

# Hacerse profesión: historia concomitante de la construcción del sistema de salud y de la profesionalización del grupo médico en México

## *Becoming Profession: Concomitant History of the Building of the Health system and the Professionalization of the Medical Group in Mexico*

ANTOINE LEJALUT Y ANNE FOUQUET\*

Fecha de recepción: 15/06/2020 Fecha de aceptación: 02/10/2020

El artículo propone una historia del proceso de profesionalización de los médicos en México, interesándose en la construcción de la legitimación del quehacer del grupo médico hacia el público, pero en particular, hacia un actor nuevo en el mundo sanitario posindependencia: el Estado. El interés estatal en la salud pública nace de la necesidad de responder a las sucesivas olas de epidemias que afectaron al país durante el Siglo XIX, iniciando así la relación médico/Estado. Estudiamos cómo desde entonces, las respuestas a la Salud pública desarrolladas por los gobiernos del siglo XIX hasta el inicio del siglo XXI estructuran el proceso de la construcción de la medicina como una profesión.

**Palabras clave:** médicos, profesionalización, legitimación, México, sistema de salud

*The article proposes a history of the process of professionalization of doctors in Mexico, focusing on the construction of the legitimization of the work of the medical group towards the public, but especially toward a new actor in the post-independence health world: the State. The State's interest in public health arose from the need to respond to the successive waves of epidemics that affected the country during the 19th century, thus initiating the relationship between doctor and State. We study how, since then, the responses to public health developed by the governments from the 19th century until the beginning of the 21st century structure the process of the construction of medicine as a profession.*

**Keywords:** Physicians, professionalization, legitimization Mexico, health system

\*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

El presente artículo propone reconstruir la historia de la profesionalización del grupo médico. La constitución de una profesión se realiza mediante y desde el apoyo del Estado (Freidson, 1984), algo que es particularmente cierto en el caso de la profesión médica mexicana (Nigenda y Machado, 1997) donde, lo veremos, el Estado busca orientar el grupo médico hacia el servicio público. Estudiar la constitución del grupo médico como una profesión consiste en identificar cómo se organizó el grupo para obtener las cuatro características propias del oficio. Según la literatura de la sociología de las profesiones, estas características son: una educación formal organizada por pares, un monopolio donde tienen acceso a oficios reservados y exclusivos, una autoridad en la cual dominan un campo de conocimiento y las actividades asociadas a él, así como una autonomía donde la profesión define, sin intromisión de actores externos, el contenido y la división del trabajo de sus integrantes (Freidson, 1984).

Si estas características son universalmente compartidas por las profesiones a través del mundo, la definición de sus prerrogativas y de las actividades reservadas al grupo son sensibles a las condiciones estructurales de su contexto directo como lo es la organización y el desarrollo de un sistema de salud nacional. Sin embargo, la profesión queda como la única que define su organización y su trabajo sin ser afectada por los cambios estructurales exteriores al grupo, por lo menos hasta cierto punto. De manera general, la profesión ha logrado adaptarse a los cambios estructurales que afectan su monopolio para conservar el dominio sobre su organización laboral. Freidson (1984) lo describe mediante un paralelo entre los médicos en Francia y en la Unión Soviética en la década de los setenta: no tenían ni el mismo estatus, ni las mismas misiones, ni compartirán el mismo sistema político, pero al fin y al cabo realizaban el mismo trabajo acomodándose a las condiciones políticas y materiales propias a cada país porque “(...) *el Estado siempre deja a la profesión el control del aspecto tecnológico de su trabajo. El control que se lleva sobre su organización social y económica es, al contrario, lo que varía según las relaciones que maneja con el Estado*”.<sup>1</sup> (Freidson 1984, p. 34)

El Estado es el principal interlocutor de la profesión, y los cambios que lo afecten automáticamente derivan sobre esta. En el caso de México, desde la época de la Independencia, hubo situaciones epidémicas críticas que causaron numerosos muertos y así la cuestión sanitaria se impuso como parte de las agendas de los sucesivos gobiernos posindependencia lo que condujo a un gradual interés por actuar sobre la Salud Pública. En este esfuerzo, los médicos aparecieron como un aliado esencial.

1 « L'Etat laisse toujours à la profession le contrôle de l'aspect technologique de son travail. Le contrôle qui porte sur son organisation sociale et économique est au contraire ce qui varie selon les relations qu'elle entretient avec l'Etat » Traducción propia.

Nuestro interés es el de percibir cómo la estrategia estatal hacia el sector salud modela la organización del grupo médico mediante la definición de las condiciones de trabajo de estos. En efecto, las estrategias estatales en el sector salud tienen implicaciones directas en el proceso de profesionalización del grupo médico.

Por profesionalización entendemos el proceso social que se lleva a cabo mediante la formación de un sistema regulatorio compuesto de reglas formales e informales que definen el marco de ejecución del quehacer de un grupo de trabajadores particulares. Principalmente, ese sistema regulatorio fija los modos de entrada al grupo y, por ende, a un mercado laboral exclusivo y bajo el control del mismo grupo. No obstante, para concretar su proceso de profesionalización, el grupo médico necesita legitimar su trabajo tanto hacia el Estado, como hacia el público (Freidson, 1984). De aquí, podemos dividir la legitimidad del grupo en dos tipos: una legal y una pública. La legitimidad legal se consigue a través del apoyo del Estado con el fin de obtener un monopolio autorizado y protegido legalmente en su campo de acción. La legitimidad pública se construye mediante la capacidad del grupo para justificar su trabajo hacia los usuarios, al demostrar tanto su eficacia en atender sus problemas con seriedad y honestidad, así como asumir las responsabilidades inherentes al oficio.

Proponemos analizar el proceso de profesionalización con un entendimiento dinámico del modelo de organización profesional a través de estas dos legitimidades, enfocándonos sobre la relación entre el grupo médico y el Estado, así como en la evolución de la jurisdicción del grupo; es decir, el área definida por el conjunto de actividades y campos sobre los cuales los médicos son la autoridad legítima (Abbot, 1988).

Para ello, nos interesamos primero en los lazos que se establecen entre el grupo profesional y el Estado. Como el tipo de relación varía según los objetivos del Estado en un momento dado, se decidió estudiar esta relación a través de las leyes, decretos y otros aparatos legales que han ido regulando la actividad médica. Estas se concentran principalmente en el control del mercado laboral mediante la validación de la currícula universitaria y el control de competencia para el otorgamiento del diploma (Nigenda y Machado, 1997). Notamos que a un tipo de regulación corresponde un tipo de organización de la profesión, esta última se puede percibir con la creación de instituciones formales propias al grupo, como por ejemplo los colegios y consejos profesionales. En efecto, estas instituciones prolongan el control estatal sobre la actividad de los profesionales además de proporcionar una regulación hecha con reglas propias a la profesión.

Segundo, el reconocimiento público de la capacidad del médico en atender y solucionar los problemas de salud es un componente esencial a la operacionalización de la profesionalización (Freidson, 1984). La legitimidad pública describe la progresiva ascensión del grupo como

el legítimo proveedor de servicio de salud. Para descifrarla, prestaremos especial atención a la jurisdicción médica y su evolución como indicador del grado de legitimidad. La jurisdicción de una profesión se consolida gracias a dos factores: la extensión del saber médico-científico y la creación de instituciones propias del sector salud. El primero, se refiere al nivel de conocimiento disponible y utilizado por el médico. Es decir que el progreso del saber médico le permite solucionar eficientemente nuevos y viejos problemas de salud de la población, y sobre esta capacidad se construye su legitimidad como proveedor de servicio de salud. El segundo factor va de la mano del anterior debido a que la creación de instituciones donde pueden laborar los médicos mejora la disponibilidad de empleo, oficio y tareas propias de la profesión. Así, al tener más trabajos disponibles para los médicos, crece la confianza general hacia el trabajo médico, pues son reconocidos con capacidad y legitimidad para encargarse de nuevas tareas.

El recorrido histórico propuesto aquí se refiere a los médicos alópatas en general con base en una revisión de materiales y datos presentados en publicaciones. Más que seguir una historia lineal, son los hitos que han marcado la historia de la profesión médica que nos guían para este análisis. Por eso la periodización propuesta traspasa los regímenes políticos y la tradicional segmentación de la Historia mexicana. Así, delimitamos tres épocas: la primera que abarca desde el México Independiente a partir de 1821 hasta la llegada al poder de Benito Juárez en 1858 donde se definen las bases del interés estatal para la salud. La segunda época empieza con el Porfiriato y se acaba con la Revolución (1876-1910) donde se desarrolla un clima de desconfianza hacia las profesiones que se materializa con el debate en torno al control de la educación profesional y la legislación del papel de los profesionales. En tanto que la tercera época se interesa en los eventos desde 1945 hasta el inicio del siglo XXI, está creado el sistema de salud público después de perder en fuerza en la época neoliberal, época durante la cual se ve a la vez el apogeo del sistema de salud con un estado de benefactor y su desmantelamiento, al final del siglo XX, con el inicio del Estado neoliberal.

