



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

SITUACION LABORAL DE LOS MEDICOS
GENERALES EN LAS AREAS URBANAS
DE MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
CATALINA RAMIREZ CUADRA

Asesor: Dr. Julio Frenk Mora

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Septiembre de 1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pagina
PRESENTACION Y AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCION	7
CAPITULO I	
LA MEDICINA GENERAL Y LA EVOLUCION DE LA EDUCACION Y ATENCION MEDICA EN MEXICO (1917-1986)	
1. OFERTA MEDICA	24
2. DEMANDA MEDICA	27
3. RELACION ENTRE OFERTA Y DEMANDA MEDICA	31
4. PERIODIZACION DE LA EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE EDUCACION Y ATENCION MEDICA	39
CAPITULO II	
LOS MEDICOS GENERALES Y EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO EN MEXICO	
1. FORMACION ACADEMICA DE LOS MEDICOS GENERALES	67
2. EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO Y SUS COMPONENTES	80
2.1 EL SISTEMA DE EDUCACION MEDICA	83
2.2 EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA	85
2.3 LOS PARADIGMAS DE LA EDUCACION Y ATENCION MEDICA	86
CAPITULO III	
METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS	
1. DETERMINACION DE LA MUESTRA	99
2. VARIABLES DEL ESTUDIO	101
2.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	103
2.1.1 VARIABLES INDEPENDIENTES	103
2.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE	106
3. REVISION BIBLIOGRAFICA	107
4. ANALISIS DE DATOS	108
CAPITULO IV	
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
1. ANALISIS UNIVARIADO	109
2. ANALISIS BIVARIADO	115
3. CONCLUSIONES	146
4. PROPUESTAS	151
BIBLIOGRAFIA	153

INTRODUCCION

Entre los problemas económicos y sociales más interesantes de analizar en nuestro país encontramos el de la incorporación de los médicos al mercado de trabajo médico (mtm), así como la explicación de su funcionamiento, dada la cantidad de fenómenos que intervienen en su dinámica y la influencia que tiene la actividad del médico sobre el nivel de salud de la población.

En la formación de los médicos encontramos que a partir de los años setenta se dió el llamado fenómeno de "popularización" o "masificación" de las universidades, caracterizado por el crecimiento acelerado de las escuelas de medicina de pregrado, el incremento de la matrícula de primer ingreso, el aumento del número de egresados y la falta de personal docente calificado para la formación de médicos, cuya carencia se trató de solucionar con profesores que carecían de experiencia y estaban poco calificados para la preparación de estos profesionales, situación que dió como resultado el deterioro de la calidad de la enseñanza de pregrado, sin afectar el nivel de posgrado.

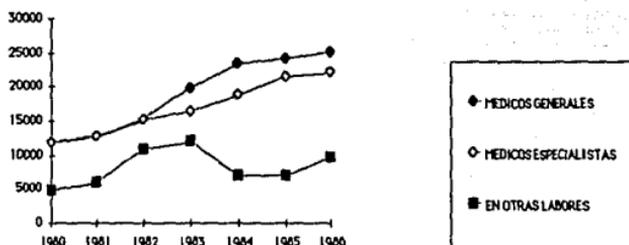
Por otro lado, con respecto al empleo de los médicos se destaca la incapacidad del sistema de atención a la salud, para absorber la oferta médica que se incrementó anualmente con las nuevas generaciones de médicos, en el cuadro 1 y la gráfica 1 se aprecia el incremento de médicos

CUADRO I
MEDICOS GENERALES REGISTRADOS EN LA DIRECCION
GENERAL DE PROFESIONES
1970 - 1986

A Ñ O	MEDICOS GENERALES
1970	1945
1971	2954
1972	2350
1973	2321
1974	3921
1975	4308
1976	4396
1977	5356
1978	7076
1979	7395
1980	8832
1981	8847
1982	10126
1983	9158
1984	9802
1985	8744
1986	8344
TOTAL	105,875

Fuente: Registro de Profesionistas. Departamento de Planeación y Cómputo de la Dirección General de Profesiones. SEP 1987.

GRAFICA 1
 NUMERO DE PLAZAS INSTITUCIONALES PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y EN OTRAS
 LABORES 1980-1986



- 1) Se incluyen a la SSA, DDF, DF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SAN, FFCC y SM
 2) A partir de 1983 se excluye a FFCC por la reestructuración del Sector Público
 3) En 1986 se incluye a IMSS-COPLAMAR

Fuente: Secretaría de Salud y Asistencia. Boletín de Información Estadística No. 2, 4, 5 y 6. México, 1984, 1987, 1988.

graduados de 1980 a 1986, que suman un total de 63,853 médicos que estaban capacitados para integrarse al mtm, mientras que en las instituciones públicas de salud el incremento de plazas de nueva creación para médicos generales fue aproximadamente de 10,000 mil.

Ante la observación de los problemas de empleo que enfrentan los médicos, se generó la investigación denominada "Patrones de Empleo Médico en las Áreas Urbanas de México", en el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Dicha investigación planteó como objetivo fundamental el conocer los patrones de empleo o formas de inserción⁽¹⁾ de los médicos al mercado de trabajo.

A través de la investigación se comprobó la excesiva concentración de los médicos en las áreas urbanas de México. Aproximadamente 80,000 médicos activos viven en 16 de las ciudades más importantes de México, de los cuales 13,500 están subempleados o desempleados (Frenk, et al. 1988). Frente a este fenómeno de subempleo y desempleo médico las estadísticas oficiales indican que 9.3 millones de personas, que representan 11% de la población nacional, no tienen servicios médicos permanentes (De la Madrid, 1987). Así

¹ Son diversas características del empleo o empleos que posee el médico (número de trabajos, productividad, posición en el trabajo, ocupación, ingresos, etc.). Las categorías empleadas son seis, monoempleados asalariados, monoempleados independientes, multiempleados, subempleados cualitativos, subempleados cuntitativos y desempleados. (Frenk y Col. 1988).

pues, resulta contradictorio que la demanda social de atención médica esté insatisfecha para una parte importante de la población, cuando al mismo tiempo se concentran miles de médicos en las áreas urbanas.

Algunos de sus resultados nos demuestran que los médicos que presentan mayores índices de subempleo, desempleo e inactividad son los médicos generales.

Aproximadamente 28% de ellos no tienen una ocupación plena, es decir, 8% está subocupado, 6% son desocupados activos y el resto se distribuye en diferentes grupos de médicos inactivos, tales como las amas de casa, los desocupados desalentados, encubiertos y otros. (Frenk, et al, 1988). En comparación, entre los médicos especialistas la subocupación, desocupación e inactividad suman apenas 5%.

Esta crítica situación de empleo de los médicos generales me despertó el interés de profundizar en el estudio de sus características ocupacionales y de los factores que las determinan. Siendo de vital importancia encontrar respuestas a las siguientes interrogantes:

¿Que patrones de empleo o formas de inserción al mercado de trabajo médico presentan los médicos generales ?

¿De qué forma las características sociodemográficas y educativas influyen en la situación laboral de los médicos generales?

¿Qué diferencias existen en las características ocupacionales de los médicos generales y los médicos especialistas?

A partir de estas preguntas los objetivos que traté de cumplir con el desarrollo de la presente investigación fueron los siguientes:

- Identificar los diferentes y patrones de empleo o formas de inserción al mtm de los médicos generales, y analizar los factores que influyen en éstas.

- Identificar los patrones de empleo más frecuentes entre los médicos generales.

- Comparar los patrones de empleo de los médicos generales con los que presentan los médicos especialistas.

- Analizar de qué manera las características demográficas influyen en la situación laboral de los médicos generales.

- Conocer el grado de influencia del origen social en la situación laboral de los médicos generales.

- Estudiar de qué manera influye la formación académica de los médicos generales en su situación laboral.

- Identificar las generaciones de médicos generales que enfrentan mayores problemas en su inserción al mtm.

Durante el desarrollo de la investigación se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

1. El origen social y las características demográficas (sexo, edad y estado civil) determinan el nivel de preparación profesional (licenciatura o posgrado) al que tienen acceso los médicos.

2. El origen social de los médicos generales, influye indirectamente en el patrón de empleo que presentan, ya que las escuelas y facultades de medicina median la influencia del origen social en la forma de inserción del médico general al mtm.

3. Los fenómenos de desempleo y subempleo se presentan con mayor frecuencia entre los médicos generales egresados a partir de los años setenta que entre los médicos especialistas.

4. El desempleo, el subempleo y la inactividad son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres con nivel de licenciatura en medicina.

5. El asalariamiento se presenta con mayor frecuencia entre los médicos generales monoempleados que entre los especialistas.

6. El fenómeno de desempleo y subempleo se presenta con mayor frecuencia entre las últimas generaciones de

médicos generales que entre las de los médicos especialistas.

7. Los médicos generales de generaciones anteriores a los setenta, presentan mejores condiciones en sus empleos, que los egresados después de ese período.

8. Existe un patrón de empleo dominante entre los médicos generales.

Así, en el presente trabajo, en el capítulo I describo la revisión bibliográfica que realicé con respecto a los problemas detectados en la oferta y demanda médica, la relación existente entre los dos componentes del mtm. De ahí prosigo con la descripción del contexto histórico de la medicina general, describiendo los eventos más importantes que se registraron en el sistema de atención y educación médica, mismos que pudieron afectar el empleo de los médicos generales, para ello retomé la periodización propuesta por Frenk y colaboradores, utilizada para describir la intervención del Estado en los servicios de salud, la evolución del mtm, así como las políticas de formación y empleo de médicos en México (Frenk, et al 1990).

En el capítulo II describo la relación de los médicos generales con el mercado de trabajo, asimismo su formación académica y los elementos que integran el mercado de trabajo médico, tratando de describir los sistemas de educación y

atención médica resaltando los paradigmas²) empleados en ellos, con el fin de identificar los elementos que impiden su vinculación.

El capítulo III contiene la descripción de la metodología empleada en la investigación y el análisis de los datos a través de un análisis univariado y bivariado utilizando el paquete estadístico SPSS.

Finalmente, en el capítulo IV se describen y analizan los resultados, se presentan las conclusiones y algunas propuestas sobre el problema de estudio.

² Son modelos ideológicos propuestos sobre la forma, contenido y organización del trabajo médico que permiten combinar los recursos humanos y materiales con el objetivo de producir tipos ideales de servicios médicos (Frenk, 1983).

CAPITULO I
LA MEDICINA GENERAL Y LA EVOLUCION DE LA EDUCACION Y
ATENCION MEDICA EN MEXICO 1917-1986

El deterioro de la situación laboral de los médicos generales me llevó a reflexionar sobre este problema, ya que en la actualidad se sigue teniendo gran demanda por la carrera de medicina y los problemas económicos que presenta el país tienden a agudizar los problemas de empleo en nuestra sociedad.

Los datos publicados por la ANUIES en 1983 indicaban la existencia de 56 escuelas de medicina en el país, de las cuales 20% estaban ubicadas en la ciudad de México y la zona metropolitana.

En el período 1970-1980 la matrícula total nacional de medicina alcanzó la cifra de 93,365 alumnos y en 1978 llegó a su máximo nivel con el ingreso de 20,463 estudiantes (ANUIES, 1984).

Los mecanismos implementados en el Distrito Federal para disminuir el número de estudiantes de medicina han resultado insuficientes para hacer descender la matrícula nacional, ya que la parte que ha cedido o perdido el Distrito Federal ha sido absorbida por unas cuantas entidades federativas, entre las que se encuentran Veracruz, Nuevo León, Estado de México, Chihuahua y Tamaulipas. Esta situación se hace evidente si se toma en cuenta que de 8

escuelas que tenían en su conjunto estos estados antes de 1970, aumentaron a 25 en 1983 (cuadro 2 y 3). Además en ese mismo año se presentó un repunte en la matrícula de ingreso, lo que provocó un mayor número de médicos egresados para 1987 (ANUIES, 1984; AMFEM, 1989).

Al mismo tiempo, se ha venido incrementando la participación de la mujer en la carrera. Efectivamente, en 1970 las mujeres representaban 21% de la matrícula total, en 1977 eran 29%, para 1984 se incrementó a 36%, y en 1988 fue de 42% (gráfica 2).

Por otra parte, existe consenso respecto al deterioro de la calidad de la preparación de los egresados. A este deterioro se atribuyen causas tales como la mala preparación del personal docente, se sabe, por ejemplo, que 65% sólo han alcanzado el grado de licenciatura (ANUIES, 1984); pero la causa más citada es la "masificación de la enseñanza" o la "popularización educativa" que fue caracterizada por la falta de adecuación a las nuevas circunstancias por parte del sistema de enseñanza, hecho que repercutió directamente en el desarrollo inadecuado de actitudes y comportamientos socialmente deseables en los médicos, así como en la gran ineficacia e insuficiencia de los procesos de enseñanza-aprendizaje. (Alvarez, 1985).

