

¿Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países

GUSTAVO NIGENDA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN

LOS ÚLTIMOS años han sido testigos de profundos cambios en los sistemas de salud en el mundo. Múltiples son las causas de estas transformaciones así como sus consecuencias. A pesar de que las modificaciones han traído a escena a diversos grupos de interés en el campo de la salud, para muchos estudiosos en Estados Unidos y Europa la profesión médica ha mostrado tener una gran capacidad de adaptación, la cual le ha permitido mantener control sobre las características técnicas del proceso de trabajo, sobre la capacidad de determinar los criterios para definir la salud y la enfermedad y sobre muchos de los cambios organizativos en la prestación de servicios. Otros más dudan que esta capacidad se mantenga en su punto más alto.

Las diversas teorías desarrolladas para explicar el origen, la estructura de las profesiones y su relación con otros grupos de la sociedad también han cambiado y su enfrentamiento es cada día más pronunciado. Dos de los aspectos más significativos en muchas sociedades en el presente siglo han sido la división del trabajo y la especialización de la mano de obra. Tales pautas dieron origen a dos propuestas iniciales, analizadas por Johnson (1972). La primera de ellas buscaba puntualizar los “rasgos” que definían a las profesiones y las etapas del proceso de profesionalización en que se encontraban las distintas ocupaciones existentes. La segunda, también de base estructural-funcionalista, fue la propuesta por Parsons (1964), la cual se centraba en mostrar la funcionalidad de las profesiones para mantener el orden social. En ambas propuestas el proceso de formación de profesiones o profesionalización representaba un aspecto positivo de la modernización y un contrapeso necesario ante el crecimiento de las organizaciones burocráticas a gran escala.

No fue sino al inicio de la década de los setenta, con la publicación de *La profesión de medicina* de Eliot Freidson, que la crítica al funcionalismo tomó fuerza. Las propuestas anteriores, en particular la teoría de los “rasgos”, definían a las profesiones como grupos ocupacionales con características distintivas de otras ocupaciones, entre las que se consideraban: autonomía en el trabajo, una organización interna, uso de un código ético de conducta, manejo y aplicación de un conocimien-

to científicamente validado, una orientación hacia el servicio de la comunidad, un largo proceso de entrenamiento y un alto estatus social y carisma. En primer lugar, Freidson puso en tela de juicio que las características señaladas tuvieran un valor analítico para la definición de las profesiones:

una preocupación pasada ha sido más con los rasgos precisos que caracterizan a la profesión que un examen cercano de los referentes empíricos y de las implicaciones teóricas de cada rasgo, y de la relación que cada uno de ellos tiene con otros (Freidson, 1977: 16).

A su crítica al funcionalismo continuó una propuesta basada en la definición de la profesión en términos de poder y control social. Según Freidson una profesión debe definirse en términos de una autonomía legitimada y organizada. Esta autonomía da a la profesión un monopolio ocupacional que le asegura una posición dominante en la división del trabajo. De acuerdo con Willis (1983), la autonomía y el control se encuentran sustentados en dos procesos complementarios. Por un lado está la generación, acumulación y control de un conocimiento esotérico, y por el otro, el reconocimiento y protección de ese conocimiento por un patronazgo estatal. Freidson considera que la profesión de medicina es en Estados Unidos el arquetipo profesional, la imagen de profesión a la cual otros grupos ocupacionales aspiran. Propone que el punto de partida para el análisis de las profesiones debe ser el estudio de la relación entre éstas y la fuente última de poder y autoridad en la sociedad moderna, que es el Estado. "En el caso de la medicina, mucho, sino es que todo el poder de la profesión está basado en un monopolio legal sobre la práctica" (Freidson 1970: 83). La profesión tiene que persuadir al Estado de la existencia de un valor especial en su trabajo. Su posición se ve asegurada por la influencia política y económica de la élite que la apoya, una influencia que la protege de la competencia de otras ocupaciones, a quienes, además, se requiere su subordinación ante la profesión. De esta forma, los rasgos identificados por las teorías funcionalistas son consideradas por Freidson como elementos que pueden existir en las profesiones, pero que no son de utilidad para su definición teórica.

Durante los últimos veinte años la propuesta freidsoniana ha recibido diversos tipos de críticas, entre las que sobresalen dos: la primera de ellas ha sido defendida por Haug (1973) y recibe el nombre de *desprofesionalización*. Haug señala que existen evidencias inequívocas de la pérdida del estatus profesional de la medicina en muchos países industrializados. Su análisis se basa en la modificación que han sufrido tres de las características que la autora considera importantes en la definición de las profesiones, a saber: la existencia de un monopolio sobre un cuerpo de conocimientos que es relativamente inaccesible a la población leiga; la existencia de una imagen positiva que contiene motivos altruísticos en lugar de personales, y la capacidad de conservar el poder de imponer sus propias reglas sobre la definición de lo que constituye un trabajo satisfactorio. Haug señala que tales

características han ido desapareciendo y, como consecuencia, ha disminuido el prestigio especial y la autoridad de la que gozan las profesiones. Algunas de las amenazas concretas son la proliferación en el uso de computadoras que contienen información clínica que cualquier persona puede utilizar, el incremento de los niveles de educación que permite a ciertos grupos de personas cuestionar el conocimiento de los profesionales y, finalmente, el aumento en la complejidad del trabajo burocrático y la formación de nuevas áreas de especialidad que tienden a representar arenas de competencia por el control de una porción de conocimiento formal con otros grupos ocupacionales.

Sobre este último aspecto, Ritzer y Walczak (1988), desde una perspectiva weberiana, apoyan la posición de Haug señalando que la profesión médica tiende cada vez más a trabajar en instituciones complejas cuya racionalidad en la organización del trabajo se impone a la de los trabajadores. La racionalidad sustantiva de la profesión guiada por valores se ve sometida a un control externo a ella, representada por la racionalidad formal de los hospitales o centros de trabajo que ha empezado a conducir a los médicos a un proceso de desprofesionalización.

La segunda crítica a la teoría del dominio profesional de Freidson es la de la *proletarización* de las profesiones. Esta tesis subraya las circunstancias del trabajo profesional en grandes organizaciones. La propuesta se basa en la visión marxista de la historia en la que, dadas las características intrínsecas del capitalismo y a su tendencia monopólica, los trabajadores se verán reducidos virtualmente al estatus de proletariado, el cual depende de la venta de su trabajo a fin de sobrevivir, privándosele además de cualquier control sobre el proceso de trabajo. Sin embargo, la crítica marxista se ha diferenciado al menos en dos aspectos. Por un lado, McKinlay y Stoeckle (1988) relacionan la proletarización al corporativismo. Esta explicación del cambio señala que los capitalistas necesitan racionalizar la producción y que ello da como resultado la pérdida de las prerrogativas profesionales. Dentro de las corporaciones los médicos no representan más que un tipo de empleado que tiene que someterse a la racionalidad institucional de la misma manera que el resto de los trabajadores. Mechanic (1991) no niega que las corporaciones someten a los trabajadores a sus reglas, pero critica la posición de McKinlay y Stoeckle al señalar que no todas las corporaciones en Estados Unidos se manejan bajo una lógica de producción capitalista. La otra variante en la posición marxista es la definida por Navarro (1988), quien propone una perspectiva distinta en la relación entre corporatización y proletarización. En particular no comparte la idea de que los médicos y sus representantes profesionales operen de la misma manera que la clase trabajadora.

