

Preferencias de ubicación geográfica entre médicos urbanos. ¿Buenas noticias para el modelo de atención primaria a la salud?

Gustavo Nigenda López, Julio Frenk Mora, Cecilia Robledo Vera,
Luis Alonso Vázquez Segovia, Catalina Ramírez Cuadra, Centro de Investigación
en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen

El mundo experimenta un importante desperdicio de potencial de atención médica. Además de los fenómenos de ineficiencia en el manejo de recursos, la manifestación más extrema de ese desperdicio se encuentra en los miles de médicos subempleados y desempleados. La posibilidad de incorporar a estos médicos a la atención de las poblaciones marginales, tanto urbanas como rurales, representa un difícil reto. Sin embargo, la existencia de nuevos enfoques en la educación médica, las propias condiciones de desempleo, y la política estatal de expansión de la cobertura, entre otros elementos, sugieren la existencia de grupos de médicos susceptibles de ofrecer servicios a los grupos marginados a través de la estrategia de la atención primaria a la salud (APS). Considerando este orden de cosas, en el presente trabajo se analizan las preferencias que un grupo de médicos urbanos mexicanos mostró ante la oferta hipotética de un puesto de trabajo en zonas del país de distinto nivel de urbanización. El análisis de estas preferencias permite identificar con precisión el tipo de médicos que estaría dispuesto a desplazarse a localidades distintas de las grandes ciudades donde viven y en las que la atención primaria a la salud empieza a tener mayor presencia, así como las condiciones que requieren para que esto suceda.

Summary

The world is experimenting a great waste of medical attention potential. Besides the inefficiency in the use of resources, the most extreme manifestation of this waste is represented by the thousands of underemployed and unemployed physicians. The possibility to incorporate all these physicians to the health attention of marginated populations, both rural and urban, represents a great challenge; however, the new approaches in medical education, the same unemployment conditions, and government policies to expand coverage, among other factors, suggest the existence of groups of physicians susceptible to offer their services to the marginated population by way of primary health care. Taking these considerations into account, the present paper analyzed the preferences shown by a group of urban Mexican physicians to a hypothetical employment offer in diverse regions of the country with different urban levels. The analysis of these preferences allows to identify precisely the type of physician that would be willing to move to other places in which primary health care is starting to be implemented, as well as the conditions that they require to do so.

INTRODUCCION

Durante los últimos años, los sistemas de salud de gran parte del mundo se han enfrentado a una contradicción fundamental. Por un lado hemos sido testigos -oficialmente a partir de 1978- de la consolidación de un nuevo paradigma representado por la atención primaria a la salud (APS) que ha ido ganando terreno, a tal grado que la mayoría de los países en desarrollo han aceptado, al menos en principio, sus postulados básicos, es decir, la extensión de la cobertura, el uso de tecnologías adecua-

das a las condiciones locales, la racionalización de los recursos a fin de producir una atención de bajo costo pero de alta calidad, la participación de la comunidad y la adopción de una estrategia anticipatoria basada en las necesidades de poblaciones definidas. Por otro lado, encontramos que los recursos humanos para la salud presentan desequilibrios tanto cuantitativos como cualitativos que han generado subutilización y desperdicio de sus potencialidades¹. No obstante, estos desequilibrios no son privativos de los países en desarrollo ya que la concentración de la fuerza de trabajo médica en zonas

urbanas y su consecuente escasez en zonas rurales también representan un problema en muchos países desarrollados⁸.

De acuerdo a los postulados de la estrategia de APS, se requiere de personal de salud con una serie de características tanto técnicas como "humanísticas" que le permitan adaptarse adecuadamente a las particularidades de los sistemas en las distintas comunidades ¹¹. Por el lado técnico, se requiere de personal con gran capacidad de manejo administrativo, experiencia en el diagnóstico epidemiológico, habilidades de liderazgo y sentido crítico. Por el lado "humanístico", el perfil deseado se acerca mucho al de un agente de participación y compromiso con el cambio y la gestión social que permita guiar las acciones en salud en un proceso de intermediación entre el nivel local y el general. Es decir "se requiere de un personal suficientemente calificado para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización. Exigen, igualmente, un personal íntimamente ligado al proceso de participación social cuya dinámica trascienda los esquemas de la 'institucionalidad', tan arraigada en el sector salud"¹².

En México la mayor parte del personal médico existente no cuenta con estas características. Si hacemos una breve y esquemática revisión de la forma en que los médicos son educados, encontraremos que su formación está dirigida hacia la consecución de valores que imperan en un sistema de atención con principios distintos a los de APS. Desde principios de los años 40, el paradigma dominante en la educación médica —comúnmente denominado paradigma flexneriano— proveyó a los médicos de valores que se ajustaban a la atención especializada, individual, hospitalaria y cuyas técnicas preferenciaban la práctica curativa sobre la preventiva². A mediados de los años 70, el incremento masivo de la educación médica restó a las escuelas la capacidad para inculcar todos los elementos técnicos del paradigma flexneriano. Sin embargo, la difusión de los valores y las expectativas del médico como insumo del modelo de atención "científico" o de "especialización" se mantuvieron. Así, el nivel de especialización se convirtió en el proveedor de los elementos técnicos de la educación médica y reforzador de los valores del modelo dominante. No obstante, en estas mismas fechas la creación de los modelos alternativos de educación hicieron abrigar esperanzas en cuanto al cambio de paradigma de la educación médica. En México, varias experiencias, entre ellas, el Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM), la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, los planteles Zaragoza e Iztacala de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM y el Plan de Guadalupe de la Universidad Autónoma de Nuevo León, jugaron un papel importante en la difusión de los valores de la medicina basada en la atención primaria. Es importante mencionar que estos programas surgieron antes de la Declaración de Alma Ata y que por tanto representan programas innovadores en cuanto a su orientación.

