

# Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México

## Health sector decentralization and divergences with the medical society in Mexico

Raquel Abrantes Pêgo y Sofía Arjonilla Alday

Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

---

### Descriptorios

Descentralización. Reforma del sector salud. Médicos. Práctica profesional. México.

### Keywords

Decentralization. Health sector reform. Physicians. Professional practice. Mexico.

### Resumen

#### Objetivo

Investigar la percepción y acción del gremio médico en el marco de la descentralización del Sector de Salud en dos estados de México, Guanajuato y Sonora.

#### Métodos

Se han utilizado técnicas cualitativas de investigación. Fueron realizadas 35 entrevistas, semiestructuradas, en total entre los dos estados, a médicos colegiados, Guanajuato y Sonora, tanto de instituciones públicas como privadas y representantes de las asociaciones gremiales y sindicales.

#### Resultados

Para el gremio médico de los dos estados investigados, la descentralización ha implicado en inseguridad, como resultado de la falta de claridad en la regulación del Sector de Salud. La acción de los Colegios de Médicos de ambos estados, se tradujo en una mayor politización de los Colegios de Médicos estatales, en la elaboración de propuestas con el objetivo de incidir en el control del mercado laboral médico de dichos estados y participación en la estructura de poder regional.

#### Conclusiones

La investigación comprueba una readaptación del gremio médico en el ámbito regional, indicando su permanencia como grupo de poder. Contrariamente a lo que informa la literatura estadounidense en México, los médicos han logrado influenciar en la regulación, con la finalidad de no perder su status privilegiado dentro de la competencia existente.

### Abstract

#### Objective

To evaluate the medical society's perception and actions in the context of health sector decentralization in the states of Guanajuato and Sonora, Mexico.

#### Methods

Qualitative research techniques were applied. Thirty-five semi-structured interviews were conducted with medical college members of both public and private institutions, and collegiate and union representatives of both states studied.

#### Results

Members of medical society in both states acknowledged that decentralization implied in insecurity due to the lack of clarity of health sector regulations. As a result of

---

### Correspondencia para/Correspondence to:

Raquel Abrantes Pêgo  
Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad, 655, Col. Sta María Ahucatlitan  
62508 Cuernavaca, Morelos, México  
E-mail: rpego@correo.insp.mx

Apoyo financiero del IDRC (International Development Research Center), Canadá.  
Presentado en el XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, 1999, Chile.  
Recibido en 12/4/2001. Representado en 12/12/2001. Aprobado en 6/3/2002.

*actions of the medical college in both states there was a growing politicization of medical college members, elaboration of proposals to increase their control over the medical labor market and their participation in the regional political power structure.*

#### **Conclusions**

*This research supports the existing re-articulation of the medical society at a regional level preserving its status as a respected group. In contrast to studies conducted in the United States and Mexico medical authorities have pressed on the regulations in order to preserve their privileged status within the existing contention.*

## INTRODUCCIÓN

En la agenda de Reforma del Sector de Salud en México, la descentralización ha sido el tema clave para el logro de sus objetivos. Esta descentralización empezó a ser esbozada en 1982 en el ámbito del ejecutivo nacional y, aunque sus objetivos pretendían una reorganización del sector público, para crear un Sistema Nacional de Salud, hasta ahora el mismo sigue dividido en Secretaría de Salud (SS), diversos subsistemas de la Seguridad Social, y un reducido sector privado que lentamente va adquiriendo más importancia, bien como un extenso sector de prácticas curativas populares, sin una coordinación aparente. El Estado otorga el derecho a la salud (Artículo 4º de la Constitución) y es la instancia que formula, regula, planifica y administra el sistema de salud, incluyéndose ahí la profesión médica.

La descentralización consta, hasta ahora, de dos etapas. La primera, de 1984 a 1987, fue concebida en el marco de la Ley. Un Sistema Nacional de Salud que debería de ser coordinado por la Secretaría de Salud y que incluyera la participación de diversos sectores sociales en la prestación de los servicios de salud. Como parte de esa estrategia, se buscó la transferencia de la responsabilidad operativa de los servicios médicos a los Estados. En esa etapa participaron sólo 14 estados de los 32 de la República. Había oposición de los sindicatos de las distintas instituciones de salud y de los gobernadores de los estados. En el periodo comprendido entre 1988 hasta 1994, ocurrió una interrupción del proceso descentralizador y fue cuando se firmó el Tratado de Libre Comercio (TLC). En el periodo de 1994-2000 la descentralización fue retomada y consistió, una vez más, en una propuesta del centro, de descentralización administrativa a partir de la cual se buscaba transferir los recursos financieros programados, bienes muebles e inmuebles y plazas laborales de la federación a los Estados, manteniendo la Secretaría de Salud central, como cabeza del sector de salud.

