Asociaciones médicas y política corporativista en México

apuntes sobre algunos cambios recientes

Gustavo Nígenda

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NÍGENDA, G. Asociaciones médicas y política corporativista en México: apuntes sobre algunos cambios recientes. In: MACHADO, M.H., org. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 63-73. ISBN: 978-85-7541-607-5. Available from: doi: [10.7476/9788575416075.004](https://doi.org/10.7476/9788575416075.004). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Asociaciones médicas y política corporativista en México: apuntes sobre algunos cambios recientes

Gustavo Nigenda

Introducción

La formación de asociaciones o agrupaciones médicas ha sido motivada históricamente por la necesidad que tienen los médicos de defender sus intereses profesionales. El grado con el que este objetivo se cumple varía en función a elementos tanto internos a la profesión como externos a ella. Solamente sobre algunos de estos elementos la categoría puede tener control. Entre los elementos internos encontramos la habilidad para mantener un conocimiento técnico relativamente homogéneo, la capacidad de mantener una cohesión grupal y el sostenimiento de una ideología profesional. Entre los elementos externos encontramos a los agentes financiadores y administradores de los servicios de salud. El Estado es otro agente externo. Además tiene la capacidad de determinar la reglas del juego en el escenario político, que es el espacio donde los grupos sociales negocian la representación de sus intereses.

En distintos países la profesión médica, utilizando sus asociaciones, ha logrado influir en los mecanismos a través de los cuales se obtienen y distribuyen los recursos en el sector salud. Esto normalmente le permite obtener importantes beneficios económicos y sociales. En el extremo opuesto encontramos casos en los que las asociaciones no logran influir en la definición de los mecanismos de financiamiento lo cual condiciona también su estatus profesional.

La profesión médica mexicana se encuentra entre estos dos extremos (Nigenda, 1994). El status profesional médico tiene claros vínculos con el proceso de desarrollo del sistema de salud vigente y con la participación del Estado.

En el país se experimenta un renovado interés de la categoría por

encontrar nuevas formas de organización profesional a fin de enfrentar los retos que los cambios del mercado de trabajo les impone. La producción de servicios de salud da claras muestras de privatización, debido a un doble proceso que por una parte muestra el retiro del Estado de la prestación directa de servicios, y por otra, el interés que productores privados tienen por asumir estas funciones. Este redireccionamiento además de tener repercusiones en el ámbito económico, lo tiene en el político.

El presente trabajo expone el origen de las asociaciones médicas en el país y los objetivos que han perseguido. Posteriormente se detallan las características del Estado mexicano que tienen relevancia en la determinación de las relaciones políticas en el sistema de salud. Continúa con una descripción de aspectos recientes de la participación de las organizaciones médicas las cuales responden a las nuevas tendencias del mercado de servicios. Finalmente se presenta una breve conclusión.

Origen de las asociaciones médicas

En México existe una larga tradición en la formación de asociaciones médicas que data de más de un siglo. Muchas de estas organizaciones, no obstante, han carecido de continuidad y normalmente completan sus ciclos prematuramente. Sin duda, la asociación médica más importante del país, la Academia Nacional de Medicina, representa un caso especial. La Academia fue creada en 1864 durante la época de Maximiliano de Absburgo. Reunía tanto a médicos franceses como mexicanos, éstos últimos en su mayoría afiliados ideológicamente al movimiento conservador (Guerra, 1975). Su primer presidente era de origen francés y a él le siguieron médicos mexicanos. La Academia logró trascender la inestabilidad política de la segunda parte del siglo XIX. Durante el porfiriato, debido al importante desarrollo de la clínica promovido por la influencia del positivismo francés, la Academia logró forjarse un prestigio profesional y una autoridad social bastante sólidas. La Academia siempre ha sido un grupo exclusivo que representa a la élite médica del país y sus conexiones políticas no sólo no fueron desmanteladas con la Revolución sino que por el contrario, se fortalecieron al grado que Francisco I. Madero la ascendió a nivel de cuerpo asesor del gobierno federal de la república.

El objetivo de la Academia ha sido el de mantener el prestigio profesional y social de la práctica médica en el nivel más alto posible. Indi-

rectamente, a través de la participación personal de sus miembros, ha sido capaz también de influir en la definición de la política sanitaria del país.

Con el Estado postrevolucionario, siguiendo la tradición de importantes figuras médicas como Miguel Jiménez y Eduardo Liceaga, miembros de la Academia pasaron a tomar el control de la política de salud a nivel federal dentro del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. Ambas instituciones jugaron un papel determinante en la regulación del mercado de servicios de salud entre 1917 y 1943 y de manera especial en la regulación de la práctica profesional.

