

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume 137

Número
Number 6

Noviembre-Diciembre
November-December 2001

Artículo:

Determinantes del estatus profesional de los médicos en México

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Determinantes del estatus profesional de los médicos en México*

Luis Durán-Arenas**

Recepción versión modificada: 24 de noviembre de 2000; aceptación: 12 de febrero de 2001

Resumen

Objetivos: este estudio exploró un número de factores que determinan el estatus profesional de los médicos en México.

Métodos: se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales lineales que permiten probar modelos "causales" en la determinación del estatus profesional dentro del campo médico.

Resultados: el proceso de estratificación propuesto en el modelo "causal" tiene apoyo empírico. En el caso de la dimensión de prestigio del estatus profesional resaltan el efecto adscriptivo del género, el efecto de la calidad de la educación médica, la historia de empleo y los efectos del contexto que dan como resultado una profesión médica claramente estratificada. En la dimensión económica sobresalen el efecto adscriptivo del género y el diferencial resultante en oportunidades de ingreso y de trabajo de médicos del género femenino.

Conclusiones: Aunque el origen social parece tener un efecto débil en las dimensiones del estatus profesional se sugiere que éste junto con el género, la calidad de la educación médica y la historia de empleo son determinantes significativos del estatus profesional en el sistema médico de México. Por otra parte, se observan efectos asociados a variables del contexto en la estructura de la estratificación de la profesión médica en México.

Palabras clave: Organización del sistema de salud, profesión médica, organización de los médicos, poder médico.

Summary

Objective: This study explored a number of factors that determine the professional status of physicians in Mexico.

Methods: Using structural equation modelling techniques, causal models were developed to investigate the determinants of professional status within the medical field.

Results: The findings suggest that the proposed stratification process in the causal model has empirical support. In the prestige dimension, there is an ascriptive effect of gender, the resultant gender segregated the Mexican medical profession; in addition the achievement effects of medical education and work history within significant occupational and bureaucratic structures. In the economic dimension, the ascriptive effect of gender and the resultant differential in income and job opportunities of female physicians exist.

Conclusions: Although social origin seems to have a weak effect on the dimensions of professional status, it is suggested that both medical education and employment history were both significant positive determinants of professional status in the Mexican medical system. On the other hand, there are still significant gender inequities in the stratification structure of the medical profession.

Key words: Professional status, physician power, physician autonomy, medical profession.

*Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina.

**Director de Organización de Sistemas de Salud del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Luis Durán Arenas, Av Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: lduran@insp.mx.

Introducción

En la literatura el término *estatus profesional* se utiliza en forma inespecífica, según algunos, el estatus se refiere a una posición dentro de la distribución del prestigio^{1,2} mientras que para otros, el estatus es simplemente un conjunto de características sociodemográficas. En este trabajo consideramos que el estatus profesional se puede definir de dos maneras: 1) externamente, en términos de la posición relativa de la profesión médica en comparación con otras ocupaciones o profesiones; y 2) internamente, en términos de la estratificación interna de la profesión médica. La primera forma se ocupa del estatus de la profesión médica en relación con otros grupos ocupacionales. La mayor parte de la literatura sociológica sobre estatus profesional se ha centrado en este enfoque, comenzando con Freidson en los años 70, hasta las teorías más recientes de la proletarización y de la desprofesionalización.³⁻⁵ En contraparte, el estudio de la posición de los médicos dentro de los estratos internos de la profesión médica ha sido en gran parte ignorado.

Para los propósitos de este artículo, el estatus profesional se define como la posición social de los médicos dentro de los estratos internos de la profesión médica, éste es un concepto multidimensional que incorpora la distribución de la riqueza y del ingreso, del prestigio y del poder. Según Weber, el estatus se refiere a *una demanda eficaz de la estima social en términos de privilegios positivos o negativos*.⁶ Este autor propone que estos privilegios se pueden derivar de las siguientes dimensiones del estatus: 1) riqueza e ingreso, o *el valor estimado total de los bienes en la disposición de una unidad presupuestaria*; 2) prestigio, que denota la influencia ejercida por individuos o la situación social de tales individuos como resultado de la posesión de talentos, sin importar si estos talentos son usados o no;⁷ 3) poder, que desee una perspectiva de organización es *la probabilidad de que un agente dentro de una relación social esté en la posición de realizar su voluntad a pesar de la resistencia basada en un sistema de reglas racionales fijadas en forma consciente*.

Son pocos los estudios empíricos en la profesión médica que estudian las dimensiones de prestigio, riqueza e ingreso del estatus profesional.

Éstos se centran en examinar el bajo prestigio e ingreso de las mujeres, así como las barreras que ellas enfrentan para alcanzar un estatus igual al de los hombres.⁸⁻¹⁰ Sin embargo, estos estudios se limitan a analizar las diferencias en los patrones de carrera y el logro de diversos niveles del prestigio, riqueza e ingreso, más que en investigar los mecanismos por los cuales las mujeres y los hombres alcanzan un estatus profesional desigual, en otras palabras, la estratificación interna de la profesión médica más allá del efecto del género.

También existe un número de estudios sobre las diferencias en el ingreso de los médicos entre las distintas especialidades.^{11,12} Sin embargo, no existen estudios sobre los diferenciales dentro de los subgrupos de la profesión médica. Además, hasta la fecha no ha habido ningún intento por evaluar la relación entre el prestigio, la riqueza y el ingreso, ni sobre sus determinantes. Este estudio trata de contribuir a una definición más amplia del estatus profesional y permitir así una valoración más precisa de la estratificación interna de la profesión médica. Para esto se integran diferentes enfoques derivados de la literatura de la estratificación y de la movilidad social.