En estas condiciones, al salir de la facultad el médico general tiene tres posibles caminos; el primero,

CUADRO 2
 ESCUELAS DE MEDICINA DE NUEVA CREACION
 (1970 - 1986)

ANO DE CREACION	UNIVERSIDAD	ESCUELA	ESTADO	CIUDAD
1970	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CD. JUAREZ	ESC. DE MEDICINA	CHIHUAHUA	CD. JUAREZ
	UNIVERSIDAD LA SALLE	FAC. DE MEDICINA	D. F.	D. F.
	UNIVERSIDAD DEL NOROESTE	ESC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	TAMPICO
1971	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA	ESC. DE MEDICINA	BAJA CALIF. NORTE	MEXICALI
	CENTRO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS XOCHICALCO	ESC. DE MEDICINA	BAJA CALIF. NORTE	ENSENADA
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FAC. DE MEDICINA	VERACRUZ	POZA RICA
1972	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES	CENTRO BIOMEDICO	AGUASCALIENTES	AGS.
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS	FAC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	MATAMOROS
1973	UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DE PUEBLA	ESC. POPULAR DE MEDICINA	PUEBLA	PUEBLA
1974	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA	ESC. DE MEDICINA	BAJA CALIF. NORTE	TIJUANA
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA	ESC. DE MEDICINA	COAHUILA	SALTILLO
	UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA	DIV. DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD	D. F.	D. F.
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO	ESC. DE MEDICINA	GUERRERO	ACAPULCO
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FAC. DE MEDICINA	VERACRUZ	JALAPA
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FAC. DE MEDICINA	VERACRUZ	CIUDAD MENDOZA
1975	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS	ESC. DE MEDICINA	CHIAPAS	TUXTLA GUTIERREZ
	UNIVERSIDAD JUAREZ DEL EDO. DE DURANGO	ESC. DE MEDICINA	DURANGO	GOMEZ PALACIOS

CUADRO 2
ESCUELAS DE MEDICINA DE NUEVA CREACION
(1970 - 1986)

ANO DE CREACION	UNIVERSIDAD	ESCUELA	ESTADO	CIUDAD
1975	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	ENEP-IZTACALA	EDO. DE MEXICO	EDO. DE MEXICO
	UNIVERSIDAD ANAHUAC	ESC. DE MEDICINA	EDO. DE MEXICO	EDO. DE MEXICO
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL EDO. DE MORELOS	ESC. DE MEDICINA HUMANA	MORELOS	CUERNAVACA
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NAYARIT	ESC. DE MEDICINA HUMANA	NAYARIT	TEPIC
	UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS	ESC. DE MEDICINA	NUEVO LEON	MONTEMORELOS
1976	UNIVERSIDAD DEL SUDESTE	ESC. DE MEDICINA	CAMPECHE	CAMPECHE
	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	ENEP-ZARAGOZA	D. F.	D. F.
	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL	CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD	D. F.	D. F.
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA	ESC. DE MEDICINA	SINALOA	CULIACAN
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FAC. DE MEDICINA	VERACRUZ	HINATITLAN
1977	UNIVERSIDAD DE COLIMA	ESC. DE MEDICINA	COLIMA	COLIMA
	UNIVERSIDAD REGIONAL DEL SURESTE DE OAXACA	ESC. DE MEDICINA Y CIRUGIA	CAXACA	OAXACA
1978	INSTITUTO TECNOLOGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY	ESC. DE MEDICINA	NUEVO LEON	MONTERREY
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO	ESC. DE MEDICINA	QUERETARO	QUERETARO
	UNIVERSIDAD DE MONTERREY	DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD	NUEVO LEON	SAN PEDRO GARZA GARCIA
	UNIVERSIDAD DE MONTERREY	FAC. DE MEDICINA (AULAS ANEXAS)	NUEVO LEON	MONTERREY
1979	UNIVERSIDAD VALLE DE BRAVO	ESC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	REYNOSA

CUADRO 2
 ESCUELAS DE MEDICINA DE NUEVA CREACION
 (1970 - 1986)

ASO DE CREACION	UNIVERSIDAD	ESCUELA	ESTADO	CIUDAD
1980	INSTITUTO DE CIENCIAS Y ESTUDIOS SUPERIORES DE TAMAULIPAS A.C.	ESC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	MATAMOROS
1982	UNIVERSIDAD MEXICO AMERICANA DEL NORTE	ESC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	REYNOSA
1983	UNIVERSIDAD VALLE DEL BRAVO	ESC. DE MEDICINA	TAMAULIPAS	CIUDAD VICTORIA

ESCUELAS PUBLICAS = 23

ESCUELAS PRIVADAS = 14

TOTAL DE ESCUELAS FUNDADAS A PARTIR DE LOS 70s = 37

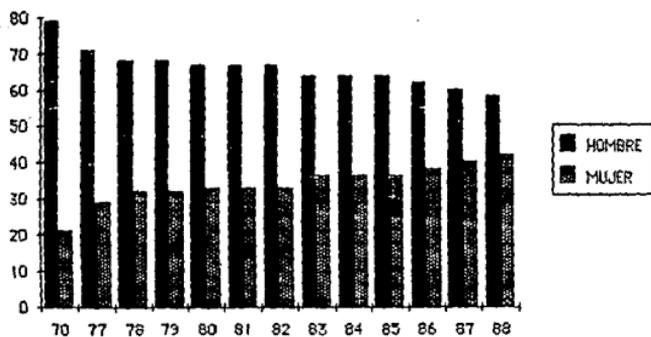
FUENTE: ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en Mexico. México. D.F. 1984.
 AMFEM. "Directorio nacional de facultades y escuelas de medicina" México. D.F. 1989. (mimeografiado).

CUADRO 3
 NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA QUE SE FUNDARON EN LOS ESTADOS DE LA
 REPUBLICA MEXICANA A PARTIR DE 1970

No	ESTADO	No DE ESCUELAS	AÑO DE FUNDACION
1	AGUASCALIENTES	1	1970
2	BAJA CALIFORNIA NORTE	3	1971 (2), 1974
3	CAMPECHE	1	1976
4	COAHUILA	1	1974
5	COLIMA	1	1977
6	CHIAPAS	1	1975
7	CHIHUAHUA	1	1970
8	DISTRITO FEDERAL	4	1970, 1974, 1976 (2)
9	DURANGO	1	1975
10	GUERRERO	1	1974
11	EDO. DE MEXICO	2	1975 (2)
12	MORELOS	1	1975
13	NAYARIT	1	1975
14	NUEVO LEON	4	1975, 1978 (3)
15	OAXACA	1	1977
16	PUEBLA	1	1973
17	QUERETARO	1	1978
18	SINALOA	1	1976
19	TAMAULIPAS	6	1970, 1972, 1979 (2) 1980, 1983
20	VERACRUZ	4	1971, 1974 (2), 1976
TOTAL		37	

FUENTE: ANUIBS. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México. México, D.F. 1984.
 AMFEM. "Directorio nacional de facultades y escuelas de medicina" México, D.F. 1989. (mimeografiado).
 CISP-INSP. Proyecto "Políticas de formación y empleo de médicos en México (1958-1986)".

GRAFICA 2
MATRICULA NACIONAL POR GENERO



Fuente: ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Salud. México, 1984. pp. 124. ANUIES. Anuario Estadístico de Licenciatura. México, 1984, 1986, 1987.

estudiar una especialidad médica; el segundo, estudiar otro tipo de posgrado y, el tercero, conseguir un empleo.

Sin embargo, las posibilidades de realizar una especialidad hoy en día son mínimas, pues sólo un pequeño porcentaje de los egresados puede realizarla; por ejemplo, en el período 1980-84 se ofrecieron un total de 14,228 plazas para residencias médicas, en tanto que se presentaron a solicitarlas 56,780 médicos, lo que nos indica que de cada cuatro egresados sólo uno logró ingresar al sistema de especialización (Alvarez, 1986).

De la misma manera, las oportunidades de los médicos para conseguir empleo son limitadas. Como ya se ha señalado uno de los factores que obstaculizan la obtención de un empleo es la concentración de los médicos en las áreas urbanas. Otros factores son los inadecuados modelos de atención a la salud, en donde domina la demanda preferencial por los especialistas y el limitado crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud.

Con la finalidad de ubicar y comprender mejor los componentes de la problemática de empleo de los médicos generales, la bibliografía consultada con respecto al tema se dividió en tres niveles conceptuales:

1. oferta médica
2. demanda médica

3. relación entre la oferta y la demanda médica.

1. OFERTA MEDICA

Durante 1983, el Colegio Nacional realizó un seminario sobre la problemática que enfrenta la medicina hoy en día. En el evento antes mencionado, se habló con respecto a la oferta de médicos lo siguiente: el Dr. Kumate, (como un investigador interesado en el tema de la formación de recursos humanos médicos), analizó en el seminario la problemática que enfrenta el médico en su preparación de pregrado. Sobresalto e hizo hincapié en la limitación de los planes de estudio de la carrera, que impide brindarle un conocimiento adecuado al egresado para atender los padecimientos más frecuentes en el primer nivel de atención. "En México, la educación de pregrado en las aulas de la escuela y en las clínicas de los hospitales no ha sido encaminada para formar la base médica que requiere el país" (Kumate, 1982).

El Dr. Bernardo Sepúlveda, durante el mismo seminario, puntualizó que la problemática que enfrenta la educación de pregrado es:

o Un número excesivo de estudiantes.

o Falta de métodos adecuados de selección para el ingreso de los aspirantes a los establecimientos de enseñanza.

o Limitación en los recursos humanos y materiales para la docencia.

o Falta de adecuación de los programas educativos a las necesidades de atención médica en el país, y

o La ausencia de evaluación sistemática de los resultados de la enseñanza. (Sepúlveda, 1982).

Frenk, Hernández y Alvarez realizaron una investigación sobre el internado rotatorio de pregrado en México, en la que se analizó el origen social y la formación académica de un grupo de internos de pregrado, indicandó el papel y la importancia de esos elementos en la determinación de las preferencias vocacionales y expectativas profesionales que manifestó ese grupo. Para ello utilizó elementos teóricos sobre la movilidad social y la socialización de adultos, estructurando una clasificación de los paradigmas médicos (Frenk, 1987), los cuales son de suma importancia en la descripción sociológica de la educación médica.

La Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES) desarrolló un informe sobre la situación que presentaron las escuelas y facultades de medicina en México hasta 1983. Los datos que presenta son:

o El número de escuelas y facultades de medicina del país.

o La matrícula total y su distribución por grado.

o El número total de personal académico por grado de estudios y su distribución por escuelas (ANUIES, 1984).

La información ofrecida es de gran ayuda, ya que nos permite tener datos aproximados con respecto al número de estudiantes que son candidatos a ser médicos generales y que en un futuro tratarán de incorporarse al mtm. Cabe destacar que los indicadores de oferta y demanda médica tienen muchos problemas de interpretación en nuestro país, ya que se construyen con una gran variedad de criterios que impiden que se les trate y trabajen de forma similar.

En una reunión sobre investigación en recursos humanos para la salud celebrada en Washington, se hizo hincapié en la necesidad de solucionar diversos problemas que enfrenta la formación de los recursos humanos médicos a nivel latinoamericano, recalcando que hasta ahora la preocupación central ha sido la planeación de los contenidos educativos y no lo que representa el recurso humano como respuesta a una demanda social. El grupo determinó la imposibilidad de planificar los recursos humanos en salud sin una definición del tipo de sociedad a la que deben atender, ya que el tipo de sociedad define una práctica de salud que genera un sistema de prestaciones que, a su vez,

condiciona el tipo de recursos humanos que la ejecutará (OPS, 1984). La importancia de este trabajo radica en resaltar la necesidad de conocer e identificar las necesidades de salud de la población de nuestro país, misma que demandará una reestructuración en la formación de los médicos, evitando imitar modelos educativos no congruentes con nuestras necesidades de salud.

Corona analizó los datos del origen social, antecedentes educativos y las calificaciones obtenidas en el exámen nacional de los aspirantes a las residencias de especialidad en el sector público. Su conclusión general es que los médicos con mayores conocimientos y mejores oportunidades de desarrollarse son los que tienen un perfil socioeconómico más elevado (Corona, 1983). Los resultados de la investigación nos obliga a buscar estrategias adecuadas para evitar o disminuir la reproducción de la desigualdad social, camino que no resulta fácil, pero que es necesario en el compromiso del sociólogo.

Otro de los componentes primordiales del mtm es la demanda médica, al revisar la bibliografía se encontró lo siguiente con respecto al tema.

2. DEMANDA MEDICA

Con respecto a la demanda de los médicos uno de los primeros trabajos sobre este tema fue el de Myers quien

desarrolló un modelo de la demanda de médicos para 1970, 1975 y 1980. Las proyecciones están basadas en el supuesto de que la estructura de la atención de la salud y en especial la alta dependencia respecto a los médicos no se alteraría en el periodo considerado para el estudio (Myers, 1971). Una crítica a este trabajo radica en que la proyección no contempla factores como los económicos, políticos, etc, razón que suele determinar que las predicciones del número de médicos graduados en México falle.

Nogueira, un economista brasileño, analizó las tendencias y perspectivas de la investigación que se efectúa sobre personal de salud en Latinoamérica, proponiendo priorizar un análisis histórico de la formación de los recursos humanos en salud y de su integración al mercado de trabajo. Refiriéndose al caso de México señala que "en el periodo 1965-1975... se abrieron 34 escuelas de medicina o sea un 188% de aumento" como resultado de:

o Una demanda general por la Enseñanza Superior originada por un incremento de la clase media (que entre otros factores se puede reflejar, como en el cuadro 4, como un aumento de la escolaridad de la población de 1959 a 1978).

o Extensión y consolidación de la seguridad social vigorizando la extensión de servicios médicos a nuevos grupos sociales.

CUADRO 4

CRECIMIENTO DE LA MATRICULA ESCOLAR NACIONAL Y DEMANDA SATISFECHA
POR NIVEL EDUCATIVO 1950 - 1978

AÑO	BÁSICA	DEMANDA SATISF.	MEDIA	DEMANDA SATISF.	SUPERIOR	DEMANDA SATISF.
1950	3,031,691	51.27	87,096	3.30	29,395	1.29
1960	5,401,509	63.42	248,172	7.01	77,033	2.61
1970	9,248,270	74.39	1,527,865	30.22	225,886	5.60
1978	12,560,035	74.2	3,024,200	41.98	557,595	9.79

Fuente: De Ibarrola Ma. "El crecimiento de la escolaridad superior en México como expresión de los proyectos socioeducativo del Estado y la Burguesía" en Cuaderno de Investigación Educativa No. 9 México, 1982. DIE-CINVESTAV-IPN.

o Un aumento en la demanda de recursos médicos, que permitieran cubrir la necesidad de atención a la población incorporada (Nogueira, 1984).

Frenk, Hernández y Alvarez puntualizaron que las instituciones públicas de salud cubrieron su demanda de médicos generales a través de los estudiantes del internado de pregrado y de los pasantes en servicio social. (Frenk, et al., 1978), siendo uno de los pocos trabajos críticos hacia la dinámica del sistema de atención en México.

Sepúlveda, como compilador de los trabajos del seminario organizado por el Colegio Nacional, también señaló algunos problemas que limitan la demanda de médicos generales en las instituciones públicas y privadas de salud. Entre los problemas que afectan a las instituciones públicas destacan:

a) La falta de coordinación entre las dependencias estatales encargadas de la atención a la salud.

b) La deficiente organización de los servicios médicos en los tres niveles de atención:

o La atención primaria poco desarrollada a nivel de la medicina general, en comparación a la de las especialidades.

c) Las carencias en los servicios a los grupos marginados de las áreas urbanas y rurales.

Ahora bien, con respecto a las instituciones privadas cinco son los puntos mencionados por el autor:

a) El predominio de las especialidades sobre la medicina general.

b) La falta de un sistema de evaluación de los servicios.

c) La menor atención a la medicina preventiva, y

d) La barrera económica que representa para los pacientes el costo de este tipo de servicios (Sepúlveda, 1982). Estas reflexiones son importantes para establecer una serie de interrogantes con respecto a la conformación del sistema de salud en México y el tipo de necesidades de salud de la población, misma que ha sido poco estudiada en nuestro país, y cuyas respuestas nos indicarán las fallas y aciertos logrados en el sector salud.