Freidson ha respondido a las críticas (Freidson, 1984) provenientes de las tesis de la desprofesionalización y de la proletarización de los médicos. A la primera tesis responde contraargumentando que la producción de conocimientos en el campo de la medicina aumentan a una razón más alta de la que es capaz de adquirir la

población y esa nueva información sigue siendo controlada por la profesión; también señala que el control de la información que es guardada en los sistemas computarizados y la forma en que esto se hace, sigue siendo decisión de la profesión. Como respuesta a la segunda tesis señala inicialmente que las características de las instituciones en las que los médicos trabajan deben ser consideradas en forma particular: "...muchas de las organizaciones que emplean profesionales se desvían más que las que no lo hacen del ideal burocrático, y son más propensas a violar la premisa de que las organizaciones operan como sistemas racionales preocupados por maximizar la eficiencia" (Freidson, 1984: 11). Además, estudios clásicos sobre relaciones industriales han documentado una y otra vez el poder de los controles informales entre trabajadores que sabotean los sistemas formales "[más aún] los profesionales difieren de otros trabajadores en el grado de control que ellos ejercen" (Freidson, 1984: 14), entre los que se encuentran la discreción en el trabajo personal, el entrenamiento común, la credencialización y diferencias en la remuneración. A ello se suman sistemas de supervisión en los que ciertos individuos revisan el trabajo de otros, siendo todos ellos miembros de la profesión. Por ello, es sumamente difícil asegurar que las profesiones como grupos corporados hayan perdido su capacidad de ejercer control sobre el trabajo de sus miembros, aun cuando esto haya sucedido a nivel individual.

La discusión en torno a estos temas continúa y por el momento no es interés de este trabajo concluir al respecto; más bien lo que interesa es exponer tres casos que pueden ser de utilidad para argumentar sobre el valor y pertinencia de las tesis expuestas. Los casos elegidos son la ex Unión Soviética, Estados Unidos y México. Los primeros dos casos se eligieron porque representan formas antitéticas en la organización de los servicios de salud, el primero de control público absoluto y el segundo, uno de los sistemas de salud más privatizados en el mundo. Sobre esta base, interesa contrastar algunas características de la profesión médica respecto de su organización, funcionamiento y relación con otros grupos sociales, teniendo especial cuidado con las conclusiones que emerjan, en virtud de las enormes diferencias económicas, culturales y políticas de los tres casos. No obstante, como se verá más adelante, la comparación se justifica por dos motivos: para observar el caso mexicano ubicado en un punto del espectro entre el dominio público y el dominio privado en la organización de servicios de salud, y para considerar los cambios que podrían suceder en el sector salud de nuestro país en los próximos años si la política de liberalización económica que ha puesto en marcha el gobierno mexicano lo incluye, y la influencia que en ello podría tener el capital extranjero. Desde luego, este intento no cierra la posibilidad de realizar comparaciones posteriores entre otros grupos de países. En el presente trabajo, cada uno de los casos se divide en tres secciones: *a*) las características organizativas más sobresalientes de los sistemas de salud, *b*) las características organizativas de la profesión médica, y *c*) las relaciones entre la profesión y otros sectores sociales como el Estado y los consumidores de servicios de salud.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

La ex Unión Soviética

a) El sector salud en la ex Unión Soviética era 100% público y financiado a partir de los impuestos pagados por la población. La planeación de las modificaciones en el sistema de salud se realizaba a partir de planes quinquenales, según las necesidades identificadas. Los costos del funcionamiento del sistema en su conjunto eran muy bajos a juzgar por el hecho de que en los años ochenta el gasto total anual representaba aproximadamente el 13% de lo gastado en el sistema estadounidense, otorgando ambos atención a una población de dimensiones similares. La forma de organización original después del triunfo de la revolución de octubre era a través de dos sistemas de seguridad social, el primero de ellos perteneciente a la población asalariada y el segundo a los colectivos de granjeros. A partir de los años treinta, el Estado se hizo cargo de proveer una variedad muy amplia de servicios de salud, independientemente del sistema de seguridad social al cual se perteneciera. Al final de la segunda guerra mundial, prácticamente toda la atención era financiada a través del presupuesto estatal. En 1937, los sistemas de seguridad social fueron abolidos para abrir paso a un servicio nacional de salud con carácter universal (que brindaba servicios a toda la población de la ex Unión Soviética), sin la existencia de pago por los servicios (Knaus, 1981). La organización del sistema priorizaba la atención médica especializada. Al buscar atención de primer contacto, la población tenía que dirigirse a una de las unidades del sistema de policlínicas a cargo de un grupo de especialistas. El sistema soviético carecía del nivel primario de atención, el cual trató de desarrollarse a través de los “médicos de sector” (no especialistas) que tenían bajo su responsabilidad a toda la población residente en el sector (unidad de división administrativa) correspondiente a la cual deberían remitir, cuando fuera necesario, al sistema de policlínicas. No obstante, en términos generales, el programa fracasó debido probablemente a que los puestos médicos carecían de autoridad; es decir, los pacientes preferían consultar a los especialistas directamente en las policlínicas (George y Manning, 1980). En contraste, la importancia dada a la atención hospitalaria en la ex URSS era a tal grado patente que muchos pacientes que en otros países son usualmente tratados en sus hogares o forman parte de la consulta externa de los hospitales, eran generalmente ubicados en una cama de hospital (Open University, 1985). Knaus (1981) calcula que para 1980, aproximadamente 60 millones de habitantes eran hospitalizados por lo menos una vez al año.

b) De acuerdo con Field (1988) al triunfo de la revolución socialista, no existía una gran diferencia entre los médicos rusos y los de Europa occidental o Estados Unidos. Los médicos que existían en Rusia antes de la formación de la Unión Soviética formaban parte de la *intelligentsia* —sectores de la población con altos niveles de educación formal— y se consideraban a sí mismos como profesionales

y expertos encargados de responsabilidades importantes que gozaban de alto estatus entre la población. En los primeros años del gobierno soviético, la mayor parte de los médicos compartía una ideología liberal y veía con recelo el incremento del poder del nuevo régimen. La oposición médica a convertirse en un grupo asalariado era representada básicamente por la sociedad Pigorov, la asociación médica más poderosa, herencia de la Rusia zarista. Sin embargo, la construcción del nuevo sistema de salud socializado obligó a los médicos a aceptar los puestos de trabajo ofrecidos y trabajar por un salario. El gobierno además despojó a los médicos de toda representación simbólica con referencia a su identificación como un grupo especial o preferencial dentro de la sociedad. Así, el régimen abolió el juramento que los médicos hacían al final de su carrera por su carácter "burgués" y todas las asociaciones de representación de intereses profesionales fueron también eliminadas. Los médicos fueron integrados, junto con el resto de los trabajadores de la salud, en el Sindicato de Trabajadores Médicos de la URSS y en años recientes se les consideraba como un grupo de muy bajo prestigio social (Brown, 1987) en comparación con otros grupos profesionales.

