limitaciones del profesional frente a la sofisticación tecno-científica.

Aunque se requiere un operario médico que administre e implemente las novedades de la tecnología, simbólicamente hablando, a veces es la determinación de una enzima en un examen de laboratorio o un indicador en un estudio de imagen los que tienen la capacidad de arrojar diagnósticos. Ante esta situación, en la percepción del público el médico arriesga el tener la última palabra; parecería que la confianza de los pacientes se posa en mayor medida sobre la ciencia subyacente que en el proveedor de salud.¹⁸

En el modelo liberal, los médicos en su consultorio tenían completa autonomía y autoridad sobre sus decisiones. Ahora, el médico dejó de ser el representante de la medicina para ser sustituido por «la tecnología, los equipos o las grandes instituciones, como los hospitales que son sede de las tecnologías; o los seguros de salud y la seguridad estatal que dan acceso a las tecnologías».¹⁹ En corto, el médico se convirtió en un medio que conecta a los pacientes con la tecnología de la ciencia médica.

La tecnologización atenta principalmente contra el monopolio del conocimiento, aunque cabría cuestionar si es porque ahora se comparte con máquinas capaces de diagnosticar y tratar pacientes; o al menos hace posible que asistentes, técnicos no médicos o los mismos pacientes puedan interpretar los resultados de dichos procedimientos, con lo que los médicos pierden la exclusividad de esa competencia y saber.

6. La creciente participación de otros profesionales de la salud

Para la medicina, el aspecto más determinante de su poder había sido su capacidad de controlar todas las ocupaciones de la salud.²² Sin embargo, los médicos podrían estar resintiendo una merma en su poder y una intrusión en su territorio por otras profesiones y ocupaciones en el ramo de la salud.

La tendencia al trabajo en equipos multidisciplinarios ha equilibrado el poder de los médicos frente a otros profesionales de la salud que ahora se reconocen como clave para el tratamiento integral del paciente. También en recientes décadas algunas disciplinas, como la osteopatía, la quiropraxis, la acupuntura, la naturopatía y la homeopatía, que habían sido

marginadas bajo la visión hegemónica de la medicina alópata, han empezado a ganar terreno en la práctica y una mayor aceptación de la sociedad como medicina ya sea alternativa o complementaria.

En este sentido, el atributo más afectado es el monopolio del conocimiento médico, que ahora se comparte con otras disciplinas y esto posiblemente también influye en el poder de mandato, ya que, en la medida en que otros agentes ganan autoridad y credibilidad, también pueden influir en los conceptos de enfermedad y las formas de combatirla.

El nuevo paciente

Los aspectos discutidos hasta ahora dan cuenta de cambios en la esfera macrosocial y de tendencias transversales a las formas de organización social. Sin embargo, en términos del análisis, este último factor —el rol del *nuevo* paciente— no es otro más de la lista, sino el eco de todos los demás. Es la reverberación que se hace palpable, ya no como muestra del poder simbólico o político cuando lo entendemos de manera abstracta o colectiva, sino en lo concreto y a la vez subjetivo del encuentro de *un* médico y *un* paciente. Ambos, ya influidos por estas tendencias que posiblemente aceptan o resisten en diferentes grados, pero ahora, como agentes, actuando sus roles.

El paciente, como representante de la sociedad que acude a consultar al profesional experto, ha evolucionado en sus expectativas y comportamiento, y desempeña un papel distinto, lo que irrevocablemente trastoca el rol del médico por medio de la afamada relación médico-paciente.

El acceso a la educación y a la información ha potenciado el empoderamiento del paciente para que adquiera un papel activo en la toma de decisiones y desista de la preponderancia del antiguo modelo paternalista. Esta creciente autonomía, en combinación con la actitud consumista que da pie a una relación de naturaleza más clientelar, además de la creciente desconfianza en los médicos, también aumenta las exigencias hacia los profesionales, a quienes se juzga con mayor rigor. Esto ha aumentado la incidencia de demandas penales y de denuncias en comisiones de arbitraje.^{23,24}

Aunque la naturaleza asimétrica de la relación médico-paciente se mantiene por principio a favor del médico, surgen nuevas actitudes y comportamientos del paciente que incluyen la exigencia de mayor información y participación, menor fidelidad y adherencia a la prescripción, rechazo del tratamiento y búsqueda de

segundas opiniones. La medicalización también es un factor que contribuye a la inconformidad con la opinión médica, ante una idea o una necesidad que los medios de comunicación han sembrado.²⁵

Este nuevo papel del paciente en un caso exacerbado constituye el *paciente experto*, que valiéndose del acceso al conocimiento médico actualizado y fundamentado en su propia experiencia de la enfermedad puede *superar* el conocimiento del médico en cuestiones específicas. Así, ejerce una función activa en la búsqueda de su diagnóstico, validado frecuentemente por grupos de autoayuda y legitimando la experiencia de los profanos como un estatus privilegiado. En resumen, la previa incuestionable autoridad y la confianza en el médico ahora son puestas a prueba por el paciente, quien crece en autonomía y exige al profesional nuevas pautas de conducta e interacción.