3. RELACION ENTRE OFERTA Y DEMANDA MEDICA

En lo que respecta a la relación entre los dos componentes del mtm, Gómez realizó un interesante análisis comparativo de diversos estudios en México sobre la adecuación o desfase de los profesionistas en general respecto a su inserción a la práctica profesional, midiendo en términos de la relación existente entre el perfil profesional (cognoscitivo y de habilidad) del egresado y la

naturaleza de las tareas que desempeña en su puesto de trabajo, profesión u oficio. Esta relación se puede dar de dos formas opuestas, de adecuación o inadecuación que llevan a diferentes formas de sobreocupación o de subocupación. También señala que coexisten necesidades de profesionistas no cubiertas por el sistema educativo y de oferta de otros que no son demandados en el mercado de trabajo (Gómez, 1983).

Los trabajos analizados por el autor comprenden tres enfoques conceptuales del problema, estos son:

- a) Estudios históricos estructurales de profesiones.
- b) Estudios de funcionamiento cualitativo del mercado de trabajo de los egresados de la educación superior.
- c) Actitudes de egresados y empleadores.

A partir de un estudio enfocado directamente hacia el campo de los recursos humanos en salud, Alvarez Manilla describió las posibles causas y soluciones del desequilibrio en la formación de los recursos humanos de la salud y los problemas de desempleo y subempleo de los médicos que se observa actualmente en México (Alvarez Manilla, 1986).

El trabajo de una brasileña, la Dra. Cecilia Donnangelo es de gran importancia para la investigación sobre el mtm, ya que situó con profundidad analítica las determinantes políticas y económicas que conforman el

proceso de trabajo médico en la estructura de los servicios de salud, ya sean públicos o privados, sin perder de vista los factores ideológicos que presentaron los subgrupos profesionales en su lucha en el mercado de trabajo, afectando incluso las líneas adoptadas por las organizaciones de formación. También describió como variaron con el transcurso del tiempo las condiciones de trabajo de los médicos en Brasil, llegando a la conclusión de que la intervención del Estado en el sector salud obligó a la transformación de una profesión liberal como lo fue la medicina a una profesión cada día más asalariada. La importancia del trabajo radica en el intento de Cecilia Donnangelo en describir las características de inserción de los médicos al mercado de trabajo en Brasil (Donnangelo, 1973).

Frenk, Hernández y Álvarez analizaron dos grandes temáticas. La primera se refiere a los componentes del mtm y las relaciones que se establecen entre ellos. La segunda, estudió el papel del Estado en la creación de los servicios médicos a partir de principios de siglo hasta 1979, para ello utilizaron una periodización que permitió visualizar los cambios en el mtm respecto a la oferta y demanda de médicos en cada periodo (Frenk, et al., 1978).

Machado y Boaventura analizaron la inserción de las médicas al mtm en Brasil, subrayando el incremento de egresadas a partir de los años 70 y las condiciones de

desventaja respecto a los varones en su situación laboral, por ejemplo, el hecho de asumir una "doble jornada", les impide desenvolverse plenamente en su empleo; lo que, sumado a los límites marcados por la sociedad dada su condición de mujeres les impide la libre elección de la práctica profesional, observando mayor subempleo y desempleo entre las médicas generales (Machado y Boaventura, 1985).

Bloch, Quintero y Belmartino realizaron una investigación sobre el mtm en Argentina y las formas de inserción del médico a éste, encontrando una serie de modalidades, entre ellas, a través de combinaciones de la práctica institucional y privada, el tipo de institución en que se empleaban, el multiempleo, tipo de salario, etcétera (Bloch, et al., 1980).

De la Fuente analizó algunos problemas que enfrenta la medicina contemporánea, entre ellos señaló la desconfianza de la población con respecto al médico, ya que la medicina de hoy no ofrece lo que la gente espera de ella, algunos de estos problemas son generados por la falta de correspondencia entre la preparación y la distribución geográfica de los médicos y las necesidades de la población (cuadro 5), así como el descuido de los aspectos preventivos y la carencia de servicios primarios de salud, entre otros aspectos (De la Fuente, 1982).

En el seminario "El médico general, una respuesta al futuro" realizado en 1978 en Colombia, se analizó

CUADRO 5
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y
LA POBLACION POR ENTIDAD FEDERATIVA

ESTADO	NO. DE ESC. Y/O FAC. DE MEDICINA*		POBLACION**	
	ABS	REL.	ABSOLUTA	RELATIVA
AGUASCALIENTES	1	1.6 %	519,439	.82
BAJA CALIFORNIA	3	4.9	1,177,886	1.87
CAMPECHE	1	1.6	420,553	.66
COAHUILA	2	3.3	1,557,265	2.47
COLIMA	1	1.6	346,293	.55
CHIAPAS	1	1.6	2,084,717	3.31
CHIHUAHUA	2	3.3	2,005,477	3.18
DISTRITO FEDERAL	6	13.1	6,831,079	14.04
DURANGO	2	3.3	1,182,320	1.88
GUANAJUATO	1	1.6	3,006,110	4.78
GUERRERO	1	1.6	2,109,513	3.35
HIDALGO	1	1.6	1,547,493	2.46
JALISCO	3	4.9	4,371,998	6.95
MEXICO	3	4.9	7,564,335	12.02
MICHODACAN	1	1.6	2,868,824	4.56
MORELOS	2	3.3	947,089	1.50
NAYARIT	1	1.6	726,120	1.15
NUEVO LEON	5	8.2	2,513,044	3.99
OAXACA	2	3.3	2,369,076	3.76
PUEBLA	2	3.3	3,347,685	5.32
QUERETARO	1	1.6	739,605	1.17
SAN LUIS POTOSI	1	1.6	225,985	.35
SINALOA	1	1.6	1,849,879	2.94
TABASCO	1	1.6	1,062,961	1.69
TAMAULIPAS	7	11.4	1,924,484	3.10
VERACRUZ	5	8.2	5,387,680	8.56
YUCATAN	1	1.6	1,063,733	1.69
ZACATECAS	1	1.6	1,136,830	1.80
TOTAL	61	100	62,887,473	100%

* Fuente: ANUES. Matrícula y Personal de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Salud. México, 1984.

** Fuente: INEGI-SPPA CENSO GENERAL DE POBLACION. México 1980
 Nota: La población absoluta del total nacional (32 entidades) era de 66,846,833, en el cuadro sólo se contempla a las 28 entidades federativas que tenían escuelas de medicina

críticamente la educación de pregrado, tratando de encontrar las causas de la inadecuación de su incorporación a las posibles soluciones de los problemas de salud de las sociedades y los factores que impiden una demanda proporcional de los médicos generales en comparación a la requerida de especialistas, dando como única alternativa a los generales su incorporación al área rural.

Las recomendaciones finales fueron:

o La utilización de toda la estructura de los servicios de salud en la formación de pregrado con el objetivo de incorporar a los estudiantes en las áreas de atención primaria del sistema.

o Mejorar la preparación de personal y el equipamiento de los servicios, a través de estímulos académicos y económicos.

o La necesidad de cambios estructurales en los servicios que creen posibilidades reales de empleo para el médico general en todos los niveles del sistema.

o Resaltar la necesidad de formar un médico general o familiar a nivel de la educación de pregrado, evitando así la creación de una nueva especialidad.

El valor de este trabajo radica en dar a conocer los problemas que enfrentan actualmente los médicos egresados de la licenciatura y las posibles soluciones a estos.

Frenk y colaboradores (1978) analizaron la interrelación de las variables sociales en la determinación de preferencias vocacionales y expectativas profesionales entre un grupo de internos de pregrado.

El sociólogo Ricardo Pozas Horcasitas analizó los conflictos del movimiento médico generado por estudiantes de la carrera de medicina en México de 1964 a 1965, describiendo la necesidad que tenían de conseguir un reconocimiento social y económico un grupo de estudiantes de pregrado (internos y pasantes) y posgrado (residentes de especialidades) de medicina, sumándose posteriormente a este movimiento los médicos graduados, finalmente describió el resultado insatisfactorio para los médicos que participaron en ese conflicto (Pozas, 1977).

Otro trabajo referente al tema de los conflictos médicos en la instituciones de salud, es del Dr. Rodríguez Ajenjo, que analizó el surgimiento y funcionamiento de las asociaciones médicas durante el periodo comprendido entre los años 30 y 60, llegando a la conclusión de que existe una imposibilidad de que cristalicen estos movimientos por el control que tiene el Estado en las instituciones de salud (Rodríguez, 1982).

Hernández analizó la intervención del Estado en los Servicios de Salud en México, describiendo el desarrollo de las instituciones de salud durante el periodo de los años treinta a los setenta y como se fue dando una creciente

demanda de médicos especialistas para un nuevo tipo de práctica médica (Hernández, 1982).

Entre los estudios dedicados a la dinámica del mercado de trabajo en general destacan los de Edward y Piore (Edward, 1983; Piore, 1983). Estas investigaciones aportan elementos teóricos conceptuales de gran importancia que nos auxiliándonos en la comprensión de la estructura del mercado de trabajo en general, destacando el concepto de "mercado segmentado" (Edwards, 1983; Piore, 1983). Aunque no se aplica el concepto como tal en este trabajo, las aportaciones de los autores son de suma importancia, ya que nos llevan a reflexionar y tratar de aplicar nuevas metodologías en futuros trabajos de investigación sobre el mercado de trabajo de los recursos humanos en salud o de otros grupos de profesionistas de diversas áreas en nuestro país.

Briones analizó el efecto de la educación sobre la inserción de las personas al mercado de trabajo, para ello realizó un análisis de las teorías sobre el capital humano, donde se establece que a mayor inversión en educación, mayores ganancias y percepciones económicas en su futuro laboral (Briones, 1982). El autor también retomó investigaciones de otros autores sobre el tema para reafirmar sus resultados, mismos que nos indican que la educación tiene un papel limitado en la distribución de los ingresos a nivel global. La importancia de esta teoría en

el presente trabajo, es la de dar una explicación a las diferentes condiciones de trabajo de los médicos generales, que tienen una inversión de tiempo aproximadamente en su educación de 18 años, en comparación a las que presentan los médicos especialistas que aproximadamente destinan de 21 a 25 años en su preparación.

El interés de realizar una investigación de los procesos que han determinado la evolución de la dinámica del mtm, requiere de un marco histórico para ubicar los acontecimientos de mayor relevancia en la educación (oferta) y el empleo (demanda) de los médicos en nuestro país. A continuación retomo la periodización elaborada por Frenk y colaboradores que se basa en la intervención del Estado en los servicios de salud.

PERIODIZACION DE LA EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE EDUCACION Y ATENCION MEDICA

Para comprender la evolución de la medicina general y especializada resulta necesario describir cual ha sido la evolución de la educación y atención médica en el país, que ha influido en la situación laboral de los médicos generales en México, para ello adoptaré la periodización propuesta por Frenk y colaboradores (Frenk, et al. 1980), en su análisis sobre la intervención del Estado en las instituciones de salud y las políticas que afectaron a dos sectores; la educación y la atención médica (Frenk, 1989). Los periodos son los siguientes:

- 1917-1958 Período de Creación y Crecimiento lento de las Instituciones de Salud
- 1959-1967 Período de la Medicina Científica
- 1968-1979 Período de Crisis
- 1980-1988 Período de Reforma

1917-1958 PERIODO DE CREACION Y CRECIMIENTO LENTO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

A partir de 1917 se dió una intervención estatal directa en el sistema de atención médica, ya que por mandato presidencial se creó el Consejo General de Salubridad, con esta decisión la salud se reconoció oficialmente como un campo específico del Estado. La seguridad social se plasmó como una preocupación en la Constitución Política Mexicana en el artículo 123, asimismo se creó el Departamento de Salubridad Pública el cual dependía administrativamente del poder ejecutivo y cuya función fue la de dictar medidas preventivas en caso de epidemias o aparición de enfermedades "raras" en el país.

Con respecto al sistema de educación médica, durante 1917-1950 dominó el modelo francés en la educación médica. En 1917 se creó la Escuela Médico Militar.

Durante la década de los veinte se crearon las primeras residencias médicas en el Hospital General, también

se fundó la Dirección de Pensiones Civiles que cubría a empleados federales, militares y maestros de escuelas públicas. Surgió el primer proyecto de seguridad social, el cual es rechazado por el sector empresarial por incluir el seguro de desempleo.

En 1922 se creó la Escuela de Salubridad (antecedente de la Escuela de Salud Pública de México). En 1929 con la Reforma universitaria se concedió la autonomía a la Universidad Nacional de México.

En la década de los treinta la Ley Federal del Trabajo era la que regulaba la protección contra los accidentes y enfermedades ocupacionales y la seguridad social fue excluida de su contenido. Asimismo se creó la Secretaría de Asistencia Pública para otorgar servicio a la totalidad de la población absorbiendo así ciertas funciones que hasta ese momento desempeñaban las Secretarías de Educación, Gobernación y del Trabajo, surgiendo de esa manera la delineación de un proyecto nuevo de atención a la población sin recursos.

Fue en 1936 cuando se instauró el Servicio Social Médico, que tenía una duración obligatoria de seis meses y cuyo objetivo era cubrir las necesidades de atención a la salud en el área rural.

La década de los cuarenta fue trascendental en la estructuración de la atención médica, en 1943 se fusionaron

la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, surgiendo así la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuya función era la de otorgar servicios médicos a las grandes masas de población desposeídas. Asimismo, ese año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que proporcionaría atención a población afiliada a la seguridad social. También se fundó el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944) y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), abriendo fuentes de trabajo para los médicos especialistas.

Durante 1942 se surgió el primer programa de internado de posgrado en el Hospital General de México, cubriendo así un requerimiento de personal médico. De 1942 a 1944 se extendieron las residencias médicas en el Hospital Central Militar, Hospital Infantil de México e Instituto Nacional de Cardiología. En 1943 se incrementó el número de médicos mexicanos que realizaron su internado de pregrado y posgrado en hospitales de E.U.A.

De 1946 a 1952 el IMSS tuvo un crecimiento lento de su cobertura (sólo cubría a 4 ciudades de las más importantes del país), carecía de instalaciones propias, por lo que su prestación de servicios la proporcionaba a través de subrogación.