También, a mediados de la década de los años 70, se empezó a generar una inquietud sobre la creciente cantidad de médicos que se encontraban desempleados⁵. Ambos modelos, el de atención basado en la especialización y el de la educación flexneriana, mantenían una armonía cualitativa en términos del tipo de la formación y la práctica que brindaban al médico, pero empezaban a perder la armonía cuantitativa que los había caracterizado algunos años antes. Los médicos desempleados comenzaron a representar un exceso de insumos al modelo de atención, el cual empezó a mostrar sus carencias y limitaciones. El modelo de especialización económica mexicana evidenciaba que su posibilidad de expansión había llegado a sus límites, y las necesidades de salud de grandes sectores de la población no encontraban aún un espacio dentro de este modelo en el que pudieran ser satisfechas.

Frenk y colaboradores⁶ han calculado que, en 1986, en México casi 20% de los médicos en capacidad de brindar atención no lo hacían por distintas razones. Dentro de este grupo, aproximadamente 70% no ponía en práctica sus habilidades como médicos, porque las condiciones del mercado de trabajo no se los permitía. Entre ellos se encontraban los subocupados -aquellos que tenían un trabajo fuera de la medicina- y los desocupados -los que no hacían otra cosa más que buscar empleo-. El 30% restante -representado básicamente por médicas que se dedicaban por completo a su hogar- no participaban en el mercado laboral aunque existiera la oportunidad. De entrada podríamos definir a estos grupos como susceptibles de incorporarse a un modelo alternativo de práctica médica. Sin embargo, si consideramos que la mayoría de ellos comparten los valores de la educación flexneriana, resulta prudente preguntar si realmente se encuentran en disposición de integrarse a una nueva forma de práctica.

Lo expuesto hasta aquí nos permite desembocar en algunas preguntas a las que es necesario dar respuesta a fin de conocer la verdadera disponibilidad del grupo

médico ante un probable cambio. Es decir, dado el excedente de médicos en zonas urbanas, ¿es posible suponer que estarían en disposición de redistribuirse geográficamente? ¿Qué proporción y tipo de médicos están dispuestos a distribuirse en la zonas geográficas de menor densidad poblacional? ¿De qué manera influye la situación ocupacional sobre las preferencias?

Marco conceptual

Gran cantidad de estudios se han interesado en analizar las causas que influyen en la desigual distribución geográfica de los médicos. A principios de los 70, Yepes¹⁷ sistematizó una serie de investigaciones con el fin de clasificar las causas que cada una de ellas atribuía a la distribución. Según su clasificación, dos enfoques dominaban el análisis: el ecológico y el de las características asociadas al individuo. El primer enfoque se sustenta en el hecho de que los médicos requieren de una base de población mínima para poder establecerse y en ello estriba la distribución. La lógica subyacente señala que los médicos se distribuyen según la siguiente premisa: A menor densidad de población, menor cantidad de médicos. El segundo enfoque incluye el estudio de variables como: tipo de localidad en la que el médico cumplió su residencia, tamaño de la localidad donde el médico vivía antes de entrar a la escuela de medicina, la localidad de procedencia previa.

Otros estudios señalan que la distribución inequitiva de médicos tiene su explicación primaria en diversas condiciones sociales y económicas externas al campo de la salud. La experiencia de dos estrategias de redistribución de recursos en los Estados Unidos, el programa de construcción de hospitales Hill-Burton y el Programa de Servicio Médico Regional, ha mostrado que ninguno de los dos, diseñados en función de variables sanitarias, tuvo el impacto en la distribución de médicos que de ellos se esperaba.

Frenk¹⁴ señala que los enfoques teóricos sobre el problema de la distribución pueden ser resumidos en dos tipos: el enfoque económico basado en la "hipótesis de las señales de mercado", la cual supone que el médico graduado responde a ciertas señales del mercado de trabajo cuando selecciona la especialidad a la que pretende ingresar o cuando elige su ubicación geográfica para ejercer la medicina. El otro enfoque es el de la teoría de la socialización en adultos.

Por su parte, Sorkin¹⁵ advierte que los diversos estudios

de distribución de médicos han proveído resultados contradictorios, pero de ellos se pueden rescatar al menos tres elementos: a) los factores económicos juegan un papel modesto en la ubicación, b) consideraciones profesionales son de mayor importancia, especialmente en lo que respecta a la elección urbano-rural, c) factores ambientales como los climáticos, recreacionales y otros son importantes ya que los médicos buscan una calidad de vida consistente con sus ingresos.