#### PRIMERA ÉPOCA: 1821-1850: EL ESTABLECIMIENTO DE LAS BASES DEL MONOPOLIO DEL EJERCICIO MÉDICO ALÓPATA EN MÉXICO

Las primeras décadas de la posindependencia fueron testigos de un paso mayor para el futuro de las profesiones, especialmente si consideramos que entonces los médicos sufrían de una cierta desconsideración. Tal como lo mostró Anne Staples (1982, p. 94) con una referencia al ensayista José Luis María Mora, quien declaró en 1830 que los estudiantes que optaban por medicina eran aquellos que no eran buenos en filosofía. Aún había

pocos médicos y profesionales en general y su formación no era una prioridad para el Estado mexicano. Al paso de la modernización del país, los médicos y sus saberes aparecen como aliados pocos útiles (Staples, 1982, p. 75). Pero también podemos entender esta desconsideración porque la medicina era ejercida no solamente por doctores en medicina o médicos con diplomas sino también por curanderos, personas sabias de los métodos tradicionales o por clérigos (Fernández Pérez, 2003, p. 216). Asimismo, sólo los miembros de las élites del país podían sufragar los altos costos de la universidad, lo que limitaba la democratización del acceso al oficio y, por lo tanto, el número de médicos disponibles.

La figura del médico alópata urbano es entonces poco común, al igual que los demás profesionales. A pesar de no ser los principales prestadores de servicios de salud, los médicos tenían una ventaja respecto a los demás, poseían un estatus económico alto, pues tenían que poder pagar sus estudios y una vez instalados pagar los impuestos profesionales, los cuales, en contraparte les daban acceso al voto y a la participación de la redacción de la constitución (Staples, 1982), lo que reforzó su posición con respecto de los demás prestadores de salud.

### *La modernización del saber médico como vector de empoderamiento de la profesión médica*

La situación de los médicos durante esta primera mitad del siglo XIX era muy heterogénea: tanto respecto al saber, como a las reglas que regulaban su ejercicio; aunque la educación ya era el aspecto regulado, porque la validación legal de este conocimiento, mediante el diploma, dependía del poder público. De hecho, comprobar su eficacia va a ser el primer movimiento hacia una formalización del grupo médico, y empieza con la ruptura de una visión conservadora de la medicina y el fin del Protomedicato.

A pesar de la Independencia y hasta 1831, el Protomedicato, una institución española originaria del siglo XVII, permanecía como la suprema autoridad en cuanto a los asuntos médicos y sanitarios en México: definía los contenidos de las carreras de medicina (Staples, 1982) y la vigilancia sanitaria, aprobaba medicamentos y era consultado por las autoridades estatales para los asuntos de salud en general (Fernández Pérez, 2003). El principal argumento que motivó su disolución fue su responsabilidad en el atraso científico de la medicina mexicana (Cano Valle et al, 2014). El retraso de la medicina alópata se ejemplifica con su falla en resolver los problemas de salud de la población frente a las olas de epidemias que marcaron la primera parte del Siglo XIX. La situación epidemiológica y sanitaria del país era preocupante, con repetidas epidemias de cólera entre 1810 y 1832, responsable de la muerte de 324 mil personas en todo el país

(Cano Valle et al, 2014). En este contexto, los médicos se orientaron hacia las nuevas tendencias de la medicina mundial con médicos mexicanos formados en Francia y en Alemania (Aréchiga, 2007). Los avances en la medicina<sup>2</sup> permitieron una reorientación de la mirada médica, para enfocarla hacia el entendimiento de las causas de los síntomas mediante el estudio de las relaciones entre los órganos gracias a la histología. La medicina deja entonces de ser una práctica meramente empírica para convertirse en un enfoque más teórico apoyándose en el estudio sistemático de los síntomas, por lo cual adquiere su epíteto de ciencia durante el transcurso del siglo XIX.

Con la abolición del Protomedicato, surgen nuevas instituciones que se reparten sus antiguas responsabilidades. Primero, la educación, con una agitada serie de reformas de la Educación Superior entre 1831 y 1834, que resulta en la creación de dos centros educativos: la Facultad de Medicina y la Escuela de Medicina (Staples, 1982), donde la currícula fue adaptada a los nuevos conocimientos médicos (Cano Valle, 1997; Fernández Pérez, 2003). La función de órgano representativo de la medicina se encarnó en 1836 bajo la forma de la primera asociación profesional independiente: la Academia Nacional de Medicina. Esta academia tenía como propósito crear un espacio para debatir, definir y difundir el saber médico (Rodríguez Pérez, 2013). Finalmente, los mandos sanitarios se entregaron, hasta el año 1841, al recién fundado Consejo Superior de Salubridad (CSS), con la participación de médicos miembros de la Facultad de Medicina. Con el desarrollo de políticas de Salud Pública se reafirma la responsabilidad gubernamental y estatal respecto a la salud de sus ciudadanos, lo que para Sevilla et al, (2011) es la condición primaria de la fundación de un sistema de salud. De tal manera, la aceptación de la salud como carga del Estado constituye el inicio de la construcción de un sistema de salud en sí.

Este cambio político provocó un acercamiento entre el Estado y el grupo médico, lo que contribuye a la formalización de este último. La emisión de oficios reservados a los médicos confirma el establecimiento de su estatus como expertos oficiales/formales sobre los temas de salud y al mismo tiempo legitima su derecho de ejercer.

La primera etapa de nuestro recorrido histórico nos llevó a constatar que la profesionalización del grupo médico se realizó mediante la obtención de los poderes de formación y de la definición del conocimiento médico bajo una alianza con el gobierno. Es el proceso tradicional de la profesionalización de los médicos documentado en la literatura. Sin embargo, en México, la profesionalización del grupo médico se realiza

2 El vitalismo era una filosofía médica nueva que rompía con la tradición en vigor que trataba la materia biológica como materia inerte para considerarla como viva. Según los vitalistas, los tejidos tienen un funcionamiento y características propias destinadas a cumplir una función en el cuerpo.

desde arriba, es decir, desde el mandato estatal. Por ser parte de la élite social, los médicos son cercanos a los decisores políticos o por lo menos un puñado de médicos sí lo son y fueron ellos quienes iniciaron el proceso de legitimación legal. En efecto, a semejanza del médico Ignacio Torres Padilla, uno de los miembros fundadores de Ciencia Médica, involucrado también en la creación y la dirección del Consejo Superior de Salubridad (Rodríguez Pérez, 2014), son los mismos médicos los que intervinieron en la fundación de Ciencias Médicas, de la Academia y finalmente del Consejo Superior de Salubridad. Con la creación de estas instituciones, la profesión médica liga su desarrollo futuro al desarrollo mismo de las misiones del nuevo Estado mexicano, pues se impone al Estado como el único actor válido para acciones en temas de salud.

De esta manera, la legitimidad pública, la obtención de puestos exclusivos, así como la organización de instituciones profesionales, posicionó a los médicos alópatas como expertos en asuntos de salud frente a los demás prestadores, pero los médicos aún no gozaban de una credibilidad popular, dado que, por su escasez, competían con otros actores más populares (curanderos, oficinistas de droguerías, etc.)

Vimos en este primer recorrido cómo la profesionalización del grupo médico en México descansa sobre la formación de una élite con voluntad de organizarse, empezando con la obtención de derechos particulares gracias a una alianza con el Estado. Esto resulta importante ya que la élite no solamente consiguió los marcos legales del próximo monopolio, sino que dictó el *ethos* de la práctica de la medicina, tanto a nivel científico como a nivel práctico.

#### SEGUNDA ÉPOCA 1851-1945: 'LA MISIÓN MÉDICA', CRECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y POPULARIZACIÓN DEL GRUPO MÉDICO

Durante la segunda época<sup>3</sup> se establece un terreno propicio a la profesionalización del grupo médico gracias a dos premisas: la salud pública se convierte en un asunto prioritario de los sucesivos gobiernos y la estabilidad política del periodo del Porfiriato. En paralelo, se abrió un debate a nivel constitucional en torno a las profesiones entre la libertad de ejercer el oficio de su elección y el control estatal sobre la producción y el desempeño del profesional. Finalmente, veremos que después de la Revolución, la profesión médica logró permanecer como el aliado de los nuevos dirigentes de la República, gracias a una nueva imagen forjada durante esta segunda época: la del médico altruista.

3 La segunda época abarca la segunda República (1846-1863) hasta los gobiernos de la posrevolución (1917 y 1940) pasando por las presidencias de Benito Juárez (desde 1858 hasta 1871) y el Porfiriato (1876-1911).

*La profesión médica y la justificación científica del poder público*

La voluntad por mejorar la salud de la población sigue una tendencia política transversal a los regímenes políticos de la segunda época después de las consecuencias devastadoras de las epidemias (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998). La necesidad imperiosa por limitar las consecuencias de las epidemias se conjuga con el inicio del cambio de centralidad del concepto de salud: pasa de ser un asunto privado para volverse un asunto público.

