

# DEL PLURALISMO MÉDICO A LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA.

Matilde Panadero Díaz  
(Universidad de Sevilla)

## RESUMEN

*El proceso de profesionalización de la medicina tuvo lugar en Europa en la segunda mitad del siglo XIX dentro de un contexto social cambiante: el surgimiento de las ideas democráticas y liberales, la formación de los primeros Estados nacionales, la expansión de la industrialización y el desarrollo urbano. Dicho proceso se produjo desplazando otros recursos terapéuticos que tradicionalmente habían ocupado un espacio “legítimo” dentro del pluralismo médico.*

## ABSTRACT

*The process of professionalization of medicine took place in Europe during the second half of XIX century, within a changing social context: the emergence of democratic and liberal ideas, the creation of the first national States, industrial expansion, and urban-industrial development. Such process involved the displacement of several types of medicine, which had traditionally occupied their own “legitimate” space within medical pluralism.*

## 1 Introducción

Me pregunto si las grises y profundas aguas del Sena despertaron a Auguste Comte de su locura y le devolvieron al juicioso universo de los cuerdos. Puede que cuando contemplara su imagen en el río, de pronto comprendiera que no era más que el reflejo del convulso mundo en el que le había tocado vivir. Miradas de un mundo social en extinción, visiones de una nueva época que avistaba cambios trascendentales para el devenir del hombre en la historia. Quizá la “herejía metafísica” que él tanto denunció en los iluministas, el abismo que se abría entre la razón y el sentimiento, no hiciera más que anunciar el crepúsculo de un viejo orden social y el advenimiento de una sociedad nueva, nacida de todos los cambios que estaban aconteciendo. El positivismo de Comte hunde sus raíces en la fascinación que sentía por la ciencia y en el impulso por explicar la sociedad de su tiempo. Su

tentativa de proyectar el método científico en la exploración de la vida social, acabará transmutando la Física Social en Sociología, puede que su enajenación fuera tan sólo una quimera, pero en ella vislumbró la nueva disciplina. Los instrumentos teórico-prácticos de la ciencia se prolongarán en el análisis de la sociedad. Así, el fundador del positivismo social tratará de buscar una ley que regule los principios del comportamiento social y, en su denodado intento por acercar el método de la ciencia al análisis de la sociedad, bautizará con el sustantivo de ley a su filosofía de la historia recogida en la Ley de los tres estadios. De manera similar a la triple clasificación (etapa teológica, etapa metafísica, etapa positiva) en la que el autor de Montpellier ordenó el proceso del conocimiento, la explicación de la enfermedad como fenómeno puede establecerse según dicha categorización:

“...*la explicación sobrenatural* (religiosa) de la enfermedad, la explicación mágica y la explicación científica. Tales explicaciones no se suceden una a otra de una forma mecánica sino que se encuentran, en la mayoría de los casos, entremezcladas. Los llamados profesionales del arte del curar han hecho frente a la enfermedad utilizando unos conocimientos y técnicas congruentes con la definición de tal enfermedad; utilizando las artes religiosas y mágicas y, finalmente, la ciencia” (Rodríguez, 1987: 44).

Las primeras formas de medicina combinaban creencias mágicas y religiosas y algún tipo de empirismo. Actualmente, la mayor parte de las medicinas populares explican la enfermedad en base a creencias mágicas y religiosas. El surgimiento de la medicina científica no supuso la extinción de interpretaciones arcaicas sobre la enfermedad, sino que han subsistido hasta nuestros días en las sociedades modernas como elementos integrantes del pluralismo médico<sup>1</sup>.

En todas las sociedades conocidas la tarea de la medicina ha consistido en mantener la salud, además de prevenir y curar la enfermedad. La medicina como institución social no sólo ha adquirido formas diversas a través de la historia<sup>2</sup>, sino que ha permanecido sujeta a los procesos de cambio en los que se han visto envueltas las distintas culturas en las que aquélla se ha venido desarrollando.

Desde este marco introductorio cabe plantear el proceso de profesionalización de la medicina científica, que en plena modernidad se alzó como opción única y hegemónica frente a otros recursos terapéuticos que tradicionalmente ocuparon un espacio “legítimo” dentro del pluralismo médico. Dichos recursos fueron emplazados, en algunos casos, a posiciones secundarias dentro del sistema y, en otros casos, fueron confinados definitivamente fuera del mismo.