Su puesta en práctica está ocurriendo de forma lenta y ha conllevado tensiones que se han manifestado en diferentes ámbitos del sector –sindical, profesional, burocrático y otros. También está operando sobre las

relaciones de poder Intergobierno y entre los grupos de poder regionales. El objetivo de la presente investigación ha sido recuperar la percepción y acción del gremio médico dentro de ese contexto. La hipótesis es que la descentralización está provocando una reorganización centralizadora de este gremio en el ámbito regional, cuyo objetivo es mantener el status y privilegios de que siempre había disfrutado por medio de la legitimación de las políticas de salud.

## MÉTODOS

La investigación fue realizada en los estados de Sonora y Guanajuato que son, respectivamente, un estado de la frontera Norte de México y un del centro del país.

La perspectiva de la investigación es analítica y se han empleado técnicas cualitativas como instrumentos para obtener el material necesario al análisis. Se hizo una primera visita exploratoria a los estados con el propósito de recabar bibliografía e identificar a los informantes calificados. El trabajo de campo propiamente dicho se llevó a cabo a continuación, y constó de una sola visita (20 días aproximadamente) en el caso de Sonora, y tres a Guanajuato (resultando en aproximadamente 35 días en total) por una cuestión de proximidad geográfica.

Se procedió a la revisión y al ajuste del guión elaborado, durante el propio proceso de las entrevistas, en función de la información proveniente de otras entrevistas realizadas anteriormente.

Para la elaboración del guión de entrevistas fue planteado un conjunto de preguntas sobre la percepción y visión de los médicos – tanto empleados en las instituciones públicas como en el sector privado – y los representantes de las asociaciones gremiales y sindicales en los dos estados, en torno a los cambios y rupturas que la descentralización introdujo en su espacio laboral. La duración general de las entrevistas fue de 1.30 a 2.00 horas, sin embargo, alguna se extendió a más de 3 horas. En el total, se ha trabajado con 35 entrevistas.

Siguiendo la ética de la investigación, se obtuvo el consentimiento informado de las personas entrevis-

tadas y se garantizó el anonimato de los entrevistados, por lo que sólo se citan nombres cuando se trata de declaraciones escritas y previamente publicadas.

## RESULTADOS

La información que aquí se presenta corresponde a la percepción y práctica del gremio médico de Sonora y Guanajuato en torno a descentralización y de sus consecuencias sobre la situación del mercado laboral médico.

En cuanto a la percepción, en los dos estados investigados, los informantes médicos coincidieron en identificar la inseguridad laboral como un problema que se instaura a partir de los ochenta y que contrastaba con la seguridad con que habían vivido por décadas. Reconocen cuatro factores determinantes: (a) la crisis económica de 1981; (b) la firma del Tratado de Libre Comercio; (c) la Reforma del Sector de Salud y, en particular, la descentralización; (d) la eminente instalación de la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED), creada en 1996 como instancia federal.

Los informantes consideraron que la crisis económica afectó al *status* económico que poseían y a sus condiciones laborales. Alegan que el presupuesto para las instituciones de salud disminuyó, así como los salarios reales. Mencionan también la disminución del prestigio de que disfrutaban, al igual que el de las organizaciones sindicales corporativas. Mencionan limitaciones en cuanto al suministro de insumos para la consulta, así como de infraestructura en sus centros de trabajo. También identifican presiones significativas respecto a la carga de consultas que deben realizar. En el caso de Sonora, argumentan que esta situación estaba obligando a unos a depender más de su consulta privada o a buscarse trabajo en el sector privado de las aseguradoras.

Con relación al TLC, alegaron que trajo consigo el fantasma tanto de la competencia con médicos inmigrantes norteamericanos y canadienses, como el de la entrada de grandes corporaciones privadas. En el caso de Sonora, se citó la posibilidad de aumento del llamado "paciente transfronterizo", una práctica relativamente común en la frontera.