En este respecto, estamos conscientes de las restricciones de los modelos del logro individual y el enfoque en la educación y la ocupación que han sido las preocupaciones principales *de los modelos de logro de estatus*.¹³⁻¹⁹ Se ha hecho un esfuerzo para considerar esas limitaciones y por esta razón se han incorporado variables del contexto en el modelo.

Marco conceptual

En este trabajo se examinan los factores que influyen en el logro del estatus profesional entre médicos mediante los conjuntos principales de variables desarrolladas dentro de la tradición del estudio del logro del estatus, es decir, variables adscriptivas, del logro y del contexto. La razón para usar el enfoque del logro del estatus en la profesión médica se relaciona con la situación particular de México, en donde el ser médico no parece ser tan significativo como un determinante del estatus social y económico de un individuo en la sociedad, como lo es en países desarrollados. Por lo tanto, en

este trabajo se explora la hipótesis de que el mismo conjunto de factores que determinan la estratificación social en la sociedad como un todo, sigue siendo el esquema más importante para entender la estratificación interna de la profesión médica en México.

Las contribuciones de la tradición de la investigación sobre el logro del estatus se resumen en el trabajo de Kerbo, de 1993, en el que presenta un modelo de la estratificación social basado en intereses individuales varios, así plantea que los *intereses individuales son compartidos por otros en posiciones y situaciones similares en sociedad y por lo tanto, se convierten en intereses de grupo o de clase*.²⁰ El autor propone que estos intereses de grupo se pueden disputar dentro de una o más de las subestructuras de la sociedad (las estructuras política, burocrática, o de clase ocupacional). Estas subestructuras están de cierta manera correlacionadas y se influyen mutuamente. Así, los conflictos dentro y entre estas subestructuras influyen en el sistema general de la estratificación en cada sociedad y en última instancia, la distribución de *recompensas*. Es decir, esta interacción determinará quién está en la cima y por qué razones, la forma en que se mantienen las desigualdades, así como el nivel de apertura del sistema de la estratificación.

Usando este modelo como punto de arranque, podemos construir un marco para estudiar el proceso interno de la estratificación (PEI) de la profesión médica. Comenzamos reconociendo que la determinación de la clase o del estatus es un componente central.²¹

Un segundo cuerpo de la literatura que apoya el desarrollo de este trabajo es la investigación clásica del logro del estatus. Hay tres aspectos clave de esta escuela de investigación, a considerar: 1) expectativas teóricas y empíricas que se pueden derivar de esta investigación para el logro del estatus de un grupo considerado como de alto prestigio en la sociedad; 2) definiciones de los conjuntos principales de variables (adscriptiva, logro y variables del contexto) para estudiar los factores que influyen sobre los intereses de grupo, y cómo se disputan estos intereses dentro de uno o más de las subestructuras en el campo médico; y 3) el aumen-

to metodológico elegido en este estudio (el uso de modelos de ecuaciones estructurales lineales, LISREL) que sigue la fuerza analítica principal de la tradición del logro del estatus, a saber, la definición de modelos "causales" y de la especificación y prueba de los enlaces basados en la valoración de coeficientes de ruta (path analysis).

De la revisión de la investigación empírica sobre el logro del estatus, se incluyó el análisis de los factores del contexto entre los determinantes del estatus profesional de los médicos. Este último aspecto reconoce el peso de las influencias tecnológicas, históricas y culturales, así como otros factores del contexto que tienen una influencia importante en la determinación de la estratificación interna de la profesión médica. Finalmente, el papel del Estado es crítico en una revisión de estos acercamientos. El papel del Estado en México está bien documentado en trabajos previos, específicamente la influencia de la regulación central y el control sobre la formación de médicos. En este estudio se hizo un análisis de dos generaciones de médicos: los que se graduaron antes de la política del Estado que apoyaba la formación masiva de médicos, y los que pertenecen a las generaciones de la formación masiva de médicos.

Así, en este trabajo se propone que el proceso de estratificación interna (PEI) de los médicos es el resultado de las correlaciones entre factores adscriptivos, de logro y del contexto, dentro de un periodo histórico dado. Se reconoce que para entender porqué el proceso interno de la estratificación en México es diferente del experimentado en otros países, es necesario considerar el efecto de estos factores históricos. En este estudio no realizamos una exploración empírica directa de estos factores, sin embargo, serán tomados en consideración para una interpretación apropiada de la PEI de la profesión médica de México.

Entonces, el modelo empírico propuesto incluye no solamente variables tradicionales del logro del estatus, sino que también procura responder a la crítica de esta tradición incluyendo un conjunto de factores del contexto bajo una perspectiva histórica. La especificación del modelo probado en este estudio y la operacionalización de las variables y de las medidas se presenta en la sección de métodos.

Métodos

Los datos para el análisis principal provienen de la Encuesta del Empleo Urbano de Médicos en México, realizada en 1986, en forma paralela a la Encuesta Nacional del Empleo Urbano, que fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La encuesta nacional tiene las características siguientes: a) es una muestra continua; b) se basa en un panel rotativo; c) se realiza cada tres meses; d) incluye aproximadamente 41000 casos, y e) es la muestra más grande del país con datos sobre el empleo urbano.