Para este cambio, la presidencia de Benito Juárez desempeñó un papel importante con su política de apropiación de los bienes de la Iglesia Católica iniciada en 1856 con consecuencias directas para la profesión médica. El fin del monopolio que ejercía la Iglesia en la gestión y operación de los hospitales, de los orfanatos y de los cementerios (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998), abre nuevas fuentes de ingresos a los médicos. La atención a la población en los hospitales controlados por la Iglesia Católica era gratuita, lo cual para el médico significaba ofrecer un servicio de caridad y por lo tanto su prestación de servicio no era pagada (Fernández Pérez, 2003). Así, para obtener un acto remunerado le quedaba una muy reducida parte de la población que tenía los medios para recurrir a una medicina privada (Fernández Pérez, 2003). Otra fuente de ingresos que se desarrolló para los médicos durante esta etapa fue la formalización de la educación médica que permitió también una diversificación de las fuentes de ingresos mediante el profesorado (Staples, 1982; Cortés, 1997).

Otra consecuencia es que la provisión de servicios de salud empieza a disociarse de la idea de caridad propia de la Iglesia Católica hacia uno con sentido de asistencia pública. Como lo apunta el autor Fernández Pérez (2003, p. 218): “[la nacionalización de los bienes] lleva a tener servicios médicos diferentes: surge la idea de beneficencia, antes el concepto religioso de caridad-limosna”. Así, la nacionalización sustituyó la concepción de la salud desde las consideraciones religiosas hacia el laicismo y la ciencia, lo que permitió entonces abrir las puertas a una modernización de la atención de la salud en el país. Es al Consejo Superior de Salubridad (CSS) a quien el Estado otorga la nueva función de sanar las prácticas hospitalarias, antes bajo mando clerical. En este esfuerzo, la propuesta porfiriana del desarrollo tuvo un efecto importante para el desarrollo de la relación médico/Estado.

Desde su entrada al poder, Porfirio Díaz (1876-1911) asoció al desarrollo del país la noción de ciencia (Fierros Hernández, 2014). La filosofía dominante de la época era el positivismo, filosofía aplicada a todos los entornos: económico, social, político. La medicina durante el Porfiriato, como el resto de la élite social mexicana, sigue mirando hacia Francia y marca su desarrollo científico hacia el razonamiento clínico: búsqueda de la naturaleza



de la enfermedad gracias a la observación, descripción y clasificación de los síntomas (Fernández Pérez, 2003), lo cual permite crear una relación causal entre la generación del mal y los síntomas. Derivada de este postulado, la respuesta a la enfermedad puede ser generalizada, dado que las causas de la enfermedad ya no están solamente encerradas en el cuerpo del individuo, sino que puede haber causas exteriores a él sobre las cuales se puede actuar. Bajo estos postulados, era entonces posible pensar en tener una sociedad sana. Las políticas de salud durante el Porfiriato también deben entenderse a la luz de los años anteriores cuando México pasó por varias olas de epidemias devastadoras como el episodio del tifo en Cuautitlán o la del cólera en 1833 que dejó 324,000 víctimas (Ydirín Alonso, 2018).

Una de las primeras misiones del CSS es la de lanzar en 1879, el programa de higienización del país con las iguales médico-farmacéuticas nacionales que intentó promover la unión de la medicina y de la prevención mediante una serie de programas higienistas (vacunación, estudio de las epidemias, higienización de la ciudad) (Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998), así como la modernización de los hospitales (Fierros Hernández, 2014). Aliar la medicina con la prevención se vuelve entonces la regla desde la Salud pública. La política higienista permitió la aplicación del conocimiento médico a una esfera no ligada a la enfermedad extendiendo así la autoridad médica.

La relación entre la élite médica y el poder se hace más estrecha debido a que las premisas médicas se vuelven leyes. De ahí, la función del médico ya no se limita en autoridad moral sobre el paciente, por ejemplo, si el paciente decide seguir o no la receta médica. Las medidas emitidas por el CSS se vuelven obligatorias y, por extensión, el conocimiento médico, pues este último diseña las medidas del CSS. Así, la posición del conocimiento médico vinculado al poder legislativo crea una nueva dimensión de la naciente autoridad médica en los asuntos de salud y la voz médica es la que construye y orienta las propuestas que el Estado convierte en política para alcanzar su objetivo de salud pública aceptable para el país.

La autoridad del médico alcanza también una dimensión nueva en términos de organización de la ciencia en el México porfiriano gracias a su estatus universitario. Como lo recuerda Azuela (2002), en una época donde se buscaba el desarrollo a través del método científico, los hombres con formación formal empezaron a destacar en el ámbito intelectual. Ese fue el caso de los médicos, farmacéuticos e ingenieros (Azuela, 2002), quienes fueron las figuras que tomaron el control de las asociaciones científicas. Las organizaciones científicas durante el Porfiriato eran principalmente constituidas por médicos y siempre hubo médicos entre los socios fundadores y en sus mesas directivas (Rodríguez de Romo, 2002), aunque con enfoques lejanos a su giro de especialidades. La vitalidad del interés científico durante la época se tradujo en la creación de asociaciones o so-

ciudades científicas, entre las cuales quince estaban directamente relacionadas con la medicina (Fierro Hernández, 2014). El asociacionismo es una forma profesional que permite la socialización de la práctica científica y el ejercicio de la profesión. De cierto modo, las asociaciones son el lugar de control interno de la competencia de los médicos a través del debate científico. Pero también, fomentan la curiosidad científica que empuja una voluntad de hacer una ciencia propia a la profesión médica, autónoma de las preocupaciones estatales en su agenda científica.

Como lo vimos, la ciencia sostiene el proyecto político del Porfiriato y la investigación médica debe ser indexada a los intereses nacionales. Eso se concretiza con la creación de los institutos nacionales de investigación<sup>4</sup> (Rodríguez de Romo, 2002, p. 5). En estos institutos, creados y financiados por el Estado, la producción científica es canalizada hacia el interés público y el trabajo médico; nuevamente, es dependiente del poder público. Por lo tanto, la atención al paciente, las políticas sociales de prevención y la práctica científica, se ven relacionadas con diferentes aspectos de la profesión como la docencia, la certificación y la reglamentación de su ejercicio.

Llevar la salud de la caridad hacia la beneficencia para convertirse en asunto público generó un nuevo panorama para los médicos. El compromiso del Estado para mejorar la salud general de la población mediante la aplicación de principios científicos ha encontrado en la élite médica un interlocutor privilegiado. Como consecuencia, los médicos fueron actores centrales de la puesta en marcha de las políticas públicas hacia la salud. Si, desde este lado, la profesión médica reforzó su legitimidad legal, fue a costa de ceder cierto control de su organización y de la definición de los temas de investigación. Es decir, que contempla la realización del acto científico bajo las condiciones establecidas en los Institutos y según las prioridades definidas por el Estado. Si bien la definición de las prioridades de investigación no es prerrogativa de los médicos, ellos definen, desde sus asociaciones, los métodos científicos y, por lo tanto, la normativa de la práctica médica, tanto científica como clínica. Eso hace decir a Rodríguez de Romo (2002) que el Porfiriato fue la cuña de una división interna en la élite del grupo médico: de un lado la medicina política y del otro la medicina científica. La primera es una medicina dedicada a responder al poder estatal y por lo tanto desarrolla estrategias para acercarse a él, mientras que la segunda se enfoca más en la investigación y busca independizarse del control estatal para definir y orientar la producción científica.

Aun así, a través de los institutos o de las asociaciones, la profesión médica ha logrado un paso importante hacia su profesionalización dado que, para participar en ambas instituciones, el médico debe presentar una

4 El Instituto Médico Nacional en 1888, el Instituto Nacional Bacteriológico en 1895 y el Instituto Nacional Patológico en 1901.

educación formal y demostrar su dominio efectivo de la ciencia médica. Eso permitió desacreditar a los científicos sin educación formal y así extender un poco más el dominio de la profesión sobre algunos asuntos, que vimos son bastantes extensos. Sin embargo, en la práctica de la medicina clínica, donde curar la enfermedad del paciente permanece como la tarea central, la posición del médico formal no es privilegiada.

### *La necesidad pública y el problema de la actividad privada*

Desde la primera época, la situación demográfica de los médicos no había cambiado mucho. En 1900 se contaba con menos de 2500 médicos por 13 500 000 habitantes, no alcanzaba un médico por cada 1000 habitantes (Bazant, 1982). La poca presencia de profesionales en general, y de médicos en particular, se explica en parte por el costo de la educación que frenaba el crecimiento demográfico de los profesionales, pero también por la insuficiente demanda capaz de pagar los servicios médicos, como por la falta de empleos adaptados al médico. Así, desde entonces, existían médicos subempleados que realizaban tareas de burocracia o de consejería lejanas a las tareas clínicas o científicas (Bazant, 1982). A pesar de las diferencias entre los estatus laborales, la profesión médica practicaba en un ámbito en proceso de regulación, todavía había médicos que ejercían sin título. Desde 1879, los diputados del Congreso Nacional debatieron si hacer obligatorio el título profesional para poder ejercer. Pues, la situación era la siguiente: no se percibía el diploma universitario como garantía de la calidad de un profesional tanto en conocimiento como moralmente (Bazant, 1982). En 1901, se celebró el fin del debate sobre los títulos donde se determinaron varios elementos importantes entre los cuales la lista de las profesiones que deberían presentar un título para ejercer, así como la obligación del título para poder enseñar y trabajar para el Estado (Bazante, 1982, p. 143). La medicina se aprovechó de estas nuevas normas y reglas.