<sup>1</sup> “El pluralismo médico o coexistencia de varios sistemas médicos es un fenómeno presente en la práctica totalidad de las sociedades actuales, desde las más desarrolladas hasta las que continúan viviendo en condiciones primitivas” (López, 2001: 49).

<sup>2</sup> López (2001) destaca la amplia variedad de formas de medicina que han existido desde los inicios de la humanidad: “El elevado número de formas de medicina resulta patente si, junto a las sociedades desarrolladas del momento presente, se considera el resto de las existentes en la

## 2 Los orígenes de la profesionalización de la medicina

Los antecedentes a los intentos de profesionalización de la medicina<sup>3</sup> se remontan a los siglos XVI y XVII. Porter (1995) señala que en Gran Bretaña a partir del siglo XVII los farmacéuticos representaban el escalafón más bajo del status jerárquico de la medicina “oficial”. Originariamente, los farmacéuticos eran tenderos que llevaban un comercio. Sin embargo, adquirieron una identidad diferente entrando a formar parte de la medicina “oficial” cuando se separaron de los tenderos en 1617 y crearon la *Worshipful Society of Apothecaries*, aunque su formación permanecía sujeta al mero aprendizaje del oficio y no realizaban estudios universitarios como los médicos. Si bien su tarea consistía en dispensar prescripciones, ganaron el derecho a tratar a los enfermos, derecho que se mantuvo durante el siglo siguiente.

A su vez, los cirujanos constituían el segmento intermedio de la medicina “oficial”, al situarse entre los farmacéuticos y los médicos. Dentro de los cirujanos había dos categorías: los que se agrupaban dentro de la *Company of Barbers*, los cuales practicaban una cirugía menor como extracción de dientes, sangrías, etc., y los que se agrupaban dentro de la *Guild of Surgeons*, que tenían un status más alto y ejercían una práctica más compleja como manipulaciones, colocar huesos y realizar amputaciones. Ambos grupos se fusionaron en 1540 en la *Company of Barber-Surgeons* que perduró hasta mediados del siglo XVIII, momento en que se produjo la separación de cirujanos y barberos (Cule, 1997). Inicialmente, los cirujanos practicaban medicina externa más que cirugía interna propiamente dicha. Obviamente, hasta la introducción de la anestesia y de los antisépticos no se empezó a practicar una cirugía más interna, debido a las situaciones de extremo peligro y dolor que revestían algunas intervenciones (Porter, 1995). Entre los cirujanos y los farmacéuticos existía mucha afinidad, en gran parte porque trabajaban como practicantes médicos para las clases bajas y para los habitantes de los pueblos y ciudades pequeñas, a medida que se acercaba el siglo XVIII (Stevens, 1966). Ambos colectivos consolidaron su posición social a lo largo del siglo XVIII. Los farmacéuticos mediante leyes que

---

(cnt.) actualidad y a lo largo de la historia. Las actividades que integran cada una de dichas formas pueden estudiarse como un conjunto de relaciones o interacciones sociales, es decir, como un sistema social, o bien como un conjunto de pautas de conducta o comportamiento, entendiéndolas como un sistema cultural. Al aplicar estos dos puntos de vista complementarios, las nociones vagas e intuitivas quedan sustituidas por el concepto preciso de sistema, lo que supone equiparar la medicina a los demás subsistemas resultantes del análisis sociocultural” (*ibidem*: 48).

<sup>3</sup> López (2002) señala que la primera reglamentación para la autorización y control del ejercicio de la medicina fue promulgada en 1140 por Ruggero II de Sicilia. En dicha reglamentación se observaba la prohibición categórica de ejercer la medicina sin haber realizado previamente el examen pertinente. El castigo que se contemplaba para aquellos que infringieran dicha ley era la prisión y la confiscación de bienes. En 1240 Federico II de Sicilia proclamó una orden equivalente a la anterior, con la salvedad de que el examen tendría que tener lugar en la escuela de Salerno. En España el Tribunal de Protomedicato (1477) creado por los Reyes Católicos, más tarde reformado por la pragmática filipina de 1588, fue una de las instituciones más representativas en la regulación de la profesión médica.

les permitían elaborar prescripciones, llevar sus propias tiendas de productos químicos e incluso tratar pacientes en sus casas. Los cirujanos reforzaron su status social con la fundación de entes corporativos como el *Royal College of Surgeons* de Edimburgo en 1778, entre otros.