Sobre la base de lo señalado por Sorkin, el acercamiento teórico que mejor ha explicado el problema es la teoría de la socialización en adultos¹⁰, la cual supone que ciertas instituciones, básicamente las escuelas, dentro de la sociedad tienen como meta fundamental permitir la socialización de sus miembros. El objetivo es prepararlos para el período "post-gradual" donde tendrán que ejecutar ciertas actividades socialmente significativas. La institución funciona como un sistema de insumo-producto donde el insumo (los estudiantes) es educado y entrenado para obtener algún grado de cambio psicosocial perdurable. Por ejemplo, las escuelas de medicina educan y entrenan a individuos sobre ciertos aspectos técnicos a través de capacidad de ejecutar actividades reconocidas por la sociedad como positivas para atender sus necesidades de salud.

Aunque la teoría de la socialización ha sido muy utilizada para el estudio de instituciones educativas, en este trabajo la consideramos con una visión más amplia. En primer lugar, suponemos que en la vida de un médico, instituciones como la familia y la clase social proveen de valores iniciales, por ello, a esta parte del proceso la consideramos como una etapa de socialización temprana. Etapas subsecuentes como el paso por distintas instituciones educativas van añadiendo valores en la persona o en ocasiones sustituyendo o transformando los iniciales. Para el caso que nos ocupa reconocemos dos etapas más en la vida del médico, la etapa de la socialización educativa y la de la socialización laboral.

Métodos

Muestra

Se levantó una encuesta a una muestra de 604 personas en 16 ciudades de la república, entre las que se encontraban médicos titulados (89.8%), estudiantes en servicio social (5.6%) y estudiantes en internado rotatorio de pregrado (4.6%).

La muestra de casos se obtuvo de los 41,000 hogares que

trimestralmente utiliza la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) para obtener las cifras oficiales de participación económica de la población urbana del país. Del tercer levantamiento de 1986 se seleccionaron a todas aquellas personas que declararon haber terminado el cuarto año de la carrera de medicina. Esta estrategia de obtención muestral permitió identificar la gama total de ocupaciones existentes entre los médicos, desde aquellos que ocupaban puestos dentro del mercado de trabajo médico, hasta los desocupados, pasando por aquellos casos que tenían ocupación fuera de la medicina.

A todos los casos les fue aplicado un cuestionario estandarizado y precodificado bajo una estricta supervisión técnica. Con la información contenida en los cuestionarios se construyó una base de datos computarizada conteniendo a todos los casos en muestra.

Definición de Variables

Variables Independientes

Género: Las diferencias atribuibles a esta variable están en función del rol social que a cada categoría - tanto a mujer como a hombre - le es asignada en el proceso de socialización que se inicia en la familia y que continúa en las escuelas y en el mercado de trabajo.

Edad: Cuatro categorías. 20-29 años, 30-39 años, 50 y más.

Origen Social: Las tres categorías de esta variable (bajo, medio y alto) definen una estratificación basada en la combinación de tres indicadores: ingreso promedio de acuerdo a la ocupación de la persona que sostuvo al médico (normalmente el padre) cuando éste inició la carrera de medicina, ocupación específica del padre y posición en el trabajo del padre.

Estado Civil: Se utilizan dos categorías con y sin unión conyugal. Consideramos que con ellas se alcanzan a observar diferencias atribuibles a los roles correspondientes a responsabilidades al interior de los núcleos familiares.

Calidad de la escuela de medicina: Las tres categorías de las que consta esta variable (mala, regular y buena) fueron obtenidas del resultado de una encuesta de apreciación entre expertos en educación médica sobre la calidad de las escuelas de medicina en México*.

Plan de Estudios: Esta variable con dos categorías tradi-

cional e innovador. Interesa observar de sobremanera si independientemente de la apreciación de la calidad de la escuela, el plan de estudios transmite valores a los estudiantes hacia la preferencia de algún tipo de práctica médica específica.

Población atendida en el Servicio Social: El último año de la carrera de medicina en México equivale al período de Servicio Social, donde los estudiantes deben de prestar sus servicios a sectores de la población de escasos recursos. Sin embargo, no todos los estudiantes prestan sus servicios a poblaciones en situación de marginalidad. La diferencia entre una experiencia y otra podría establecer distintas preferencias. La variable tiene dos categorías de acuerdo a si el médico atendió o no una población marginal (urbana/rural) durante su servicio social.

Tipo de especialidad: Esta variable presenta cuatro categorías: sin especialidad, medicina familiar, especialidad básica y subespecialidad.

Institución de Especialidad: También esta variable consta de cuatro categorías (sin especialidad, población abierta, seguridad social y otras) según el tipo de población a la que la institución atiende. En la categoría "otras", se incluyen las instituciones privadas. Las diferencias pueden ser interpretadas en términos de la orientación que el médico rescata a partir del tipo de sector de la población que atiende cada población.

Situación ocupacional: Esta variable se condensa en tres categorías, (desocupados, subocupados y ocupados) una gama de posibles ocupaciones a las que pueden estar ubicados los médicos, así como la posibilidad de que no estén ocupados. Como ocupados definimos a aquellos médicos cuyo desempeño ocupacional corresponde al nivel alcanzado en su formación educativa; dentro del grupo de los subocupados están incluidos aquellos médicos cuyo desempeño ocupacional no corresponde al nivel de educación recibida y los desocupados comprenden a aquellos médicos que no trabajan pero que buscan hacerlo o se encuentran esperando alguna resolución de empleo. La ubicación en el mercado de trabajo debe crear expectativas distintas de los médicos ante la elección de posibilidades de reubicación.