### *La reforma educativa de 1880 y la medicina*

La eficiencia de las profesiones en participar del esfuerzo público de modernización del país es discutida. En el caso de la medicina, la alta tasa de mortalidad infantil de 392/1000, la esperanza de vida de 26,5 años, además de una mortalidad anual de 33.6 por cada 1000 personas atestiguan la preocupante situación de salud en el país (Bazant, 1982, p. 166), y participan de la desconfianza hacia la competencia de los médicos.

Este panorama acaba de desacreditar, ante los diputados, la necesidad de profesionales como actores centrales del proceso de modernización. Entre los años 1880 y 1890, varios estados enmiendan la Educación Superior, y el General Díaz incita a orientar los estudios hacia los técnicos, con

el fomento de una ayuda Federal (Bazant, 1982, p. 132). En el rubro sanitario, en 1896, se crea la Escuela Teórico Práctica de Obstetricia, también aparece el oficio de “oficiales de salud”, un nuevo grupo de trabajadores que laboraba exclusivamente para el Estado. Igualmente, el farmacólogo se encuentra ahora autónomo con sus propias escuelas y un título independiente (Bazant, 1982, p. 159). Finalmente, en 1889, Porfirio Díaz apoya una alternativa a la medicina alópata con la regularización de los estudios de la Escuela de Medicina Homeopática (Bazant, 1982, p. 166).

La diversificación de los oficios, orquestada desde el poder público, hace hincapié sobre la centralidad de la ciencia en el proyecto político del Porfiriato (Rodríguez de Romo, 2002). A primera vista, representa el contexto político ideal para avanzar en la profesionalización. Y lo fue en varios aspectos, pero principalmente observamos el continuo desarrollo asimétrico de la profesionalización de la medicina: la integración de la medicina con el Estado se reforzó mientras que la práctica clínica siguió desconectada del prestigio de los avances políticos de la profesión. Durante el Porfiriato, la medicina se desarrolló específicamente como servidor del Estado a través del CSS y de los Institutos Nacionales de Investigaciones, contribuyendo así a la organización de la vida científica del país. Los médicos, quienes se vieron beneficiados por los avances científicos importantes, también vieron modificaciones a su organización como profesión: un aumento de la división del trabajo con la aparición de nuevas especialidades; una intensa vida social interna al grupo mediante las asociaciones y el aumento y difusión de las publicaciones profesionales en las cuales se discutía la situación del grupo fomentando un debate sobre el papel del médico y la técnica médica. Pero del lado del paciente, el progreso no se equipará con el reforzamiento de la profesión. En efecto, el poder político le dio más énfasis al desarrollo de las profesiones paramédicas en contacto directo con los pacientes, convirtiéndolas en actores activos del servicio de salud, cuando el libre ejercicio privado de la profesión médica no fue claramente legislado, lo que deja una ventana abierta a su ejercicio libre y sin título. Así, durante el Porfiriato, la idea de beneficencia de salud desarrollada por Benito Juárez, no se tradujo en servicios médicos disponibles para los mexicanos, sino en el desarrollo de un aparato político-legal de medidas higienistas orquestadas por la élite médica, dejando de lado el necesario aumento tanto de los médicos como de las infraestructuras de atención médicas.

*Una nueva función: el servicio público como vector de expansión de la jurisdicción médica*

Si el objetivo del Porfiriato era el de fomentar el progreso económico y la infraestructura del país, los gobiernos posrevolucionarios surgidos de la

Revolución de 1910 definen un nuevo objetivo: fomentar el progreso social del país, lo cual marca un cambio del contexto para la profesión médica. Los esfuerzos estatales para proveer servicios de salud y servicios de educación a los grupos sociales antes excluidos sellaron definitivamente la alianza entre el grupo médico y el Estado. Los términos del debate sobre el cambio social y el proceso de profesionalización impulsados por los regímenes posrevolucionarios se traducen en, de un lado, elevar la promoción de la educación pública y el control de la práctica profesional; y, del otro en la construcción de las bases de un sistema nacional de salud universal.

Una de las primeras medidas del nuevo régimen consistió en fomentar la educación en el país (Bazant, 1982) y en particular la Educación superior. Así en 1910, se fundó la Universidad Nacional de México con el objetivo de reducir la brecha educativa y aumentar el acceso a la educación secundaria y superior (Gurza, 1982). Los costos de la universidad serán asumidos por el Estado y los programas de educación deberían ser laicos, científicos y sociales. Para lograr este objetivo, los sucesivos gobiernos revolucionarios buscaron una educación transparente y de utilidad nacional, una noción que se entendía entonces como contraria a los objetivos de las profesiones, acusadas de privilegiar sus intereses antes de los de la nación (Gurza, 1982). Así, el control estatal sobre la Universidad se concentró en la revisión y validación de los planes de estudio, en los requisitos de graduación y en la selección del profesorado. El control de la educación aparece como la respuesta para asegurar al Estado un control sobre la producción de trabajadores calificados, así como asegurar su dedicación al bien común (Gurza, 1982). Hasta 1933, los gobiernos y las universidades públicas estarán en conflicto para ganar el control sobre los planes de estudios, evaluación del alumnado y selección del profesorado.

Para los gobiernos revolucionarios, la salud pública era un objetivo prioritario, así que, aunque los médicos eran considerados como “clase privilegiada”, su gremio no sufrió tanto como las demás profesiones. Esto también se debe a las ideas de progreso social y modernidad asociadas al médico, pues desde Benito Juárez, los médicos trabajaban en hospitales de beneficencia pública, o participaban en la lucha contra las epidemias. El acercamiento de la élite médica al poder público desde los años post Independencia se vuelve aún más profundo después de la Revolución, mediante el esfuerzo del grupo médico en la organización de las campañas contra epidemias; pues los años posrevolución vieron el regreso de la peste, la fiebre tifoidea y la viruela, necesitando la intervención rápida del conocimiento médico (Sevilla et al 2011). De hecho, esta época fue la cuna de grandes avances y destacó el alto nivel de la ciencia médica mexicana (Gurza, 1982, p. 283). Desde 1912, la Academia de Medicina se vuelve el órgano consultivo en materia científica, confiriéndole de hecho

una posición de autoridad científica entre el grupo médico: organización de concursos de epidemiología, publicación de su propia gaceta dirigida a médicos, en la cual entre artículos científicos se publican también estudios críticos sobre los métodos de curación de charlatanes y abogando por el médico alópata universitario como el único servidor, honesto y competente del pueblo (Gurza, 1982). Después del asesinato de un médico, en 1919, y frente a la falta de acción por parte de la Academia para defender el gremio, se creó la Asociación Médica Mexicana cuya misión era la de “velar por los intereses científicos y morales de todo el cuerpo médico.” (Gurza, 1982, p. 280). Este fue el primer intento de la creación de una asociación profesional no directamente relacionada con el conocimiento médico propiamente, sino más bien dedicada a la protección del médico en el ejercicio de su profesión buscando definir las condiciones particulares de esta, así como las luchas necesarias para obtenerlas.

Estas diversas instituciones, y en particular la Academia de Medicina, participan de una nueva imagen del médico servidor del interés público que se generaliza en el mundo académico. Desde este entonces, el compromiso por parte de los académicos para servir el interés público y formar estudiantes bajo esta perspectiva facilitó lograr una cierta autonomía de la universidad que se tradujo en 1933 con la aprobación de la Ley Orgánica de la Universidad otorgando una autonomía a las universidades y sus académicos en la definición del programa de estudio (Quintanilla, 1993).

### *El inicio del sistema de salud pública*

Con la aprobación de la Constitución de 1917, el país se divide en tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal a los cuales les incumbe hacer respetar la legislación sanitaria (Homedes Beguer y Ugalde, 2008, p. 27). Igualmente, en 1917, se fundó el Departamento de Salubridad Pública (DSP) cuya función era la de coordinar las actividades de salud pública en el país, la primera institución con jurisdicción en todo el territorio nacional. Y los problemas de salud pública eran importantes con el regreso de las epidemias. En 1918, la gripe española, proveniente de los Estados Unidos de América, provocó el fallecimiento de 400 000 personas y sólo se pudo controlar hasta 1923 con la intervención de la Fundación Rockefeller aceptada por el presidente Obregón (Sevilla et al, 2011). Este episodio llevó a reconsiderar la situación sanitaria del país y aceleró la construcción del sistema de salud nacional. En efecto, después de la influenza española, la acción hacia la salud pública se construyó desde la única autoridad del DSP, una época que fue denominada la dictadura sanitaria (Aréchiga, 2007). Una época donde las medidas radicales impuestas por el DSP implementaron la protección y vigilancia sanitaria

hacia todo el país enmarcadas por policías sanitarias encargadas de luchar contra las enfermedades transmisibles, en particular hacia los drogadictos, las prostitutas y los prisioneros, que a partir de entonces recibirán atención médica (Sevilla et al, 2011).