En 1980, la Unión Soviética era el país con la proporción de médicos por habitante más alta del mundo (un médico por cada 270 habitantes). Otro fenómeno interesante entre los médicos soviéticos, y probablemente único en el mundo, era el alto porcentaje de mujeres (70% en 1980) en la profesión. Dentro de las instituciones de salud los médicos se encontraban altamente estratificados. "En el fondo se encontraban los internos y residentes; por encima de ellos estaban los médicos encargados del trabajo clínico general en las policlínicas y hospitales, y aún más arriba se encontraban aquellos que habían elegido dedicarse a la investigación y/o la enseñanza" (Field, 1988: 187). Como en cualquier burocracia, en el sistema de atención médica soviético existía una lógica de producción que según Field (1988) se regía bajo el principio de la producción masiva, destacando los criterios de cantidad. De esta forma, un médico en un pabellón de consulta externa debía cumplir una norma de cerca de ocho pacientes por hora, es decir, un paciente por cada 7.5 minutos. Una parte importante de este tiempo, usualmente más de la mitad, se consumía en llenar formas; de hecho, algunos estudios referidos por Field llegaron a mostrar que en una consulta normal, cinco minutos se invertían en papeleo y dos y medio en el paciente. Muchos de los médicos soviéticos (excepto los grupos de élite), recibían salarios bajos, si se les compara con sus colegas en otros países industrializados o incluso con otros grupos de trabajadores en la propia sociedad soviética. Más aún, los salarios de un médico soviético eran inferiores que los de un trabajador calificado. Algunos observadores del sistema soviético relacionaban con lo anterior el poco interés que tenía el sector masculino por abrazar la carrera. No obstante, en los últimos veinte años, la aparición de un mercado de servicios internos no legalizado fue particularmente notorio (Knaus, 1981). En ocasiones los médicos cobraban por una intervención quirúrgica el equivalente de su salario mensual. Es justo decir que no eran sólo los médicos quienes cobraban

extra por sus servicios pero sí eran ellos quienes más se beneficiaban de este sistema.

c) Dadas las características organizativas de la profesión médica en la ex Unión Soviética, su relación con el Estado denotaba una debilidad profunda. La supresión de una asociación independiente de médicos y su posterior incorporación a los sindicatos controlados política e ideológicamente por el Estado, quien además funcionaba como su empleador, determinó esta relación. Tampoco el Sindicato de Trabajadores Médicos de la URSS tenía funciones intelectuales en la promoción del conocimiento en los campos de la medicina o de la atención a la salud. Estas responsabilidades correspondían a diversas sociedades médico-científicas estrictamente sustantivas y que no perseguían fines políticos, como en el caso de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS. No obstante, dentro de las instituciones de salud, los médicos gozaban de un monopolio absoluto de los aspectos técnicos de la atención médica. Esto les permitía gozar de un poder total sobre otros trabajadores de la salud y sobre los pacientes. Según señala Field (1988), “éste es un aspecto paradójico del papel del practicante; el médico soviético ejerce sobre su paciente y subordinados un tipo de poder que difícilmente podría ser posible en otras sociedades”. En este sentido, el poder burocrático del médico sobre el paciente debe ser visto como una “compensación” por la falta de poder y subordinación que el burócrata experimenta de sus supervisores. De esta forma, el poder acumulado se reforzaba en el caso de los médicos especialistas, quienes eran vistos como los detentadores de una autoridad profesional suprema en virtud de una educación y una experiencia que el paciente no tenía. El paciente, sabedor del poder burocrático y técnico del médico, en muchas ocasiones se encontraba a su merced, y usualmente desempeñaba el papel del suplicante. En el esquema soviético, el paciente rara vez tenía la razón.

Estados Unidos

a) El sector salud en Estados Unidos ha sufrido serias transformaciones a lo largo del presente siglo y particularmente en los últimos 50 años (Starr, 1982). En el plano internacional se le considera uno de los sistemas de salud más privatizados, sin embargo, aunque la prestación de servicios en este país se encuentra totalmente controlada por el sector privado, las fuentes de financiamiento provienen tanto de este sector como del público. El esquema básico del sistema estadounidense se asemeja a un triángulo en el cual, en uno de los vértices se encuentra la población que consume los servicios, en el segundo los prestadores de servicios que varían desde los médicos independientes hasta las grandes cadenas de hospitales, y en el tercero las compañías aseguradoras que pagan los servicios a sus asegurados. A principios de la década de 1960, cerca del 90% de la población consumidora de servicios de salud lo hacía a través de las compañías aseguradoras, tanto las que operaban con ganancias como aquellas que no estaban organizadas con ese pro-

pósito como el *Blue-Cross* y el *Blue-Shield*. Este sistema de mercado, regulado por la oferta y demanda (esta última definida no sólo por la necesidad del servicio sino por la capacidad de pagar por él) mostró ser a tal grado inequitativo que en 1965 el gobierno de Estados Unidos puso en marcha dos programas de seguridad social para proteger a la población que no podía pagar las pólizas, el *Medicaid* (para la población pobre) y *Medicare* (para la población de edad avanzada). Los sistemas no prestaban los servicios directamente sino que compraban seguros contra enfermedad a través de *Blue-Cross* y *Blue-Shield*. Al cabo de 10 años estos sistemas generaron un fenómeno que en la actualidad sigue siendo el problema más grave del sistema estadounidense y que ha obligado al Estado a desempeñar un papel más dinámico en su regulación, es decir una inflación en los precios del sector por encima de cualquier otro sector de la economía de este país (Cullis y West, 1979). Sólo para mostrar la magnitud de este hecho, baste decir que el porcentaje de la inversión pública en el sector salud entre 1930 y 1980 pasó de 15% a 45% (Open University, 1985). Una consecuencia de esta situación es que para 1985 Estados Unidos se había convertido en el país con el gasto en salud más alto del mundo con un promedio anual por habitante de 1 776 dólares ¹ (Maxwell, 1988), hecho que además no había resuelto el problema de la desigualdad, ni mejorado las condiciones de salud de su población más que otros países con menor gasto (Open University, 1985). Dos de las estrategias que el gobierno estadounidense ha intentado recientemente para contener la escalada de costos son la definición e imposición de pagos estandarizados por tipo de intervención a los prestadores de servicios, conocidos como Grupos en Relación al Diagnóstico (DRGs) (Vladeck & Kramer, 1988) y el apoyo para el desarrollo de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOS) que se financian a través de sistemas de pre-pago, y que en la actualidad cubren aproximadamente a 13 millones de ciudadanos.