Ingresos Acumulados Mensuales: Se establecen 5 categorías según el número de salarios mínimos equivalentes (hasta 1.9 sm, de 2 a 2.9 sm, de 3 a 4.9 sm, de 5 a 9.9 sm y 10 o más sm). El total salarial se obtiene del número de

aspirantes de cada una de las escuelas en el examen nacional de especialidad en 1987.

*Esta encuesta fue aplicada a 27 expertos en educación médica en el país. Las calificaciones obtenidas fueron correlacionadas con un indicador objetivo, derivado del promedio de calificación obtenido por todos los

empleos que el médico declaró. Para 1986 el salario mínimo mensual promedio en el país era de aproximadamente 45,000 pesos, cifra equivalente en ese momento a 85-90 dólares norteamericanos.

Variable dependiente

La variable dependiente, las preferencias de ubicación geográfica, se construyó de la siguiente manera:

En el cuestionario se preguntó al médico sobre su opinión para aceptar un puesto de trabajo en una institución pública en una localidad con población de 15,000 habitantes o menos. Se establecían tres respuestas básicas: Sí incondicional, Sí con condiciones y No, rotundo. Si el médico elegía la opción de "sí con condiciones" se le pedía que se inclinara por alguna (s) de las siguientes: que tuviera un buen salario, que tuviera oportunidades de superación y desarrollo profesional, que el puesto de trabajo fuera en un hospital y que tuviera comodidades habitacionales, culturales y recreativas para su familia.

La misma pregunta se repitió para otras dos opciones geográficas, una localidad entre 15,001 y 100,000 habitantes y una localidad de más de 100,000 habitantes. En el análisis se hace énfasis sobre el tipo de localidad de 15,000 habitantes o menos ya que se considera que es la opción más extrema y más difícil que se presenta al médico y además porque es en este tipo de localidades donde vive la mayor parte de la población aún no atendida en México.

RESULTADOS

La Figura 1 muestra que aproximadamente 50% de los médicos respondieron que no aceptarían una propuesta de trabajo en una localidad de 15,000 habitantes o menos; por el contrario, sólo 9% de ellos aceptaría con solo tener seguro el puesto de trabajo. Si la propuesta es referida a localidades con mayor número de habitantes, el porcentaje de médicos que aceptaría sin más condiciones se eleva a 15 y 22% respectivamente. Cabe destacar que para las tres opciones, el porcentaje de médicos que acepta con condiciones es similar, alrededor del 40%. Dentro de este último grupo observamos que la condición "buen salario" constituye la más frecuente. En orden de importancia después se ubica la condición de "superación y desarrollo profesional" y por último las dos restantes. Esta distribución se presenta en la Figura 2.

Como hemos señalado, se hace énfasis en el estudio de las preferencias referidas al tipo de localidades de 15,000 habitantes o menos. El Cuadro I muestra las asociaciones de la preferencias con las variables sociodemográficas. Al observar la distribución de las preferencias respecto al género, encontramos que existe una tendencia moderadamente más acentuada de las mujeres a aceptar condicionalmente la oferta de trabajo, pero la proporción de aceptación sin condiciones es prácticamente igual entre los dos géneros.

En cambio la edad produce diferencias significativas,

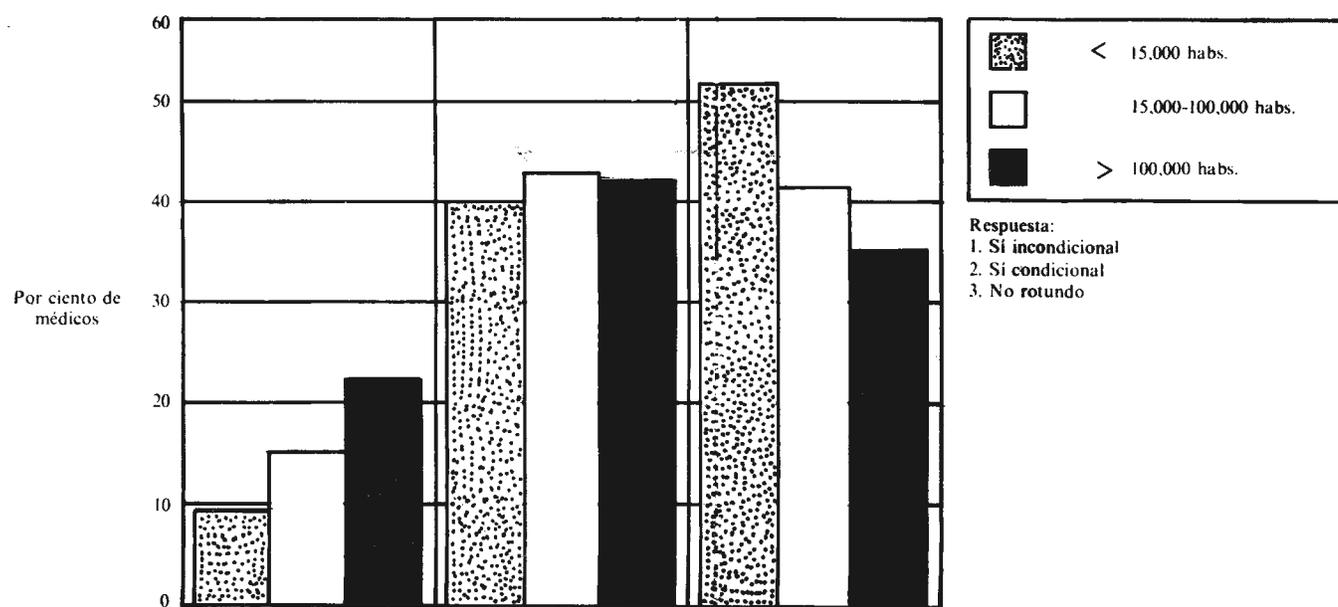


Fig. 1. Respuesta de los médicos activos ante una propuesta hipotética de trabajo de acuerdo al tamaño de la localidad sugerida.