La profesionalización de la cirugía moderna<sup>4</sup> tiene lugar en la Ilustración. Por un lado, los cirujanos comenzaron a recibir formación en centros docentes de igual o superior prestigio que las facultades de medicina. Por otro lado, el avance experimentado en las técnicas quirúrgicas unido a las nuevas estrategias de guerra, no hay que olvidar que el territorio europeo durante el siglo XVIII se vio asolado por continuas contiendas bélicas, así como los cambios originados en la nueva concepción del hospital favorecieron el impulso de la cirugía moderna. (López, 2002). Las guerras y los hospitales fueron los dos espacios más importantes para los cirujanos, ya que constituían los lugares idóneos para adquirir experiencia (Guerra, 1985).

No obstante, fue Francia el primer país donde tuvo lugar la desaparición de la corporación de barberos-cirujanos. En 1731 se constituía en París, mediante un decreto de Luis XV, la *Real Academia de Cirugía*, una institución docente equiparable a la Facultad de Medicina. El caso francés representó un modelo a seguir por la mayoría de los países europeos, teniendo en cuenta las singularidades de cada lugar. En España, por ejemplo, se fundó en el año 1748 en la ciudad de Cádiz el Real Colegio de Cirugía cuyo objetivo era formar cirujanos para la Armada (López, 2001).

De otro lado, según Lerner (1992) las *Witchcraft Acts* reforzaban la posición de las tres clases de practicantes médicos con respecto al resto de los practicantes de la medicina popular británica. Las *Acts* se empleaban en contra de quienes reclamaban para sí poderes especiales no santificados por la Iglesia en los siglos XVI y XVII. Las *Acts* habían sido especialmente utilizadas en contra de las comadronas. Para Oakley (1992) lo que realmente se hallaba detrás de las *Acts* era el hecho de que las comadronas desafiaban la autoridad jerárquica en diversos planos relacionados con la religión, la clase y el género. En último término, las *Acts* se produjeron en una época en la que los hombres, miembros de las nacientes corporaciones médicas, estaban cerrando el paso a la participación de las mujeres en diversos ámbitos sociales. Resulta obvio que en una sociedad eminentemente patriarcal, la posibilidad de que las mujeres pudieran incorporarse al creciente sector universitario, representaba un peligro para la posición de los hombres.

Asimismo, Porter (2001) señala que el acoso del que fueron objeto los *quack* durante el siglo XVIII, era una manifestación del interés de los médicos para profesionalizarse en la primera mitad del siglo XIX. Hay que tener en cuenta que la

---

<sup>4</sup> López (2002) ahonda en las circunstancias en las que se produjo el nacimiento de la cirugía moderna: "Durante el siglo XVIII cambiaron las circunstancias que habían condicionado la separación tradicional entre médicos y cirujanos, sobre todo porque el bajo nivel de la cirugía resultaba perjudicial para los intereses de las monarquías absolutas gobernadas de acuerdo con los principios del mercantilismo y del despotismo ilustrado. Los barberos-cirujanos, con nula o muy escasa instrucción eran incapaces de responder a las exigencias que planteaba la nueva organización del ejército, la navegación y el comercio" (ibidem 2002: 410).

medicina en las sociedades premodernas era vista más como una ocupación que como una profesión vocacional. El desarrollo del mercado, unido al crecimiento de las clases medias en el capitalismo industrial produjo una competencia entre las diferentes prácticas médicas, ya que cada una pugnaba por conseguir un espacio dentro de ese nuevo mercado. En ese contexto social la medicina “oficial” fue combatiendo otras alternativas médicas, paulatinamente fue ganándose terreno y, finalmente, consiguió quedarse con el monopolio profesional. De este modo, algunas prácticas asistenciales se verán sometidas a un proceso de secularización, quedando relegadas a una posición subordinada y dependiente dentro de la estructura de cuidados, mientras que otras serán finalmente apartadas como la curandería o la fitoterapia. De igual manera, la medicina homeopática y la medicina naturista serán reducidas al ostracismo.