En 1952 por decreto presidencial se estableció que los alumnos de medicina en servicio social que no tuvieran

posibilidades de realizarlo en la Secretaría de Salud lo cubrieran en instituciones descentralizadas que disponían de servicio médico por ejemplo: PEMEX, IMSS, F.F.C.C., etc, proporcionando así recursos humanos gratis a las instituciones de salud. Fue en 1954 cuando se dió la primera afiliación de los trabajadores agrícolas al IMSS y en 1958 se dió una rápida expansión de esa institución. También se creó el Sistema de Asistencia Médica Escalonada y una red de urgencias pediátricas. Se dió una consolidación de la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de servicios de atención médica, llevando así al médico cada día más hacia el asalariamiento.

Con respecto a la educación médica, en 1954 se empezó a cursar el internado de posgrado en el IMSS y en 1955 se crearon "grupos piloto" en la Escuela de Medicina de la UNAM para introducir el modelo flexneriano en sustitución del modelo francés. En 1959 se inauguró la Ciudad Universitaria y en 1958 se fundó la Asociación Nacional de Institutos de Educación Superior (ANUIES).

Hasta 1958 existían 22 escuelas de medicina (cuadro 6).

CUADRO 6
 NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA EN MEXICO (1792-1986)

ANO	No DE ESCUELAS
de 1792 A 1969	24
1970	3
1971	3
1972	2
1973	1
1974	6
1975	7
1976	5
1977	2
1978	4
1979	1
1980	1
1981	0
1982	1
1983	1
1984-1986	0
TOTAL	61

ANO DE FUNDACION	No DE ESCUELAS
1792 A 1958	22
1959 A 1967	1
1968 A 1979	35
1980 A 1986	3
TOTAL	61

FUENTE: ANUIES. Matrícula y Personal docente de la Carrera de Medicina en México. México, D.F. 1984. AMFEM. Directorio nacional de facultades y escuelas de medicina. México, D.F. 1989. (mimeografiado). CISP-INSP. Proyecto "Políticas de formación y empleo de médicos en México (1958-1986)".

1959-1967: PERIODO DE LA MEDICINA CIENTIFICA

El Sistema de Atención Médica sufrió cambios importantes durante este periodo, en 1959 se inició la Reforma de la Ley del Seguro Social para extender su cobertura a nuevos grupos ocupacionales en áreas rurales. Asimismo se aceleró la construcción de unidades médicas, constituyendo cada día más la principal fuente de trabajo de los médicos. En 1960 la Dirección de Pensiones Civiles se transformó en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), adoptando el régimen de seguridad social.

En la educación médica de 1958 a 1966 se inició un proceso de crecimiento lento de la matrícula y el número de escuelas de medicina, y en 1959 se llegó a plantear un nuevo plan de estudios basado en el modelo flexneriano que se fundamentó en la especialización y el trabajo de hospital, también en 1960 se instrumentó una reforma académica en la UNAM en torno a la creación de nuevas escuelas preparatorias y de exámenes de selección abiertos para incrementar la calidad de la educación. Al aprobarse el nuevo plan de estudios la Escuela Nacional de Medicina se convirtió en Facultad.

Con respecto al sistema de atención médica durante la década de los sesenta se difundieron varios cambios, en 1961 se inauguró el Centro Médico Nacional que concentró hospitales de tercer nivel, la SSA transfirió el complejo al

IMSS. Asimismo la SSA extendió su cobertura en localidades rurales y semiurbanas. En 1962 se realizaron modificaciones al convenio del servicio social de los pasantes de medicina para ampliarlo a un año con carácter de obligatorio. Durante 1963 se inauguraron cuatro hospitales en el Centro Médico Nacional del IMSS, también en ese año se incorporó a los productores y trabajadores cañeros al seguro social. Fue en 1964 cuando se inauguró el Centro Médico La Raza del IMSS con una concentración de unidades de tercer nivel que atendería a la zona norte de la ciudad y pacientes foráneos del interior de la república, aumentando así la extensión de su cobertura el IMSS y las fuentes de trabajo de los médicos especialistas. Durante ese mismo año se inició el llamado "movimiento médico" a través de huelgas de internos y residentes en el Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, demandando aumento en las becas y seguridad en el trabajo, incorporándose en 1965 al movimiento otros becarios y médicos trabajadores afiliados a las instituciones públicas de salud. A finales de 1965 las autoridades médicas disolvieron el "movimiento médico" a través de la división del grupo al aumentar los salarios de los médicos incorporados al IMSS, generando con eso la separación del grupo profesional. A los líderes del movimiento se les reprimió, en algunos casos fueron despedidos, desconocido su título y encarcelándolos (Pozas, 1977).

Al mismo tiempo el IMSS incorporó a la seguridad social a los grupos agrícolas independientes.

Por decreto presidencial se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública Asistencial y Seguridad Social.

Durante 1967 disminuyó la acelerada expansión de los servicios de salud en el IMSS, SSA, DDF, al haber terminado de construir sus propios conjuntos hospitalarios.

En 1968 se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN).

El ISSSTE incorporó a sus sistema de seguridad social a los trabajadores del interior del país en 1970.

También al interior del sistema de educación médica durante los años sesenta se dieron cambios importantes. en 1962 se inició el Internado Rotatorio de Pregrado (IRP) con una integración de tiempo completo en el hospital a los alumnos del 5o. año de pregrado, con duración de un año y valor de créditos en el plan de estudios, siendo requisito indispensable para realizar el servicio social. La anterior situación se inició durante el auge de la expansión hospitalaria de las instituciones públicas de salud, tomando a los internos como recursos humanos sustitutos de la capacidad de trabajo, siendo esta una de las causas del "movimiento médico" (Pozas, 1977). Durante 1961-1966 la matrícula total de medicina (UNAM) se mantuvo constante, por lo que el número de egresados no se incrementó. Asimismo se

implantó un sistema de planeación educativa basado en la satisfacción de la demanda social.

Durante 1967 se inició la expansión de la matrícula de primer ingreso a la facultad de medicina de la UNAM (cuadro 7), también se aprobó el nuevo plan de estudios de pregrado y se estableció un convenio entre la UNAM y la SSA para la realización del servicio social de los pasantes de medicina. En ese mismo año se fundó el Instituto de Investigaciones Biomédicas (anteriormente Instituto de Estudios Médicos Bilógicos).

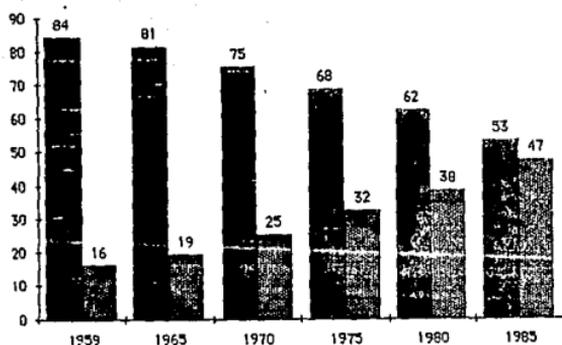
En 1968 se generó el movimiento estudiantil universitario, el cual incorporó a un gran número de estudiantes y profesores, este hecho influyó en la política de incremento de la matrícula de ingreso a las universidades del país como una respuesta a los grupos de presión estudiantil, el movimiento finalizó con el encarcelamiento y represión de sus dirigentes.

Para 1969 existían ya 24 escuelas de medicina.

Durante la década de los setenta se dió un incremento de la burocracia federal que coadyuvó al aumento del número de afiliados al ISSSTE (cuadro 8). En 1973 se generó la primera Convención Nacional de Salud, definiéndose las bases y estrategias para la formulación del primer Plan Nacional de Salud que regiría el periodo de 1974-1983. También se reformó la Ley del Seguro Social con el objetivo de crear

CUADRO 7
PRIMER INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA-UNAM
(DIVIDIDO POR GENERO) 1959 - 1985

GENERO \ AÑO	1959	1965	1970	1975	1980	1985
Hombres	1302	1315	1949	2535	1301	466
Mujeres	257	299	646	1205	782	420
TOTAL	1559	1614	2595	3740	2083	886



Fuente: Covo Milene "La composición social de la población estudiantil de la UNAM: 1960-1985" en *Universidad Nacional y Sociedad*. México, 1990. Ed. Porrúa-UNAM, pp. 389.

CUADRO 8
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL IMSS E ISSSTE
1977 - 1986

A Ñ O	DERECHOHABIENTE DEL IMSS (SEGURIDAD SOCIAL)	DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE
1977	17,377,633	—————
1978	19,789,239	4,994,742
1979	20,987,823	4,879,226
1980	24,125,307	4,985,108
1981	26,915,951	5,319,402
1982	26,884,938	5,467,876
1983	26,977,383	—————
1984	29,388,434	5,610,995
1985	31,528,583	6,080,470
1986	31,061,948	6,447,861

Fuente: Anuarios Estadísticos del ISSSTE. 1978 - 1982 México, D.F.
Agenda Estadística del ISSSTE. 1985 - 1986 México, D.F.
Memorias Estadísticas del IMSS. 1978 - 1986 México, D.F.

los servicios de "solidaridad social". En ese mismo año se aprobó el nuevo Código Sanitario. El IMSS y el ISSSTE aumentaron su cobertura en 1974, en ese mismo año entró en vigor el sistema de prestaciones del Servicio Social en las instituciones de salud, mismo que sirvió de apoyo a las instituciones de docencia en los procedimientos que deberían de aplicar para la vigilancia y funcionamiento del servicio social. Entre el periodo 1974-1976 se dió un agudo descenso del gasto público federal para hospitales y unidades médicas, motivo por el cual se establecieron programas que no necesitaron grandes inversiones, por ejemplo, en 1975 se firmó el convenio IMSS-CONASUPO. Durante 1976 se inició la huelga de internos y residentes, estableciéndose la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANAMARE). El movimiento se generó por la violación del convenio del internado, uniéndose los pasantes, internos y residentes de los hospitales: General de México, Juárez, de la Mujer, Infantil, Huipulco de la SSA, los del DDF y algunos del IMSS e ISSSTE. En ese mismo año se creó el Instituto Nacional de Nefrología. Durante 1977 se fusionó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, creándose así el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Asimismo se inició la Reforma a la Ley Federal del Trabajo, misma que permitió reconocer parcialmente a los residentes médicos como trabajadores. Durante ese año se implantaron dos programas de la SSA para expandir la cobertura rural

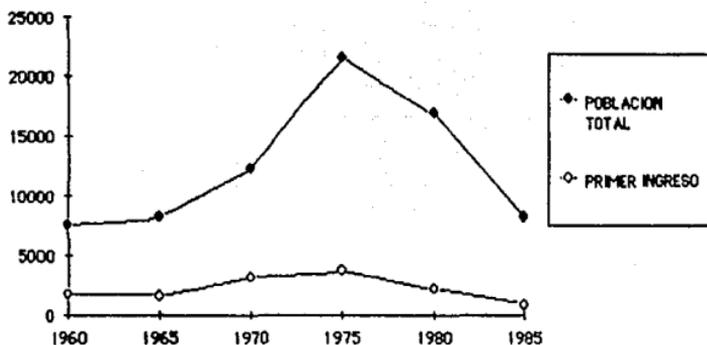
mediante una atención simplificada, estos fueron; El Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), también se creó el COPLAMAR. Entre 1977-1978 se estableció un gran recorte del gasto público destinado al sector salud, como resultado de la crisis económica. En 1979 se aplicó el primer programa de IMSS-COPLAMAR dentro del concepto de solidaridad social del IMSS, iniciándose así el primer gran esfuerzo para extender la atención primaria y básica en unidades de las áreas médicas. Fué durante ese mismo año que se creó el Instituto Nacional de la Senectud y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Durante la década de los setenta se dieron cambios importantes en el sistema de educación médica. En 1971 se inició el movimiento de los internos de pregrado, pasantes de servicio social y residentes médicos, y cuya respuesta, por parte del Estado fue "invitar" a las universidades a adoptar una política de "puertas abiertas" con respecto a la demanda de la población por educación, en 1971 se dieron presiones muy directas en la Facultad de Medicina de la UNAM para expandir la matrícula de primer ingreso, misma que se duplicó, llegando a 4,434 alumnos (cuadro 9). En 1973 se generó una huelga del personal administrativo que provocó la renuncia del rector de la UNAM, el Dr. Pablo González Casanova (sociólogo), lo sustituyó el Dr. Guillermo Soberón Acevedo (médico). Las políticas que aplicó el nuevo rector se encaminaron a restringir la admisión a las carreras saturadas (medicina, derecho, ingeniería, etc.), dirigiendo

CUADRO 9 .

INSCRIPCION GLOBAL Y PRIMER INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA-UNAM

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
Población Total	7642	8242	12315	21581	16840	8328
Primer Ingreso	1746	1614	3185	3740	2083	886

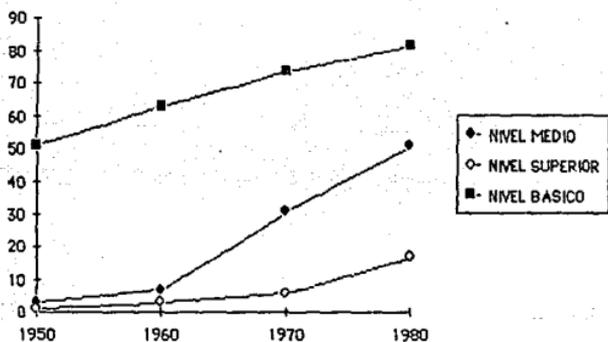


Fuente: Covo Milena. "La composición social de la población estudiantil de la UNAM: 1960-1985" en Universidad Nacional y Sociedad, México, 1990. Ed. Porrúa-UNAM pp. 389.

la demanda a otras que no lo estaban (odontología; sociología, economía, comunicación, etc.) y a descentralizar la UNAM, el primer mecanismo adoptado en la Facultad de Medicina fue; no aceptar alumnos que en sus estados de procedencia se contara con escuelas de medicina, alumnos extranjeros o por cambio de carrera. Asimismo se aplicó una política para estimular la creación de escuelas de medicina en los estados del interior de la república, ya que para ese año existían ya 33 escuelas de medicina. Fue en 1973 cuando se fundó el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), a través del cual se pretendía que por medio de la tecnificación de la educación se atenuara el impacto de la "masificación o popularización educativa", siendo esta última una consecuencia de la sobredemanda de estudios en algunas áreas profesionales (gráfica 3). En 1974 se inauguraron seis escuelas de medicina, siendo éste el mayor incremento en la historia de la educación médica, ubicándose en; Tijuana, Saltillo, Acapulco, D.F., Jalapa y Cd. Mendoza (cuadro 2). Durante ese año se iniciaron los programas de descentralización de los estudios profesionales en la UNAM, aprobándose la creación de las Escuelas Profesionales de Acatlán e Iztapalapa. La Facultad de Medicina de la UNAM comenzó un plan de estudios experimental orientado hacia la atención primaria a la salud (A-36). También se instituyó la especialidad en medicina de rehabilitación. Al mismo tiempo, se dió la creación de cinco Colegios de Bachilleres, situación que aumento