b) La profesión médica en Estados Unidos es conocida ampliamente por su poder y capacidad de negociación de condiciones laborales en su beneficio. Según Starr (1982) todavía en el siglo XIX la profesión carecía de la autoridad cultural y el poder que goza en la actualidad. Durante este siglo en este país existía una gran competencia entre distintas "escuelas" de medicina, no existían regulaciones legales para el licenciamiento y en general, la población prefería atender sus necesidades de salud a través de sistemas informales de autoayuda. A la vuelta del siglo la profesión afianzó y desarrolló su estatus a partir de una acción coordinada y disciplinada de sus miembros sin precedente en Europa, donde los médicos de consultorio y los de hospital generalmente entraban en disputa, lo cual les impidió encontrar soluciones comunes al crecimiento de la demanda de trabajo asalariado por parte de los hospitales y de los esquemas de seguridad social. Otro de los elementos importantes en el esquema de Starr es la apropiación de la profesión

¹ Prácticamente en todos los países desarrollados la inflación en el sector salud ha sido impresionante. Para dar una idea de la magnitud, hay que señalar que Estados Unidos gastó (en 1977) 769 dólares anuales por persona, ocupando el tercer lugar en este renglón después de Suecia y Alemania Occidental.

del conocimiento de la ciencia médica basada en la teoría de los gérmenes, la cual en esos años tenía ya un gran peso en países como Estados Unidos. La formalización de la educación médica a través de su incorporación a las universidades también desempeñó un papel importante, y más tarde fue consolidada por el Informe Flexner. El informe no sólo determinó el *currículum* en la forma en la que actualmente lo conocemos, sino que además restringió el número de escuelas que formaban médicos a aquellas que lo hacían con los más altos estándares de calidad (Starr, 1982).

Estos hechos condujeron, en los albores de este siglo, al licenciamiento de la medicina alópata como la única forma legalizada de práctica médica. La profesión cedió la representación de sus intereses a un cuerpo denominado Asociación Médica Americana (AMA) que amalgama y controla a grupos que representan a la profesión médica a todo lo largo del territorio estadounidense. La asociación tiene un gran poder sobre sus representados, el cual se basa en el hecho de que no existe otra asociación profesional significativa en Estados Unidos que provea al médico de una investidura profesional de la cual depende enormemente su prestigio personal. La AMA tiene profundas influencias en la política de formación de nuevos médicos, tanto en cantidad como en calidad, y se encarga también de negociar las normas de práctica y remuneración laboral tanto con el Estado como con los administradores de hospitales u otras unidades de salud. Por otra parte, en 1934 la AMA adoptó un código ético que incluía diez principios. En todos ellos se puntualizaba la obligación "moral" de la profesión para controlar, dentro de la prestación de servicios, todos los aspectos relacionados con calidad, costos, etc. (Daniels, 1984).

c) La medicina comercial ha beneficiado ampliamente a la profesión médica. Una de las prerrogativas que la profesión ha podido mantener a lo largo del siglo es el cobro de cuotas por servicio otorgado, que también se hace en países como Alemania y Francia, pero sobre una base negociada de precios máximos. Ésta ha sido una de las causas a las que se ha atribuido la inflación vivida en el sector salud estadounidense. Esta forma de pago invita al médico a maximizar la productividad, por ejemplo, maximizar el número de procedimientos derivados de una cantidad dada de insumos, ampliar la venta de unidades de servicios más allá de aquellas que se realizan bajo otra forma de pago, y tal vez la utilización de procedimientos con los que el médico no se encuentra familiarizado a fin de obtener el pago (Abel-Smith, 1976). Uno de los efectos de la reforma flexneriana que fue respaldada por la AMA fue el de sostener una oferta limitada de médicos que permitió mantener los precios de la prestación de servicios médicos en un nivel alto (Cullis y West, 1979). No obstante, según Goldner (1991), el mercado de servicios de salud no se comporta como otros mercados, ya que aun en momentos en los que se ha considerado una sobreoferta de médicos, los precios por sus servicios no han disminuido en la misma proporción. La posibilidad de usar este recurso sigue estando bajo del control de la AMA. Para 1982, el número de

habitantes por cada médico en Estados Unidos era de 395, una de las relaciones más altas en el mundo.

Así, la profesión médica ha sido uno de los actores más dinámicos en la generación de la inflación de los costos de servicios médicos. Es posible asegurar que ni las compañías de seguros ni el gobierno mismo han sido capaces de restringir su dominio (Mills, 1983: 78). Más recientemente, tanto los gobiernos federales como los estatales han tratado de controlar los costos mediante la regulación de precios o de la cantidad de los servicios provistos. El uso de los ya mencionados DRGs es muy reciente: según Vladeck y Kramer (1988) en los hospitales estadounidenses apenas en 1983 se empezó a hablar de ellos. El Estado ha tratado de introducir con mayor rigor estos esquemas en todos los hospitales y se han buscado distintas formas de hacerlo para no despertar la susceptibilidad de los médicos. Por ejemplo, se les ha relacionado con la eficiencia, la calidad, etc., de los servicios, pero en realidad lo que se intenta con su utilización es controlar el costo por servicio otorgado. Se trata pues de una estandarización de precios a la que la profesión se ha opuesto en primera instancia. También los médicos han mostrado oposición y gran recelo al crecimiento de los HMOs, ya que su renacimiento se consideró como una alternativa para el control de los altos costos. En primer lugar, su objetivo no era lucrar con la atención médica, y empleaba a los médicos bajo el sistema de pago per cápita (un pago fijo por cada paciente que el médico tiene bajo su responsabilidad) que ha funcionado por años en países como Inglaterra. Además, hoy día existe una nueva generación de HMOs que aunque se inclinan por la ganancia, continúan pagando a los médicos bajo el mismo sistema.

Otros grupos ocupacionales han intentado competir con la profesión médica por la demanda de servicios de salud. Entre ellos encontramos a los quiroprácticos, osteópatas, homeópatas, y más recientemente, los acupunturistas. Aunque la práctica legal de todos ellos está permitida por el Estado, la profesión ha tenido la posibilidad de intervenir para restringir su campo de práctica a través de distintos procedimientos de control legal e ideológico (Wolpe, 1985). También la década de 1970 marcó el inicio de lo que Starr ha denominado la "declinación de la soberanía profesional": la disminución de la confianza del público en los profesionales. La medicina entronizada por el *establishment* fue un blanco primario de ataque para los movimientos feministas u otros como la antipsiquiatría, así como para ciudadanos que por su propia cuenta establecían demandas legales contra los médicos, a quienes acusaban de incompetentes (Rubsamen, 1976). La reacción ante la medicina legalizada e institucionalizada fomentó el fortalecimiento de formas alternativas de práctica médica y la expansión de una contracultura terapéutica.