### *La presidencia de Cárdenas (1934-1940)*

A pesar de las quejas por parte de los estados acerca de la autoridad federal en materia de salud que representaba el DSP (Sevilla et al, 2011, p. 95), en 1934, con el inicio de la presidencia del general Lázaro Cárdenas, se formalizaron los servicios federales de salud y el presupuesto del DSP pasó de 7.4 a 16.5 millones de pesos entre 1934 y 1940. La política del DSP tenía un enfoque particular hacia los obreros, los campesinos y la infancia (Homedes Beguer y Ugalde, 2008).

La acción del DSP hacia estos grupos sociales significaba el reconocimiento político de sus derechos, al igual que los demás ciudadanos, al ser atendidos en su salud y en su íntegro desarrollo físico (Sevilla et al, 2011, p. 103). Se reconoce el derecho universal a la salud y, concretamente, se desarrolla el apoyo médico mediante la instalación de estancias médicas en las escuelas, en los centros obreros, en las fábricas y en las explotaciones agrícolas (Sevilla et al, 2011, p. 90). La obligación legal de proveer servicio a grupos específicos corresponde a una nueva misión pública para la profesión médica. Es una atribución exclusiva y por lo tanto corresponde a una extensión de la jurisdicción médica. Igualmente, en 1934, se definió el Plan Nacional de Hospitales, que fomenta la construcción de hospitales en el país, así como una nueva institución federal: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que auspiciará el futuro Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado en 1943 (Homedes Beguer y Ugalde, 2008). Otra medida importante para la profesión médica es la creación, en 1935, del servicio social para el pasante de medicina (Gurza, 1982).

### *El cambio de paradigma de la medicina*

La profesión médica vio progresos importantes en cuanto a su situación laboral durante las cuatro primeras décadas del siglo XX. También, los estudiantes de medicina aumentaron y se abrieron las especialidades médicas en 1923 en el Hospital General (Distrito Federal). Así, la Escuela de Medicina vio su matrícula explotar: de 400 alumnos a finales del siglo XIX, pasó a 1000 en 1925, a 2000 en 1933 para llegar hasta 4000 alumnos en 1945 (Gurza, 1982).

Otro factor de cambio en el paradigma de la medicina mexicana se relaciona con el inicio de la Segunda Guerra Mundial. Como hemos visto,

la medicina mexicana se ha construido desde los paradigmas científicos de la medicina francesa; con el inicio del conflicto bélico, el acceso a los libros de textos, revistas y la realización de estudios en Europa se dificultaron. Si bien el acercamiento con la medicina estadounidense ya había empezado décadas atrás, este se vio reforzado, como lo demuestra el Plan Nacional de 1934 en el cual se define la organización interna de los hospitales con base en el modelo estadounidense (Sevilla et al, 2011). A diferencia de la medicina francesa, de índole clínica, la medicina estadounidense se basaba fuertemente sobre el uso de medicamentos y de tecnología (Gurza, 1982, p. 278).

### *La salud como asunto estatal y legislación del papel médico*

Lo que denominamos la segunda época ha sido el teatro de cambios importantes para México. En solo 100 años, sucedieron dos proyectos nacionales opuestos: la búsqueda del progreso económico con el Porfiriato y la búsqueda de un progreso social con la Revolución. En ambos proyectos el control del uso del conocimiento médico ha sido importante.

El inicio de la época, con la visión de Benito Juárez de crear un sistema de servicio público de salud, permitió ver las premisas para una mejora tanto del acceso a los servicios de salud para los mexicanos, como en la calidad de estos servicios; la dirección de las políticas porfirianas se adentra en una visión coercitiva de la salud con políticas de corte higienistas. En este punto, se continuó el programa de medidas higienistas hacia el pueblo durante la etapa de consolidación del Estado y después de la Revolución. Esta dinámica de acción estatal hacia la salud pública requería el conocimiento del grupo médico, que aprovechó para fortalecer su posición en la sociedad y seguir su camino hacia la profesionalización. Una profesionalización que se realiza todavía al lado del Estado; a medida que este último crece y se formaliza, la profesión médica lo acompaña. El cambio más grande de la segunda época para la profesión médica fue la aparición de una alternativa al sector privado de la salud con las campañas de vacunación, la investigación sostenida con dinero público, los servicios en hospitales nacionales y la atención a grupos específicos. En nuestra opinión, estos nuevos oficios médicos iniciaron la construcción de la imagen del médico desinteresado y altruista.

Los diferentes gobiernos durante la segunda época admitieron la necesidad de disponer de un cierto control sobre la acción de los profesionales para cumplir con sus respectivos planes. En el caso de la medicina, cuando el cargo de la atención en salud pasó de la Iglesia hacia el Estado, se prestó más atención a la manera de capacitar a los médicos y de orientar su acción. Al final del Porfiriato, se determinó que era el médico universitario quien representaba el proveedor de salud oficial. Efectivamente, los



cargos públicos y el profesorado requerían la presentación de un diploma validado por el Estado, y, el fomento de medidas limitando el ejercicio sin título disminuyeron la competencia para el médico universitario. Eso representa una victoria para la profesión médica pues de ser así, la educación en los centros públicos o privados donde radican médicos ya es el paso obligatorio para volverse médico, y garantiza a la profesión médica los medios para homogeneizar las prácticas en el grupo. Del lado del asociacionismo profesional, tanto la Academia de Medicina como la Escuela de Medicina obtuvieron un estatus central en la profesión gracias a su alianza con el Estado. La Academia de Medicina, como institución oficial de consultoría médica, pudo organizar la discusión científica, pero sobre todo se volvió legítima en validar los conocimientos médicos que sus miembros podían usar. La aparición en 1919 de la Asociación Médica es relevante del estado de estabilización de la posición de la medicina en la sociedad. En efecto, tanto la Academia como la Escuela de Medicina obtuvieron control sobre el conocimiento médico, pero sin poder emitir reglas que pudieran contradecir las leyes del gobierno sobre la legalidad del estatus del médico. La asociación, al contrario, no se encargaba de la administración del conocimiento médico sino del aspecto político de la profesión. Su sola existencia es un reconocimiento de lo específico de la profesión médica; el ser médico requiere una voz desde la medicina que responda a la voz de la Cámara de Diputados sobre los aspectos políticos del ejercicio profesional. En un contexto de reconocimiento político de la población según su trabajo, el grupo médico también empieza a ser visto como un trabajador.

Finalmente, en esta segunda época, la legitimidad pública progresó. En efecto, el grupo médico obtuvo su primera misión de interés público y empezó a atender grupos poblacionales antes lejos del servicio médico alópata. Las luchas para el control de la acción médica desembocaron en un control de la oferta de trabajo. En efecto, frente a las resistencias de los profesionales en ver los planes de estudios construidos por el Estado, la dificultad de obligar legalmente a alguien a trabajar en un campo determinado, los gobiernos porfiriano y revolucionario derivaron su atención hacia donde la profesión médica no tenía control: la capacidad en construir sus instituciones de ejercicio profesional. Así, tanto la investigación como los programas higienistas primero y el sistema de salud universal después, ofrecieron nuevas oportunidades de trabajo para un número cada vez mayor de médicos. Entonces, si se dejó el control de la currícula a la profesión, la formalización del sistema de salud público creó una alternativa al mercado privado y por lo tanto posibles nuevos empleos. Por consiguiente, se abrieron nuevas vías para la extensión de la jurisdicción médica lo que obligó a orientar el trabajo médico hacia los sectores pobres de la población.

TERCERA ÉPOCA 1946-2000: LA SALUD COMO GASTO,  
EL SISTEMA DE SALUD COMO UN PROBLEMA PÚBLICO

El año 1945 se ubica en pleno periodo de prosperidad económica conocido como el “milagro económico mexicano” (1934-1970) (Cabello-López et al, 2015). El milagro mexicano fue acompañado por fenómenos sociodemográficos importantes para el país, pues era la primera vez que, en México, el crecimiento demográfico urbano superaba al crecimiento demográfico rural.<sup>5</sup> La concentración demográfica urbana hizo necesario el refuerzo de los servicios de salud y de atención médica (Cabello-López et al, 2015). Sin embargo, la financiación general de la seguridad social pasó de 18.3 % del presupuesto total en la época de Cárdenas a un 13.3 % en la presidencia de Miguel Alemán (1946-1952) limitando así el crecimiento de la cobertura de la Seguridad Social (Pozas Horcasitas, 1977, p. 60). Este panorama social provocó el estallido de diferentes huelgas en 1958 por parte de cinco grupos laborales no industriales y en 1964 los acompañaron los médicos.