Las mujeres, que ancestralmente ocuparon un lugar importante como sanadoras en el ámbito de los cuidados de salud, fueron desplazadas paulatinamente. Oakley (1992) sostiene que las mujeres, que tradicionalmente habían conformado una parte primordial del pluralismo médico, eran conocedoras y depositarias de todo un arsenal de hierbas y de raíces de plantas, imprescindible para la provisión de cuidados. Las mujeres personificaban un poder simbólico importante dentro de la comunidad y ello les hacía merecedoras de un status social digno<sup>5</sup>. Ehrenreich y English (1973) hacen hincapié en el proceso de transformación social que la figura de la sanadora experimentó dentro de la estructura de cuidados. Así, las comadronas<sup>6</sup> fueron suplantadas gradualmente por los parteros u obstetras. La enfermería, tradicionalmente ligada a los cuidados de salud domésticos y a las órdenes religiosas, más tarde emergerá con fuerza profesional en el marco de un mercado competitivo.

Para Comelles (1993), a partir del siglo XVIII los médicos, que hasta entonces representaban un segmento más de la pluralidad asistencial, adquirieron una posición dominante y establecieron su jurisdicción<sup>7</sup> en el campo de la salud y la enfermedad, sentando las bases del llamado modelo médico hegemónico (MMH), desplazando otras prácticas médicas encomendadas a diferentes tipos de sanadores:

---

<sup>5</sup> Guerra (1985) mantiene que las mujeres sabias cumplían una función social importante dentro de la medicina practicada por los pueblos germánicos, eran consideradas mediadoras entre las fuerzas curativas y la comunidad: “Entre los dioses paganos dominaba Wotan-Olin cuyos ojos, por reflejar la luz del sol, eran la fuente de la vida y su voluntad la que permitía o negaba a los demonios el provocar las enfermedades. Estas sobrevenían como penas por las faltas cometidas, aunque también se aceptaba su aparición por causas naturales, de ahí que en la prevención y tratamiento de las enfermedades se hicieran sacrificios con animales propiciatorios y exorcismos diversos a los que se asociaban el uso de amuletos y la administración de plantas con virtudes mágicas sólo conocidas por mujeres sabias. La tradición reverenciaba por eso a las adivinatoras Veleda y Aurinia, expertas en el uso de hierbas curativas y para producir encantamientos” (ibidem, 1985: 206-207).

<sup>6</sup> Duin y Sutcliffe (1992) destacan el papel crucial que las mujeres sanadoras representaron en la esfera del pluralismo médico en lo que al alumbramiento de los niños se refiere. Ahondan en el hecho de que dicho papel se remonta a fases muy tempranas de la civilización.

“Desde el siglo XVIII, la política corporativa de los profesionales de la medicina ha buscado asegurarse el monopolio, entre otras cosas, sobre la gestión de la salud mediante un pacto con las burocracias estatales para excluir administrativa y jurídicamente cualquier alternativa, para recuperar para sí campos propios del autocuidado, y medicalizar la sociedad basándose en la idea de universalidad que sustenta el modelo médico hegemónico (MMH). Los médicos eran hasta entonces marginales. La atención de salud estaba confiada mayoritariamente a los particulares y sus redes sociales, apoyada por multitud de oficios curadores y por una red institucional (hospitales, hospicios y santuarios) destinados a ofrecer asilo, cuidado o intervenciones curativas de naturaleza milagrosa. A partir del siglo XVIII su estrategia se centró en dividir la atención en salud en un sector gestionado por médicos con criterios técnico-científicos, y un cajón de sastre de prácticas 'tradicionales' o folk que debían ser aculturadas por asistemáticas o supersticiosas”. (Comelles, 1993: 171)