México

a) La prestación de servicios de salud en México se encuentra dominada por las instituciones públicas y refleja la política sectorial del Estado mexicano (Frenk *et al.*,

1990). Tuvieron que pasar 25 años después del triunfo de la Revolución mexicana para que el nuevo Estado definiera el mecanismo de prestación de servicios de salud. La lucha por hacer prevalecer un modelo de atención generó un largo proceso de negociación entre las partes involucradas. Durante el período cardenista se perfilaba la creación de un sistema de salud compacto sin necesariamente dar preferencia a la atención de algún grupo social particular. A principios de los años cuarenta, durante el período presidencial de Ávila Camacho, al tiempo que el Estado definía los grupos de población prioritarios, la fundación de las instituciones de salud empezaba a reflejar dichas prioridades. El sector obrero, mejor organizado y con mayor capacidad política debido a la posición que guardaba en relación con el proyecto de desarrollo económico estatal, pudo negociar la organización de un sistema de seguridad social. La seguridad social representa, con mucho, el sector mejor organizado y con mayor capacidad financiera. A diferencia del esquema bipartito de financiamiento que tienen otros sistemas de seguridad social en Europa (Roemer, 1981), en México este sector tiene participación estatal en términos financieros y administrativos. Estas características, amén de su carácter obligatorio, permitieron al Instituto Mexicano del Seguro Social, en pocos años a partir de su fundación, aumentar su capacidad en la prestación de servicios hasta incluir recientemente a casi dos terceras partes de la población nacional. En la década de 1960, con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la seguridad social se consolidó como el prestador de servicios de salud más importante del país. En el polo opuesto dentro del sector público se ubican los servicios que otorga la Secretaría de Salud. La SSA desde su nacimiento fue marcada por la escasez de recursos económicos, lo cual obedece básicamente a su esquema de financiamiento a través de los impuestos generales. Así, por ejemplo el porcentaje del presupuesto estatal invertido en la institución, osciló en cerca del 1% anual durante toda la década de los ochenta, y durante el período post-revolucionario, sólo durante los regímenes de Cárdenas y Ávila Camacho rebasó el 4% (Story, 1988). Es decir, el presupuesto anual per cápita de la SSA representaba, hasta el final del sexenio anterior, aproximadamente la sexta parte del correspondiente al IMSS, para atender a una población más amplia y al mismo tiempo más pobre que no puede aportar para el funcionamiento de un esquema de seguridad social.

Aunque el sector público en México es dominante, existe un sector privado importante. Cerca de una cuarta parte de los médicos urbanos en México completa su jornada laboral institucional con la práctica particular, y otro 15% se dedica completamente a esta última. No obstante, poco se sabe del sector privado de prestación de servicios médicos en el país. En un estudio hecho a mediados de los años ochenta, Bobadilla (1986) comparó el comportamiento prescriptivo de cirugías cesáreas en dos grupos de hospitales, uno de ellos privado y el otro público. El estudio reflejó una tendencia identificada también en otros países como Estados Unidos, Japón o Brasil, es decir, una tasa significativamente más alta de cirugías

cesáreas entre los primeros frente a los segundos. En otros países este fenómeno se ha relacionado con la tendencia de los hospitales privados o de los mismos médicos a maximizar sus ganancias.

b) La influencia del modelo estadounidense de organización de los servicios de salud, también tuvo un efecto importante en la formación de recursos humanos. El "paradigma flexneriano" (Frenk, 1985) en la formación de los médicos mexicanos, que sustituyó a la escuela francesa de medicina, se consolidó en los años cincuenta a través de la escolarización de la educación.

En la actualidad, la profesión médica en México se encuentra profundamente dividida. La escisión se generó a raíz de la masificación de las escuelas de medicina en la década de 1970. Durante el período de crecimiento de las instituciones de seguridad social y salud pública (entre 1945 y 1970) los médicos egresados de las escuelas eran fácilmente absorbidos por los servicios de salud. Sin embargo, la incapacidad de las instituciones para aumentar su demanda de médicos a raíz de la crisis financiera del Estado en ese período, hizo que muchos de los más de 10 000 médicos que egresaban anualmente de las escuelas tuvieran que buscar empleo en el sector privado, resignarse a trabajar fuera del campo de la salud o a no tener trabajo. La educación especializada se convirtió en el verdadero ámbito de entrenamiento el cual se encontraba sumamente restringido a juzgar por los 2 000 médicos que ingresan a este nivel anualmente. Esta cifra refleja con mayor certeza la demanda institucional.

En la actualidad, los médicos especialistas (aproximadamente 25% del total de médicos en el país) se encuentran totalmente empleados, mantienen la prerrogativa de ejercer la práctica privada como segundo empleo, obtienen los mejores ingresos y son los más prestigiados socialmente (Frenk *et al.*, 1991). Aun cuando las condiciones laborales en los últimos años se han deteriorado, sobre todo en términos de salario y estabilidad, los médicos especialistas corresponden al grupo privilegiado dentro de la profesión. El resto de los médicos mexicanos encuentra muchas dificultades para ingresar a la educación especializada, y, por lo tanto, para obtener trabajo en las instituciones públicas. Esta gran masa de médicos ha pagado las consecuencias de la masificación.

A esta división también ha contribuido la incapacidad de la profesión para cohesionarse internamente. Existen numerosas asociaciones de médicos en México, pero ninguna representa los intereses de la mayoría de ellos. La Academia Nacional de Medicina, la más antigua, congrega a los médicos más prestigiados del país y no tiene objetivos políticos, aun cuando sus miembros en particular tengan relaciones en las esferas gubernamentales. Han existido intentos de organización interna, pero no han fructificado. Vale la pena recordar el movimiento médico de mediados de los años sesenta, el cual casi logró aglutinar con éxito a la profesión. El Estado desempeñó un papel muy importante en contrarrestar estos esfuerzos (Pozas Horcasitas, 1977; Stevens, 1974). Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que ese intento fue previo a la masificación y a la división generada a partir de ella, lo cual

ya hemos mencionado, por lo que una organización profesional de amplia representatividad en la actualidad parece algo muy remoto.

c) El papel del Estado mexicano en los destinos de la profesión médica ha sido preponderante, ya que controla la oferta de médicos y también gran parte de su demanda. Se considera que al inicio de los años ochenta, el número de médicos por habitante era de 1.2 por cada mil personas, pero la distribución es a tal grado inequitativa que en las grandes ciudades esta relación es de 1/600 mientras que en zonas rurales es de 1/2000-1/3000. Las diferencias también se reflejan según las diferentes áreas del sistema; así, por ejemplo, en 1980 el número de médicos por cada 10 000 personas era el doble en el IMSS que en la SSA. Al mismo tiempo, los médicos han desempeñado un papel importante en el proyecto estatal dentro del sector salud, para lo cual la Ley de Profesiones ha sido el instrumento de legitimación jurídica (Nigenda y Frenk, en prensa). Es decir, el Estado ha otorgado a la profesión el monopolio en el control del conocimiento médico y su aplicación en las instituciones de salud. A cambio ha solicitado de la profesión un apego total a su política en el sector salud, afiliarse a los aparatos de control político del Estado y renunciar a organizarse independientemente. Esta relación es desde luego sumamente desequilibrada, y como señala Cleaves (1987), se ha generado a raíz de la necesidad del Estado de hacer funcionar los servicios de salud de acuerdo a objetivos políticos. Es decir, a diferencia de otros países donde los grupos ocupacionales se organizan y reclaman estatus profesional a la sociedad y al Estado, éste promovió la gestación de la profesión médica sin que de por medio existiera dicho reclamo.