Con relación a la Reforma del Sector de Salud, y en particular a la segunda etapa de la descentralización, el gremio reclamó la falta de precisión en la regulación y el deslinde de responsabilidades entre las SS Estatales y la Central (Federal), con relación a muchos problemas que la descentralización estaba provocando. Percibían una falta de identificación de las fuerzas locales con la descentralización, señalándola como una política muy poco transparente del ejecutivo nacional que busca descentralizar problemas. Este punto de vista también es

compartido por los dirigentes de los servicios de salud de los dos estados. En Sonora, más que en Guanajuato, los entrevistados manifestaron más dudas, inseguridad e inquietud con relación a la dinámica de los cambios y, en especial, al futuro del médico, para los que trabajan en las instituciones públicas y en las privadas.

Lo que, sin embargo, fue determinante para la percepción de inseguridad con relación a su mercado laboral, fue la baja autonomía política de los directivos de las SS Estatales con relación a la SS Central, en la resolución de los problemas que la propia descentralización produce. Los problemas enunciados fueron: la falta de recursos financieros y humanos, la falta de definición con relación a quién está regulando qué, y bajo qué condiciones y, por supuesto, la extensión de la privatización de los servicios médicos y la continuidad del poder de decisión del ejecutivo nacional.

El origen de esa intranquilidad reside en la iniciativa de las Secretarías de Salud locales de cobrar un impuesto adicional a los clínicos por hacer publicidad, así como inspeccionarlos para verificar que tuvieran los papeles en regla. Esas acciones fueron interpretadas como un efecto de los problemas financieros de la Secretaría local, que tenían como propósito lograr "*más dinero por cualquier medio*" y que acarrearón consigo un sentimiento de injusticia debido a que otros curadores (medicina tradicional y alternativa), considerados por el gremio médico como "*charlatanes*", continuaban divulgando sus trabajos sin muchos problemas y logrando, de forma indirecta, el reconocimiento oficial de su práctica.

En Guanajuato, otras decisiones fueron identificadas como responsables de la modificación de las reglas del mercado de servicios médicos: la iniciativa de la Secretaría de Salud de Guanajuato (SSG) de permitir la realización de ciertos análisis de laboratorio en las farmacias y el permiso dado por la SSG para dar consulta en las Farmacias de Similares a bajo precio (\$20 pesos mexicanos, aprox. 2.5 dólares US en 1999), la apertura de una Escuela de Medicina Alternativa, y la venta legal de medicamentos genéricos.

De las decisiones del centro, la que más ha provocado inestabilidad ha sido la amenaza de instalación de la CONAMED. El gremio médico opina que su instalación causará muchos problemas a los médicos, en particular a los del sector público que, según ellos, "*no opera con todas las reglas de seguridad, ni con equipos modernos y necesarios*". El argumento más rotundo en contra de la CONAMED, es el de que es una comisión que tiene un carácter inquisitorial, en la cual los médicos de los estados no participan, denigra al médico y lo convierte en el "patito feo" de la historia.

A seguir, se presentará lo que ha sido constatado respecto a la actuación del gremio médico frente a esa nueva situación. La presentación cotejará tres diferentes ámbitos: el de la organización, el de las propuestas y el de las alianzas.

Con relación a la organización del gremio, en Sonora se alega que los médicos han perdido su poder dentro de las organizaciones sindicales debido a que muchas de ellas están siendo dirigidas por otros profesionales del sector de salud. También hay el reconocimiento de que los sindicatos corporativos no participan de la conducción del proceso de reforma, ni de la descentralización y menos todavía de los problemas de los médicos empleados del sector privado. En Sonora, el Colegio Médico de la Central de Hermosillo fue quien se asignó la tarea de apoyar a los médicos en huelga en 1994, en contra de la política de las aseguradoras y de los bancos. De acuerdo con un médico colegiado, los bancos y las aseguradoras negociaban con cada médico sus salarios y las condiciones de trabajo, creando, una situación de búsqueda, *“a quien le puede pagar lo menos posible”*, sin ninguna consideración relativa a la formación del médico o a la calidad de los servicios prestados. En este conflicto, los colegios que agrupaban a los especialistas y promovían acciones gremiales, actuaron como intermediarios en las negociaciones entre el sector privado y los médicos.