Con el advenimiento de la especialización de las áreas clínicas en los años 30, la Academia extendió su influencia hacia la formación de sociedades que fortalecieran en los ámbitos extra institucionales el desarrollo de las especialidades. Miembros destacados de la Academia pasaron a ser presidentes de sociedades como la de gastroenterología, la de cirugía del Hospital Juárez, la Sociedad Médica del Hospital General y la Academia Mexicana de Cirugía.

La competencia de otros grupos, tanto de distintas tradiciones médicas como de médicos no formados en el país, por el dominio del mercado de servicios ha sido también preocupación de la Academia. A partir de la segunda década del siglo la Academia buscó mantener representación en esta área a través de la creación o el apoyo de organizaciones. Un caso interesante es el de la Asociación Médica Mexicana (AMM) cuya presidencia no era ocupada por un miembro de la Academia, mas varios de los miembros del cuerpo directivo pertenecían a ella.

La AMM, de acuerdo con Fernández del Castillo (1956), tenía como objetivo “promover todo lo que tienda al mejoramiento de las condiciones morales, sociales, intelectuales y materiales de la clase médica”. Dado que el mejoramiento académico estaba en manos de otras instancias, la AMM se abocó a promover el mejoramiento de las condiciones laborales como el cobro de honorarios y a apoyar el control del mercado. Quizá el punto sobre el cual la AMM enfocó preferentemente sus energías fue la reglamentación del Artículo 4o. constitucional cuya laxitud no permitía a la profesión ampliar su dominio sobre un mercado de servicios que en esos años era predominantemente privado.

En 1910, en México no existía un solo sindicato médico. En 1935 prácticamente cada entidad federativa tenía uno. Los sindicatos representaron un tipo de organización interesante debido a que el propio Estado promovió su desarrollo. Así, los primeros sindicatos médicos tuvieron que enfrentar el dilema de defender los intereses de un grupo de

trabajadores básicamente liberal dentro de una organización típica de asalariados. La Academia tuvo representantes en las primeras mesas directivas del Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal. Para 1943, la mayor parte de los sindicatos médicos habían desaparecido o habían sido absorbidos por las centrales de trabajadores del partido oficial perdiendo así su relación de independencia original con el Estado.

La Ley de Profesiones de 1944 creó una nueva figura organizacional en los colegios médicos. En virtud de que los colegios mantienen una relación formal con el Estado y de que sus actividades se encuentran ampliamente reguladas, durante años han representado organizaciones poco atractivas para los médicos que siempre han buscado establecer una relación con menor grado de dependencia. Los colegios del Distrito Federal fueron llamados a apoyar la labor del Estado en el movimiento médico de 1964, pero su papel en ese sentido fue poco importante.

Finalmente los consejos de Certificación de Especialidad son organizaciones médicas que buscan garantizar que los especialistas mantengan un nivel de competencia mínimo. Aunque se argumenta comúnmente que este proceso se realiza en beneficio de los consumidores, en realidad debe ser visto como un mecanismo que juega un papel importante en la dinámica del mercado ya que protege el valor de la fuerza de trabajo de los médicos certificados.

Política corporatista en el sistema de salud

En su libro clásico sobre la profesión médica, Eliot Freidson (1970) señala que la relación que ésta tiene con el Estado es fundamental para asegurar su participación hegemónica en la producción de servicios de salud. Es el Estado, como último detentor del poder social, el que otorga a la profesión la capacidad de producir dichos servicios sin ser sujeto de vigilancia de otras profesiones así como de ser capaz de autoregularse.

No obstante, Freidson nunca se ha interesado por analizar esta relación en profundidad. Los cambios que se han dado en los sistemas de salud en todo el mundo, entre ellos el cada vez más evidente asalariamiento de la profesión y su exposición a sistemas de vigilancia técnica dentro de las instituciones, ha llevado a algunos estudiosos a replantearse los términos de la relación entre dichos actores.

Paralela a esta preocupación se ha mantenido otra, interesada en explicar cómo los distintos grupos en una sociedad son capaces en influir

las decisiones que determinan los rumbos de la producción de bienes y servicios, así como su consumo (Picó, 1987). En ambos campos, pero de manera especial en el primero, la teoría del corporatismo social ha brindado hipótesis al parecer plausibles.