baste señalar que en promedio, 73% de los médicos mayores de 40 años no aceptaría la oferta de trabajo bajo ninguna condición. Por el contrario, 16% de los médicos con 30 años o menos aceptarían sin poner otra condición. Esta distribución refleja el hecho de que los médicos de mayor tiempo en el mercado de trabajo y su ubicación dentro de él es más estable (Cuadro I).

También en el Cuadro I encontramos un gradiente claro de aceptación. Mientras más alto el origen social, más la proporción de no aceptación. Es decir, el origen social le proporciona al médico una serie de valores y expectativas

que plasma en su respuesta respecto al tipo de población al que prefiere prestar sus servicios. Baste señalar para ejemplificar esto, que 57% de los médicos que provienen del origen social alto, no aceptaría el puesto de trabajo, comparado con 39% de los médicos de origen social bajo que estarían en la misma condición.

Una relación que cumple todas las expectativas es aquella con estado civil (Cuadro I). Aunque el porcentaje de médicos solteros que aceptarían sin otra condición que la de tener seguro el puesto de trabajo no es muy alta (12%), sí se muestra alto para la aceptación condicionada (54%).

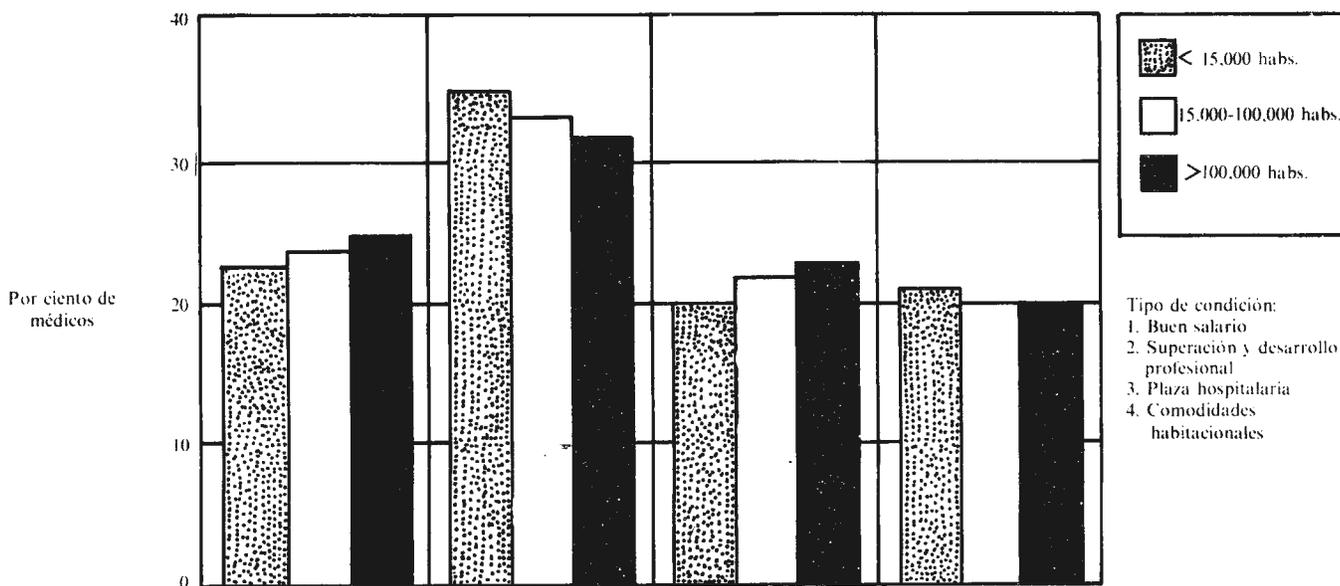


Fig. 2. Tipo de condición que requieren los médicos activos ante una propuesta hipotética de trabajo, de acuerdo al tamaño de la localidad sugerida.