### 3 La profesionalización de la medicina

El proceso de profesionalización de la medicina se gestó en un entramado de cambio social decisivo. Dicho proceso tuvo lugar en un momento histórico en el que estaban aconteciendo una serie de fenómenos relacionados: la emergencia de las ideas democráticas y liberales que sirvieron de apoyo y sostén al nuevo marco político-institucional que representaba el Estado moderno, era el período en el que se estaban conformando los primeros Estados nacionales dentro del mosaico continental europeo, la revolución industrial, la formación de la clase obrera, la expansión de los imperios coloniales y el desarrollo urbano-industrial (Menéndez, 1981). En ese marco social en fase de transformación, la medicina científica encontró el medio apropiado en el que asentar su supremacía, y a partir de ese momento será reconocida, legitimada y amparada por las instancias oficiales del naciente Estado moderno. En este sentido, Foucault (1978) sostiene que la implantación de un determinado modelo de medicina supone un elemento de control social e ideológico por parte del Estado liberal del XIX. A su vez, la industrialización alteró las formas de vida y el estado de salud de la población, generó nuevos problemas y también nuevas necesidades. Los movimientos migratorios del campo a la ciudad dieron como resultado el hacinamiento de masas de población en núcleos urbanos, escasamente dotados. Las condiciones de vida se tornaron difíciles: viviendas insalubres, falta de higiene, alimentación deficiente, primeros signos de contaminación producida por las fábricas y la aparición de enfermedades nuevas. El proletariado fabril<sup>7</sup> demandaba una mayor asistencia como consecuencia de las nuevas circunstancias de vida y trabajo, lo que les hacía muy propensos al contagio de enfermedades (Thompson, 1989). Paralelamente, tuvo lugar la *sanitary revolution* (Berliner, 1984) que implicó una serie de

---

<sup>7</sup> Stollberg (2002) apunta que el proceso mediante el cual los médicos establecieron su jurisdicción basada en una serie de conocimientos apoyados en la ciencia, llegando a extender su poder a la sociedad, se le ha llamado “medicalización de la sociedad”.

reformas medioambientales como la mejora de las condiciones de habitabilidad (saneamiento urbano) y de trabajo, lo que se tradujo en parte, en un descenso importante de la mortalidad, al tiempo que se incrementó la esperanza de vida. La *sanitary revolution* partió del descubrimiento del médico inglés John Snow. En la segunda mitad del siglo XIX la medicina progresó espectacularmente en la lucha contra las enfermedades infecciosas. El avance vino acompañado de mejoras en el urbanismo, en las que es significativo el hallazgo de John Snow sobre el origen de la enfermedad del cólera. Snow descubrió que el cólera se producía como consecuencia de la ingesta de aguas contaminadas procedentes de los ríos y fuentes urbanas, lo cual obligó a las autoridades a reestructurar la red del suministro de aguas de consumo humano. La vacuna contra el cólera y el perfeccionamiento de la infraestructura urbana representaron un progreso importante en materia de salud pública, en una época en la que el higienismo era un elemento central de las políticas gubernamentales. Los logros conseguidos en la prevención del cólera afianzaron los fundamentos de la *medicina social*<sup>9</sup>, ya iniciada en la Ilustración y, al mismo tiempo, contribuyeron a la profesionalización de la medicina científica.

La concatenación de fenómenos señalados al inicio de este epígrafe, configuraron el marco idóneo para consolidar y legitimar un modelo de medicina, del que fueron descartadas otras opciones terapéuticas. Dicho modelo, más centrado en el estudio de las funciones y los órganos del cuerpo, enfatizó la observación de los síntomas por encima de la explicación de la enfermedad. El saber médico se asentó en el conocimiento del cuerpo y sus patologías. El foco de atención no se dirigía a la persona enferma, sino que por el contrario, se dirigía a la enfermedad, en consecuencia el tratamiento de la enfermedad se volvió prioritario. En este sentido, hay que tener en cuenta la influencia que el Positivismo, así como los trabajos de Virchow y Koch ejercieron en la medicina a mediados del siglo XIX.

---

<sup>8</sup> Las duras condiciones de vida y de trabajo del proletariado, y las repercusiones que ello podrían tener en su salud, fueron ya denunciadas por Marx y Engels (1975).