Visto como un sistema de representación de intereses el corporatismo ha sido aplicado en el campo de la producción y el consumo de servicios de bienestar social (Williamson, 1989). Dichos estudios han definido la capacidad que grupos como la categoría médica tienen en la definición de políticas y la distribución de recursos (Cawson, 1982).

Sin embargo, si nos adherimos a la distinción original propuesta por Schmitter (1974) entre el corporatismo social y el corporatismo de Estado, nos encontramos que en la mayor parte de los casos la aplicación de la teoría corporatista se ha llevado a cabo en países que se apegan al primer tipo. La distinción es crucial porque establece el papel del Estado y la sociedad en la constitución del corporatismo. Para la primera, es la sociedad la que se mueve en esa dirección y el Estado comúnmente se ajusta a ella y la utiliza en el cumplimiento de sus objetivos. En la segunda, es el Estado el que propone o promueve la dirección hacia el corporatismo y la sociedad tiene pocas opciones aparte de ajustarse a ella. En el corporatismo del Estado, esto tiende a ser un actor político con gran fuerza y autoridad. Se piensa que dado el diferencial de poder existente entre los actores interesados, los grupos profesionales tienen oportunidades restringidas para influir el proceso político, pero esto aún tiene que ser probado.

Frenk y González-Block (1992) consideran que en México la provisión de servicios de salud está determinada por la racionalidad del Estado corporatista la cual está basada en la forma en que la población se inserta en las áreas de la producción económica. Así, el sistema de bienestar social mexicano está compuesto por la seguridad social que protege a los trabajadores dentro del sector formal de la economía y que a su vez se encuentra subdividida entre aquellas instituciones que protegen a trabajadores de empresas privadas y públicas. La asistencia pública se encarga de la provisión de servicios a la población que no se encuentra integrada al sector formal. Además encontramos el sector de servicios privados que no obedece a la racionalidad corporatista y que se diferencia claramente de ella.

Esta división desde luego genera una estructura particular del mercado laboral para los profesionales en virtud de que las oportunidades y condiciones de trabajo son distintas en cada una de las instituciones. En

primer lugar esto crea una estratificación importante en la profesión. A su vez, este fenómeno resta capacidad a los miembros de la categoría para actuar coordinadamente porque en primera instancia los intereses que los motivan a participar son generalmente distintos. Intentar establecer una asociación consolidada es atentar contra la lógica corporatista del Estado y esta posibilidad está vedada a cualquier profesión. Los médicos lo han experimentado como ninguna otra en el país.

En realidad la mayor probabilidad para influir el proceso de toma de decisiones está en la participación en el aparato administrativo de las instituciones, pero para ello, un médico como trabajador de confianza, tiene que anteponer a los intereses de la profesión, los intereses del Estado. Cuando ambos intereses coinciden la coordinación es posible, cuando se anteponen lo más probable es el conflicto. El otro ámbito de participación son los sindicatos estatales. El riesgo en ellos es terminar anteponiendo los intereses personales o de la cúpula sobre los intereses de la base trabajadora.

La ampliación del sector privado de servicios de salud está modificando sin duda la estructura del mercado y la relación existente entre los actores. Diversos actores emergentes empiezan a acumular capacidad de decisión. Los inversionistas interesados en la educación de médicos, y en el financiamiento y la producción de servicios de salud son sin duda los más importantes. Su verdadero impacto podrá ser aquilatado en los próximos años: mientras tanto, la política económica del Estado en los últimos años ha aceptado y fomentado su participación.

Respuesta de las organizaciones profesionales ante los cambios del mercado

Para la profesión médica, sin duda, el interés principal en la actualidad es obtener el control de la demanda de servicios privados. A partir de la creación de la seguridad social la demanda de servicios más importante se obtuvo de las poblaciones cautivas de estas instituciones. Durante este período, los sectores de mayor autoridad en la profesión pudieron influir el desarrollo de los servicios hacia la especializaciones clínicas.

Posteriormente, el número de especialistas se habría convertido en mayoritario a no ser por el crecimiento explosivo de los médicos generales en los años 70. Además, al final de este período, los especialistas pudieron controlar los mejores puestos de trabajo (Frenk, 1990). La re-

tracción del Estado en la producción de servicios de salud ha abierto de nuevo un espacio de mercado que previo a la intervención estatal los médicos mantenían absolutamente bajo control. No obstante las nuevas condiciones no son ni con mucho las que existían a principios de siglo.

La primera respuesta de la profesión ha sido un evidente interés por reagruparse ante un hecho que para todos los médicos es muy claro. El Estado está cambiando las condiciones para la producción de servicios. Lo que no está claro aún es en que sentido están cambiando dichas condiciones.