La resolución de conflictos, en la práctica, se daba por negociaciones directas, personales, con los representantes estatales de las instituciones de salud. Esta estrategia no favorecía la formalización de reglas. Este sistema funcionaba porque el Secretario de Salud *“es uno de los nuestros”*. También junto a algunos directivos se identificó la necesidad de interlocutores formales para las negociaciones. El resultado fue, en el caso de Sonora, un aumento del número de miembros en los Colegios y el refuerzo de la Federación; en Guanajuato, por iniciativa del propio Secretario del sector, la creación del Colegio de Médicos del Estado. Otro resultado fue su participación en los Consejos de Salud de los estados de carácter consultivo, como invitados con derecho a voz.

En cuanto a las propuestas hechas por los Colegios locales, fueron encaminadas en el sentido de ser ellos los que deben de responder y vigilar por la buena práctica médica, otorgar constancias, ofrecer cursos para mejorar la calidad, regular la publicidad, promover el combate al *“charlatanismo”*, proponer una tabulación de precios de servicios médicos (en Sonora), y garantizar la calidad de la atención, al ser ellos quienes mejor conocen a los médicos locales.

En Sonora, la Federación de Colegios de Médicos está intentando ejercer un mayor control sobre la

práctica del profesional extranjero en México y así, conocer las barreras para que los médicos mexicanos actúen en los países fronterizos. En Guanajuato esa cuestión, aunque presente, no se transformó en una amenaza concreta debido a la distancia geográfica. Otro aspecto es el médico legal que involucra a la práctica médica. El propósito de los Colegios de los dos estados es el de asesorar a los afiliados.

En Guanajuato algunos médicos colegiados pretendían que la SS exigiera la certificación y recertificación a cualquier médico para que pudiera ejercer, lo cual, añade otro médico colegiado, *“en un país donde la SS certifica a parteras empíricas debido a la escasez de personal médico, es una utopía”*. En ambos estados, las propuestas formuladas eran la creación de un directorio de médicos certificados, para garantizar a las aseguradoras y compañías médicos calificados, y que las certificaciones de éstos fueran realizadas en el ámbito local, con la participación de los Colegios en convenio con la Academia Nacional de Medicina, al lado de las Secretarías de Salud regionales y las instituciones de educación superior.

De todas formas, la principal propuesta de ambos estados, se estructura acerca de la descentralización de los procesos de la CONAMED y la creación de comisiones estatales o, por lo menos, que garantice la presencia de un representante estatal en la Comisión Nacional. Frente a la amenaza de la inminente instalación de la CONAMED, los dos estados promovieron entre sus colegas no hacerse seguros contra posibles demandas. También actuaron para presionar para que no se instalara, actuando sobre los directivos locales. Una forma de presión identificada fue la amenaza de exigir a los hospitales del sector público una certificación del 100% de la regulación en materia de salud, y que el sector de salud también respondiera como responsable de demanda, sabiendo que esto es imposible debido a los problemas financieros del sector público. Ante este hecho, los estados apoyaron la iniciativa de que algunos médicos estudiaran derecho, con el propósito de convertirse en defensores de sus propios colegas.

En Guanajuato, lo que hizo el Colegio de Médicos del Estado fue lograr un convenio con la Procuraduría General del Estado, ya que las demandas por impericia, equiparadas por la ley mexicana al delito culposo, llevan a la detención inmediata del supuesto delincuente, en este caso, un médico. El convenio dispone que la Procuraduría haga una consulta al Colegio, que elabora un peritaje técnico.

La Procuraduría no actúa mientras no tiene en su poder ese peritaje, por lo cual el Colegio de Médi-

cos estatal es el que tiene la autoridad del dictamen. También el Colegio de Guanajuato ha llegado a un convenio con la Asociación de Profesiones y la Dirección de Profesiones, con el objetivo de delatar a los médicos que actúen como tales sin serlo, o a los que realizan prácticas inadecuadas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación se limitan a dos estados de la República Mexicana y no se extienden al restante del país; lo que no impide hacer inferencias sobre tendencias en el proceso de descentralización. El análisis se centró en el gremio médico como un actor social en la búsqueda por perpetuar sus privilegios históricos en el marco del sistema descentralizado.

La presente investigación permitió verificar que el gremio médico está percibiendo la descentralización como un peligro potencial a sus prerrogativas pero perciben, además, a los médicos de la medicina tradicional y alternativa como una amenaza, que opera con ventaja al no estar integrados formalmente al Sistema biomédico de salud. También ha reaccionado a la política del centro sin capacidad de anticipación y sin una propuesta capaz de articular otros actores más allá de sus intereses corporativos históricos y que represente una alternativa real que responda a la pregunta: ¿para qué descentralizar?