Es interesante observar que esta relación tan desequilibrada entre Estado y profesión, donde el primero tiene poder absoluto sobre el segundo, se refleja en la prestación de servicios. A pesar de la escasez de estudios al respecto, se sabe que la prestación de servicios de salud en las instituciones públicas es un ejercicio altamente burocratizado. El poder profesional se refleja claramente en la relación del médico con los usuarios: el control de su área de conocimiento permite al médico, tanto en los servicios controlados por la seguridad social como por la Secretaría de Salud, tomar una posición de toma de decisión sobre la salud o la enfermedad de los usuarios, sin que éstos tengan la capacidad de cuestionar o dudar sobre su capacidad en la definición de cuestiones técnicas. No existen en las instituciones mecanismos formales que permitan reconocer la satisfacción o insatisfacción del paciente respecto de la atención recibida. La seguridad social practica más estos mecanismos, pero difícilmente se traducen en un cambio. En todo caso la racionalidad intrínseca de los hospitales de la seguridad social en la prestación de servicios se inclina por la cantidad y por la eficientización del uso de los recursos, frecuentemente dejando en un plano secundario tanto la calidad como la calidez.

La relación con el resto del personal también es dominada por el médico, quien tiene formalmente la autoridad sobre las decisiones técnicas. En las instituciones

públicas, el médico es la figura central en el desempeño de los equipos de trabajo, y el pivote en torno al cual gira el resto del personal técnico. Además, reciben salarios más altos y en general mantienen la práctica privada, la cual representa un mercado muy reducido para las enfermeras, por ejemplo.

En el sector privado los médicos tienen un amplio dominio de la demanda de servicios de atención médica, aunque existen otros grupos ocupacionales que reclaman un espacio de práctica. Tal vez sean los médicos homeópatas los rivales tradicionales de la profesión, ya que en la década de los treinta el Estado legitimó su entrenamiento al fundar y financiar una escuela dentro del Instituto Politécnico Nacional. Sin embargo, sus egresados nunca han sido aceptados dentro de las instituciones públicas. Más recientemente la acupuntura ha sido otra práctica que busca vulnerar el monopolio médico. La primera tiene reconocimiento legal para ser ejercida y la segunda simplemente es tolerada. En los últimos años algunos grupos urbanos de clase media han generado una demanda efectiva importante tanto de la homeopatía como de la acupuntura, ante la incapacidad de la medicina "científica" de dar respuesta al creciente número de enfermedades y dolencias crónicas y por la idea cada vez más difundida de la prescripción abusiva de fármacos (como antibióticos y esteroides) y otro tipo de tratamientos (como cirugías), a los cuales se atribuyen efectos iatrogénicos. No debe olvidarse que otra fuente de competencia sigue siendo la medicina "tradicional", no sólo en zonas rurales sino también en las ciudades. No obstante, a diferencia de las dos anteriores, la práctica de la medicina tradicional no tiene reconocimiento oficial, pero a pesar de ello continúa siendo la alternativa de elección para muchos sectores de la población (Lozoya y Zolla, 1983) debido tanto a razones económicas como sociales y culturales.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo ha sido ubicar la situación que guarda la profesión médica en tres países a fin de observar similitudes y diferencias entre ellos. De acuerdo con la propuesta de Freidson, los médicos dentro de una sociedad pueden constituirse en una profesión si son capaces de controlar un campo de conocimiento y recibir legitimación por parte del Estado. Es ésta la base de la autonomía que debe entenderse como el concepto a través del cual es posible definir el estatus profesional de un grupo ocupacional. En 1970, Freidson propuso que tanto en Estados Unidos como en la ex Unión Soviética los médicos constituyeran una profesión a pesar de las diferencias estructurales a las que hemos hecho referencia anteriormente. Recientemente, el propio Freidson ha señalado que el estatus de la medicina estadounidense se sostiene a pesar de los cambios sucedidos en los últimos años en el sistema de salud.

En el fondo de la propuesta de la desprofesionalización de la medicina subyace la idea de que este proceso está inversamente relacionado con la intervención

estatal. Sin embargo, autores como Larkin (1988) y Krause (1988) argumentan que la intervención estatal en la prestación de servicios no necesariamente se relaciona de manera inversa a la posición profesional. Larkin basa su apreciación en el análisis del caso inglés, donde desde 1948 la prestación de servicios de salud se encuentra dominada por el Estado. Por su parte, Krause deriva su análisis del caso italiano, en el cual la intervención del Estado apenas se consolidó en 1978 con la creación del Sistema Nacional de Salud. En ambos casos, la profesión ha sido capaz de mantener una cohesión interna a través de la existencia de una asociación ampliamente representativa que negocia con el Estado tanto en aspectos técnico-científicos como económico-laborales.

No obstante, otro aspecto que empieza a ganar importancia como crítica a la teoría freidsoniana se relaciona con la aplicación del modelo a situaciones en las cuales el liberalismo no se encuentra tan arraigado a la cultura política y la relación Estado-profesión se ve ampliamente dominada por el primero. Frecuentemente, el Estado tiende a utilizar a la profesión como un instrumento para el funcionamiento de su proyecto político en los programas de bienestar social. El análisis de Rodríguez (1987) sobre el cambio en la estructura de poder entre la España franquista y la democrática y el efecto de este cambio en la profesión, es un buen ejemplo. A partir de su análisis, Rodríguez sostiene que para Freidson el control de la profesión sobre su propio trabajo es un elemento de carácter universal, y es indudablemente el elemento diferenciador. "Sin embargo el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden ejercerla y el derecho a la organización de su trabajo no son características tan universales. Depende en parte de la relación entre el Estado y la profesión y en definitiva de la fuerza y cohesión de la profesión" (1985: 101). El estudio de Cleaves sobre la relación entre el Estado mexicano y cuatro profesiones, incluida la médica, tiende a apoyar la idea de que el desarrollo de las profesiones se debe entender a la luz de su relación con el Estado.