Los médicos mexicanos perdieron la capacidad de aglutinarse en organizaciones únicas como lo han hecho por años sus colegas que no han experimentado el corporatismo estatal como en Inglaterra, Alemania o Suecia (Garbenpy, 1989). No existen llamados para la constitución de una organización única como sucedió en los años 20, en los 40 y en los 60. Los Consejos de Certificación de Especialidad han tomado la iniciativa para asegurar la participación de los médicos especialistas en el mercado bajo la supervisión de la Academia Nacional de Medicina.

Los Colegios Médicos Estatales también se encuentran reorganizando sus fuerzas en una sola entidad representativa con miras a tener presencia en la representación de sus intereses. Incluso organizaciones con tan poca presencia, como el Sindicato Nacional de Médicos Cirujanos de la República Mexicana, tienen clara la posibilidad de cambios importantes en los próximos años.

Los Consejos de Certificación de Especialidades Médicas tienen "autoridad moral" para llevar a cabo el control de calidad de la práctica de las especialidades médicas mediante la evaluación de sus conocimientos académicos. El primer Consejo se formó en 1963 y a la fecha existen ya 43 de las distintas especialidades clínicas. La Academia Nacional de Medicina empezó a otorgar reconocimientos de idoneidad desde 1974 y en la actualidad tiene control sobre los Consejos. Éstos llevan a cabo su trabajo motivados por la necesidad de proteger al público consumidor de servicios. No obstante, la certificación no es obligatoria y en realidad al sector que fundamentalmente le interesa este proceso es el privado, ya que en las instituciones públicas no se considera como un requisito para el ingreso.

En la actualidad, los hospitales privados más importantes solicitan a los aspirantes a plazas de trabajo el estar certificados. La certificación tal como se lleva a cabo en la actualidad (con un examen teórico) poco puede garantizar sobre la calidad de práctica de un médico. No lo puede

hacer más allá que los conocimientos adquiridos en el proceso de formación y lo que la experiencia profesional le puede garantizar. Por ejemplo, esto lo han ya identificado los colegios médicos en Canadá que recientemente han decidido adjuntar al examen teórico uno de tipo práctico con alto nivel de detalle.

La certificación tampoco impacta el salario de un trabajador dentro del IMSS o de la SSA. En realidad la única motivación que le brinda a un médico el someterse a este proceso de credencialización es el prestigio profesional que gana, el cual a su vez puede utilizar en el sector privado para modular el precio de sus servicios, proceso que no depende de regulaciones gubernamentales.

Este hecho ha atraído poderosamente la atención de los médicos especialistas que, como es bien sabido, combinan en un alto porcentaje la práctica institucional con la práctica privada. En 1974 los consejos existentes habían certificado a cerca de 400 médicos. A finales de 1990 habían ya 22. 399 certificados. Dos años después esta cifra ascendía a 28.172, es decir un incremento de 20. 4% respecto a 1990 (Academia Nacional de Medicina, 1993). No obstante respecto al total de médicos en el país este grupo representaba alrededor de 16%. Desde luego el universo a ser certificado por los consejos es el total de médicos especialistas del país. Sin certificar y produciendo activamente servicios quedarán cerca de 100. 000 médicos generales.

Los colegios profesionales son las únicas organizaciones con autoridad legal para regular la práctica médica en el país. A la Ley de Profesiones con jurisdicción en el Distrito Federal le siguieron la expedición de leyes estatales. Aunque en el Distrito Federal se estipula la existencia de 5 colegios, en la mayoría de las entidades la ley admite sólo uno. Una excepción es Jalisco que cuenta con 5 colegios.

Los colegios en la actualidad no llevan a cabo la certificación de practicantes pero se muestran interesados en poder harcelo. La mayoría de los colegios estatales se encuentran agrupados dentro de la Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales (ANACOME). A su vez éstos se han encargado de aglutinar centenares de asociaciones médicas en todo el territorio nacional, pero hasta el momento con muy poca cohesión. No obstante, ANACOME ha adquirido cierta fortaleza en los últimos 5 años al ser capaz de integrar en su seno a un alto porcentaje de los colegios médicos del país.

Detrás del ampliamente utilizado discurso de la protección al usuario que en general esgrimen las asociaciones medicas, los Colegios tie-

nen como objetivo principal la defensa de los intereses de sus miembros. En una encuesta aplicada a los representantes de 19 de los agrupados en ANACOME, se obtuvieron los siguientes resultados. Los 19 Colegios agrupan a un total de 10.536 médicos en el país y el porcentaje de miembros afiliados que pagan cuotas varía entre 10% y 100% con una media de 57%. El total de representantes que señaló la superación profesional y/o académica del médico como objetivo fundamental de su Colegio fue 74%. A este porcentaje le siguió el interés que tienen los Colegios por agrupar a los médicos en la defensa de intereses profesionales con 63%.