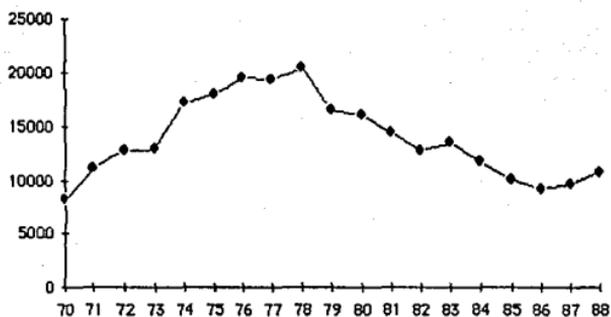
considerablemente la población demandante de educación superior (gráfica 3). En 1975 se inauguraron siete nuevas escuelas de medicina ubicadas en; Chiapas, Durango, Morelos, Nayarit, Nuevo León y dos en el D.F. (cuadro 2). En ese año se creó la especialidad de medicina familiar. Asimismo se modificaron dos planes de estudio de las especialidades de Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia. Nuevamente en 1976 se inauguraron otras cinco escuelas de medicina ubicadas en ; Sinaloa, Veracruz, (Univ. del Sudeste), y dos en el D.F. (cuadro 2). Fue en ese año cuando se aprobó el plan A-36 , se creó la especialidad en Medicina Legal y se modificó el plan de estudios de la especialidad en Cardiología. Durante ese año se celebró la asamblea de la ANUIES en Guadalajara, emitiendo esa asociación sus aportaciones al Plan Nacional de Educación, destacando el planteamiento de la necesidad de vincular el desarrollo de la educación superior con la planeación educativa global. Durante 1977 se modificó el plan de estudios de medicina en la ENEP-Iztacala, asimismo en la Facultad de Medicina de la UNAM se modificaron los planes de estudios de las especialidades de; urología, medicina interna, cirugía general, neumología, hematología, otorrinolaringología y proctología. En 1978 se modificó el plan de estudios A-36. Durante ese año se dió el año pico de la matrícula de primer ingreso a la carrera de medicina con un alcance de 20,463 alumnos, en comparación a los 8,283 registrados en 1970 (gráfica 4). También en ese año el Consejo Nacional de la

GRAFICA 3
CRECIMIENTO COMPARADO POR NIVELES DEL SISTEMA ESCOLAR 1950-1980



Fuente: Granja Josefina, Análisis sobre la Relación Egresados. Primer Ingreso en el contexto de una Universidad Privada (UIA) y una Universidad Pública (UNAM). Tesis de Licenciatura en Sociología. F.C.P. y S. UNAM, México, 1982. p 22

GRAFICA 4
MATRICULA DE PRIMER INGRESO (NIVEL NACIONAL)



Fuente: ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Salud. México, 1984. ANUIES. Anuncios Estadísticos de Licenciatura. México, 1984, 1986, 1987.

ANUIES aprobó en Puebla el documento "La planeación de la educación superior en México" con el fin de impulsar la planeación integrada de la educación superior. Este documento promovió el establecimiento de un sistema nacional de planeación permanente de la educación superior de 1981-1991, su actualización en 1982 y su transformación en el denominado Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES). Durante 1979 existían ya 56 escuelas de medicina, en comparación a las 27 que había en 1979 (cuadro 6).

La década de los ochenta marcó de manera especial a los dos sistemas, por ejemplo en 1980 en el sistema de atención se dió una considerable extensión de la cobertura del IMSS en las áreas rurales. En la SSA durante 1981 se inició el programa de desconcentración de funciones de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados de Aguascalientes, Sonora y Veracruz. Durante ese mismo año se establecieron los Servicios Coordinados de Salud comandados por el Dr. Soberón el cual reportaría al Presidente de la República sobre opciones viables para integrar un Sistema Nacional de Salud. También se lanzó un gran programa de Atención Primaria a la Salud para zonas marginadas de las grandes ciudades. Durante 1982 mediante la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal se le otorgó a la SSA el papel de conductora de la Política Nacional de Salud y Coordinadora del Sector Salud, en ese mismo año el DIF se integró a los programas de salud del IMSS y del

ISSSTE. En 1983 se integró el Gabinete de Salud, máximo cuerpo coordinador de la política de salud, dirigido por el Presidente de la República, fue durante ese mismo año que se presentó la iniciativa de adición al Artículo 4o. de la Constitución Política Mexicana para hacer efectivo el derecho a la Protección a la Salud. Asimismo se creó la Comisión para la Descentralización de los Servicios de Salud, Los Institutos Nacionales de Perinatología y Pediatría y la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. También se publicó el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y en 1984 entró en vigencia la Ley General de Salud que definió la naturaleza del derecho a la protección a la salud y estableció las bases legales del Sistema Nacional de Salud. También por decreto presidencial se estableció la descentralización de los gobiernos estatales de los Servicios de Salud de la SSA y los de Solidaridad Social IMSS-COPLANAR asimismo, se tendieron las bases de coordinación para la realización de esta acción en varios Estados de la República. Otro evento fue la aprobación del Programa Nacional de Salud 1984-1988 y la Modernización Administrativa de la SSA. Fue durante 1985 que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su denominación por Secretaría de Salud. En ese mismo año se dieron grandes pérdidas de recursos humanos y materiales en el sector salud a causa de los sismos del 19 y 20 de septiembre (cuadro 10 y 11). Se inició una reconstrucción de programas basados en la descentralización, en 1986 se complementaron esos programas en

CUADRO 10
 NUMERO DE PLAZAS PARA PERSONAL MEDICO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
 1977 - 1986

	SSA					IMSS			IMSS-COPLAMAR	ISSSTE		SHDF (5)	
	Médicos en contacto con paciente	Médicos Generales (1)	Médicos Especialistas	Parteras	Médicos en otras labores (2)	SEGURIDAD SOCIAL			Personal Médico (4)	Médicos Generales	Médicos Especialistas	Médicos Generales	Médicos Especialistas
						Médicos Generales	Médicos Especialistas	Becarios (3)					
1977	—	—	—	—	—	5,258	5,019	9,526	632	3,406	2,208	—	184
1978	—	—	—	—	—	5,592	5,369	9,480	624	3,606	2,298	173	207
1979	—	—	—	—	—	6,018	5,741	12,297	763	4,511	2,171	209	224
1980	1,215	266	885	40	207	7,017	5,772	13,939	873	5,384	2,354	270	266
1981	1,190	260	860	43	216	7,169	6,733	15,936	904	5,736	2,489	309	318
1982	12,465	3,023	3,431	4,546	4,117	8,324	10,837	13,099	827	6,324	2,955	265	310
1983	12,605	2,962	3,476	4,549	4,972	8,471	11,372	12,696	952	6,261	3,098	131	77 (6)
1984	17,541	5,533	3,737	6,152	1,665	8,978	11,502	11,469	1,054	7,132	3,356	135	80
1985	20,390	5,385	5,401	7,022	867	10,132	11,913	10,574	1,054	6,973	3,799	154	314
1986	23,653	5,894	5,735	7,905	1,050	10,975	12,947	10,440	594	7,711	4,300	162	640

1) Incluye Residentes

2) Investigación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

3) Incluye a Internos, pasantes y residentes

4) No incluye personal de sustitución o eventual

5) De 1977 a 1982 incluye Odontólogos

6) El incremento es por la descentralización de los Institutos Nacionales de Perinatología y Neonatología así como del Hospital Dif del Noroeste

Fuente: Quinto Informe de Gobierno Miguel de la Madrid Hurtado. México, D.F. 1987.

CUADRO 11
 NUMERO Y TIPO DE UNIDAD MEDICA 1977 - 1987

AÑO	S.E.C.				I.M.B.S. - SEGUROS SOCIAL			ASOCIACIONES			I.M.B.S. - BOLIVARIANO SOCIAL					S.B.S.F.							
	TOTAL	Unidades de Consultorio Externo (U.C.E.)	Unidades de Consultorio Policlínico (U.C.P.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	TOTAL	Unidades de Consultorio Externo (U.C.E.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	TOTAL	Unidades de Consultorio Externo (U.C.E.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	TOTAL	Unidades de Consultorio Externo (U.C.E.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	TOTAL	Unidades de Consultorio Externo (U.C.E.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)	Unidades de Hospitalización con Consultorio (U.H.C.)				
1977	-	-	-	-	1,049	374	675	-	-	-	347	30	310	2,563	191	42	149	696	1,978	158	158	-	-
1978	-	-	-	-	1,088	384	704	-	-	-	336	36	310	2,948	191	43	148	698	1,948	158	158	-	-
1979	-	-	-	-	1,086	387	699	1,794	-	1,794	338	38	310	3,341	171	48	123	614	1,208	277	277	-	-
1980	8,966	2,847	84	94	1,268	388	873	1,873	19	1,760	341	31	310	3,317	147	56	82	638	1,268	277	277	-	-
1981	8,938	2,847	84	94	1,480	279	1,201	2,176	19	2,174	341	31	310	3,357	143	56	87	684	1,127	486	277	100	98
1982	3,772	3,629	187	38	1,615	381	1,234	2,736	21	2,716	341	31	310	2,402	138	58	78	692	1,131	602	382	130	98
1983	3,827	3,363	108	34	1,538	388	1,150	2,742	22	2,720	341	31	310	2,308	136	61	77	643	1,263	481	321	130	98
1984	2,289	2,344	89	33	1,484	388	1,096	2,834	32	2,802	341	31	310	2,268	131	67	74	688	1,127	481	321	130	98
1985	4,442	4,284	112	38	1,486	388	1,098	2,957	34	2,923	341	31	310	2,420	140	68	78	1,028	1,146	481	321	130	98
1986	8,288	4,284	132	38	1,478	388	1,090	2,821	35	2,786	323	31	302	2,475	138	72	81	1,029	1,148	481	321	130	98

1. Fuente: Censos de Unidades Médicas.
 2. Fuente: Censos de Unidades Médicas.
 3. Fuente: Censos de Unidades Médicas.

4. Se agregan 3 unidades de unidades tipo 1 y 2.

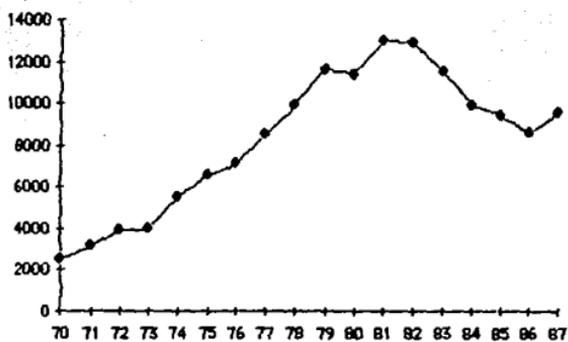
5. Se agregan 3 unidades de unidades tipo 1 y 2.

6. Fuente: Censos de Unidades Médicas en el Hospital General, Sucre, D.F., 1987

12 estados de la república. También se estableció una interacción de los Servicios Estatales de Salud que englobaron los programas para la población no asegurada. Durante ese año se aplicó un programa de unificación de salarios en las instituciones del sistema de atención a la salud. El Hospital General de México se descentralizó y se estableció el Consejo Nacional de Salud, formados por los ministerios federales y estatales de salud, finalmente en ese año se creó el Comité de Programación de Recursos Humanos para la Salud en el seno de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud con el propósito de integrar el programa Nacional de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.

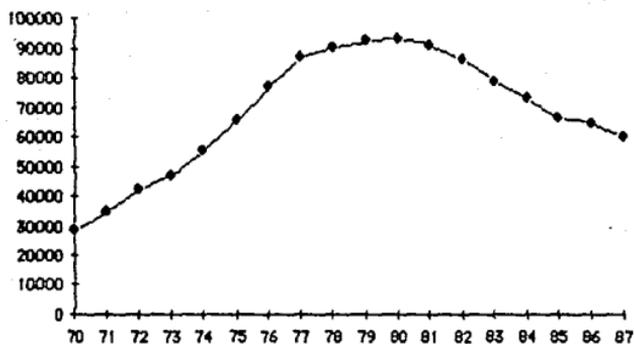
En el sistema de educación médica también se dieron cambios importantes, en 1980 se modificó el programa de estudios de la carrera de medicina en la ENEP-Iztacala y fue el año pico de la matrícula total en las escuelas de medicina con 93 365 alumnos, en comparación a los 28 731 existentes en 1970 (gráfica 5). En 1981 también se modificó el plan de estudios de las especialidades en psicoanálisis, estadística aplicada a la salud y psicoterapia de grupo, asimismo, fue el año pico del número de egresados en las escuelas de medicina, con 13,099 por arriba de 2,493 que salieron en 1970 (gráfica 6). Entre 1982 y 1983 se estableció un nuevo reglamento y las bases para la realización del internado rotatorio de pregrado, así como la

GRAFICA 6
EGRESADOS (NIVEL NACIONAL)



Fuente: ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Salud. México, 1984. pp. 124. ANUIES. Anuncios Estadísticos de Licenciatura. México. 1984, 1985, 1986, 1987.

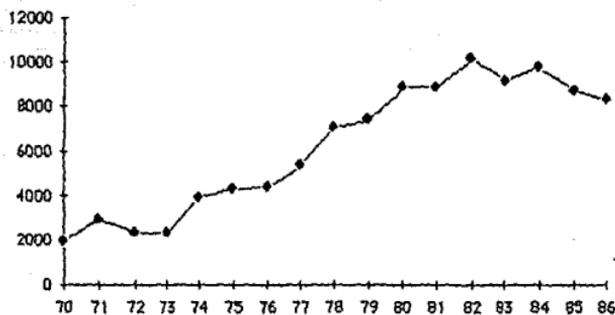
GRAFICA 5
MATRICULA TOTAL (NIVEL NACIONAL)



Fuente: ANUIS. *Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México*. Serie Sociedad y Salud. México. 1984. pp. 124. ANUIES. *Anuarios Estadísticos de Licenciatura*. México. 1984, 1985, 1986, 1987.

modificación al programa de especialidades en dermatología. En 1983 se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Se buscaba el fortalecimiento de aquellos mecanismos que permitieran la efectiva coordinación entre las instituciones educativas y las de salud con el propósito de adecuar la formación de los recursos humanos a las características de los servicios. En 1985 se estandarizaron y se unificaron los exámenes de admisión para las residencias médicas de posgrado. En 1986 la Encuesta Nacional de Empleo Médico en las Áreas Urbanas de México reveló que existían 13,500 médicos sub y desempleados en 16 ciudades del país, en ese mismo año el Estado establece los Comités de Programación de Recursos Humanos para la salud, asimismo se inició el programa piloto de tres años de la residencia de especialidades de Atención Primaria a la Salud. Para ese año existían ya 61 escuelas de medicina (cuadro 6), en comparación a las 23 existentes en 1917. El número de médicos generales graduados y registrados en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública llegó a la suma de 105,875 en 1986 (cuadro 1) con ligeros decrementos a partir de 1985 (gráfica 7).