Cuadro I

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15,000 habitantes

Tipo de Respuesta	Variables Independientes											Total (%)	N
	Género		Edad				Origen Social			Estado Civil			
	Masculino (%)	Femenino (%)	30 años y (%)	30-39 (%)	40-49 (%)	50 o más (%)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Casado (a) (%)	Soltero (a) (%)		
Sin incondicional	9%	8%	16%	6%	5%	4%	12%	8%	5%	7%	13%	9%	(44)
Si condicional	37	51	52	45	29	13	47	37	35	38	48	40	(204)
No definitivo	54	41	32	49	66	83	41	56	61	55	39	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	(505)
N	(391)	(114)	(158)	(202)	(76)	(69)	(199)	(187)	(119)	(375)	(130)		
X ²	6.8		62.8				15.6			16.9			
Grados de libertad	2		6				4			10			
p	0.033		« 0.001				0.003			0.08			
V de Cramer	0.11		-				-			0.15			
Gamma	-		0.46				0.25			-			

Una relación de suma importancia se muestra en el Cuadro II. De acuerdo con el supuesto teórico previamente expuesto, la escuela de medicina provee al estudiante de valores que proyecta a lo largo de su vida profesional. Encontramos que en una primera aproximación respecto a la escuela, aquella que se refiere a su calidad, la distribución en forma de gradiente se repite. Mientras mayor es la calidad, mayor la proporción de médicos que no aceptarían la propuesta. Además, esta distribución se acentúa respecto a la que encontramos en el cruce de origen social y preferencia. Es decir, 66% de los médicos de escuelas buenas no aceptarían la oferta; en cambio, 50% de los egresados de cualquier otro tipo de escuela, aceptaría la oferta condicionalmente. Además los valores estadísticos señalan que esta relación es significativa y fuerte.

Con el fin de contrastar la relación anterior, reseñamos la relación entre plan de estudios de la escuela de medicina y las preferencias de ubicación (por razones de espacio esta relación no se presenta en el cuadro). En primer lugar vale la pena destacar que el grupo de personas que cursaron un plan innovador (con orientación a la atención primaria) sólo representan 4% de la muestra. La distribución de porcentajes, señala que no existen diferencias reales entre uno y otro grupo. Es decir, al igual que sus homólogos educados según el plan tradicional de la carrera de medicina, aquellos médicos educados de acuerdo a estrategias orientadas hacia la atención prima-

ria, no muestran una gran disposición de aceptar empleos en zonas rurales. Así, 48% de los médicos con educación tradicional no aceptarían la propuesta de trabajo mientras que 43% de los médicos de plan innovador está en la misma condición.

Otra relación de interés potencial es considerar la distribución de las preferencias de acuerdo a las experiencias previas de los médicos que trabajan con poblaciones similares. El desempeño en el servicio social da la oportunidad a los estudiantes de vivir esa experiencia. Aunque originalmente el servicio social fue pensando para proveer de atención a la población rural marginada del país que no tenía posibilidad de acceder a los servicios de salud, se puede decir que este objetivo ha perdido sentido en buena parte. Ello lo demuestra el hecho de que 59% de los entrevistados hayan declarado que no atendieron a una población marginal durante su servicio social. Las diferencias entre ambas categorías no son significativas estadísticamente. Sin embargo, vale la pena destacar que 50% de los médicos que atendieron poblaciones rurales marginales durante su servicio social no aceptarían un empleo para atender de nuevo a este tipo de población. Es decir, la experiencia vivida en el servicio social de acuerdo al tipo de población atendida no produce diferencias a la hora de externar las preferencias.

Al buscar diferencias según el tipo de especialidad encontramos de nuevo un gradiente muy bien delineado,

Cuadro 2

Relaciones entre las variables educacionales y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15,000 habitantes

Tipo de Respuesta	Variables Independientes											Total (%)	N
	Calidad de la Escuela de Medicina			Tipo de Especialidad			Institución de Especialidad						
	Mala (%)	Regular (%)	Buena (%)	Sin espec. (%)	Med. familiar (%)	Espec. básica (%)	Subespec. (%)	Sin espec. (%)	Pop. Abierta (%)	Seg. Social (%)	Otras (%)		
Si incondicional	14%	7%	6%	11%	20%	3%	2%	11%	5%	6%	5%	9%	(44)
Si condicional	48	48	25	51	41	30	22	51	31	26	34	40	(204)
No definitivo	38	45	69	38	39	67	76	38	64	68	61	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	(505)
	N	(164)	(171)	(170)	(274)	(41)	(90)	(100)	(274)	(61)	(126)	(44)	
X ²		37.6				59.7				39.2			
Grados de libertad		4				6				6			
p		< 0.001				< 0.001				< 0.001			
V de Cramer										0.19			
Gamma		0.36				0.45							

en esta ocasión aún más marcado que los anteriores. Además, la distribución concuerda con una expectativa muy clara; a mayor grado de especialización mayor proporción de médicos que no aceptan la oferta de empleo. Así, 74% de los médicos que han alcanzado el nivel de subespecialistas no aceptaría la oferta, mientras que 35% de los médicos generales no lo haría. Es interesante destacar el caso de los médicos especialistas en medicina familiar. De ellos, 21% aceptaría la propuesta de empleo sin otra condición, 8% puntos porcentuales más que el grupo de los médicos sin especialidad. Ello implica que la educación en medicina familiar aumenta las preferencias de los médicos por trabajar con poblaciones rurales (Cuadro II).

Al pasar a la institución de la especialidad, observamos que las diferencias se mantienen. Un elemento que destaca en este cuadro es que, independientemente del tipo de institución, la proporción de casos que no aceptarían la oferta está por encima del 60% y que en contraste menos de 9% lo aceptaría sin otra condición. Esto implica que realmente la relación que está mostrando diferencias entre los médicos especialistas y los no especialistas más que por la institución donde estudiaron, se establece por el tipo de especialidad que escogieron (Cuadro II).