Hasta mediados de los noventa, la profesión médica nacional, regional y local no contaba con mecanismos y condiciones que le permitieran organizarse y defender sus intereses gremiales independientemente del Estado (Durán & Kennedy,<sup>4</sup> 1991). Esto se debía, por una parte, a los arreglos corporativos que monopolizaban la representación de todos los trabajadores del sector de salud, y por otra, al propio lugar privilegiado del médico como fuerza de trabajo calificada, que siempre disfrutó de altos salarios y de cierta independencia en el ejercicio de su práctica médica. La profesión médica en México, al igual que otras, se había desarrollado en una relación de dependencia con el Estado, tanto en lo que se refiere a la formación de nuevos médicos, como al empleo de los mismos (Frenk & Durán,<sup>6</sup> 1993) y, principalmente, para desempeñar el papel de mando en las instituciones públicas de salud (Basáñez,<sup>1</sup> 1996).

En cierta medida, la descentralización puso en jaque esta situación y ha debilitado a los sindicatos corporativos de las instituciones de salud. Lo preocupante de todo esto es que persisten lagunas reales en las fronteras de las divisiones de competencia entre las esferas de gobierno, y entre el sector público y el privado, que están siendo disputadas y ocupadas

por aquellos sectores que cuentan con mejores condiciones de organización para hacer valer sus intereses, en ausencia de un ejecutivo nacional o local con capacidad de regular. En ese proceso de reacomodo, los colegios de médicos buscan mantener su lugar de grupo social protegido por el Estado.

En el caso de Sonora, al encontrarse en la franja fronteriza con EE.UU., la reorganización de los colegios de médicos sí tuvo como uno de sus ejes el aumento de médicos asalariados y la pérdida de control ante su contratación por corporaciones médicas privadas, que les imponían sus propias reglas, bajo el eje de la generación de beneficios, tal como había sucedido anteriormente en EE.UU. (McKinlay,<sup>8</sup> 1977; McKinlay & Arches,<sup>9</sup> 1985; McKinlay & Stoeckle,<sup>10</sup> 1988).

En este sentido, la presente situación de México contrasta con la experiencia de otros países, en particular, la estadounidense. La investigación en cuestión muestra la continuidad del control del mercado laboral por los médicos a través del fortalecimiento de los colegios. Esa continuidad se hizo posible porque los médicos fueron capaces de rearticularse con la tecnoburocracia local e imprimir sentido a la descentralización.

Otro factor de la literatura norteamericana del mercado laboral médico, es la fragmentación (McKinlay,<sup>8</sup> 1977). La investigación en cuestión muestra en México un doble fenómeno que se traslada. Por una parte, fue posible percibir un mercado laboral sumamente fragmentado debido a la composición del sistema de salud mismo, unido a la inmensa fragmentación (en tipo, dimensión, calidad y precio de las instituciones) interior al sector privado y de las prácticas de curación. En este marco, la reforma en México como una política de liberalización del mercado médico, a diferencia de los países desarrollados, la amenaza percibida por los Colegios de Médicos provenía más de la competencia de la medicina alternativa, debido a la falta de regulación y a la alta demanda, que a la implantación de las grandes corporaciones médicas, las cuales, dada la poca proporción de población del país con capacidad de pago de seguros médicos privados (2% a mediados de los 90), aún se hallan en un estado incipiente, y no parece que vayan a crecer a un ritmo veloz. Existe en México un mercado de medicina tradicional y más específicamente indígena y de otros sistemas de curación en expansión, que ofrecen atención económica y culturalmente más accesible y no están bajo la mirada de la CONAMED y ni del paciente, definido por su rol de consumidor de un producto adquirido a través de la competencia de mercado.

De acuerdo con Campos Navarro<sup>2</sup> (1997:68) “desde 1976, únicamente las *parteras empíricas capacitadas* son aceptas por las instituciones públicas de salud” y

está en proceso de negociación el reconocimiento de la acupuntura. Sin embargo, según ese mismo autor, la población excluida del sistema de salud público recurre con frecuencia a este mercado para solucionar sus problemas. Cabe señalar que, ante esta problemática, la Reforma del Sector Salud no ofrece ninguna alternativa y, hasta hoy, en un país caracterizado por la multietnicidad, la pluriculturalidad y la pluralidad de prácticas de curación, está vigente la Ley General de Salud de 1984 que tan sólo “reconoce el ejercicio de los médicos que han tenido formación académica” (Campos Navarro,<sup>2</sup> 1997).

