

SOGIBA

2022

El poder de los médicos: la declinación de obstetras y ginecólogos.

Jorge Vinacur

Ex presidente de SOGIBA

Introducción

Desde mediados del siglo veinte hasta ahora, los médicos en el mundo están perdiendo poder. A partir de la llamada hegemonía médica que es como se llama al monopolio de los médicos sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hubo una declinación progresiva. Según la socióloga inglesa Ellen Annandale, este es un tema central de debate para los profesionales de la salud (1998). Demográficamente hay un envejecimiento poblacional, que el Estado solo mira por su impacto sobre las pensiones y jubilaciones, y no atiende a los nuevos requerimientos de servicios, encarecimiento de la atención y cambios en la estructura por nuevas especialidades médicas. La supervivencia de las mujeres es mayor que la de los varones pero sobreviven con enfermedades crónicas, no se presta la adecuada atención a la mortalidad infantil, la fecundidad, las inequidades sanitarias, las educativas y la pobreza (Veronelli & Veronelli Correch, 2004). El Plan Federal de Salud del 2004 hizo un muy buen diagnóstico de situación pero sus propuestas son sólo para el sector público.

El objetivo de la presentación es aportar algunos elementos para pensar las consecuencias que tiene la declinación de la profesión médica sobre las condiciones del trabajo de obstetras y ginecólogos.

Discusiones teóricas sobre el poder médico

Para el sociólogo norteamericano Eliot Freidson, la medicina basa su poder en dos dimensiones interrelacionadas: la autonomía, que es la capacidad de controlar sus propias actividades profesionales y la dominancia médica, que se refiere al control de los médicos sobre el trabajo de otros en la estructura de los cuidados de salud (Freidson, 1988 [1970]).

Para Freidson, la declinación médica se explica por dos teorías, la de la proletarización médica y la de la desprofesionalización.

La teoría de la proletarización considera que, independientemente de los salarios, en el capitalismo avanzado los médicos están subordinados a los más amplios requerimientos de la producción, y por lo tanto la ubicación, contenido y características de sus actividades depende de las necesidades productivas. Son sujetos de explotación al igual que la mayoría de los trabajadores (McKinley & Stoeckle, 1988). Esta teoría es discutida, entre otros por el médico español Vicente Navarro quien señala que a diferencia de los obreros, los médicos tienen que hacer una carrera universitaria y estar habilitados por el Estado para ejercer su función, tienen que supervisar a otros trabajadores de la salud y, con frecuencia disponen de los medios y la organización de la producción sobre actividades de salud (1988).

La teoría de desprofesionalización se refiere a varias pérdidas: la del monopolio sobre el conocimiento de salud, la de la creencia pública en la vocación de servicio, la expectativa del trabajo autónomo, y la de la autoridad sobre pacientes. (Haug, 1973). La socióloga americana Marie Haug reafirma su tesis en 1988 reflexionando sobre como la gente cuestiona la autoridad de otros y considera a la medicina como otro producto de consumo que debe estar en una estructura de servicios centrados en el cliente.

El debate sobre el poder de la medicina

Hay coincidencias en la literatura en que la autonomía y la dominancia médica están cambiando. Se acepta que dos tercios del gasto en salud de cualquier país debería destinarse al salario de los trabajadores de salud, cuya preparación y capacitación son centrales para la provisión de servicios de salud. Por el contrario, en nuestro medio progresa el gasto en medicamentos e insumos, el trabajo esta racionalizado con guías y

protocolos que incluyen nuevas tecnologías que se aplican a discreción, mala distribución de trabajadores de salud, predominio de servicios verticales con complejas estructuras asistenciales, temas de calidad profesional y marcadas divisiones jerárquicas.

El sanitarista Juan Carlos Veronelli, (2004) mostró como este cambio en Argentina fue el resultado de las malas políticas de salud y la distribución de médicos y otros trabajadores de salud que no son útiles para dar servicios adecuados. En el país hay 3,9 médicos cada 1000 habitantes (REFEPS 2012) pero hay concentración de servicios con plétora médica en cinco ciudades del país -Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Tucumán y Mendoza- mientras otras poblaciones tienen racionamiento de servicios. Se han realizado propuestas como la de la regionalización que han fracasado y de las que no pueden excluirse intereses subalternos. En donde vive la población con más necesidades de salud, el ambiente para los trabajadores de salud es malo, los salarios son bajos y hay inadecuada calidad de vida. Los trabajadores de salud dejan el sector público, o se desempeñan en ambos escenarios -público y no público- debido a la presión salarial y a progresos dudosos en su carrera profesional.