Reviste especial importancia la relación entre las características de incorporación laboral de los médicos y su preferencia por las localidades que hemos señalado. Al respecto, el Cuadro III muestra que la distribución de pre-

ferencias cambia para aquellos que tienen empleo (ocupados y subocupados) respecto a los que no lo tienen (desocupados). Para la respuesta "sí incondicional" la proporción de casos no rebasa el 11% para cualquiera de los tres niveles de ocupación. Este comportamiento cambia para las otras dos opciones. Así, es mucho más alta la proporción (65%) que requiere de otras condiciones para desplazarse, que la de subocupados y ocupados (38%). En consecuencia, la proporción de desocupados que no acepta la oferta de empleo bajo ninguna condición es más baja (27%) que la de los subocupados (51%) y los ocupados (53%).

Dentro del grupo de los médicos incorporados al mercado de trabajo, una variable que establece claras diferencias es la de ingresos totales. En el Cuadro III se observa la existencia de un gradiente muy bien definido, que señala que a mayor cantidad de ingresos, existe una mayor proporción de casos que no aceptaría el ofrecimiento de empleo, sobresaliendo la poca disponibilidad de aquellos grupos cuyos ingresos están por encima de 5 sm. De esta manera, mientras que sólo 30% de médicos con ingresos de hasta 1.9 sm no aceptarían la oferta de empleo, 73% de médicos con ingresos de 10 o más sm no lo harían.

Cabe señalar que otras características de ubicación laboral como la institución de trabajo, la posición en el trabajo (patrón, independiente, asalariado), el número de horas de trabajo a la semana y el número de empleos no

Cuadro 3

Relaciones entre las variables ocupacionales y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15,000 habitantes

Tipo de Respuesta	Variables Independientes									N
	Situación ocupacional			Ingresos mensuales (en salarios mínimos)				Total		
	Desocupados* (%)	Subocupados (%)	Ocupados (%)	Hasta 1.9 (%)	De 2 a 2.9 (%)	De 3 a 4.9 (%)	De 5 a 9.9 (%)	10 y más (%)		
Si incondicional	8%	11	9%	15%	12%	11%	4%	2%	9%	(44)
Si condicional	59	38	38	55	50	48	28	25	40	(204)
No definitivo	33	51	53	30	38	41	68	73	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
N	(51)	(45)	(409)	(105)	(58)	(118)	(161)	(63)		(505)
X ²		8.6				63.6				
Grados de libertad		4				8				
p		0.07				< 0.01				
Gamma		0.19				0.44				

* Incluye 37 casos de médicos desocupados activos esto es que no tienen trabajo pero lo buscan, más 14 casos de médicas inactivas, todas ellas amas de casa.

mostraron asociaciones significativas con las preferencias de ubicación geográfica.

DISCUSION

Como hemos señalado, la mayor parte de los médicos disponibles para incorporarse a la APS están educados bajo el paradigma de la educación flexneriana que, además de proveerles de cierto tipo de conocimientos técnicos, los dota de expectativas que favorecen el desarrollo del modelo médico basado en la especialización. Ello incluye el supuesto de que el médico debe ser un profesional de alto status social, con éxito económico asegurado dentro de su desempeño profesional y un sustentador de poder en los distintos niveles de su actividad social.

Dentro de las instituciones que socializan primariamente al individuo se encuentra la familia. Encontramos así que el núcleo familiar del médico normalmente le provee valores relacionados con el origen social al que pertenece. Esto implica que los resultados observados al cruzar el origen social del médico con sus preferencias nos brinde una distribución esperada: mientras más alto el origen social, menor la disposición a moverse a una zona rural. Sobre estas expectativas básicas trabajan otras instituciones sociales⁹.

La escuela de medicina como institución generadora de valores debe considerarse de manera especial. Es a este nivel donde las expectativas originales pueden modificarse o reforzarse. Normalmente es el segundo fenómeno el que se da. De manera interesante nuestra categorización nos vuelve a mostrar un gradiente de preferencias. En otro análisis⁷ hemos mostrado que los médicos de grupos sociales altos tienen una marcada tendencia a estudiar la carrera en escuelas de alta calidad, sean estas públicas o privadas. En los últimos años, la emergencia de escuelas privadas de alta calidad ha ampliado la posibilidad de ofrecer este tipo de educación a los grupos sociales que económicamente pueden sufragar sus altos costos.

En México todas las escuelas con orientación a la atención primaria son públicas. Nuestros resultados muestran una distribución de preferencias que da pie a muchas inquietudes y discusiones. ¿Por qué no hay diferencias entre uno y otro tipo de educación? Las respuestas pueden ser múltiples, sin embargo, creemos que las condiciones del mercado de trabajo han restringido las posibilidades de los médicos a ubicarse en cierto tipo de empleos,

los puestos de trabajo vacantes normalmente implican el "sacrificio" de vivir fuera del ambiente urbano por la misma paga, además como hemos señalado no son pocos los médicos egresados de este tipo de escuelas que eligen el camino de la especialización, algunos de ellos con éxito.