Efectos sobre los atributos de la profesión

Es evidente que los atributos de la profesión han sido cuestionados por medio de los fenómenos discutidos, y al menos tres de ellos están en riesgo de preservarse en la forma en la que esta definición fue conceptualizada.

El monopolio del conocimiento ha sido el rasgo más desafiado; los médicos han perdido exclusividad frente a otros agentes, como las industrias, los administradores, otros profesionales y los mismos pacientes que han ganado acceso al conocimiento. Es evidente que los médicos aún son los guardianes y principales poseedores de este saber, pero las circunstancias actuales han democratizado el acceso a la información y han acortado la brecha de conocimiento entre los médicos y los profanos.

En segunda instancia, el poder de mandato también se ha empezado a diluir en pro de otros agentes. Tanto figuras profesionales como no profesionales que abarcan el espectro de atención a la salud han ganado credibilidad y autoridad frente al público. Esta influencia se evidencia tanto al desafiar las convenciones provenientes de la postura médica alópata como en función de establecer criterios diferentes de lo que significan la salud y el bienestar. Pero, sobre todo, han sido las compañías farmacéuticas y aseguradoras las que han logrado establecer pautas para el público en general con su contribución al desarrollo de una cultura de la medicalización, con la que se resta a los médicos parte de su poder en cuanto a dictaminar la frontera entre lo sano y lo patológico.

En tercera posición, el poder de la autorregulación también ha sido cualitativamente afectado al permitir que los administradores, las empresas y las instituciones de salud impongan procesos y formas de hacer que condicionan tanto la forma como el contenido del trabajo médico.

Parecería que el poder mejor conservado por la profesión es el de licencia, pues siguen siendo los médicos los principales responsables del diseño, la gestión y la ejecución de la educación médica. Sin embargo, dado que los cambios son de naturaleza social, inciden transversalmente en los estudiantes y otros agentes implicados en esta tarea, aunque a través de mecanismos más sutiles. Sin ignorar esta influencia, la autoridad y la responsabilidad de formar a los médicos del futuro sigue en manos de la profesión como grupo. Cabe hipotetizar que es en el terreno de la educación donde los médicos ejercen mayor poder, con la capacidad de incidir para hacer prevalecer los intereses y los valores que consideran importantes por medio de la socialización que imprimen sobre los aspirantes al gremio.

Esta aparente involución de poder en términos de los atributos profesionales de los médicos provee argumentos para reabrir el debate sobre la desprofesionalización²⁴ que aún polariza con otras interpretaciones que admiten que el poder de los médicos se conserva, solo que de distintas formas.²⁶

En todo caso, parecería que el poder que ha perdido la profesión médica ha sido redistribuido entre los otros agentes que participan en la esfera de la salud y que no estaban presentes, o al menos en tal cualidad o magnitud, en el siglo pasado, cuando se robusteció el concepto de profesión. Por lo tanto, en vez de solo contrastar el mundo empírico contemporáneo con la teoría social disponible, es necesario seguir explorando cómo se caracterizarían las profesiones al día de hoy, y si es válido replantear los preceptos que las definen.

Conclusión

El debate sobre la evolución o la involución de los atributos clásicos de la profesión podría ser perenne. Lo que es un hecho es que los condicionantes sociales de las últimas décadas, evidenciados por los fenómenos presentados en esta pieza, han influido en el rol y la práctica del médico, y lo seguirán haciendo. Esta discusión se vuelve en particular fructífera al reflexionar y reconsiderar los objetivos de la educación médica. En particular, porque implica formar a profesionales que se enfrentarán a escenarios radicalmente distintos a los que motivaron el modelo tradicional de enseñanza de la medicina, cuyas

instituciones siguen patentes. La discusión de estas implicaciones excede el espectro del presente artículo, pero constituye una arista muy fecunda para los agentes involucrados en la disciplina. Lo cierto es que el abordaje para lidiar con las tensiones que se han generado entre la profesión médica y la sociedad no se agotan con el intento de formar solo *buenos médicos*, sino que se deben asumir críticamente las condicionantes sociales y culturales que provocan esta transición. Otro error sería dejar exclusivamente en manos de la educación médica los esfuerzos que deben articularse desde otros frentes institucionales y políticos.