Otros objetivos importantes fueron la educación continuada que apareció en 37% de los casos y la orientación jurídica en 32%. Por el contrario, el coadyuvar al desarrollo del bienestar general de la población aparece sólo en 16% de los casos y la protección del público consumidor en 5%.

La privatización de los servicios puede traer ventajas para los médicos que se logren ajustar a producir servicios de manera individual.

Sin embargo, el mismo proceso puede traer consigo efectos mostrados en países con predominio del sector privado. Este es el caso de las quejas y demandas en contra de la práctica de los médicos. Los colegios estatales se han convertido recientemente en sensores importantes de este fenómeno y han buscado encontrar respuesta a él a través de influir el proceso de peritaje llevado a cabo por las procuradurías de justicia estatales. Éste no es un fenómeno exclusivo del sector privado y en instituciones como el IMSS el número de quejas contra actos médicos ha aumentado también recientemente. Esto evidencia, desde luego, el hecho de que el consumidor busca mecanismos para proteger sus propios intereses lo cual podría convertirlo en un actor importante (que no lo ha sido al menos desde 1943) en la toma de decisiones de la política de salud en el futuro, a fin de lograr un balance en la representación de intereses. Ello sin duda tendría un impacto benéfico en la producción de servicios médicos con calidad y eficiencia.

Conclusión

Es difícil asegurar si en la actualidad asistimos a una redefinición del corporatismo de Estado en México y si los cambios en la política de seguridad y bienestar social son consecuencia de ello. Lo cierto es que,

en el sistema de salud, los cambios sucedidos en los últimos 10 años han permitido el fortalecimiento de sectores del mercado que no tienen como prioridad la atención de sectores de población corporados. Nos referimos básicamente a la expansión del sector privado de servicios. Este proceso a su vez ha alterado el mercado de trabajo de los médicos. La profesión se ha percatado paralelamente que los cambios económicos pueden estar aparejados a cambios en el régimen político tendientes a ampliar su participación.

Existe en la actualidad una emergencia del interés de los médicos por organizarse a fin de que su participación en los cambios tenga una posición de fuerza. El binomio Academia Nacional de Medicina/ Consejos de Certificación de Especialidades ha iniciado ya un proceso tendiente a asegurar la posición de los médicos especialistas. Se trata de un proceso de credencialización que lleva atado a sí el prestigio que la Academia se ha ganado en más de 100 años de existencia. De cristalizarse esto, los médicos certificados serán capaces de asegurar su presencia en las áreas más lucrativas del mercado.

Otras asociaciones como los colegios profesionales también se encuentran en proceso de reconstitución. En conjunto, dentro de la ANA-COME, los colegios buscan utilizar su carácter de instancias autorizadas por el Estado para defender a sus miembros de los riesgos que la privatización entraña. Sin duda la capacidad que las distintas agrupaciones médicas tengan realmente para proteger parcelas del mercado será importante para la definición de su estructura en los próximos años.

Bibliografía

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Los consejos de certificación de especialidades médicas. México, 1993.
- CAWSON, A. *Social Policy and State Intervention in Britain*. London, Heinemann Educational Books. 1982.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, F. *Historia de la Academia Nacional de Medicina*. México, D. F., Editorial Fournier, S. A., 1956.
- FREIDSON, E. *The Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Harper & Row, Publishers, 1970.
- FRENK, J. The Political Economy of Medical Underemployment in Mexico: Corporatism, Economic Crisis and Reform. *Health Policy*, 15, 2, 1990.
- FRENK, J. y GONZALÉS-BLOCK, M. Corporatism and health care: a comparison of Sweden and Mexico. *Health Policy*, 21: 167-180, 1992.

- GARPENBY, P. *The State and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden 1945-1985*. Linköping, University of Linköping, 1989.
- GUERRA, F. *El Médico Político*. Madrid, Afrodisio Aguado, 1975.
- NIGENDA, G. Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países. *Revista Mexicana de Sociología*, 1994.
- SCHITTER, P. Still the Century of Corporatism? *Review of Politics*, 36: 85-131, 1974.
- WILLIAMSON, P. *Corporatism in Perspective. An Introductory Guide to Corporatist Theory*. London, Sage Publications, 1989.