*Primer movimiento político médico: la huelga de 1964*

En 1958, bajo presión, el presidente López Mateos (1952-1958) volvió a activar la financiación del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y actualizó la ley de pensiones de los funcionarios en un sistema de seguridad social particular: el Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El IMSS también vio explotar el número de sus derechohabientes, así como la construcción de numerosos hospitales y centros de salud en áreas rurales (Pozas Horcasitas, 1977). La extensión de la red de hospitales y de la cobertura de la Seguridad Social, conlleva a un aumento considerable de los pacientes potenciales, lo cual debe acompañarse de un aumento de médicos. Pero no fue el caso. Por ejemplo, en 1950, la Secretaría de Salud contaba con un poco más de treinta millones de derechohabientes, una población atendida por solo 9104 médicos (Pozas Horcasitas, 1977, p. 63).

En efecto, el nivel estructural del sistema de salud público creció demasiado rápidamente para poder ser seguido por una producción de médicos idónea a las nuevas necesidades del sistema de salud pública. No hubo creación de nuevas escuelas de medicina, pues en 1950, existían 15 programas de educación médica en total en el país, un número similar desde 1901 (Tapia Juayek et al 1986). Por lo tanto, rápidamente se presentó una escasez de personal médico para responder a las crecientes demandas de servicio médico (Cabello-López et al 2015). Además, la política administrativa de las instituciones públicas estaba orientada hacia un estricto

<sup>5</sup> Entre 1940 y 1950 el crecimiento urbano representó el 53% del crecimiento de la población total (Cabello-López et al 2015).

control de los gastos, especialmente los relativos a los salarios, dado que la mayoría del flujo presupuestal iba a la construcción de infraestructuras (Pozas Horcasitas, 1977). Una medida de socorro para el problema de recursos humanos fue la extensión de un año del servicio social para los pasantes y residentes de medicina para llegar a dos años en total en 1962. Los pasantes tenían que trabajar largos turnos, sin contratos de trabajo formales porque trabajaban bajo el régimen de becarios, siguiendo las órdenes de un tutor en la persona de un médico titular (Pozas Horcasitas, 1977, Cabello-López et al 2015). Sin embargo, la situación de precariedad vivida por los residentes hacía eco a la situación de los médicos titulares. En efecto, al momento de su creación, el IMSS prometía la posibilidad de tener un salario, además de permitir el trabajo privado, ambos sinónimos de situación económica estable, cosa difícil de obtener para un médico recién graduado. Sin embargo, la escasa paga asociada a la realidad del carácter burocrático de las instituciones públicas “infunde a sus médicos una actitud de poco compromiso hacia el trabajo: relación paciente/médico débil, exceso de trabajo y conflicto con las autoridades” (Cleaves, 1985, p. 94). La situación se volvió insostenible para los residentes y pasantes hasta el punto de que, en 1964, por primera vez en la historia mexicana, los médicos se declaran en huelga. Al final de una lucha, que duró dos años, los médicos no vieron satisfechas sus demandas; además, el paro laboral se terminó con una respuesta estatal y sindical violenta (Gutiérrez-Samperio, 2016). Al salir de la huelga, el grupo médico se encontró aún más dividido que nunca: pues aparte de la repartición de los médicos en especialidades, la respuesta del gobierno a las demandas fue la creación de un contrato laboral distinto en cada seguro público. Por lo tanto, resultó una fuerte segmentación de los intereses de los médicos, lo que fue un freno a la continuación del movimiento y a la formación de una propuesta común del grupo médico. La gestión de los recursos humanos por parte de los sindicatos de los servicios públicos de salud acabó con el esfuerzo de organización política de los médicos.

En efecto, si la medicina tiene numerosas organizaciones gremiales, como las asociaciones médicas, estas nunca han sido organizaciones de defensa de interés del grupo, en el sentido de negociación con los empleadores (Estatales, seguros privados o pacientes); tampoco tendrían este papel en el futuro. La única asociación, algo orientada a la protección del médico en su trabajo, era la Asociación de Medicina. Esta última se transformó en 1978, en el Colegio Médico de México, un cuerpo oficial con un panel de competencia delimitadas por la Constitución que delega a los colegios de especialidades el control de la formación, de la competencia de los médicos y del arbitraje de ciertos conflictos (Fernández Pérez, 2003, p. 285).

En la época anterior, se buscó orientar el trabajo médico hacia los objetivos del Estado. Pues, en la década de los sesenta, y especialmente

durante la última fase de la huelga, tanto el gobierno como los periódicos, empezaron a criticar a los médicos sobre su falta de empatía hacia los mexicanos que necesitaban servicio médico y que solamente pensaban en ellos. Utilizar este argumento de la ética “social” confirma la gran integración en el sistema simbólico social de la alianza del grupo médico hacia el pueblo como servidor del Estado. Una imagen que ha sido forjada a nivel internacional y a nivel nacional con el servicio médico durante la construcción del Estado de Bienestar, a través de las campañas de vacunación y con su trabajo en los hospitales de beneficencia pública. Pero también, ya desde el Porfiriato, la Academia de Medicina promocionaba en su gaceta valores como el altruismo para definir al médico oponiéndose a la codicia de los charlatanes y falsos médicos.

### *El lugar de la Universidad en la sociedad mexicana y reforma educativa de 1971*

Después de la huelga de 1964 y del movimiento del 68, la Universidad Nacional es la cuna de las principales críticas del orden establecido, provocando nuevamente desconfianza del Estado, que, en reacción, empujó a la creación de nuevas instituciones de Educación Superior para competir con la Universidad: aceleración de la privatización de la educación superior, promoción de los mandos medios “baratos” (servicio social, internado médico de pregrado y residencias médicas hospitalarias) y de la educación técnica en salud, una apertura de programas izquierdistas y un control administrativo-financiero de las instituciones públicas (Rillo 2016, p. 400). Principalmente, la reforma dio lugar a una masificación de la matrícula en todas las carreras universitarias. En medicina, se observa igualmente: de 19 471 alumnos en 1968, se registran 34 802 en 1970 para alcanzar el máximo histórico en 1980, con 93 365 alumnos inscritos (De la Garza, 2005). Acompañando esta tendencia, se observa un cambio en la currícula de medicina con la introducción de materias de consideración social, de servicio y de empatía hacia el pueblo (Rillo, 2016). Frente al aumento de la matrícula, los médicos alertaron sobre un problema de calidad de la educación médica y la falta de regulación de la educación privada. A través de la Academia Médica se creó, bajo mando estatal, una serie de instituciones encargadas de asegurar un nivel general de los egresados<sup>6</sup> (León-Bórquez, et al 2018) además de la creación en 1975 del CENEVAL.<sup>7</sup> Estos esfuerzos conceden a la profesión médica un cierto control sobre la enseñanza de la medicina, sobre todo de los contenidos

6 En 1973, la UNAM, la Secretaría de Salud y la Organización Panamericana de Salud crean el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, que se encargará de difundir los modelos de educación moderna de la medicina, tanto curricular como organizacional. (León-Bórquez, et al 2018)

7 Su versión en medicina se denomina: Examen General para el Egreso de la Licenciatura en Medicina General (EGEL-MEDI) seguido años más tarde, en 1984, por el examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

enseñados. En 1991, la constitución del Comité Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) como la creación del programa de acreditación de las escuelas y universidades, demuestran que la evaluación y acreditación de los centros de educación se volvió un asunto importante (de la Garza, 2005). La estandarización de la educación médica a través de las acreditaciones se vuelve coercitiva a medida que toman importancia en el mundo las acreditaciones y otros rankings, síntomas de la transición del modelo de Estado de Bienestar y la nueva forma dominante: el Estado Neoliberal.

### *Consecuencia de la reforma educativa sobre el mercado laboral médico*

La explosión de la matrícula significó una derrota para el gremio médico dado que, desde los años del Porfiriato, habían abogado por un *numerus clausus* de estudiantes en medicina en el país, enfrentándose a la propuesta estatal de aumentar los efectivos. En efecto, si la llegada de muchos médicos al mercado laboral representa una ventaja para el Estado, no es el caso para la profesión médica, pues se aumenta la competencia entre médicos para la obtención de puestos y se abarata su capacidad de negociación del precio del trabajo, ya bastante débil en la esfera del trabajo público. La reforma educativa tuvo como objetivo proveer una mano de obra suficiente para optimizar el rendimiento del sistema de salud público; de hecho, la ética social y de servicio que sostenía la nueva currícula buscaba que los recién egresados escogiesen el servicio público glorificando el perfil del médico al servicio de su prójimo. La realidad, sin embargo es distinta; varios autores notan que, desde la democratización de la educación médica, con modalidad de satisfacer los planes estatales, resultó la aparición de subempleo y desempleo entre los médicos (Rodríguez de Romo, 2002; Nigenda et al, 2013), fenómeno existente desde la segunda época.