La historiadora Susana Belmartino (Belmartino, 2005) señala dos problemas en la atención médica, el primero es entre los beneficiarios y su cobertura –público, obras sociales sindicales, obras sociales de personal de dirección, obras sociales provinciales, prepagas, administradoras de sistemas capitados, proveedores directos-. El segundo es entre financiadoras y proveedores. Los proveedores compiten por conseguir contratos, sobre todo los que pagan más por beneficiario. Esta competencia no es la del libre mercado, regulada por oferta y demanda, y tampoco se define por calidad y precio. El resultado depende del poder político, alianzas y corruptelas de variados tipos. Este problema institucional tiene tres características: una historia de fragmentación y

autodeterminación de los principales agentes de cobertura –falta de control gubernamental- , una resistencia a la regulación estatal por parte de las obras sociales y otras financiadoras y, finalmente, gobiernos nacional y provinciales que no ofrecen soluciones y carecen de solvencia técnica.

La profesión médica siempre estuvo estratificada. Antes, había un jefe que lideraba una base. En la actualidad, hay dos formas en que puede gerenciarse el trabajo de médicos, por ataque directo o por incorporación. El ataque directo es la forma de trabajo en la que los médicos son contratados, con cartillas que limitan la libre elección. Se cobra por prácticas, con competencia entre ellos, con una gerencia externa que los controla, es la nueva industria que utiliza la administración para vigilar la conducta médica según criterios basados en la limitación de servicios y costos. Los auditores son trabajadores de salud con bajo nivel profesional.

La estrategia de incorporación se basa en el control de los médicos de sus propios estándares de trabajo. En obstetricia y en la cirugía ginecológica, las contingencias inesperadas en la práctica y la experiencia del operador hacen que muchas veces sólo una auditoría y juicio de pares pueda evaluar el trabajo a través de discusión en ateneos, revisión de casos clínicos, entre otros, siendo los propios profesionales los que realizan la auditoría. De esta forma se corrigen errores y se aprende, se mantiene la actualización, se evalúan resultados de salud y se mide la eficacia de la medicina.

Los tocoginecólogos pueden aceptar un monitoreo interno de la profesión, pero no un control externo que es la causa de la medicina defensiva – protección contra juicios de mala praxis-. La medicina basada en la evidencia y la utilización de protocolos clínicos son orientadores en la estandarización diagnóstica y decisiones terapéuticas pero no pueden estar en manos de una administración burocrática. La

autonomía clínica está limitada por la estandarización y eso significa reducir nuestra capacidad para responder a las necesidades de pacientes individuales. Obstetras y ginecólogos deben tener el predominio en las definiciones y aspectos técnicos y organizativos de su actividad. El futuro de la especialidad reside en no aceptar un control externo sino en una política interna efectiva y el redescubrimiento de la vieja ética de cuidar la salud de las mujeres.

SOGIBA debe tener el control de la matrícula, el ingreso a la especialidad y a la formación de posgrado, así como establecer los criterios para certificar la competencia técnica de los obstetras y ginecólogos. Dicho de otra forma, el debate sobre el poder de la medicina es sobre el accionar cotidiano de médicos, administradores, enfermeras, y otros trabajadores de salud. El sistema de servicios de salud de nuestro país se mantendrá sin cambios ni modificaciones. SOGIBA es la herramienta que ayude a mejorar nuestras condiciones de trabajo.

Bibliografía

- Annandale, E. (1998). *The sociology of health & medicine*. Cambridge: Polity Press.
- Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*, 1(2):155-171.
- Freidson, E. (1988 [1970]). *Profession of Medicine*. London: University of Chicago Press.
- Haug, M. (1973). Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. *Sociological Review Monograph*, 2:195-211.
- McKinley, J., & Stoeckle, J. (1988). Corporatisation and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*, 18:191-205.
- Navarro, V. (1988). Professional dominance or proletarianisation? Neither. *Milbank Memorial Fund*, 66 (suppl.2):57-75.
- Veronelli, J. C., & Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina*. Buenos Aires: OPS.