En los tres países en los que este artículo se interesa se prevén importantes transformaciones en sus respectivos sistemas de salud, los cuales pueden afectar la estructura, organización y funcionamiento de la profesión. En el caso estadounidense se prevé una intervención cada vez más severa del Estado, aunque no parece ser que éste pretenda encargarse de la prestación de los servicios pero sí de su regulación, sobre todo en términos de costos. La profesión ha utilizado a tal grado la protección legal del Estado en su beneficio que éste se ha visto obligado en los últimos años a ser su principal regulador. Por otro lado, la inversión de capital en el sector salud se ha intensificado a fin de absorber la demanda efectiva de servicios. Ello implica que los servicios serán cada vez menos propiedad de los médicos y más de los inversionistas, y que los primeros se verán en la necesidad de aceptar trabajos asalariados bajo las condiciones que los segundos pretenderán establecer. En este sentido, el crecimiento de los HMOs representa para la profesión una fuente importante de trabajo asalariado. Esto ha sido identificado por los críticos de Freidson como un proceso de proletarianización y/o corporativización. No obstante la capacidad organizativa de la profe-

sión en Estados Unidos y el poder obtenido a través de ella, continúa proporcionándole una capacidad de negociación muy amplia, la cual, en todo caso, tendrá que demostrarse en la capacidad para seguir determinando los aspectos técnicos del proceso de trabajo.

El sistema de salud en la Rusia post-soviética se encuentra en una etapa de transformación muy distinta ² y tal vez mucho más radical. El programa económico del nuevo gobierno intenta desarrollar una economía de mercado que de alguna forma afectará al sector salud. Varios hechos se han sucedido en los sistemas de salud de países que anteriormente se encontraban bajo la esfera soviética. En Checoslovaquia particularmente, el sistema nacional que protegía al universo de la población se intentará reformar a través de la organización de esquemas de seguridad social donde estarán incluidos solamente aquellos grupos de población que puedan aportar parte de su ingreso. Otros grupos, como los jubilados o los desempleados, serán protegidos por un sistema distinto, financiado con fondos del Estado. La forma en la que se intenta remunerar a los médicos es a través del pago por servicio, el cual se ha relacionado con la escalada de precios tanto en Estados Unidos como en otros países de Europa. Por su parte, los médicos empiezan a reclamar la necesidad de organizarse independientemente para constituir asociaciones profesionales similares a las de sus colegas estadounidenses, ingleses o alemanes, a fin de mantener una posición homogénea consolidada y aumentar su capacidad de negociación. Desde luego, se pretende dejar espacio suficiente para el desarrollo de la medicina privada, es decir, se pretende ir a contracorriente con lo sucedido en los últimos diez años en algunos países de Europa occidental como Italia, España y Portugal, los cuales han unificado sus sistemas de seguridad social en un solo sistema nacional de salud. No obstante, es aún muy pronto para saber cuáles son las tendencias específicas de los cambios en la Comunidad de Estados Independientes. Sin embargo, ya en la década de los años ochenta, los médicos soviéticos empezaron a encontrar más espacios para mejorar su imagen profesional gracias a convenios de entrenamiento recíproco con instituciones estadounidenses. La posibilidad de mejorar la imagen de la posición profesional y las condiciones de trabajo, aunada a la disminución de la intervención del Estado en estos aspectos, probablemente atraiga a muchos hombres y la profesión tienda a "masculinizarse" en los próximos años. En todo caso, la profesión buscará mejorar sus condiciones de práctica laboral para fortalecer el monopolio de conocimiento que poseían durante el régimen anterior.

En México también se avecinan cambios. En los últimos años, los cambios en el sector salud han sido promovidos por políticas estatales, las cuales, a su vez, han dependido de la capacidad financiera del Estado y de la necesidad de usar al sector como un instrumento de legitimación política en situaciones de crisis (Cleaves, 1987). Bajo estas condiciones nació el programa de Solidaridad Social durante el régimen de Echeverría, el programa IMSS-COPLAMAR al inicio de los años ochenta

² Deben incluirse desde luego todos los países que formaban parte de la ex Unión Soviética.

y ahora el PRONASOL. No obstante, ninguno de ellos ha llamado la atención de la profesión como ámbitos de acción profesional por diversas razones (Nigenda *et al.*, 1990). El Tratado de Libre Comercio que México probablemente firme con Estados Unidos y Canadá podría en cambio despertar un mayor interés. Hasta ahora, el interés de capitales extranjeros por instalarse en el sector privado de servicios de salud ha sido muy tímido. No obstante, si parte del capital extranjero que fluya al país se destina al sector salud, las oportunidades de empleo para los médicos mexicanos podrían aumentar.³ Esto podría generar una competencia por mano de obra calificada, es decir médicos, enfermeras, etc., en el campo de la salud entre las corporaciones estatales y las privadas, y pondría a las instituciones públicas en una situación de desventaja si el capital se decide a pagar mejores salarios a los médicos. La práctica autónoma tendería a desaparecer en las ciudades. No obstante, a diferencia del caso soviético, la profesión tendría pocas oportunidades de organizarse de manera independiente si la política del Estado mexicano respecto de las profesiones sigue siendo la de mantener un estricto control sobre ellas. En ese sentido tampoco las corporaciones privadas se interesarían en apoyar a los médicos.

En suma, observamos que el sistema de salud mexicano se encontraba hasta hace poco en algún punto entre el soviético y el estadounidense. El sistema actual en Rusia, Ucrania y el resto de los países de la nueva comunidad de Estados tenderá a tomar un camino distinto en los próximos años y la profesión médica encontrará mayores espacios para negociar mejores condiciones de trabajo y prerrogativas profesionales, sobre todo si es capaz de organizarse internamente. En Estados Unidos la profesión se enfrenta actualmente a las regulaciones estatales, a la necesidad de buscar trabajo asalariado, a las presiones de las compañías de seguros para disminuir los costos de los servicios, a la competencia de otros grupos que claman autoridad en aspectos de salud y a un público cada vez más exigente y dispuesto a buscar alternativas. No obstante, no debe descontarse la capacidad de negociación y el poder y autoridad cultural que la profesión goza en muchos sectores de la sociedad estadounidense antes de poder prever su suerte futura. En México, aunque los cambios no se llevan a cabo todavía, existe la posibilidad de que ocurran modificaciones en el sector salud en caso de que el capital extranjero se interese por el mercado privado de los servicios médicos. En ese caso podríamos ser testigos de la desaparición de la práctica médica liberal en el país, la ampliación de la educación especializada y el flujo de mano de obra calificada al sector privado. No obstante, no parece probable que la profesión tenga la posibilidad de obtener prerrogativas como las de los médicos en Estados Unidos: el control de la oferta de médicos en cuanto a calidad y cantidad, la negociación del pago por servicio

³ Las probabilidades parecen ser pocas y la falta de estudios al respecto no permite adelantar más hipótesis. No obstante, el sector privado de servicios puede estar creciendo. En los últimos años, muchas compañías privadas (particularmente de capital extranjero) ofrecen como parte de sus prestaciones al trabajador la compra de seguros médicos, a pesar de pagar las cuotas del IMSS. En el sector público también algunas instituciones lo han hecho, además de pagar las cuotas del ISSSTE.

como método de remuneración, etc., ya que para ello necesitaría organizarse internamente y sobre todo de manera independiente del Estado. A pesar de ello, no parecen existir riesgos para que la profesión pierda su monopolio sobre la adquisición y puesta en práctica del conocimiento médico en la prestación de servicios. Los años próximos serán cruciales para identificar el sentido de los cambios.