### *Un nuevo papel del Estado y la reforma del sistema de salud 1980-2000*

Entre principios de la década de los ochenta y el final del siglo XX, México enfrentó tres crisis económicas (1982, 1987 y 1995). La sucesión de crisis económicas condujo a que “Las políticas públicas nacionales [estuvieran] sujetas a las condiciones establecidas por los bancos acreedores de deudas nacionales” (Almeida, 2007, p. 136). Para enfrentar las diferentes crisis económicas, el Estado mexicano debió reestructurarse como condición para recibir apoyo y préstamos de las instituciones internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el FMI. Entre las medidas condicionantes a la obtención de apoyo económico se encontraban: la reducción del sobreendeudamiento, la apertura a los capitales y a la producción internacional, la reestructuración del Estado

vía la privatización de la producción y de los servicios, así como la disminución del gasto público, en particular los destinados al sector social (salud, educación, protección social, vivienda...) (Iriart et al, 2001, p. 97).

Para el sector salud, esta época corresponde al fin de su progreso como sistema universal. Para los derechohabientes, los últimos veinte años del siglo XX son sinónimo de una notoria baja de la calidad del servicio médico público que desemboca en una apreciación negativa de la imagen del sistema de salud (Homedes Beguer y Ugalde, 2008; Hernández Torres et al, 2012). Para los empleados también fueron años difíciles, pues desde 1982, los salarios solamente van bajando (Hernández Torres et al, 2012), además de ver aumentar la polarización de los estatus laborales (Abrantes Pêgo, 1997, p. 252).

Las respuestas estatales a las crisis cambiaron la orientación general de la política hacia el sistema de salud para buscar una simplificación estructural, una racionalización económica y un mejoramiento de la eficiencia costo/beneficio. Tres grandes procesos reformadores definieron el futuro del sistema de salud durante esta época: la descentralización (iniciada en 1983) (Abrantes Pêgo et Arjonilla Alday, 2002), la privatización (iniciada en 1988) (Norahendid, 1998) y la Internacionalización (1994 con la firma del TLC) (Solís Soberón, 1991). Estas reformas provocaron la pauperización del sector público y la dinamización del sector privado lo que llevó a grandes preocupaciones por parte del grupo médico. La Academia Nacional de Medicina y el nuevo grupo de presión, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) (1985) llaman la atención sobre la poca regularización del sector privado y su incapacidad para atender a la población que el gobierno quiere dirigir hacia él (Abrantes Pêgo, 1997). Por lo tanto, el grupo médico pidió una obligación de una certificación periódica de todos los médicos, independientemente de su lugar de ejercicio. En 1995, se fundó el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), que definirá el control de la actualización del conocimiento de los médicos con la organización de exámenes y un sistema de evaluación por puntos para obtener la certificación y la recertificación cada cinco años. Con el mismo espíritu, la Academia Nacional de Medicina creó un servicio que empezó a recolectar las quejas de las malas prácticas que podían darse en el sector privado con la Comisión Nacional de Arbitraje Médica (CNAM) (1996). La situación era grave, según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; en su reporte de 1996, la negligencia médica ocupaba el primer lugar y, la negación de la atención médica, el séptimo en la lista de quejas atendidas (Abrantes Pêgo, 1997, p. 259).

Igualmente, como lo vimos, la medicina de la época necesitaba muchos recursos, y la pauperización de los recursos en el sector público empezaba a preocupar a los médicos por no poder realizar su trabajo de forma digna

y segura. Había escasez de medicamentos, insumos, materiales, equipos e instalación sin funcionar, falta de personal, además de un salario bajo (Abrantes Pêgo, 1997, p. 258; Hernández Torres et al, 2012). Al final del siglo XX y a inicios del XXI, el sistema de salud se transformó. El Estado pasó del papel de productor de servicios de salud al de asegurador; o más bien, de ser financiador de la oferta en salud a financiar la demanda (Durán, 2001 en Tamez González y Valle Arcos, 2005).

### *Un nuevo Estado, la decrepitud de su acción social*

Al concluir la última etapa del recorrido histórico, resalta la amalgama entre la profesión médica y la estructura estatal. Un cambio radical de esta época fue pasar de un servicio estatal de salud colectivo a uno individualizado. Es decir que, hasta la creación del IMSS en 1943, los servicios estatales de salud se enfocan en la prevención, la higiene y la salubridad. Con la fundación del IMSS, aparece un servicio médico individualizado orquestado por el Estado. En este momento, el Estado invierte numerosos recursos para la financiación del sistema de salud, dejando poco espacio a la profesión para imponerse como aliado en la construcción de este sistema, como fue el caso durante la época de la salud colectiva. Como lo argumentan Nigenda y Solórzano (1997), la profesión médica mexicana, en el siglo XX, no logró aplicar estrategias para obtener un cierto grado de control sobre el sistema de oferta del servicio médico ni tampoco sobre la organización de los servicios de salud. Finalmente, las crisis económicas del final del siglo XX debilitaron el servicio público, que ve aparecer un sector privado creciente, ofreciendo de nuevo al médico un terreno sobre el cual podría establecer su propia arquitectura organizacional.

En cuanto al proceso de legitimación legal, la creación del sistema de salud pública podría aparecer como la consagración del establecimiento de la tradicional alianza Estado/Médico. Pero los gobiernos, después del de Cárdenas, optaron por crear un sistema de expansión rápida con pocos recursos para sostenerlo y así, las diferentes crisis económicas vinieron a destruir el presupuesto destinado al sector salud. A pesar de eso, la profesión ha sido duramente reprimida durante sus intentos de organización política para defender al médico como trabajador. La situación empeoró a lo largo de los años hasta llegar a la reforma del Estado donde trabajar en el sistema público resultó cada vez más difícil. El hecho de alentar al sector privado condujo la profesión a empezar a poner sus propias instituciones de regulación del trabajo médico como la CNAM y la regulación de las competencias de los médicos a través de los consejos médicos. El resultado de los eventos de la tercera época fue una organización médica sin instituciones políticas para promover la defensa

y/o promoción de su estatus laboral mediante la creación de instituciones de regulaciones de su trabajo.

Sin embargo, podemos argumentar que la democratización de la educación superior y la explosión de las inscripciones en medicina significaron una aceptación general de la medicina como el actor único de la salud. Igualmente, el sistema de salud público favoreció el aumento de contacto entre población y médico quien se vuelve una figura del cotidiano, teóricamente accesible para toda la población. Estos dos elementos, según nosotros, contribuyeron a la producción de la imagen del médico disponible para todos, así como una banalización de su conocimiento pues ya no está reservado a una élite y así favoreciendo su legitimidad pública. En cuanto a los empleos disponibles dentro del área de dominio de la profesión, la educación, o más bien dicho el control de la calidad de la educación, así como el control de la competencia de los médicos, han creado un nuevo campo de actividades para los médicos. En efecto, la evaluación de la competencia de los pares se vuelve un campo de actividad singular y formal dentro del grupo médico, un universo que se desarrolla con la apertura del sector privado a grandes flujos de capitales atrayendo nuevos pacientes y profesionales.

#### CONCLUSIÓN: A UNA FORMA DEL SISTEMA ESTATAL UN TIPO DE ORGANIZACIÓN LABORAL DE LA MEDICINA

En México, las situaciones epidemiológicas y sanitarias del siglo XIX han sido los despertadores del interés estatal por el trabajo médico. Así, el crecimiento del interés del Estado por las cuestiones de salud pública se acompañó de un esfuerzo por el control del conocimiento médico y del trabajo médico hacia sus objetivos del momento. El Estado y el grupo médico, a través de unos de sus segmentos que se volverían élite científica y administradora, han celebrado alianzas que se materializaron con la provisión estatal de recursos para el asentamiento del dominio del grupo médico sobre las cuestiones de salud. Sin embargo, sería reductivo pensar que la acción estatal fue unilateral, pues los médicos también estuvieron activos. En particular, porque tenían que comprobar que eran los trabajadores indicados para solucionar los problemas de salud que afectaban al país. Y, como lo vimos, no ha sido sencillo legitimar su trabajo hacia la población y el Estado, pero se logró gracias a la construcción de una imagen social del médico a la cual se asoció las nociones de seriedad y honestidad, así como de la utilidad de su saber. Con este fin, los médicos crearon contrapartes profesionales a las instituciones públicas que les son dedicadas: Asociaciones, la Academia de Medicina y el profesorado. Estas han sido las instituciones profesionales que normalizaron el uso del



conocimiento dentro de las instituciones públicas y que, por extensión, normaron la práctica de la medicina en el país. Este proceso ha llevado al grupo médico mexicano a constituirse como profesión con autonomía para definir el trabajo en sí y la organización del trabajo que lo sostiene. A su vez, los condujo a volverse la autoridad normativa en el campo de la salud; y así, con este control monopólico, ha logrado descalificar y/o dominar otros empleos y oficios relativos al uso del conocimiento médico.