De esta encuesta se seleccionó una submuestra de médicos, con base en una muestra estratificada de viviendas (unidad de muestra). La muestra fue tomada de las 16 ciudades más grandes de México, incluyendo las doce áreas metropolitanas más importantes, y las cuatro ciudades más grandes de la región que tienen frontera con los Estados Unidos de América. Dentro de cada una de las ciudades, la selección de la muestra fue hecha en tres etapas: comenzando con áreas geoestadísticas básicas; dentro de estas áreas, seis grupos de bloques fueron seleccionados; y finalmente, cinco casas por grupo fueron elegidas. Según la opinión de los expertos en muestreo del INEGI, las características de la submuestra generan una muestra representativa de los médicos que vivían en las 16 ciudades incluidas en la encuesta al tiempo de la entrevista.

La submuestra fue hecha identificando a todos los médicos en la encuesta nacional de empleo urbano mediante la revisión de las tarjetas de registro de la casa, que incluyen datos sobre todos los miembros en la misma. El criterio de selección fue incluir a todas las personas que reportaban haber terminado por lo menos cuatro años de entrenamiento médico, sin importar la edad, la ocupación, o cualquier otro factor. Así, se identificaron a todos los médicos graduados, así como a estudiantes en el quinto y sexto año del entrenamiento médico. El tamaño de muestra resultante fue de 612 médicos, de los cuales 588 fueron entrevistados en el estudio, dando por resultado una tasa de respuesta global de 96%. La tasa de respuesta varió por ciudad de 92% en la Ciudad de México hasta 100% en Ciudad Juárez, Nuevo León, Matamoros, Chihuahua y Mérida.

El análisis considera solamente a los médicos que participaban activamente en el mercado de trabajo (incluyendo los desempleados que buscan activamente un trabajo). Por esta razón, un total de 159 casos fueron excluidos del análisis, la mayoría de los cuales eran estudiantes en el quinto y sexto año del entrenamiento médico, residentes de especialidad, jubilados, así como las mujeres fuera del mercado de trabajo. La muestra final para el análisis consistió de 429 médicos graduados.

El análisis sigue el enfoque de modelación de ecuaciones estructurales lineales (LISREL).²² Esta técnica nos permite usar un enfoque *causal* para valorar el ajuste de las relaciones lineales entre factores, preservando la distinción entre conceptos e indicadores de un modelo derivado teóricamente. Esta técnica produce estimadores de la magnitud de la asociación, así como pruebas de la significancia estadística de estos parámetros.

Varias suposiciones sustentan el análisis. Primero, se asume que los residuos, ζ (zetas), no se correlacionan con las variables latentes exógenas, ξ (ksis). Segundo, se considera que el error de medición ε (épsilon) es independiente de ξ (ksis), de η (etas) y de ζ (zetas), pero estos coeficientes pueden correlacionarse entre ellos. Tercero, se asume que los indicadores observados están multinormalmente distribuidos.

Bajo estas suposiciones, se utilizaron matrices de covarianza en conjunción con el método de máxima verosimilitud para estimar los parámetros de los modelos probados. El uso de LISREL permite la prueba de todos los enlaces propuestos en las hipótesis bajo el siguiente modelo de especificación.

El modelo de especificación propone que el estatus profesional entre los médicos es el resultado de los efectos *causales* de variables adscriptivas, de logro y del contexto. La variable dependiente en este trabajo es una construcción multidimensional: estatus profesional. Esta es operacionalizada como estatus económico y como estatus en términos de prestigio-poder. El primero se mide a través del ingreso del médico y la segunda variable de acuerdo al prestigio y nivel de poder de la posición y tipo de trabajo que el médico lleva a cabo.

Las variables independientes incluyen variables adscriptivas como el origen social (medida a través de la ocupación del jefe de la familia), el género (medido como sexo reportado) y la edad (medido

como años cumplidos al momento de la encuesta); las variables de logro consideran a la calidad de la educación médica (clasificación de las escuelas de medicina de acuerdo a un panel de expertos) y la historia de empleo (tipo y lugar del primer trabajo reportado por el médico) y las variables del contexto incluyen la oferta de médicos (la densidad de médicos en el área donde trabaja el médico), la demanda institucional de los médicos (número de plazas institucionales en el área donde trabaja el médico), el nivel de desarrollo económico del estado (utilizando nivel de producto interno estatal) y la generación del médico (fecha de graduación del médico). Así se propone que un estatus profesional dado depende de los efectos directos e indirectos de las variables del contexto (políticas y económicas), adscriptivas (origen social, edad y género) y de logro (calidad de la educación médica e historia del trabajo). Las variables utilizadas se presentan en el cuadro I y los enlaces propuestos entre las variables se muestran en la figura 1.

En la notación de LISREL, las variables adscriptivas y del contexto son variables latentes exógenas medidas mediante un sólo indicador observable; la calidad de la educación médica y la historia de empleo médico son variables latentes endógenas, medidas con dos y un indicadores observables respectivamente; y las dos dimensiones del estatus profesional (prestigio y estatus económico) son variables endógenas medidas con dos indicadores cada una.

Los enlaces estructurales propuestos fueron examinados usando el paquete estadístico LISREL para llevar a cabo el análisis *causal* de los datos. Para esto fue necesario desarrollar un modelo *causal* basado sobre teoría y resultados de investigación previa. Este modelo se describe como un conjunto de ecuaciones estructurales que representan los procesos causales que se supone operan entre los indicadores observados.