Agradecimientos

Gracias a la doctora Anne Fouquet, que ha sido una guía formidable en la traslocación de mis inquietudes del mundo médico a la sociología, y en particular por su consejo crítico para la elaboración de esta pieza.

Conflicto de intereses

La autora ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflicto potencial de intereses del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado ninguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Prece G. Las profesiones de la salud y la práctica médica en los umbrales del tercer milenio. Medicina y Sociedad - Centro de Investigaciones en Salud. 1999. Disponible en: <https://sociologiadelasaludusa.files.wordpress.com/2015/03/las-profesiones-de-la-salud-prece.pdf>. Consultado el 12 de agosto de 2017.
2. Cockerham W. Medical sociology. 11th ed. EUA: Pearson; 2010. p. 247-63.
3. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med. 2004;350(1):69-75.
4. Coe R. Sociología de la medicina. España: Alianza Editorial; 1973. p. 218-51.
5. Frenk J, Gómez-Dantés O. ¿Atención a la salud o a la enfermedad? Reestableciendo el equilibrio. Salud Pública Mex. 2016;58(1):84b-8b.
6. Ballard K, Elston MA. Medicalisation: a multi-dimensional concept. Soc Theor Health. 2005;3:228-41.
7. Conrad P. The shifting engines of medicalisation. J Health Soc. 2005;46(1):3-14.
8. Timmermans S, Oh H. The continued social transformation of the medical profession. J Health Soc Behav. 2010;51:94-106.
9. Pescosolido B. Of pride and prejudice: the role of sociology and social networks in integrating the health sciences. J Health Soc Behav. 2006;47(3):189-208.

10. Leicht KT, Fenell ML, Witkowski KM. The effects of hospital characteristics and radical organizational change on the relative standing of health care professions. *J Health Soc Behav.* 1995;36(2):151-67.
11. Machado M. Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educ Med Salud.* 1991;25(1):28-36.
12. Battistella R, Burchfield D. Rolling back third-party intrusions in the practice of medicine. *Physician Exec.* 2000;26(6):46-51.
13. Goldenberg MJ. A response to Sestini's (2011) response. *J Eval Clin Pract.* 2011;17:1004-5. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01737.x
14. Michel I. The epistemology of evidence-based medicine. *Surg Endosc.* 2007;21:145-51. DOI: 10.1007/s00464-006-0905-7
15. Hafferty FW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behav.* 1995;(Extra issue):132-53.
16. Hjørland B. Evidence-based practice: an analysis based on the philosophy of science 1. *J Am Soc Inf Sci Technol.* 2011;67(7):130-110. DOI: 10.1002/asi.21523
17. Loughlin M. Reason, reality and objectivity – shared dogmas and distortions in the way both 'scientific' and 'post-modern' commentators frame the EBM debate. *J Eval Clin Pract.* 2008;14:665-71.
18. Hafferty FW, Castellani B. Medical sociology. En: Bryant CD, Peck DL, editores. *21st century sociology: a reference handbook.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2007. p. 331-8.
19. Nishijima Y, Blima L. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colect.* 2016;12(1):9.
20. Jarillo-Soto E, Chapela-Mendoza MC, Mendoza-Rodríguez JM. Repercusiones de los nuevos sistemas de pago profesionales en la profesión y la formación médica. *Reencuentro.* 2005;44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004408>
21. Nigenda G. ¿Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países. *Rev Mex Sociol.* 1993;55(3):203-23.
22. Couburn D. Professionalization and proletarianization: medicine, nursing and chiropractic in historical perspective. *Labour-Travail.* 1994;34:139-62.
23. Haug MR. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *Milbank Q.* 1988;66(2):48-56.
24. Tousijn W. Beyond decline: consumerism, managerialism and the need for a new medical professionalism. *Health Sociol Rev.* 2006;15(5):469-80.
25. Borracci A. La medicina basada en la seducción y la comunicación al público de temas médicos. *Rev Argent Cardiol.* 2006;75(5):316-7.
26. Freidson E. The reorganization of the professions by regulation. *Law Hum Behav.* 1983;7:279. <https://doi.org/10.1007/BF01044529>

Cómo citar este artículo:

González-Amarante MP. Entendiendo la crisis de la profesión médica: una perspectiva sociológica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020;58(3):335-341.