<sup>9</sup> El Positivismo aportó el método científico a la Sociología, contribuyendo al estudio e interpretación de la realidad social. A partir de ese momento, las enfermedades empezarán a ser examinadas como manifestaciones de las condiciones sociales. En consecuencia, las enfermedades serán estudiadas en relación a la estructura social, a la estructura económica o, como señala Ackernecht (1985), al contexto cultural. La enfermedad por tanto, ya no es algo que afecta exclusivamente al individuo, sino que concierne a todo el grupo social. De esta manera, uno de los primeros en destacar la influencia que los factores sociales tienen en el origen de las enfermedades, fue el historiador de la medicina Sigerist (1960). Del mismo modo, Ackernecht (1985) resalta el interés de Rudolph Virchow, quien entendió que la medicina debía formar parte de la vida social y así conseguiría los objetivos perseguidos, por acercar la medicina a las ciencias sociales: "Hace unos cien años, Rudolph Virchow, un hombre de 27 años que se iba a convertir en el 'papa' de la moderna medicina biológica durante las siguientes cinco décadas, afirmó que 'la medicina es una ciencia social', una afirmación de la que curiosamente nunca se retractó. La verdad fundamental de la tesis de Virchow estuvo durante un tiempo oscurecida por los grandes descubrimientos biológicos de la segunda mitad del siglo XIX, pero durante las últimas décadas se ha impuesto con fuerza entre nosotros en una sociedad que sufre numerosas enfermedades no por ignorancia biológica sino sociológica" (Ackernecht, 1985: 119-120).

Nos encontramos ante una concepción nueva de la salud y la enfermedad que aísla otros recursos terapéuticos, menos basados en el organicismo funcional. Menéndez (1990) pone el énfasis en el surgimiento de un nuevo discurso ideológico médico en el que la salud y la enfermedad son tratadas de forma exclusiva y excluyente, cercando otras alternativas posibles a ese planteamiento teórico-ideológico. Así, se sumirán en la oscuridad todas aquellas prácticas terapéuticas que coexistieron tradicionalmente, formando parte de todo un *cuerpo* de conocimientos del que era partícipe la comunidad, que además de orientar sobre la salud y la medicina representaban toda una forma de vida. Dichas prácticas fueron sometidas a un proceso de confinamiento y subsistieron en muchos casos como saberes oscuros y supersticiosos, símbolos de una época de irracionalidad. Obviamente, el predominio de un determinado modelo médico no se produjo sin antes desencadenarse fuertes disputas ideológicas que condujeron al aislamiento de otras prácticas que funcionaban de un modo alternativo. Este proceso tuvo lugar en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, mientras que en Estados Unidos culminó a principios del siglo XX con el *Flexner Report* que supuso un ataque frontal contra la Escuela Americana de Homeopatía y otras escuelas médicas. Se trataba de excluir y apartar del circuito oficial mediante la legislación, otras alternativas terapéuticas no organicistas y de impedir su desarrollo (Starr, 1982).

En el proceso de profesionalización de la medicina que tuvo lugar en Gran Bretaña durante el siglo XIX, tuvo una importancia capital la creación en 1858 del *Medical Registration Act*. Dicho Registro no sólo confirió a la profesión médica un espacio único, dotándola de más poder, sino que supuso la movilidad social ascendente de un colectivo. Significó el ascenso de los farmacéuticos y de los cirujanos, los cuales adquirieron más reputación profesional, y también la mayor promoción de los médicos, colectivo considerado socialmente más prestigioso (Parry y Parry, 1977). Numerosas campañas parlamentarias desembocaron en una legislación que apoyaba sus demandas, las cuales reclamaban para sí un ámbito exclusivo y cerrado. La legislación se amparaba en un sistema de autorregulación interna, en el cual el reclutamiento se realizaba a través del mantenimiento de un registro y control de la educación y la formación. De esta manera, la profesión médica se garantizaba el monopolio exclusivo en la provisión de servicios en el mercado (Stacey, 1992). Con esta medida tanto médicos como cirujanos y farmacéuticos reforzaban su posición en términos de ingresos, status y poder, llegando a un compromiso en el cual las tres partes de la “profesión regular” conseguían beneficios (Porter, 1995). El *Medical Registration Act* significó que por primera vez, se sentaban las bases de un sistema nacional de licencia profesional en la esfera de los cuidados de salud. Además, suponía el establecimiento de una organización médica única, la regulación de la formación y educación, así como la imposición de sanciones criminales a los practicantes sin licencia. En este sentido, el *Medical Registration Act* dotaba de significado legal a los “practicantes médicos cualificados” que reunían un mínimo de requisitos, diferenciándoles de los practicantes no cualificados cuyos nombres no estaban en el registro oficial. De este modo, se restringía la entrada a una profesión que consideraban muy masificada, arrinconando otras prácticas terapéuticas y relegándolas a una posición marginal dentro del mercado.