El modelo entonces se prueba contra la matriz de covarianza observada. Para realizar el análisis del modelo estructural básico fueron generadas estimaciones con el método de máxima verosimilitud, para lo cual se utilizó una matriz de las correlaciones de los catorce indicadores observados. La matriz original de la covarianza fue producida usando la cancelación del tipo *listwise* de casos con datos faltantes (*missing data*) sobre cualesquiera de los indicadores de las variables

latentes del estatus profesional, de la historia del trabajo y de la calidad de la educación médica. El número final de casos en la muestra fue de 425.

Resultados

El modelo de análisis estimó 73 parámetros, mientras que 11 parámetros más fueron fijados con un valor igual a 1.0, con el objetivo de proporcionar una escala métrica para las otras estimaciones de parámetros. En el cuadro II se presentan los resultados de las pruebas de bondad del ajuste del modelo, usando la muestra del estudio para el modelo estructural básico. La estadística χ^2 tiene un valor de 156.756 con 32 grados de libertad y una $p < 0.00$. Según esta medida el modelo propuesto no se ajusta bien a los datos. Sin embargo, esta prueba es extremadamente sensible a las desviaciones de la normalidad, así como a tamaños de muestra grandes.

Para este modelo, las otras estadísticas de bondad de ajuste dieron mejores resultados. Así el GFI de 0.955 y los AGFI 0.851 estaban cerca del valor máximo de estos índices, 1.0. Del mismo

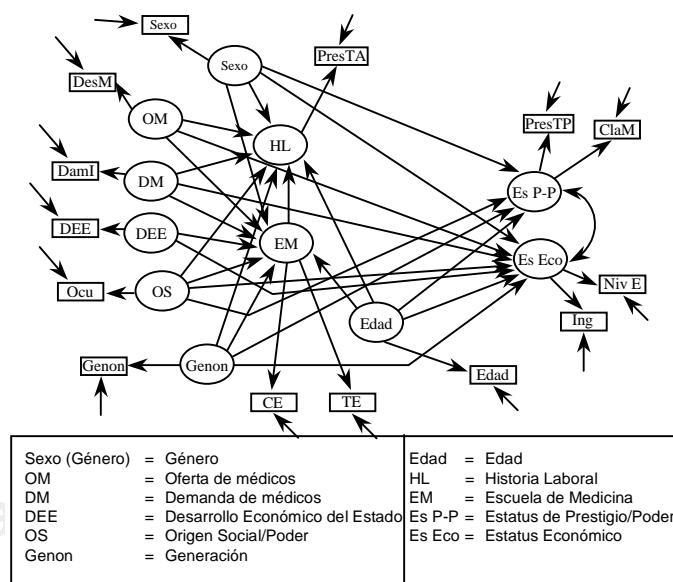


Figura 1. Especificación del modelo de determinantes del estatus profesional.

Cuadro I. Variables latentes y sus indicadores observados

Indicadores observados	Tipo de variable	Promedio	±	Desviación estándar	Variables latentes exógenas(ξ)	Variables latentes endógenas (η)
Ocupación del padre	Ordinal	1.8	±	.789	Origen Social ξ_1	
Desarrollo económico del estado	Ordinal	1.694	±	.883	Desarrollo económico del estado ξ_2	
Demanda institucional	Ordinal	6.32	±	1.687	Demanda de Médicos ξ_3	
Densidad de médicos	Ordinal	5.547	±	2.121	Oferta de médicos ξ_4	
Género	Dicotómica				Género ξ_5	
Generación	Dicotómica				Generación ξ_6	
Edad	Intervalo	36.76	±	11.4	Edad ξ_7	
Calidad de la escuela de medicina	Ordinal	2.019	±	.826		Educación médica η_1
Tipo de especialidad	Ordinal	1.662	±	.899		Educación médica η_1
Institución donde estudió la especialidad	Ordinal	1.807	±	1.067		Educación médica η_1
Prestigio del trabajo anterior al actual	Ordinal	2.874	±	2.641		Historia laboral η_2
Ingreso	Intervalo	3.405	±	1.106		Estatus económico η_1
Clase de médico (académico, practicante ejecutivo, desempleado)	Ordinal	2.499	±	.811		Estatus prestigio/poder η_3
Nivel de empleo	Ordinal	3.58	±	.935		Estatus económico η_3

modo el índice normativo de ajuste fue de 0.914 por arriba del punto de corte de 0.90 recomendado por Bentler y Bonnett. Finalmente el índice CN de Hoelter tuvo un valor de 145.681 por debajo del valor aceptable mínimo de 200; sin embargo, una vez más esta medida tiende a ser afectada por muestras grandes.²³ Tomadas todas las medidas de ajuste en conjunto sugieren que el modelo reprodujo en forma moderadamente adecuada la covariación entre los

indicadores. Ejecutamos cinco modelos alternativos y éste fue el modelo con el mejor ajuste general entre todos los modelos probados.

La discusión de los resultados se concentrará en la evaluación de los efectos entre las variables latentes, comenzando con las variables adscriptivas, a continuación presentaremos los efectos de las variables de logro y finalmente, los efectos de las variables del contexto. Para facilitar la discusión, la

Cuadro II. Pruebas de bondad del ajuste para el modelo de relaciones estructurales de los determinantes del estatus profesional de los médicos (muestra 425).