GRÁFICA 7
MÉDICOS GENERALES REGISTRADOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE
PROFESIONES 1970-1986



Fuente: Registro de Profesionistas. Departamento de Planeación y Cómputo de la Dirección General de Profesiones. SEP, 1987.

CAPITULO II
LOS MEDICOS GENERALES Y EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO
EN MEXICO.

En este apartado abordare la descripción del marco teórico-conceptual que guía la presente investigación.

1. FORMACION ACADEMICA DE LOS MEDICOS GENERALES

De acuerdo al plan de estudios de pregrado en medicina, un médico cirujano o médico general es "aqueel profesionista capacitado para practicar la medicina (ciencia y arte de "prevenir" y "curar" las enfermedades del hombre) con criterio científico humanista y actitud de servicio" ... "deberá tener los conocimientos y habilidades suficientes, y la formación necesaria para:

- Promover la salud y evitar la enfermedad a nivel individual, familiar y colectivo

- Realizar diagnosticos, pronosticos y tratamientos oportunos a los individuos, familias y grupos afectados por enfermedades

- Canalizar con oportunidad a los individuos, familias y grupos que requieran un diagnóstico y tratamiento más especializado

- Evitar y limitar la presentación de secuelas; aplicar las medidas de rehabilitación cuando se requieran, y derivar los casos que necesiten rehabilitación especial.

- Aplicar sistemáticamente las normas éticas y legales de la profesión

- Participar en sistemas de vigilancia epidemiológica

- Aplicar técnicas epidemiológicas para diagnosticar el proceso salud-enfermedad de los individuos, familia y de la comunidad

- Transmitir a otros los fundamentos de su quehacer profesional y educar para la salud

- Formar, dirigir y controlar equipos de salud, participar en ellos

- Ser autocrítico y buscar continuamente y sistemáticamente su superación académica

- Revisar, analizar y asimilar continuamente la información que se esté generando en su campo profesional

- Fortalecer su estabilidad emocional

- Acrecentar continuamente su cultura general"
(Rodríguez R, et al, 1987. pp.19:20).

De sus actividades profesionales el plan de estudios las divide en cuatro grupos, el primero se refiere al

"dominio" que debe ejercer el médico general con los individuos sanos y los tres restantes al "dominio" que debe aplicar con los individuos enfermos:

" 1. Establecer el diagnóstico de salud del individuo, la familia y la comunidad, y realizar las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la atención, control y vigilancia de diversos estados o variaciones fisiológicas del ser humano: prenatal, crecimiento y desarrollo, pubertad, climaterio, senectud, planificación familiar, parto eutócico, etc.

2. Realizar las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, en relación a los p padecimientos más frecuentes en el país y propios de la medicina general: amibiasis intestinal, ascariasis, tuberculosis pulmonar, sarampion, varicela, infecciones gonocócicas, neumonía, anemias ferroprivas, úlcera péptica, aborto no complicado, heridas superficiales, quemaduras de primer grado, etc.

3. Realizar las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, pero solicitando apoyo especializado para la atención de padecimientos tales como: tuberculosis extrapulmonar, esporotricosis, anemias no ferroprivas, desviaciones y trastornos sexuales, retraso mental, cirrosis hepática,

insuficiencia renal crónica, embarazo de alto riesgo, artritis reumatoide, etc.

4. Realizar las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico, el inicio del tratamiento cuando se requiera, y la referencia al especialista en casos de padecimientos tales como: la rabia, sífilis secundaria o terciaria, histoplasmosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tétanos, tumores malignos, psicosis esquizofrénicas, traumatismos craneoencefálicos, cardiopatías congénitas, peritonitis aguda, desprendimiento prematuro de la placenta, osteomielitis, choque hipovolémico, etc. (Rodríguez, R. et al, 1987. pp 21:22).

Generalmente los conocimientos de pregrado se adquieren en 6 años, aunque existen variantes en los planes de estudios (por ejemplo: plan A-36 de la UNAM, medicina modular de la UAM-Xochimilco y las unidades Iztacala y Zaragoza de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales de la UNAM, etc) en el 87% de las escuelas o facultades de medicina del país sus planes de estudios están estructurados en forma tradicional y semejante al de la facultad de medicina de la UNAM, (cuadro 12).

Durante los dos primeros años se les imparten los ciclos básicos, cuyos conocimientos son encaminados a la comprensión del procesos salud-enfermedad, los siguientes dos años se les imparten los ciclos clínicos que tienen como

**CUADRO 12
ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO**

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
AGUASCALIENTES	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES	CENTRO BIOMEDICO (AGUASCALIENTES)	TRADICIONAL	PUBLICA	1972
BAJA CALIFORNIA NORTE	CENTRO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS ROCHICALCO	ESCUELA DE MEDICINA (RESERVA)	MODULAR	PRIVADA	1971
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA	ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICALI	TRADICIONAL	PUBLICA	1971
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA	ESCUELA DE MEDICINA DE TIJUANA	TRADICIONAL	PUBLICA	1974
CAMPACHE	UNIVERSIDAD DEL SURESTE	ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA (CAMPACHE)	MODULAR	PUBLICA	1976
COAHUILA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA	ESCUELA DE MEDICINA (SALTILLO)	TRADICIONAL	PUBLICA	1974
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA	FACULTAD DE MEDICINA (TORREON)	TRADICIONAL	PUBLICA	1957
COLIMA	UNIVERSIDAD DE COLIMA	ESCUELA DE MEDICINA (COLIMA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1977
CHIAPAS	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS	ESCUELA DE MEDICINA RUHANA (TUTLA GOBIERNO)	MODULAR	PUBLICA	1975
CHIHUAHUA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUAREZ	INSTITUTO DE CIENCIAS BIOQUIMICAS (CD. JUAREZ)	TRADICIONAL	PUBLICA	1976
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA	FACULTAD DE MEDICINA (CHIHUAHUA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1954

CUADRO 12
ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
DISTRITO FEDERAL	ESCUELA LIBRE DE HOMEOPATIA	ESCUELA LIBRE DE HOMEOPATIA	TRADICIONAL	PRIVADA	1912
	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL	ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA HOMEOPATICA	TRADICIONAL	PUBLICA	1896
	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL	ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA	TRADICIONAL	PUBLICA	1896
	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL	CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD	MODULAR	PUBLICA	1976
	UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA	ESCUELA DE MEDICINA UNIDAD-TOCHIMILCO	MODULAR	PUBLICA	1974
	UNIVERSIDAD DEL EJERCITO Y FUERZA AEREA	ESCUELA MEDICO MILITAR	TRADICIONAL	PUBLICA	1917
	UNIVERSIDAD LA SALLE	ESCUELA DE MEDICINA	TRADICIONAL	PRIVADA	1970
	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES-XARAGOZA	MODULAR TRADICIONAL	PUBLICA	1976
	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	FACULTAD DE MEDICINA	TRADICIONAL MODULAR	PUBLICA	1833
DURANGO	UNIVERSIDAD JOAREZ DEL EDO. DE DURANGO	ESCUELA DE MEDICINA (DURANGO)	TRADICIONAL	PUBLICA	1957
	UNIVERSIDAD JOAREZ DEL EDO. DE DURANGO	EXTENSION ESCUELA DE MEDICINA (GOMEZ PALACIOS)	TRADICIONAL	PUBLICA	1975
GUANAJUATO	UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO	FACULTAD DE MEDICINA (LEON)	MODULAR	PUBLICA	1945
GUERRERO	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO	ESCUELA DE MEDICINA (ACAPULCO)	TRADICIONAL	PUBLICA	1974

CUADRO 12
 ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
HIDALGO	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO	ESCUELA DE MEDICINA (PACHUCA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1945
JALISCO	UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA	FACULTAD DE MEDICINA (GUADALAJARA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1792
	ESCUELA LIBRE DE HOMEOPATIA DE MEXICO	ESCUELA LIBRE DE HOMEOPATIA EXTENSION OCCIDENTE GUADALAJARA	TRADICIONAL	PRIVADA	1912
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA	FACULTAD DE MEDICINA (GUADALAJARA)	TRADICIONAL	PRIVADA	1935
MEXICO	UNIVERSIDAD ABAHUAC	ESCUELA DE MEDICINA (EDO. DE MEXICO)	TRADICIONAL	PRIVADA	1975
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL EDO. DE MEXICO	FACULTAD DE MEDICINA (TOLUCA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1944
	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES-ITZACALA (MEXICO)	MODULAR TRADICIONAL	PUBLICA	1975
MICHOACAN	UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO	ESCUELA DE MEDICINA DR. IGNACIO CHAVEZ (MORELIA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1830
MORELOS	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MORELOS	ESCUELA DE MEDICINA (CUERNAVACA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1975
QUERETARO	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO	ESCUELA DE MEDICINA QUERETARO (TEPIC)	MODULAR	PUBLICA	1975
QUINTANA ROO	INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERRREY	DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD (MONTERRREY)	MODULAR	PRIVADA	1978

CUADRO 12
ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
NUEVO LEON	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON	FACULTAD DE MEDICINA (MONTERREY)	TRADICIONAL	PUBLICA	1859
	UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS	ESCUELA DE MEDICINA (MONTEMORELOS)	TRADICIONAL	PRIVADA	1975
	UNIVERSIDAD DE MONTERREY	UNIDAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (MONTERREY)	TRADICIONAL	PRIVADA	1969
	UNIVERSIDAD DE MONTERREY	FACULTAD DE MEDICINA - AGUAS AZULAS - (MONTERREY)	TRADICIONAL	PRIVADA	1976
OAXACA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE OAXACA "BENITO JUAREZ"	ESCUELA DE MEDICINA Y CIEGUEZA (OAXACA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1827
	UNIVERSIDAD REGIONAL DEL SURESTE	ESCUELA DE MEDICINA (OAXACA)	TRADICIONAL	PRIVADA	1977
PUEBLA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA	ESCUELA DE MEDICINA (PUEBLA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1877
	UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA	DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD (PUEBLA)	TRADICIONAL	PRIVADA	1973
QUERETARO	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO	ESCUELA DE MEDICINA (QUERETARO)	TRADICIONAL	PUBLICA	1970
SAN LUIS POTOSI	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI	ESCUELA DE MEDICINA (SAN LUIS POTOSI)	TRADICIONAL	PUBLICA	1876
SINALOA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA	INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD-COJACAN-	TRADICIONAL	PUBLICA	1976
TABASCO	UNIVERSIDAD JOAQUIN AUTONOMA DE TABASCO	ESCUELA DE MEDICINA HUANANA (VILLAHERRIOSA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1958

CUADRO 12
ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
TAMAULIPAS	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS	FACULTAD DE MEDICINA HUBANA (TAMPICO)	TRADICIONAL	PUBLICA	1950
	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS	FACULTAD DE MEDICINA HUBANA (MATANOROS)	TRADICIONAL	PUBLICA	1972
	UNIVERSIDAD DEL NOROESTE	ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGIA (TAMPICO)	TRADICIONAL	PRIVADA	1970
	UNIVERSIDAD VALLE DE BRAVO	DIVISION DE CIENCIAS MEDICO BIOLÓGICAS (RETNOSA)	TRADICIONAL	PRIVADA	1979
	INSTITUTO DE CIENCIAS Y ESTUDIOS SUPERIORES DE TAMAULIPAS A.C.	ESCUELA DE MEDICINA (MATANOROS)	TRADICIONAL	PRIVADA	1980
	UNIVERSIDAD MEXICO AMERICANA DEL NORTE	ESCUELA DE MEDICINA (RETNOSA)	TRADICIONAL	PRIVADA	1982
	UNIVERSIDAD VALLE DE BRAVO	DIVISION DE CIENCIAS MEDICO BIOLÓGICAS (CIUDAD VICTORIA)	TRADICIONAL	PRIVADO	1983
VERACRUZ	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FACULTAD DE MEDICINA (VERACRUZ)	TRADICIONAL	PUBLICA	1952
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FACULTAD DE MEDICINA SECCION POZA RICA	TRADICIONAL	PUBLICA	1971
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FACULTAD DE MEDICINA SECCION CD. XENDOIA	TRADICIONAL	PUBLICA	1974
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FACULTAD DE MEDICINA SECCION JALAPA	TRADICIONAL	PUBLICAS	1974
	UNIVERSIDAD VERACRUZANA	FACULTAD DE MEDICINA SECCION HIBATITLAN	TRADICIONAL	PUBLICA	1976

CUADRO 12
ESCUELA Y FACULTADES DE MEDICINA EN MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA	INSTITUCION	ESCUELA O FACULTAD	PLAN DE ESTUDIOS	TIPO DE INSTITUCION	AÑO DE FUNDACION
YUCATAN	UNIVERSIDAD DE YUCATAN	FACULTAD DE MEDICINA (MÉRIDA)	TRADICIONAL	PUBLICA	1848
ZACATECAS	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS	ESCUELA DE MEDICINA (ZACATECAS)	TRADICIONAL	PUBLICA	1967

FUENTE: ANVIES. Planes de Estudio de la Carrera de Medicina en México. México. Serie Sociedad y Educación. Ed. ANVIES. 1982. pp 137

ANVIES. Directorio de Escuelas y Facultades. México. Serie Sociedad y Educación. Ed. ANVIES. 1983. pp 214

ANVIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina. México. Serie Sociedad y Educación. Ed. ANVIES. 1984. pp 125

INSP. Departamento de Investigación en Recursos Humanos para la Salud. Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP), del Instituto Nacional de Salud Pública. 1989.

ANPKM. "Directorio de Escuelas y Facultades de Medicina". México. (mimeografiado). 1989.

objetivo fundamental familiarizar a los estudiantes con las enfermedades que tendrán que enfrentar durante su desempeño profesional, así como la evolución histórica de la medicina y la conceptualización de lo "que debiera ser" la práctica médica. Durante el quinto año de les imparte el internado de pregrado, el cual se desarrolla en las áreas hospitalarias de las instituciones de salud, finalmente el sexto año esta destinado al servicio social, que generalmente se cursa en zonas rurales y marginadas del país.