En los dos estados, el objetivo central de los Colegios de Médicos ha sido la obtención del papel oficial de reguladores del mercado laboral del estado, por medio de las medidas mencionadas en los Resultados. Los Colegios de Médicos de ambos estados quieren abarcar no sólo funciones propiamente gremiales sino también académicas, que normalmente deberían pertenecer a Comités ad hoc, como, por ejemplo, los Comités de Certificación (Espinoza de los Reyes,<sup>5</sup> 1997). En esa misma tónica, en el caso de Guanajuato, los peritajes técnicos para la Procuraduría de Justicia no tendrían que ser realizados por el Colegio de Médicos del Estado, sino por algún otro comité especializado, de forma que no se mezclaran intereses gremiales en decisiones que deberían ser autónomas.

Aparece entonces de forma clara, en el caso del gremio médico representado por los Colegios Médicos, lo que se presentaba a primera vista como una convergencia con uno de los objetivos de la Reforma, o sea, ofrecer y garantizar una mayor calidad y eficiencia en los servicios

de salud bajo el lema “*hay que garantizar una atención de calidad en los servicios a los usuarios*”, cuando en realidad la lucha es, como un médico de Guanajuato declara, “*profesional y económica*”, para controlar no sólo un sector del mercado (la medicina privada alópata), sino también al mercado mismo (toda práctica médica de cualquier tipo).

Los resultados de la acción gremial hasta el momento han limitado la oferta de servicios, eliminando justamente aquellos más baratos, a los que la mayoría de la población podía acceder, aumentando con ello la iniquidad existente en los servicios de salud. Prueba de ello ha sido la mala aceptación por los médicos (De Alba González,<sup>3</sup> 1998) de la introducción de medicamentos genéricos, situación similar a la de otros países, como por ejemplo España, donde la oposición de los Colegios de Médicos ante esta medida,<sup>7</sup> así como ante otras (como la posibilidad de que el farmacéutico pueda cambiar el medicamento prescrito por el genérico correspondiente) ha sido muy fuerte, debido a que les resta atribuciones y poder de decisión, en el sentido apuntado por Ritzer & Waczac<sup>11</sup> (1988).

Indudablemente, el gremio médico no está apostando en el libre juego del mercado como el mecanismo de generación de condiciones óptimas. Por el contrario, demanda que ellos, junto con el poder público local de las instituciones de salud, respondan por la regulación del mercado. En ese marco, es necesario continuar analizando y explicando no sólo la actuación de viejos protagonistas que buscan conservar posiciones privilegiadas, sino como también la de nuevos protagonistas y la reorganización en proceso.

## REFERENCIAS

1. Basáñez M. *La lucha por la hegemonía en México 1968-1990*. 10ª ed. México (DF): Siglo Veintiuno; 1996.
2. Campos Navarro. Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Rev Nueva Antropol* 1997;52:67-88.
3. De Alba González A. Colegios y sociedades médicas. ¿Está definida su misión? *CaliMed Rev Méd Guanajuato* 1998;3:97-100.
4. Durán-Arenas L, Kennedy M. The constitution of physicians' power: a theoretical framework for comparative analysis. *Soc Sci Med* 1991;32:643-8.
5. Espinoza-de los Reyes VM. Los colegios médicos y los consejos de especialización: interacciones y fronteras: estado actual de la certificación. *Gac Méd Méx* 1997;6:503-9.
6. Frenk J, Durán L. The medical profession and the state. In: Hafferty WH, Mckinlay JB, editors. *The changing medical profession*. Oxford (UK): Oxford University Press; 1993. p. 25-42.
7. Los médicos declaran la guerra a las farmacias. *El Mundo*, 11 abril 1999.
8. McKinlay JB. The business of good doctoring or doctoring as good business: reflections on Friedson's view of the medical game. *Int J Health Serv* 1977;3:459-83.
9. McKinlay JB, Arches J. Toward the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 1985;15:161-95.
10. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 1988;2:191-205.
11. Ritzer G, Waczac D. Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces* 1988;67:1-21.