Prueba	Valor
χ^2	156.756 (0.00)
Grados de libertad	32
GFI	0.955
AGFI	0.851
índice B-B	0.914
CN	145.681

figura 2 presenta solamente los efectos directos con significancia estadística sobre cada una de las dimensiones del estatus profesional. En los cuadros IIIa y IIIb se presenta la descomposición de los efectos totales en el modelo de determinantes del estatus profesional.

Con respecto a las variables adscriptivas, se encontró que el origen social no tenía básicamente ningún efecto directo en las dos dimensiones del estatus profesional (0.030 sobre prestigio/poder y 0.079 sobre estatus económico); mientras que tenía un efecto directo positivo sobre la calidad de la educación médica (0.161).

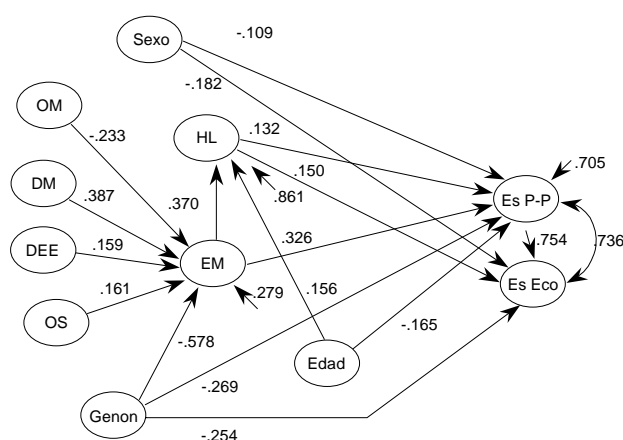


Figura 2. Efectos significativos de las ecuaciones estructurales en el modelo básico de los determinantes del estatus profesional.

Por otra parte, el género tenía un efecto directo negativo relativamente débil sobre la dimensión de prestigio/poder (-0.109), así como un efecto moderado sobre el estatus económico (-0.182). Los efectos directos del género en las otras variables endógenas son mínimos y no son estadísticamente significativos (-0.004 y -0.054, para la calidad de la educación médica y la historia de trabajo, respectivamente).

La edad tenía efectos directos relativamente débiles sobre el estatus de prestigio/poder (-0.165), así como sobre la historia de trabajo (0.156), y efectos indirectos positivos pequeños sobre estatus de prestigio/poder y estatus económico (0.058 y 0.043, respectivamente, $p < 0.05$). Los efectos directos de la edad en las otras variables endógenas son mínimos y no son estadísticamente significativos (0.101 y 0.079, para calidad de la educación médica y estatus económico respectivamente).

En cuanto a las variables de logro, la calidad de la educación médica tuvo solamente un efecto directo fuerte y estadísticamente significativo sobre el estatus de prestigio/poder (0.326, $p < 0.01$). Este es el segundo efecto más fuerte observado sobre el estatus de prestigio/poder (efecto total de 0.375, $p < 0.01$). La calidad de la educación médica también mostró un efecto directo importante y estadísticamente significativo sobre la historia de trabajo (0.370).

La historia de trabajo tenía un efecto débil, pero estadísticamente significativo sobre el estatus de prestigio/poder, así como sobre el estatus económico (0.132, y 0.150, respectivamente, $p < 0.05$).

En relación con las variables contextuales se encontró que todas las variables del contexto tenían efectos directos de moderado a importante sobre la calidad de la educación médica. Así la demanda del médico y el desarrollo económico del Estado tenían un efecto directo positivo y estadísticamente significativo (0.387 y 0.159, respectivamente, $p < 0.05$); es importante notar que el efecto de la demanda del médico fue el segundo efecto de mayor importancia sobre la calidad de la educación médica. Por otra parte, la generación y la oferta de médicos tuvieron un efecto directo y negativo sobre la calidad de la educación médica (0.548 y -0.233, respectivamente, $p < 0.01$). El efecto de la generación es el efecto más importante sobre la calidad de la educación médica.

Cuadro IIIa. Descomposición de los efectos en el modelo propuesto de los determinantes del estatus profesional de los médicos.

Variables incluidas	Covarianza total (A)	Efectos causales		Total (A+B)	Efectos no causales (A-B-C)
		Directo (B)	Indirecto (C)		
Impacto causal de origen social (ξ1) sobre:					
Educación Médica (η1)	0.263	0.161**	0.0	0.161*	0.102
Historia laboral (η2)	0.034	-0.065	0.060	-0.005	0.039
Estatus de prestigio /poder (η3)	0.132	0.030	0.052*	0.081	0.05
Estatus económico (η4)	0.157	0.079	0.022	0.101*	0.056
Impacto causal de género (ξ5) sobre:					
Educación Médica (η1)	-0.132	-0.004	0.00	-0.004	-0.128
Historia laboral (η2)	-0.108	-0.054	-0.001	-0.055	-0.053
Estatus de prestigio/poder (η3)	-0.193	-0.109*	-0.009	-0.118*	-0.075
Estatus económico (η4)	-0.281	-0.182**	-0.009	-0.191**	-0.09
Impacto causal de edad (ξ7) sobre:					
Educación Médica (η1)	0.535	0.101	0.0	0.101	0.434
Historia laboral (η2)	0.255	0.156*	0.037	0.194*	0.062
Estatus de prestigio/poder (η3)	0.273	-0.165*	0.058*	-0.107	0.380
Estatus económico (η4)	0.301	-0.079	0.043*	-0.036	0.337
Impacto causal de calidad de la educación médica (η1) sobre:					
Historia laboral (η2)	0.327	0.370*	0.0	0.370*	-0.043
Estatus de prestigio/poder (η3)	0.528	0.326*	0.049	0.375*	0.153
Estatus económico (η4)	0.451	0.140	0.056	0.196	0.255
Impacto causal de historia laboral (η2) sobre:					
Estatus de prestigio/poder (η 3)	0.279	0.132*	0.0	0.132*	0.147
Estatus económico (η4)	0.256	0.150*	0.0	0.150*	0.106