Ahora bien, viéndolo desde el lado del grupo médico, el proceso de profesionalización se fomenta entonces por la aparición de un nuevo cliente antes inexistente: el Estado. Con anterioridad al interés estatal, los médicos trabajaban exclusivamente con clientes privados; así era la forma original de ejercer la medicina, pues era individualizada y simbolizada por el ritual discreto de la consulta entre el médico y el paciente. Por lo tanto, durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, la profesión médica ejercía poco control del trabajo. Era constituida por médicos aislados, con poca convivencia profesional y poco control entre pares. Es realmente con el inicio de la profesionalización mediante la alianza con el Estado, así como el hecho de que los saberes médicos fueron entonces orientados a la atención de grandes grupos de población, que el trabajo de los médicos empezó a ser objeto de control. Por lo tanto, el grupo médico dejó al Estado el control de los recursos que permitían tanto el avance del conocimiento médico como la producción de médicos.

La composición del sistema de salud, cuarenta años después del inicio de las políticas de privatización, se percibe hoy en el tipo de respuesta del gobierno de López Obrador a la pandemia de la COVID-19. Para compensar la escasez de recursos, la saturación de la capacidad de atención hospitalaria y de realización de pruebas en el sector público, el gobierno solicitó la ayuda de la iniciativa privada. El 6 de abril 2020 se firmó un convenio “Hospitales X México” entre la Secretaría de Salud, el Consejo de Salubridad General, y del lado privado, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y los miembros de las dos asociaciones de hospitales privados del país, para establecer un plan reforzado de subrogación de servicios<sup>8</sup> (CSG, 2020). Esta situación describe claramente la importancia del sector privado en la oferta de servicios médicos en México. El Estado ya no es el dueño exclusivo de los recursos materiales y financieros que permiten proveer servicios de salud. Una parte, cada vez mayor, de estos recursos se encuentra controlada por actores privados: hospitales y seguros de salud. Lo que presagia, entonces, una redefinición de la alianza entre Estado y médicos, pero esta vez, con los actores privados.

8 Este convenio busca incitar a los establecimientos hospitalarios privados a recibir y tratar a los derechohabientes de los seguros públicos, no solamente los a los afectados por la COVID-19, sino también pacientes que necesitan otro tipo de atención médica (cirugía general, parto, hemodiálisis etc.) en contraparte de un pago por parte del gobierno

## REFERENCIAS

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: Chicago Press.
- Abrantes Pêgo, R. (1997). La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación. *História, Ciências, Saúde*, 4(2), pp. 245-263.
- Abrantes Pêgo, R., y Arjonilla Alday, S. (2002). Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México. *Revista Saúde Pública*. 36(3): pp. 324-329.
- Almeida, C. (2007). Reforma del sector salud en América latina y el Caribe: El papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar políticas. *Bienestar y Política Social*, 2(1), pp. 135-175.
- Aréchiga, C., E., (2007). Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33(1), pp. 57-88.
- Azuela, L., F. (2002). Médicos y farmacéuticos en las sociedades científicas mexicanas del siglo XIX. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 5(2), pp. 15-20.
- Bazant, M. (1982) La República Restaurada y el Porfiriato (1867-1910). En F. Arce Gurza (Ed.) *Historia de las Profesiones en México* (pp. 132-220). México: Colegio de México.
- Cabello-López, A., Gopar-Nieto, R., Aguilar-Madrid, G., Juárez-Pérez, C. A. y Haro-García, L. C. (2015). Perspectiva histórica y social del Movimiento Médico de 1964-1965 en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(4), pp. 466-71.
- Cano Valle, F., Márquez Gómez, D. y Melgar Manzanilla, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México D.F.: Instituto De Investigaciones Jurídicas.
- Cleaves, Peter, S. (1985). *Las profesiones y el Estado: el caso de México*. México D.F.: Colegio de México.
- Consejo Superior de Salubridad. (1896). Archivo histórico de la secretaría de salud boletín del Consejo Superior de Salubridad, 2 (4). Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/transparencia/archivos/Bol-CSS-31101896.pdf>
- Consejo de Salubridad General. (2020). Oficio CSG-472-2020. Documento interno. Recuperado de: [https://www.hospitalesxmexico.com/uploads/1/6/5/2/16526694/oficio\\_csg-472-2020.pdf](https://www.hospitalesxmexico.com/uploads/1/6/5/2/16526694/oficio_csg-472-2020.pdf)
- Cortés, M., F. (1997). *La Medicina Científica Y Siglo XIX mexicano* [EPub]. México: Fondo de Cultura (1987). Económica. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/45/htm/medicina.htm>

- De la Garza Aguilar, J. (2005). Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México. *Gaceta Médica de México*, 141(2), pp. 129-141.
- Elizondo Mayer-Serra, C. (2007). El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública De México*, 49 (2), pp. 144-155.
- Fierros Hernández, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México. *Gaceta Médica de México*, 150(1), pp. 195-199.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale* (1970). París: Payot, coll. Médecine et sociétés.
- Gutiérrez-Samperio, C. (2016). El Movimiento Médico en México (1964-1965). ¿Qué pasa medio siglo después? *Gaceta Médica De México*, 152(1), pp. 124-134.
- Gurza, A. (1982). El inicio de una nueva era, 1910-1945. En F. Arce Gurza (Ed.) *Historia de las Profesiones en México* (pp. 223-315). México: Colegio de México.
- Hernández Torres, F., Cáliz Morales, A. y Santos García, J. (2012). Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México. En M. A. Alcántara, Balderas (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (pp. 169-174). México D.F.: Secretaría de Salud.
- Homedes Beguer, N., y Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(15), pp. 26-43.
- Fernández Pérez., J. (2003). *Estructura y Formación Profesional, el caso de la profesión médica* (3ra ed.). Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Iriart, C., Merhy, E. E., y Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), pp. 95-105.
- León-Bórquez, R., Lara-Vélez, V. M., y Abreu-Hernández, L. F. (2018). Educación médica en México. *Fundación Educación Médica*, 21(3), pp. 119-128.
- Neri Vela, R. H., y Aguirre Gas H. G. (2015). Calidad de la Atención Médica. In S. García Saisó & F. Hernández Torres (Ed.), *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*. (pp. 29-48) Ciudad de México: Programa Editorial del Gobierno de la República.
- Nigenda, G., y Machado, M., H. (1997). Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: elementos teóricos para su análisis. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(4), pp. 685-692.
- Nigenda, G., y Solórzano, A. (1997). Doctors and Corporatist Politics: The Case of the Mexican Medical Profession. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(1), pp. 73-99. <https://doi.org/10.1215/03616878-22-1-73>
- Nigenda, G., Magaña-Valladares, L., y Ortega-Altamirano, D., V. (2013). Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*, 149(1), pp. 555-561.

- Norahendid, A. O. (1998). *Privatización de los Servicios Médicos* (Subrogación). México D.F.: SICCO.
- Pozas Horcasitas, R. (1977). El movimiento médico en México 1964-1965. *Cuadernos Políticos*, 11(1), pp. 57-69.
- Quintanilla, S. (1993) La educación en México durante el periodo de Lázaro Cárdenas 1934-1940. In Galván Lafarga, L. L. et al (Ed.) *Diccionario de la Historia de la educación en México*. Ciudad de Mexico: CONACYT.
- Rillo, A. G. (2016). Educación médica y el movimiento estudiantil de 1968: influencia en la Universidad Autónoma del Estado de México en la década de 1970. *Espacio, Tiempo y Educación*, 3(1), pp. 383-406. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/ete.2016.003.001.18>
- Rodríguez Pérez, M., E. (2013). La Academia Nacional de Medicina de México (1836-1912). *Gaceta Médica de México*, 149 (5), pp. 569-75.
- Rodríguez de Romo, A., C. (2002). Los médicos como gremio de poder en el Porfiriato. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 5(2), pp. 4-9.
- Rodríguez de Romo, A., C. y Rodríguez Pérez, M., E. (1998). History of public health in Mexico: 19th and 20th centuries. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(2), pp. 293-310.
- Sevilla, A. Á., León Díaz, A., Gutiérrez Córdoba, A., y Escalante Palencia, C. (2011). *El sistema de salud en México perspectivas histórica, evolutiva y de globalización*. Ciudad de México: Instituto de investigación, Económica y Social Lucas Alemán A.C.
- Solís Soberón F. (1991). *El Sector Asegurador ante el Tratado de Libre Comercio*, Serie Documentos de Trabajo. CNSF. México.
- Staples, A., (1982), La constitución del Estado Nacional. En F. Arce Gurza (Ed.) *Historia de las Profesiones en México* (pp. 69-127). México: Colegio de México.
- Tapia Juayek R., De la Garza Walliser, M., A. y Carrillo Farga A., M. (1986). La educación médica en crisis. *Salud Pública de México*, 28(4), pp. 405-412.