Existen serias contradicciones en cuanto a la preparación del médico general, mismas que han creado polemicas durante varios años, entre ellas encontramos:

- la conceptualización del proceso salud-enfermedad, mismo que se entiende como un hecho aislado de las condiciones económicas, políticas y sociales de una población. Resulta imposible que a través de un tratamiento farmacológico se solucionen las necesidades de salud de la población mexicana, mismas que en su mayoría "se generan por la desnutrición, infecciones, y padecimientos de origen social, mientras la enseñanza y la asistencia se centran en la estructura predominantemente hermética, fragmentaria y honorosa de los hospitales" (Frenk, 1987).

- definir a la medicina general como una especialidad, ya que "la medicina general no está por debajo ni por encima de la medicina especializada: es una medicina distinta ... cuya diferencia radica en : a) el enfermo tiene

acceso libre y directo con el médico y b) el médico general se encarga de la continuidad de la asistencia" (Scott, 1964, pp 15:16):

- el plan de estudios esta estructurado para preparar al médico general hacia una práctica curativa y no preventiva.

Otro aspecto que se debe de tomar en cuenta es la eficiencia terminal, dato que nos permitira calcular el gasto y perdida que representa para la educación superior tener más del 25% de alumnos que ingresaron y no terminaron la carrera de medicina en el tiempo estipulado (cuadro 13), resaltando que para las generaciones de 1978 (año pico de primer ingreso) la eficiencia fue de 56.3, significando que el 43.7% de alumnos no terminaron sus estudios en los años requeridos y sólo 7,395 médicos graduados registraron su título en 1979 (cuadro 1), faltando el 25.6% restante. A pesar de las deficiencias que presentan las estadísticas oficiales en el país, es evidente y aguda la perdida del gasto destinado a la educación superior en los tiempos económicos críticos que presenta el país.

Resulta necesario conocer la estructura del mercado de trabajo médico al que se insertan los médicos generales y los factores que influyen en su dinámica para poder comprender y analizar la situación laboral que actualmente presentan los médicos generales.

CUADRO 13
EFICIENCIA TERMINAL 1970 - 1984
(NIVEL NACIONAL)

A N O S	PRIMER INGRESO	EFICIENCIA TERMINAL	EGRESADOS	A N O S
1970		79.9	6,615	1975
1971	11,259	63.4	7,136	1976
1972	12,844	66.7	8,565	1977
1973	12,948	79.3	9,911	1978
1974	17,158	67.8	11,626	1979
1975	17,952	64.5	11,586	1980
1976	19759	66.1	13,069	1981
1977	19,376	66.7	12,925	1982
1978	20,463	56.3	11,540	1983
1979	16,551	60.0	9,938	1984
1980	16,044	59.1	9,488	1985
1981	14,439	59.8	8,638	1986
1982	12,807	74.8	9,592	1987
1983	13,523		—	1988
1984	11,895		—	—

Fuente: ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México. Serie Sociedad y Salud México. 1984 pp. 125
ANUIES. Anuarios Estadísticos de Licenciatura. México, 1984, 1985, 1986, 1987 y 1988.

ESTÁ TERMINADO
SALA DE LA BIBLIOTECA
NO DEBE

1. EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO Y SUS COMPONENTES

La categoría central de esta investigación es mercado de trabajo médico (mtm), misma que nos permite definir las características de la inserción de los egresados de medicina a la práctica médica, definiendo así al mtm como "la relación entre la oferta y la demanda de la capacidad de trabajo representada por médicos graduados" (Frenk, 1980).

De acuerdo con Frenk, el estudio del mercado de trabajo médico puede ser abordado a través de la identificación de dos niveles de análisis, el primero caracteriza a los determinantes generales y el segundo a los determinantes específicos.

Entre los primeros podemos identificar cinco de ellos; 1) la estructura y dinámica demográfica, entendiendo a esta como las características socio-económicas de una población, a través de ella es posible conocer el número de habitantes, fenómenos vitales, estructura por edades, género, estado civil, distribución geográfica, migración, etc, de una población dada;

2) la estructura económica, que nos permite conocer a través de ella, la base con que cuenta la formación económico-social de un país y que puede caracterizarla como época histórica y como un modo de producción distinto en épocas históricas distintas (Mascitelli, 1985). Este proceso

también nos permite conocer "... los modos de inserción de las distintas clases sociales en el proceso productivo, la distribución de la riqueza social y el grado de desarrollo diferencial de los sectores de la economía (agricultura, industria y servicios)..." (Frenk, 1980), y como su desarrollo genera algunos fenómenos como las crisis económicas y la industrialización;

3) las condiciones sociales de la población, que en un momento determinado han tenido una gran variación histórica, por ejemplo; el incremento de la clase media (Loeza, 1985), mayor participación de la mujer en la esfera productiva y de servicios (Suárez, 1989), los movimientos estudiantiles (Pozas, 1977), etc;

4) la ideología, que representa un sistema de ideas y valores que determinan el comportamiento de un grupo social o la organización y la práctica de diferentes instituciones sociales (F.C.E., 1980; Frenk, 1980);

5) la estructura de representación política, basada en un sistema corporativista de representación de intereses que ha dado al Estado el papel central en la conducción nacional de los acontecimientos, incluyendo la atención a la salud.

Los procesos específicos son aquellos que de forma directa afectan el binomio oferta-demanda de médicos. Entre los factores que afectan a la demanda de capacidad de

trabajo médico podemos identificar a tres elementos; a) la demanda de servicios médicos entendiéndolo a este como la cantidad y calidad de servicios médicos que demanda una población; b) la oferta de servicios médicos, considerada como la capacidad de atención que ofrecen los servicios médicos y que son determinadas por: las presiones por servicios médicos, la fuerza de trabajo médica capaz de materializarla, las características del sistema de atención, la ciencia y la tecnología; y c) la productividad/eficiencia en los servicios médicos que es la relación entre la fuerza de trabajo empleada y el producto logrado, siendo determinadas por las características del sistema de atención, la ciencia, la tecnología y el costo de la atención.

También se pueden identificar dos procesos que afectan la oferta de capacidad médica, ellos son: a) las características del sistema de educación médica, que a su vez se dividen en cuantitativas (matrícula, tiempo y costo de la carrera, índices de deserción, etc), y las calitativas (contenidos educativos, métodos pedagógicos, etc). Ambos son determinados por diversos factores como; las características económicas, demográficas y culturales de la población, por el sistema educativo, las características específicas del sistema de educación médica, la ciencia, la ideología y tecnología médica; b) las características sociodemográficas de los médicos, considerando estas como las tasas de mortalidad, retiro, abandono, reingreso, la

movilidad, distribución geográfica y movilidad ocupacional (Frenk, 1980).

Con la finalidad de conocer la evolución de la relación bilateral del mtm, resulta necesario concéptualizar la integración de los sistemas de educación y atención médica.

2.1 EL SISTEMA DE EDUCACION MEDICA

El sistema de educación médica tiene la peculiaridad de estar conformada por dos instituciones; las universidades y las instituciones de salud.

Las primeras son las encargadas de proporcionar y reconocer socialmente los estudios básicos de pregrado, seleccionar y reconocer a los médicos especialistas y subespecialistas, asimismo imparten y respaldan los estudios de posgrado a nivel de maestría y doctorado. Estas instituciones se clasifican en públicas y privadas de acuerdo al tipo de relación que se establece con el Estado, grupo social que utiliza sus servicios y costo de las colegiaturas.

A su vez las primeras se dividen en autónomas y no autónomas de acuerdo a la designación de su gobierno interno, la formulación y aplicación de sus programas de

estudio y el tipo de subsidio económico que les proporciona el Estado.

Las instituciones de salud se encargan de proporcionar la educación clínica de pregrado (los alumnos practican en sus campos clínicos, realizan un año de IRP y se les asigna una plaza para cumplir su SS). Con respecto a los estudios de posgrado, se encargan de la formación de los médicos especialistas a través del Sistema Nacional de Residencias Médicas proporcionando plazas de residentes a los estudiantes, en algunas de ellas también se llegan a impartir maestrías y doctorados del área médica.

También presentan una división con respecto al tipo de población que atienden y a su composición financiera, se pueden clasificar en públicas y privadas.

Las primeras se dividen en seguridad social y atención pública.

Las instituciones privadas tienen la peculiaridad de solventar sus necesidades económicas a través de cuotas de recuperación, mismas que proporcionan los alumnos. En la actualidad se pueden reconocer varios tipos de escuelas privadas de acuerdo al monto de sus colegiaturas y al estrato social que se educa en ellas.

2.2 EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA

El sistema de atención médica es la respuesta social organizada a las necesidades de salud de una población.

En México dicho sistema ha adoptado una configuración institucional peculiar que refleja las tendencias corporativas de su sistema político, segmentandose en tres componentes principales: el sector privado, la seguridad social y la asistencia pública.

El sector privado incluye tres subsegmentos, ellos son: 1) las prácticas tradicionales ampliamente difundidas en áreas rurales y en algunas urbanas, así como en zonas periurbanas, 2) la beneficencia, que fue la forma dominante de proporcionar atención a la salud desde el período colonial hasta el siglo pasado; 3) los médicos independientes o agrupados que practican la medicina liberal.

El sector público está dividido en seguridad social y asistencia pública.

La seguridad social en México opera con sus propios recursos humanos empleando a su propio equipo de médicos y enfermeras. Tiene tres fuentes de financiamiento; una la proporciona el Estado a través de un presupuesto anual, otra la proporciona el dueño de la empresa o institución afiliada a la seguridad social, y la última parte la paga el trabajador.

El último sector es la asistencia pública, cuyo objetivo es dar atención médica a grupos desposeídos urbanos y rurales, a los campesinos no asegurados y aquellos que no participan en el sector formal de la economía.

El sistema de salud mexicano se ha segregado con base en la ocupación.

Por otra parte es importante analizar los paradigmas de la educación y atención médica, mismos que han determinado al tipo de médico que se educa en las diferentes escuelas, así como la forma en que la sociedad se organiza para atender sus necesidades de salud.

2.3 PARADIGMAS DE LA EDUCACION Y ATENCION MEDICA

A través del concepto de paradigma se puede analizar los cambios que se han dado en los sistemas de educación y atención médica, ya que al aparecer nuevas modalidades del ejercicio profesional, éstos generan una demanda de un nuevo tipo de personal médico. (Frenk, 1985).

Por paradigma se entiende a los modelos ideológicos amplios sobre la forma, contenido y organización del trabajo médico; estos modelos proporcionan conjuntos de reglas que prescriben, con carácter normativo, la manera de combinar los recursos humanos y materiales a fin de producir tipos ideales de servicios médicos.

Los paradigmas son ideologías dinámicas que varían con el paso del tiempo, pudiendo existir en un mismo momento dos o más de ellos, éstos son:

- Paradigma dominante: es el que exterioriza más a menudo el sistema de educación médica en el proceso de reproducción de conocimientos, valores y creencias. Para que un paradigma sea dominante, es necesario que esté institucionalizado por las facultades de medicina a través de sus planes de estudio, libros de texto y la transmisión e influencia de conocimientos médicos de profesores a estudiantes. Dentro del sistema de atención, el paradigma dominante es aquél que se pone de manifiesto con más frecuencia en el curso de la producción real de servicios médicos.

- Paradigma residual: son los que contienen e incorporan las formas y valores del pasado.

- Paradigma emergente: ofrecen alternativas totalmente nuevas, aunque pueden incluir también elementos reformulados de algún paradigma residual.

El concepto de paradigma sirve para relacionar dos procesos: 1) la socialización profesional, que se desarrolla dentro de las facultades de medicina y 2) las condiciones externas, que constituyen el ámbito circundante significativo de esas facultades (Frenk, 1985).

La teoría de la socialización en adultos ha sido ampliamente utilizada para identificar los procesos a través de los cuales ciertos grupos de población adquieren valores que posteriormente proyectan en su actividad cotidiana, sea en la escuela, en el trabajo o en sus relaciones sociales en general. Adaptada al caso de los médicos, dicha teoría señalaría que lo determinante en la existencia de preferencias y expectativas y para nuestro caso, de la ubicación específica en el mtm debe encontrarse en un proceso de socialización que ocurre fundamentalmente al interior de las escuelas de medicina.

Por su parte, dentro de las instituciones, los procesos de enseñanza y práctica profesional están normados por paradigmas que determinan la orientación y las formas concretas de práctica y que última instancia caracterizan a los procesos de socialización de acuerdo a los fines sociales perseguidos.

La construcción de este subapartado se hará a través de la exposición de dos modelos: a) el de la socialización de adultos y b) el de la influencia de los paradigmas predominantes en la organización de la atención médica en la educación y práctica médicas.

A continuación se exponen los elementos básicos de la teoría de la socialización en adultos tal como ha sido propuesta por Levinson (1967: 253-265).

El fundamento de esta teoría supone que ciertas instituciones (escuelas, hospitales psiquiátricos y prisiones principalmente) tienen como meta fundamental permitir la socialización de sus miembros (estudiantes, pacientes, reclusos). La intención es preparar a los miembros para el período "post-gradual" donde tendrán que ejecutar ciertas actividades socialmente significativas.

La institución escolar³ funciona como un sistema insumo-producto donde el insumo -los estudiantes- son educados o entrenados para obtener algún grado de cambio psicosocial perdurable. Las escuelas de medicina educan y entrenan a individuos en ciertos aspectos técnicos a través de un proceso que les permite, al abandonar la institución, tener la capacidad de ejecutar actividades reconocidas por la sociedad.

Los componentes básicos que son considerados en el modelo de socialización son los siguientes: a) la organización institucional, b) los estudiantes, c) el proceso de socialización y d) El producto de la socialización.