Por otra parte observamos que en el nivel de la especialidad podemos encontrar espacios donde la educación médica genera posibilidades en la transformación de valores. Nos referimos al caso de la especialidad en medicina familiar. El programa de medicina familiar fue concebido originalmente como un área en la que el acercamiento a las necesidades de salud de la población era de carácter holístico. Su preferencia por aceptar empleos en zonas rurales nos muestra que entre este grupo de médicos la difusión de los elementos del paradigma de la educación basada en la atención primaria han tenido influencia. No obstante la interpretación puede no aparecer tan clara si consideramos que el mercado laboral urbano para los médicos familiares se ha restringido en los últimos años. Probablemente al no encontrar empleo seguro como en un principio, los médicos familiares se vean forzados a cambiar sus expectativas de ubicación.

Debe destacarse que, al comparar el comportamiento de tres variables, origen social, calidad de la escuela de medicina y tipo de especialidad, el gradiente de distribución de porcentajes se fortalece entre la primera y la última. Creemos que estas distribuciones pueden estar reflejando un reforzamiento de los valores del modelo de atención especializada que lleva al médico a optar cada vez menos por trabajar bajo condiciones de baja tecnificación y de escasez de recursos. Podríamos pensar que un médico proveniente de un origen social alto, educado en una escuela de calidad alta y con nivel de subespecialidad sería la persona menos dispuesta a trabajar en APS.

Las variables referentes al mercado de trabajo muestran diferencias interesantes. En primer lugar es de resaltar que aun bajo condiciones de desempleo, los médicos no aumentan sus preferencias por aceptar la oferta de empleo. Para ello normalmente requieren de otras condiciones. De hecho, sería relativamente optimista pensar que el grupo de médicos desempleados aceptaría automáticamente incorporarse al modelo de atención que propone la APS solamente porque se encuentra en situación desventajosa respecto a otros grupos de médicos en el mercado de trabajo. Además, si el médico se encuentra ubicado en el mercado de trabajo, realmente la única variable que establece diferencias en cuanto a las prefe-

rencias, es el monto del salario mensual acumulado. No obstante, es interesante observar que el salario no es la condición más importante que los médicos requieren para desplazarse a otra localidad. Posiblemente el requerimiento de salario esté aparejado al de superación académica o sea consecuencia de ésta, tal como señala Sorkin¹⁶. Lo cierto es que aquellos médicos con nivel de ingresos superior a 5 sm representan un grupo con poca susceptibilidad a desplazarse.

En suma, resulta claro que existen grupos de médicos dispuestos a incorporarse a los programas de atención de la población rural. Sin embargo, la oferta de un puesto de

trabajo por sí misma no es condición suficiente para que puedan reubicarse. Para ello se requieren de una serie de condiciones de tipo profesional, académico y social que deben ser satisfechas. Por otra parte, un enfoque que Yepes había identificado como poco estudiado, el de la política estatal de redistribución, continúa pendiente. En México se cuenta con la base jurídico-legal para llevar a cabo esta redistribución¹³. No obstante, una política de redistribución de médicos debe estar ligada necesariamente a una política global de distribución de recursos y más aún, como señala Rushing¹⁴, a una política de desarrollo rural integral.

Referencias

1. Bankowski Z. Una burla y un derroche. En: *Salud Mundial*. OMS, Abril, 1987.
2. Berliner H.S. A Large Perspective on the Flexner Report. *International Journal of Health Services*. 5:573-591, 1975.
3. Field M.G. American and Soviet Medical Manpower: Growth and Evolution, 1910-1970. *International Journal of Health Services*. 5(3): 453-74. 1975.
4. Frenk J. Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina en México. *Educación Médica y Salud*. Vol 19 No. 4: 426-451, 1985.
5. Frenk J. *The Political Economy of Medical Underemployment in Mexico: Corporatism, Economic Crisis, and Reform*. Presentado en: Conference on the Political Dynamics of Physician Manpower Policy. Londres, Inglaterra, mayo 24-27, 1988.
6. Frenk J, Robledo C, Nigenda G, Arredondo A, Vázquez LA, y Ramírez C. Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México. *Salud Pública de México*. No. 30, Vol. 5, 691-699, 1988.
7. Frenk J, Alagón J, Del Río A, Nigenda G, Robledo C, Vázquez LA, Ramírez C. *Determinantes del empleo médico urbano en México*. Síntesis Ejecutiva. SE-16/89. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1989.
8. Kinding D.A. & Movassaghi, H. Physician Supply in Small Rural Counties. *Health Affairs*. 63-76. Summer 1989.
9. Levine R. *Cultura, conducta y personalidad*. Colección Manifiesto. Serie Antropológica. Akal Editor, 91-100, Madrid 1977.
10. Levinson D. Medical Education and the Theory of Adult Socialization. *Journal of Health and Social Behavior*. 8, No. 4. 253-265, December 1967.
11. Organización Panamericana para la Salud. *El estado y los servicios de salud. Descentralización de servicios de salud*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud. No. 17 pp. 52 Buenos Aires, 1987.
12. OPS, op. cit.
13. Ríos H. El análisis de los recursos humanos en la medicina. *Revista de la Educación Superior*. ANUIES, México, 9: 36, 1980.
14. Rushing A.W. *Communitary Physicians, and Inequality. A Sociological Study of the Maldistribution of Physicians*. Lexington Books, Lexington Mass., USA, 1975.
15. Sorkin A. *Health Manpower*. Lexington Books. Baltimore 109-128, 1977.
16. Sorkin A. op. cit.