En Estados Unidos la diferencia más importante entre los practicantes ortodoxos y los no ortodoxos, se centró en torno a la educación universitaria de los primeros y el aprendizaje de los segundos, predominantemente práctico. Así, en la segunda mitad del siglo XVIII se crearon algunas escuelas médicas como la escuela de la Universidad de Pensilvania. Igualmente, algunas sociedades médicas locales empezaron a funcionar y, al mismo tiempo, algunos *Estados* comenzaron a dispensar licencias médicas. Los intentos realizados para establecer una estructura médica tripartita similar a la británica, fracasaron en un medio cultural no monopolista en el que la extensa gama de practicantes encontraba su lugar en el mercado. Evidentemente, una estructura de ese tipo representaba una amenaza, puesto que iba en contra de los intereses médicos (Starr, 1982). El proceso de profesionalización de la medicina se produjo en Estados Unidos más tarde que en Europa. A principios del siglo XX la mayoría de los médicos eran autónomos que trabajaban en el sector privado, en un contexto fragmentado políticamente donde cada *Estado* tenía su propia legislación. La creación de numerosos *Consejos de Estado* fue el núcleo del sistema de regulación profesional de la medicina. Estos consejos proveían licencias exclusivas para practicar la profesión médica. Cada consejo estaba compuesto por una mayoría de representantes de las sociedades médicas, lo cual indicaba hasta qué punto los propios médicos controlaban el proceso. A su vez, hay que destacar el interés de las escuelas médicas en obtener licencias, así como en la aprobación de leyes que definieran la formación requerida, ya que la existencia de dichas escuelas dependía del reconocimiento de sus diplomas por parte de los *Consejos de Estado*. Finalmente, la publicación del *Flexner Report* en 1910 vino a fijar la uniformidad de criterios en el currículum médico.

Por último, señalar que en el proceso de profesionalización de la medicina hay que diferenciar dos etapas. En un primer momento (primera mitad del siglo XIX), el médico trabajaba como profesional liberal y aparecía como la figura central, era un clínico cuya práctica terapéutica giraba en torno al tratamiento del enfermo. La atención al paciente tenía lugar en la consulta médica privada o en la casa del enfermo. En una etapa posterior (segunda mitad del siglo XIX) y coincidiendo con los prolegómenos del Estado de Bienestar Social, el médico se convirtió en un profesional dependiente<sup>10</sup>. Comelles (1993) sostiene que la evolución hacia el modelo médico hegemónico (MMH) no supuso una ruptura respecto al modelo clásico, que a finales del XIX entró en una etapa crítica, sino el resultado de un modelo de organización hospitalaria, esencial para el avance de la cirugía o el tratamiento de algunas enfermedades. Una de las características más notables del nuevo modelo es la prioridad que da a la dimensión biológica de la enfermedad, por encima de la dimensión sociocultural. Asimismo, se produce un desplazamiento de la red social de cuidados, asumida por el modelo clásico, la cual será suplantada por la práctica hospitalaria, donde se prima el desarrollo tecnológico:

---

<sup>10</sup> De Miguel (1985) y Díez Nicolás (1985) analizan la evolución de la profesión médica en España, destacando que en el último tercio del siglo XIX emerge la figura del médico como profesional moderno.

“En la mayor parte de países supuso legislación relativa a la formación médica, a la homologación hospitalaria y al control sanitario de alimentos y medicamentos, embriones de sistemas de seguridad social, acciones sectoriales como la lucha antituberculosa, un mayor intervencionismo del estado y un tránsito conceptual hacia la idea de red de asistencia y de gestión integral, una filosofía política en la que el estado se atribuye mayor grado de intervención sobre la vida social y en la que las instituciones se diseñan para una intervención precoz sobre amplias masas de población. El proceso de institucionalización resultante representó la medicalización y psiquiatrización de multitud de problemas de salud tradicionalmente resueltos a domicilio o mediante autocuidado, y dio lugar a nuevas relaciones entre administración, profesionales y profanos. Sin embargo, no todos los países organizaron la atención primaria médica del mismo modo. En algunos casos lo hicieron en torno a instituciones, ambulatorios o consultas externas, otros, mantienen el despacho privado, como en la Gran Bretaña, otros finalmente, aceptan combinaciones de instituciones públicas y despachos privados como hace España a partir de 1943. A mi juicio cada opción ha tenido una influencia determinante en las representaciones de la población con respecto a ellas y en su posición en los procesos asistenciales, e inevitablemente han tenido enormes consecuencia en la ideología y las expectativas profesionales de los médicos” (Comelles, 1993: 179-180)