p<0.05*

p <0.01**

Solamente la generación contó con efectos directos y estadísticamente significativos sobre el estatus de prestigio/poder y el estatus económico. La generación mostró tanto efectos directos como indirectos sobre estatus de prestigio/poder (0.269 y -0.186), y registró el efecto total más fuerte sobre el estatus de prestigio/poder (efecto total -0.455, p<0.01). Mientras que solamente tuvo un efecto directo y estadísticamente significativo sobre el estatus económico (-.254), y el efecto total es fuerte y estadísticamente significativo (.339, p<0.01).

Casi todas las otras variables del contexto tuvieron efectos indirectos sobre estatus de prestigio/poder, pero ninguno sobre el estatus económico. El desarrollo económico del estado mostró un efecto indirecto débil, pero estadísticamente significativo sobre el estatus de prestigio/poder (0.049, p<0.05). Mientras que la demanda de médicos tenía solamente un efecto indirecto moderado y estadísticamente significativo sobre el estatus de prestigio/poder (0.151, p<0.05). Finalmente, la oferta de médicos manifestó solamente un efecto indirecto

Cuadro IIIb. Descomposición de los efectos en el modelo propuesto de los determinantes del estatus profesional de los médicos

Variables incluidas	Covarianza total (A)	Efectos causales			Efectos no causales (A-B-C)
		Directo (B)	Indirecto (C)	Total (A+B)	
Impacto causal de demanda de médicos (ξ2) sobre:					
Educación Médica (η1)	0.354	0.387**	0.0	0.387**	-0.033
Historia laboral (η2)	0.175	0.043	0.143*	0.187*	-0.011
Estatus de prestigio/poder (η3)	0.162	0.0	0.151*	0.151*	0.011
Estatus Económico (η4)	0.054	-0.022	0.082	0.060	-0.006
Impacto causal de oferta de médicos (ξ3) sobre:					
Educación Médica (η1)	-0.148	-0.233**	0.0	-0.233**	0.085
Historia laboral (η2)	0.01	0.028	-0.086	0.059	0.068
Estatus de prestigio/poder (η3)	-0.078	0.0	-0.084*	0.084*	0.006
Estatus económico (η4)	-0.129	-0.029	-0.041	-0.071	-0.059
Impacto causal de desarrollo económico del estado (ξ4) sobre :					
Educación Médica (η1)	0.298	0.159**	0.0	0.159**	0.139
Historia laboral (η2)	0.041	-0.078	0.059	-0.019	0.06
Estatus de prestigio/poder (η3)	0.132	0.0	0.049*	0.049*	0.083
Estatus económico (η4)	0.193	0.096	0.019	0.115*	0.078
Impacto causal de generación de médicos (ξ6) sobre:					
Educación Médica (η1)	-0.703	-0.548**	0.0	-0.548**	-0.155
Historia laboral (η2)	-0.209	0.148	-0.203	0.055	-0.154
Estatus de prestigio/poder (η3)	-0.456	-0.269**	-0.186*	-0.455**	-0.001
Estatus económico (η4)	-0.429	-0.254**	-0.085	-0.339**	-0.09

p<0.05*

p <0.01**

débil, pero estadísticamente significativo sobre el estatus de prestigio/poder (-0.084, p<0.05).

Discusión

En general los resultados del análisis soportan la mayoría de los enlaces teóricos propuestos en el modelo *causal*. Sin embargo, cuando el componente estructural del modelo fue evaluado surgió un hallazgo interesante: a la vez que el modelo explica un porcentaje considerable de la variación en prestigio/poder y estatus económico, muestra

que cada una de las dimensiones del estatus profesional parece tener un camino causal diferente, aunque la correlación entre las dos dimensiones fue bastante alta (0.736, p<0.01). En los cuadros IIIa y IIIb se muestra la descomposición de efectos causales que permitió analizar los caminos causales en una forma que no es posible mediante un examen simple de correlaciones entre variables, o con un enfoque tradicional de regresión múltiple.