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

	<i>Ex Unión Soviética</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>México</i>
Organización	Sistema nacional de salud con cobertura universal	Seguros privados. Estado paga a sectores de renta fija	Sector público (Seguro Social y SSA). Sector privado
Fuente de financiamiento	Impuestos recabados por el Estado	Pago al recibir el servicio. Seguros privados	Cuotas de seguridad social. Pagos federales. Pago por servicio
Prestación de servicios	Segundo y tercer nivel con sistema de referencia	Tres niveles sin sistema formal de referencia	Todos los niveles.- Predominio de 2º y 3º. Sistema formal de referencia en el sector público
Problemas identificados	Burocratización e ineficiencia	Hiperinflación e inequidad	Ineficiencia e inequidad

CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN MÉDICA

	<i>Ex Unión Soviética</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>México</i>
Habitantes/población	1/250	1/450	1/1000
Asociación profesional	No	Asociación Médica Americana	No
Capacidad de negociación	Nula	Alta	Nula
Otras asociaciones	Academia de Ciencias Médicas	No	Academia Nacional de Medicina
Forma de pago	Salarios más cobros no legales	Pago por servicio	Salario y pago por servicio
Nivel de ingresos	Bajo	Alto	Heterogéneo
% de mujeres	70%	25%	25-30%
Relación con el paciente	Control absoluto	Control en disminución	Control absoluto
Grupos de competencia	Ninguno	Quiroprácticos, hemeópatas, acupunturistas	Homeópatas, acupunturistas y medicina tradicional
Entrenamiento	Favorece especialización	Favorece especialización	Favorece especialización

BIBLIOGRAFÍA

- Abel-Smith, B. (1976), *Value for Money in Health Services*, Heinemann, Londres.
- Bobadilla, J. L. (1986), "Estructura hospitalaria y su efecto sobre la mortalidad perinatal", *Síntesis Ejecutiva*, núm. SE-16, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Brown, J. (1987), "The Deprofessionalization of Soviet Physicians: A Reconsideration", *International Journal of Health Services*, vol. 17, núm. 1.
- Cleaves, P. (1987), *Las profesiones y el Estado: el caso de México*, El Colegio de México, México.
- Cullis, J. y P. West (1979), *The Economics of Health*, M. Robertson & Company, Londres.
- Daniels, N. (1984), "Understanding Physician Power: A Review of the Social Transformation of Medicine", *Philosophy and Public Affairs*, vol. 13, núm. 4, otoño, pp. 147-157.
- Field, M. (1988), "The Bureaucratic Professional", *The Milbank Quarterly*, vol. 66, supl. 2, pp. 182-201.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine*, Dodd, Mead and Co., Nueva York.
- Freidson, E. (1977), "The Futures of Professionalisation", en Stacey, M. et al. (eds.), *Health and the Division of Labour*, Croom Helm, Londres.
- Freidson, E. (1984), "The Changing Nature of Professional Control", *Annual Review of Sociology* 10, pp. 1-20.
- Frenk, J. (1985), "Career preferences under conditions of medical unemployment: the case of interns in Mexico", *Medical Care*, vol. 23, p. 230.
- Frenk, J., C. Robledo, G. Nigenda (1990), "Políticas de formación y empleo de médicos en México", *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 4.
- Frenk, J., J. Alagón, G. Nigenda (1991), "Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico", *American Journal of Public Health*, vol. 81, núm. 1, pp. 21-29.
- George, V. y N. Manning (1980), *Socialism, Social Welfare and the Soviet Union*, Routledge and Kegan Paul, Londres.
- Goldner, F. (1991), "Cultural Beliefs and Market Processes: Confrontational Changes in the Provision of Health Care in the United States", *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 9, pp. 141-167.
- Haug, M. R. (1973), "Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future", *Sociological Review Monography*, vol. 20, pp. 195-211.
- Johnson T. (1972), *Professions and Power*, Londres.
- Knaus, W. A. (1981), *Inside Russian Medicine*, Everest House, Nueva York.
- Krause, E. (1988), "Doctors, Partitocrazia, and the Italian State", *The Milbank Quarterly*, vol. 66, supl. 2, pp. 148-166.
- Larkin, G. (1988), "Medical Dominance in Britain: Image and Historical Reality", *The Milbank Quarterly*, vol. 66, supl. 2, pp. 117-132.
- Lozoya, X. y C. Zolla (eds.), (1983), *La medicina invisible*, Folios Ediciones, México.

- Maxwell, R. (1988), "Financing health care: lessons from abroad", *British Medical Journal*, vol. 296, 21 de mayo.
- McKinlay, J. y J. Stoeckle (1988), "Corporatization and the Social Transformation of Doctoring", *International Journal of Health Services*, vol. 18, núm. 2, pp. 191-205.
- Mechanic, D. (1991), "Sources of Countervailing Power in Medicine", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 16, núm. 3, otoño, pp. 485-498.
- Mills, A. (1983), "Economic aspects of health insurance", en Lee K. y A. Mills, *The Economic of Health in Developing Countries*, Oxford University Press, Oxford.
- Nigenda, G., J. Frenk, C. Robledo (1990), "Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica", *Educación Médica y Salud*, vol. 24, núm. 2, abril-junio, pp. 115-135.
- Nigenda, G. y J. Frenk, "Doctors and corporatist politics", *The case of Mexico*, (mecano.).
- Open University Press (1985), *Caring for Health. History and Diversity*, The Open University Press, Londres.
- Parsons, T. (1964), *The Social System*, Free Press, Glencoe.
- Pozas-Horcasitas, R. (1977), "El movimiento médico en México 1964-1965", *Cuadernos Políticos 11*, pp. 57-69.
- Ritzer, G. y D. Walczak (1988), "Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians", *Social Forces*, vol. 67, núm. 1, septiembre, pp. 1-22.
- Rodríguez, J. (1987), "Estructura de la profesión médica Española", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, vol. 39, julio-septiembre.
- Roemer, M. (1981), *Health Care Systems and Comparative Manpower Policies*, Dekkar, Nueva York.
- Rubsamen, D. (1976), "Medical Malpractice", *Scientific American*, vol. 235, núm. 2, pp. 18-23.
- Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, Nueva York.
- Stevens, E. (1974), *Protest and Response in Mexico*, MIT Cambridge Press (existe versión en español editada por Diana, 1979).
- Story, D. (1988), "Policy Cycles in Mexican Presidential Politics", *Latin American Research Review*.
- Vladeck, B. y P. Kramer (1988), "Case Mix Measures: DRGs and Alternatives", *Annual Review of Public Health*, núm. 9, pp. 333-359.
- Willis, E. (1983), *Medical Dominance. The Division of Labor in Australian Health Care*, George Allen Unwin, Sydney.
- Wolpe, P. R. (1985), "The Maintenance of Professional Authority: Acupuncture and the American Physician", *Social Problems*, vol. 32, núm. 5, junio, pp. 409-424.