La profesionalización de la medicina resultó un proceso arduo y complejo en el que confluyó una multiplicidad de factores de orden político, social, económico, etc. Dicho proceso se fraguó desde la exclusión social, política e ideológica de otros recursos terapéuticos y asistenciales, apartados de la medicina ortodoxa por no ser considerados científicos. La profesionalización de la medicina no se ha construido de una manera aislada, sino en relación a un devenir en el que la secularización y el confinamiento de otras prácticas médicas, así como la especialización y la masculinización han ocupado un lugar central.

## Bibliografía

- ACKERNECHT, E. H. (1985), *Medicina y antropología social*, Madrid: Akal.
- BERLINER, H. S. (1984), “Scientific medicine since Flexner”, en: Salmon, J. W. (ed.), *Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives*, New York: Tavistock, págs. 30-56.
- COMELLES, J. M. (1993), “La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”, en *Revisiones en Salud Pública*, 3, págs. 169-192.
- CULE, J. (1997), “The history of medicine: from its ancient origins to the modern world”, en: Porter, R. (ed.), *Medicine: A History of Healing*, London: Ivy Press, págs. 89-114.
- DE MIGUEL, J. M. (1985), *La salud pública del futuro*, Barcelona: Ariel.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (1985), *Políticas de población*, Madrid: Espasa-Calpe.
- DUIN, N.; SUTCLIFFE, J. (1992), *A History of Medicine: From Prehistory to the Year 2020*,

- London: Simon and Schuster.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. (1973). *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*, New York: Feminist Press.
- FOUCAULT, M. (1978), *El nacimiento de la clínica*, México: Siglo XXI.
- GUERRA, F. (1985), *Historia de la Medicina*, Madrid: Norma.
- LARNER, C. (1992), "Healing in pre-industrial Britain", en: Saks, M. (ed.), *Alternative Medicine in Britain*, Oxford: Clarendon Press, págs. 49-74.
- LÓPEZ, J. M. (2001), *Breve historia de la medicina*, Madrid: Alianza.
- (2002). *La medicina en la historia*, Madrid: La esfera de los Libros.
- MARX, K.; ENGELS, F. (1975), *Obras escogidas*, Madrid: Akal.
- MENÉNDEZ, E. L. (1981), "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: Basaglia y otros., *La salud de los trabajadores*, México: Nueva Imagen, págs. 11-53.
- (1990). *Antropología médica, Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México: Cuadernos de la Casa Chata, 179.
- OAKLEY, A. (1992), "The wisewoman and the doctor", en: Saks, M. (ed.), *Alternative Medicine in Britain*, Oxford: Clarendon Press, págs. 149-174.
- PARRY, J.; PARRY, N. (1977), "Social closure and collective social mobility", en: Scase, R. (ed.), *Industrial Society: Class Cleavage and Control*, London: Allen & Unwin, págs. 110-121.
- PORTER, R. (1995), *Disease, Medicine and Society, 1550-1860*, Cambridge: Cambridge University Press.
- (2001). *Quacks: Fakers and Charlatans in English Medicine*, Stroud: Tempus.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1987), *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*, Madrid: Tecnos.
- SIGERIST, H. E. (1960), *On the history of medicine*, New York: MD Publications.
- STACEY, M. (1992), *Regulating British Medicine: The General Medical Council*, Chichester: Wiley.
- STARR, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books.
- STEVENS, R. (1966), *Medical Practice in Modern England*, New Haven, CT: Yale University Press.
- STOLLBERG, G. (2002), "Patients and Homoeopathy: an Overview of Sociological Literature", en: Dinges, M (ed.), *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield: EAHM Publications, págs. 317-329.
- THOMPSON, E. P. (1989), *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Barcelona: Crítica.