Comenzando con la dimensión del prestigio, los resultados sugieren que a pesar de nuestras expectativas, el origen social tuvo solamente un efecto indirecto débil aunque estadísticamente signifi-

cativo sobre el estatus de prestigio/poder. Esto se puede explicar de diferentes maneras. Primero, cuando el prestigio y el poder se basan en una estructura burocrática de estratificación como es el caso en México, el efecto del origen social se puede diluir por la red social desarrollada en el proceso de la socialización profesional. En segundo lugar, la producción en masa de médicos ha tenido ciertamente un efecto de movilidad social que suaviza, aunque no borra los efectos del origen social.*

Por otra parte, los resultados soportan el efecto del género sobre el estatus profesional, lo que sugiere que la profesión médica en México es segregada por género. Aunque en años recientes el número de estudiantes masculinos y femeninos ha alcanzado un equilibrio dentro de las escuelas de medicina, las mujeres en el mercado de trabajo ocupan las posiciones de menor prestigio, y se concentran en los niveles de ingreso más bajos dentro de la profesión médica. Los hallazgos en este sentido son consistentes con los resultados observados por Riska y Wegar en sus estudios de género y la medicina.²⁴

Los factores de logro, la calidad de la educación médica y la historia del trabajo resultaron también con efectos sobre la dimensión del prestigio y poder del estatus profesional. Estos resultados sugieren que cuanto mejor es la calidad de la educación médica del médico y cuanto más fuerte es la historia de trabajo, más alto es el prestigio y poder del médico. Esto es consistente con la literatura del área de investigación del logro de estatus educativo y el logro ocupacional, así como el análisis de Kerbo de las estructuras ocupacionales y burocráticas de estratificación.²⁵ Es decir, la clase del médico y el prestigio de la posición actual del trabajo parecen estar definidos con base en las estructuras ocupacionales y burocráticas de la estratificación social. Por lo mismo, los que adqui-

rieron las habilidades más sofisticadas (de acuerdo a la calidad de la educación médica) alcanzan posiciones de mayor prestigio, o de mejor clase de médico; y los que iniciaban sus carreras en instituciones o rutas de carrera prestigiosas tenían el estatus más alto en términos de prestigio y poder en su actual posición de trabajo.

Finalmente, el efecto de la generación está en la dirección prevista, y sugiere que las condiciones enfrentadas por las generaciones de los médicos que se graduaron después de 1970 eran más competitivas y hostiles que las enfrentadas por la generación de los médicos que se graduaron antes de 1970. Este efecto resulta de los desequilibrios que la intervención del Estado ha creado en el enlace entre la calidad de la educación y la prestación de servicios en el período de 1970 a 1986.²⁶ En esa época la relación entre el entrenamiento masivo de médicos y la demanda institucional de médicos era controlada en gran parte por el Estado. Aunque durante el mismo tiempo no se registró aumento en el número de las posiciones clínicas y administrativas abiertas para los médicos en las instituciones públicas, debido a las restricciones presupuestarias causadas por la crisis económica en el país. Este proceso dio lugar a un desequilibrio que generó desempleo entre los médicos por primera vez en México.

Otras variables contextuales con efectos de interés son el desarrollo económico del Estado, la demanda de médicos y la oferta de médicos. El hecho de que estas variables tuvieran efectos significativos solamente en prestigio y no en estatus económico puede deberse al control de las organizaciones públicas de prestación de servicios de salud. Por otra parte, también refleja la importancia de la estructura burocrática para el proceso de estratificación interna de la profesión médica en México. El mecanismo parece estar centrado en la intervención del Estado en la atención médica. El sistema médico en México nació bajo el patrocinio del Estado y dio lugar al desarrollo de las grandes instituciones de prestación de servicios de salud, en las cuales la mayoría de los médicos mexicanos trabajan. Al mismo tiempo, el Estado mantuvo control sobre la producción de médicos en universidades públicas: en 1986, 10158 de los 11334 aspirantes al examen de residencia, eran graduados de las escuelas médicas públicas.²⁷

*No era el objetivo de este trabajo estudiar los componentes de la movilidad entre generaciones. Sin embargo, esto puede ser una buena avenida de investigación a seguir en el futuro, en particular si aplicamos el modelo de Krauze y de Slomcczynski, que se centra en los componentes de circulación y la movilidad estructural entre generaciones.

En este contexto, el prestigio y el poder son altamente dependientes de la posición que el médico alcanza en esas instituciones y del crecimiento de las mismas, lo que a su vez depende del desarrollo económico de la región. Esto no significa que todo depende de la estructura burocrática de estratificación, sino que los resultados proporcionan evidencia de que son factores determinantes.

En el caso de los efectos sobre la dimensión económica del estatus profesional, los resultados sugieren un cuadro algo diverso del que se describió sobre la dimensión del prestigio. Al igual que el caso en la dimensión del prestigio, el género tiene un efecto negativo sobre el estatus económico. Así pues, hay evidencia de que dentro de la profesión médica existen diferenciales de ingreso en favor de los hombres. Los resultados también muestran que un número desproporcionado de mujeres se encuentran desempleadas en relación con el número de hombres desempleados (21.5% de las médicas están desempleadas, mientras que solamente 5% de los médicos están desempleados). El género es por lo tanto un factor importante en la estratificación interna de los médicos en México.

El efecto de la historia del trabajo sobre estatus económico es directo y positivo: cuanto más alto es el prestigio de la posición anterior del trabajo, más alto es el estatus económico.

Finalmente, se encuentran más diferencias con la dimensión del prestigio en relación con los efectos de las variables del contexto sobre la dimensión económica del estatus profesional. La generación tiene no sólo un efecto directo importante y estadísticamente significativo en estatus económico (-0.254 , $p < 0.01$), sino que hay también un efecto total relativamente débil, pero estadísticamente significativo, del desarrollo económico del Estado (0.115 , $p < 0.05$). Estos resultados sugieren que las condiciones enfrentadas por las generaciones de los médicos que se graduaron después de 1970 tienden a tener un mayor efecto sobre el estatus de prestigio/poder que sobre el estatus económico. El efecto del desarrollo económico del Estado sugiere que los médicos en áreas más desarrolladas tienden a tener oportunidades de trabajo mejores, así como ingresos más altos.

En resumen, los resultados sugieren que el proceso de estratificación propuesto en el modelo tiene soporte empírico tanto en el caso del prestigio como en la dimensión económica del estatus pro-

fesional. La imagen que deja este análisis es de desigualdad en la estratificación de la profesión médica en México.

Aunque se logró un mayor acceso a la educación universitaria en el periodo de 1970 a 1986, la movilidad social resultante no fue equitativa dentro de la profesión médica. De hecho se produjo una profesión claramente estratificada, con un gran número de profesionales con un entrenamiento cuestionable y una élite altamente entrenada.

Más aún, la incorporación de la mujer a la carrera de medicina resultó ser un factor más de estratificación, lo que de hecho hace que la estratificación de la profesión se asemeje a la estructura de la estratificación de la sociedad mexicana en general.

Los resultados proporcionan evidencia que hace pensar en la necesidad de evaluar el estatus profesional en una forma más dinámica. De tal manera que la profesión médica y su papel en el desarrollo de los sistemas de salud puedan ser valorados bajo una perspectiva más amplia, que rebase la concepción de profesión dominante y hegemónica. La profesión médica está estratificada y su estratificación es en gran parte determinada por el efecto de los principales aspectos estudiados en este trabajo: los factores adscriptivos, los factores de logro y los factores contextuales.

Trascender el interés actual sobre la posición relativa de la profesión médica en relación a otras ocupaciones o profesiones de la salud, y abrir el interés sobre la estratificación interna de la profesión médica no es un simple ejercicio de investigación. Nos permite reconocer que el papel de la profesión en el desarrollo del sistema de salud en el país es complejo y, en segundo lugar, señala los retos que los médicos debemos afrontar ante el contexto cambiante de los sistemas de salud; en particular los cambios en las formas de la práctica médica que alterarán sin duda la estructura burocrática de estratificación y por ende la suerte profesional de los médicos en México.

Referencias

1. **Abbott AD.** The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago, SL, USA: University of Chicago Press; 1988.
2. **Nickerson KG, Estes D, Bennett NM.** The status of women at one academical Medical Center. JAMA 1990;264:1813-17.

3. **Freidson E.** Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Harper & Row; 1970.
4. **Haug MR.** Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. *Soci Rev Monogr* 1973;20: 195211.
5. **McKinlay JB.** Issues in the political economy of health care. New York: Tavistock Publications; 1984.
6. **Weber M.** Economy and society. Berkeley, CA, USA: University of California; 1978.
7. **Weber M.** Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen, Germany: Mohr; 1951.
8. **Shye D.** Gender differences in Israeli physicians' career patterns, productivity and family structure. *Soc Sci Med* 1991;32(10):1169-1181.
9. **Pizurki H.** Women as providers of health care, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1987.
10. **Bowman M, y Gross M.** Overview of research of women in medicine. *Public Health Reports* 1986;101:513-521.
11. **Fisher C.** Physician charges for surgical Services under medicare, by specialty: 1980-85. *Health Care Finan Rev* 1988;9:127-32.
12. **Sandier S.** Health services utilization and physician income trends. *Health Care Finan Rev* 1989;Supp:33-48.
13. **Duncan O, Haller AO, Portes A.** Peer Influences on aspirations: a reinterpretation. *Am J Sociol* 1968;74:119-37.
14. **Blau P, Duncan O.** The American occupational structure. New York: Wiley; 1967.
15. **Duncan O, Featherman D, Duncan B.** Socioeconomic Background and achievement in the early Career. New York: Academic Press; 1975.
16. **Sewell W, Hauser R.** Education, Occupation and earnings: achievement in the early career. New York: Academic Press; 1975.
17. **Sewell W, Hauser R.** The Wisconsin longitudinal study of social and psychological factors in aspirations and achievements. *Res Sociol Ed Social* 1980;1:59-99.
18. **Sewell W, Hauser R.** A review of the Wisconsin longitudinal study of social and psychological factors in aspirations and achievements, 1963-1992. (working paper 92-1). Madison, WI, USA: Center for Demography and Ecology; 1993.
19. **Shreeniwas S.** Status attainment in peninsular Malaysia. Dissertation, Ann Arbor, MI, USA: University of Michigan, 1992.
20. **Kerbo HR.** Social stratification and inequality: class conflict in historical and comparative perspective. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1993.
21. **Freidson E.** Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago, IL, USA: The University of Chicago Press; 1986.
22. **Jöreskog KG, Sörbom D.** LISREL VI. Mooresville IN, USA: Scientific Software Inc; 1986.
23. **Liang J.** Self-reported physical health among aged adults. *J Gerontol* 1986;41(2):248-260.
24. **Riska E, Wegar K.** Women physicians: a new force in medicine. In: Riska E, Wegar K, editors. Gender, work and Medicine. London: Sage, 1993. p. 77-94.
25. **Kerbo M.** Social stratification and inequality: class conflict in historical and comparative perspective. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
26. **Frenk J, Durán-Arenas L.** The medical profession and the state. In: Hafferty WF, McKinlay J. Changing medical profession. Oxford, UK: Oxford University Press; 1993. p. 25-42.
27. **Frenk J.** The political economy of medical underemployment in Mexico: corporatism, economic crisis and reform. *Health Policy* 1990;15:143-62.