Los términos fundamentales de cada uno de los componentes son los siguientes:

a) La organización institucional es vista como el ambiente socializante. es decir, los elementos que

³ A partir de este momento se hará referencia solamente a la institución escolar médica.

caracterizan el ambiente escolar. Dentro de ellos están consideradas situaciones concretas inmediatas tales como los laboratorios, las lecturas, la relación con profesores, los planes de estudio, los métodos de enseñanza, etcétera, así como una variedad de influencias simbólicamente mediadas como la cultura escolar, la estructura social y las metas educacionales de la escuela como la organización, las ideologías profesionales, y las características psicológicas de los grupos intervinientes.

b) Los estudiantes: Levison considera fundamentalmente la personalidad del estudiante que ingresa. El significado que para él tiene la escuela médica, y qué es lo que espera obtener siendo miembro de la institución. El estudiante es también un agente activo que juega un papel vital en su propia enseñanza y desarrollo. Dentro de las características de la personalidad Levinson considera, además de las tradicionales como las sociométricas, las utilizadas por los psicólogos sociales como los valores, las actitudes, las expectativas y las perspectivas. A las características mencionadas, añade las orientaciones ideológicas amplias, las formas de manejar sentimientos y problemáticas.

c) El proceso de socialización se refiere al mecanismo de incorporación del estudiante dentro de la escuela y sus distintos ambientes; su estudio permite identificar problemáticas que los estudiantes deben

enfrentar en el curso de su experiencia escolar. Levinson enfatizó que el proceso de socialización está en función del sistema de socialización externo y de la personalidad, ya que ambos factores se encuentran en una relación tal que se modifican recíprocamente.

d) La caracterización del producto de la socialización se ha generado a partir de tratar de responder a la siguiente pregunta ¿cuáles son las características psicosociales del estudiante graduado y cómo han cambiado durante el período escolar? Algunos autores sugieren que el cambio está dado por la conversión entre humanitarismo y no-humanitarismo en los médicos. Otros argumentan que el cambio mas bien está dado por el paso de un idealismo inocente a un profesionalismo más sofisticado y realista.

En resumen, podemos observar como esta teoría nos sugiere que la institución escolar recibe un insumo heterogéneo de estudiantes a quienes a través de un proceso de socialización interno instruye o capacita. Al final del proceso el producto tiene un carácter homogéneo en términos de la adquisición de cierto tipo de conocimientos (debe considerarse la clase de conocimientos no el nivel alcanzado en su aprendizaje) así como ciertos valores que les permite percibir aspectos de su entorno social de una manera distinta a la que tenían cuando ingresaron. Por otro lado, el cambio sufrido en el médico egresado está también relacionado con aspectos más amplios de su ejercicio

profesional, determinados por ciertos valores establecidos socialmente a través de otras instituciones.

La teoría de la socialización es un buen punto de partida para el análisis de nuestra problemática, sin embargo a partir de su revisión quedan aún vagamente expuestos algunos problemas relacionados a la existencia de conocimientos y valores en los médicos que son incorporados a su paso por otras instituciones sociales una vez que se encuentran fuera del sistema educativo y que están más relacionados a ámbitos profesionales o laborales. La teoría de la socialización en adultos supone que los conocimientos y valores adquiridos por los sujetos antes de su formación académica, en este caso médica, se ven modificados de tal forma que son prácticamente nulos en el médico egresado (Levine 1977: 91-100).

La teoría de la socialización asume la existencia de valores adquiridos en las primeras etapas de la vida de un individuo, las cuales son modificadas y renovadas en el proceso de socialización escolar.

Frenk propone que "el concepto de paradigma aplicado al ejercicio de la medicina sirve de puente entre los resultados de socialización profesional que se desarrollan dentro de las facultades de medicina y las condiciones externas que constituyen el ámbito circundante significativo de esas facultades", a continuación el autor añade que "la fuente (que da origen a) los paradigmas puede encontrarse no

sólo en los avances de la ciencia y la tecnología sino también en las variaciones específicas que experimenta el mercado de trabajo .."(Frenk, 1985:426). Es importante considerar que el mercado de trabajo concebido como un sistema que genera valores tiene un carácter mucho más abierto en cuanto al tipo de experiencias que proporciona al médico (si lo comparamos con la institución escolar), a través de las cuales los valores obtenidos en la institución de educación son reforzados o modificados. Esto es, la experiencia de un subempleado o de un desempleado es cualitativamente distinta a la de un médico empleado en alguna institución estatal y para cada uno de los casos los valores proporcionados por la educación médica deberían ser desarrollados por trayectorias distintas.

De acuerdo a lo planteado en este apartado, al tratar de estudiar las formas de inserción de los médicos generales tendremos que considerar el efecto del origen social como un factor sumamente mediatizado, el tipo de educación médica recibida (fundamentalmente de acuerdo a la institución de formación de la licenciatura), como un elemento primario de las formas de inserción de los médicos generales al mtm.

Hoy en día, la profesión médica representa un grupo de población con niveles de capacitación sumamente alto respecto a la población general. Junto con otros grupos se coordinan para brindar atención para la salud de la población constituyendo comúnmente una pieza fundamental de

este mecanismo. Es por ello que su situación ocupacional actual preocupa al Estado como regulador de sus mercados de trabajo, preocupación que se extiende a los organismos internacionales.

Se considera que dentro del mtm sólo pueden estar incluidos individuos cuya capacidad para ejercer una actividad ocupacional este en función de una formación académica, misma que haya sido completada y avalada a través de un título profesional.

Así dentro del mtm, en primera instancia, sólo se consideran aquellos individuos titulados para ejercer, sin tomar en cuenta a los pasantes en Servicio Social y (para el caso de los médicos) a los estudiantes de Internado Rotatorio de Pregrado. Un segundo filtro excluye del mtm a aquellas personas que aun siendo graduados no participan activamente en el mercado de trabajo. Es decir, consideramos al mtm en función de los individuos activos con base en la definición de la Población Económicamente Activa: Ocupados y Desocupados. Los límites del mtm llegan hasta donde se establece la ocupación profesional del individuo independientemente de su vinculación sectorial. Por tanto el sector productivo donde se ubique la institución no tiene ingerencia en la definición de los límites del mtm. En México existen aun empresas paraestatales que conservan el control de sus propios sistemas de atención, un ejemplo de ellos es el caso de Petróleos Mexicanos. Gran cantidad de

empresas particulares tienen pequeñas áreas de atención médica. Aunque ubicadas en el sector primario o secundario de la economía estas instituciones mantienen puestos de trabajo dentro del mtm que normalmente se encuentran ocupados por personas graduadas.

De esta manera encontraremos que el mtm puede estar diversificado de acuerdo al tipo de vinculación asalariada o no asalariada, al tipo de institución donde se labora, al tipo de unidad, pero también incluye al grupo desempleado que presiona activamente el mtm para ingresar en él.

Los límites del mtm se establecen en aquellos puestos de trabajo donde el médico puede desarrollar las potencialidades de su capacidad de trabajo.

También se consideran dentro del mtm los puestos vinculados a las tareas relacionadas con la atención o a la investigación en salud.

De acuerdo con lo expuesto en este apartado, hemos podido categorizar la situación laboral del médico al comparar el nivel y tipo de formación del profesional de salud (características de la oferta) con los requerimientos técnicos del puesto de trabajo que ocupa (necesidades de la demanda). Así la categorización se inicia con la dicotomía que distingue a los médicos activos, que son los que se encuentran ocupados o buscan estarlo, de los médicos inactivos, que son personas que no tienen trabajo y no lo

buscan activamente (Frenk, et al., 1988). A partir de esta primera división, puede elaborarse una clasificación con base en el contenido técnico de la actividad. Dentro del grupo de las personas activas se incluyen las siguientes categorías.

Ocupados.- Los conocimientos y habilidades que presuntamente adquirieron en el proceso de formación profesional corresponden a las exigencias del trabajo que realizan.

Sobreocupados.- Las exigencias en el trabajo que realizan son mayores a los conocimientos y habilidades adquiridos en el proceso de educación formal.

Subocupados.- Las exigencias en el trabajo que realizan son menores o no corresponden a los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación profesional. Este grupo se divide en subocupados relativos y subocupados absolutos. Los primeros son personas que, si bien realizan actividades de menor complejidad técnica, siguen trabajando dentro del sector salud. Los subocupados absolutos son personas que realizan actividades totalmente ajenas al área de la salud.

Desocupados activos.- No tienen ninguna ocupación pero la buscan activamente.

Dentro del grupo de las personas inactivas se incluyen los siguientes:

Desocupados encubiertos.- Están en espera de que se resuelva su solicitud de trabajo o de ingreso a la residencia de especialidad.

Desocupados por desaliento.- No tienen ninguna ocupación, pero no la buscan porque piensan que no la conseguirán.

No disponibles.- Son las personas que, por razones personales, por estar jubilados o por ser estudiantes, no están ocupadas y tampoco buscan trabajo en el momento actual. Se incluye aquí a los pasantes en servicio social (y a los internos de pregrado), ya que, si bien prestan atención médica a la población, no están sujetos a las fuerzas del mercado de trabajo profesional toda vez que tienen asegurada una plaza, así sea sólo por un año (Frenk y cols. 1988).

Pasaremos ahora a definir algunos conceptos importantes para el estudio de la dinámica del mercado de trabajo:

Dadas las condiciones cada vez más deterioradas del mtm en México es prudente diferenciar la diversidad de puestos de trabajo aun cuando estemos estudiando a un grupo profesional con un alto nivel de escolaridad, ya que en la ENEM-86 llegamos a encontrar, para el caso de los médicos, ocupaciones como jardinero, taxista, vendedor ambulante y otros, que caen por definición en una categoría distinta a

la de médico asalariado o independiente, es por ello que el concepto patrones de empleo será utilizado en el análisis. Para construir un patrón de empleo se han utilizado todos los indicadores obtenidos en la ENEM-86 para la caracterización del empleo de los médicos los cuales fueron fusionados a través del método estadístico de componentes principales (vid. Alagón, et al 1988).

Cada caso a su vez fue ubicado en un grupo de médicos con características similares al cual llamamos patron de empleo. Los patrones son completamente específicos del mtm y nos ayudan a construir la tipología en distintos niveles de categorización. Desde dos categorías hasta 11 que es el nivel más desagregado.

Esta posibilidad de agrupar y desagrupar la tipología de patrones brinda grandes ventajas en el análisis debido a lo reducido de la muestra de médicos.

Ahora bien el concepto de capacidad de trabajo desperdiciado es recomendado por la Organización Internacional de Trabajo (OIT), el Programa Regional para el Empleo en América Latina y el Caribe (PREALC) para tratar de construir una medida que haga equivalentes los fenómenos de subempleo y desempleo con el fin de cuantificar la cantidad de horas de trabajo que un grupo profesional debiera de aportar al sector donde se le necesita y que no lo hace por dedicar esas horas a la búsqueda de empleo o a otros menesteres (PREALC 1984).

CAPITULO III

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

En el presente capítulo se expone la metodología y los procedimientos utilizados para realizar la investigación.

1. DETERMINACION DE LA MUESTRA:

A fin de poder captar todas las posibilidades de empleo, el muestreo se realizó sobre hogares, por lo cual la muestra de médicos se obtuvo a partir de la muestra de 41,000 hogares de 12 áreas metropolitanas y 4 de las más importantes ciudades de la frontera norte del país⁴ con la que trabaja la ENEU, fuente oficial de datos sobre empleo en México. La muestra de la ENEU es representativa de 14'529,826 habitantes y la población representada por los médicos se estima en forma proporcional a la población representada por la ENEU. La Encuesta Nacional de Empleo Urbano es de carácter continuo, con un diseño de panel rotatorio y se lleva cabo cada tres meses por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de la Secretaría de Programación y Presupuesto.

La población para la investigación del empleo médico incluyó a todas las personas que declararon en la ENEU haber

⁴ Tijuana, B.C.N.; Cd. Juárez, Chi.; Chihuahua, Chi.; Nuevo Laredo, Tamps.; Matamoros, Tamps.; Tampico, Tamps.; Monterrey, N.L.; Torreón, Coah.; Guadalajara, Jal.; León, Gto.; San Luis Potosí, S.L.P.; México, D.F.; Puebla, Pue.; Orizaba, Ver.; Veracruz, Ver. y Mérida, Yuc.

terminado la carrera de medicina, a los internos de pregrado (5o. año de la carrera) y a los pasantes en servicio social (6o. año de la carrera). El tamaño de la muestra fue de 620 personas.

En la ENEM 604 personas fueron entrevistadas, lo que representa una tasa de respuesta de 97%.

El levantamiento de la encuesta, que incluyó una fase de supervisión, se efectuó en el primer semestre de 1986; la crítica-codificación de los cuestionarios y la conformación de los archivos de datos se terminaron en diciembre del mismo año.

El nivel académico que declararon tener los 604 médicos, es el siguiente:

- 353 con nivel de licenciatura
- 185 con estudios de posgrado
- 38 estudiantes de internado rotario de pregrado
- 28 pasantes de servicio social

La muestra que comprende la presente investigación esta integrada por 353 médicos graduados que declararon tener sólo el nivel de licenciatura o no haber concluido sus estudios de posgrado.

Para fines del análisis se tomo a los 185 médicos especialistas sólo como grupo de comparación.

2. VARIABLES DEL ESTUDIO

El modelo de análisis del presente trabajo corresponde al obtenido en la investigación "Patrones de empleo médico en las áreas urbanas de México". Su construcción (Frenk, et al. mimeo) obedece al uso de modelos tipo logito que permiten la participación de variables ordinales, que son antecedentes una de otra y que por tanto es posible definir como dependientes e independientes.

A través de este modelo ha sido posible explicar cómo afectan las variables demográficas, sociales y educativas en la inserción de un médico en el mtm (op. cit.).

Partimos de la base de que el modelo trabaja con variables antecedentes en el tiempo, biográficas.

Temporalidad de las variables

Tiempo I	Tiempo II	Tiempo III	Tiempo IV	Tiempo V
NACIMIENTO	GENERO	GRUPO SOCIAL	FORMACION ESCOLAR	SITUACION LABORAL

El modelo nos ayuda a encontrar la interacción que cada variable independiente o intermedia tiene sobre la variable dependiente.

Las características demográficas y sociales determinan el ingreso a las escuelas correspondientes. En ellas se da un proceso de socialización que determina las pautas de comportamiento y valores del nuevo profesional. (Levison, 1967) Estas nuevas características, aunadas a las primeras permiten al profesional de la salud superar el proceso de selección a la especialidad.

En la formación de especialidad los individuos se someten a un nuevo proceso de socialización que les confiere ventajas a las personas involucradas sobre las no involucradas al momento de ubicarse en el mercado de trabajo.

Dicho de manera concisa, la probabilidad de que un médico se ubique en condiciones favorables en el mtm se multiplica cuando ha estudiado una residencia de especialidad.

A su vez la probabilidad de que un estudiante de medicina obtenga el grado de licenciatura, está determinado por el grupo social al que pertenece. Los grupos sociales alto y medio tienen ventaja considerable sobre el grupo bajo.

La variable genero en este modelo tiene repercusiones a nivel de la formación y la práctica médicas, aunque su profundización es una de las cuestiones que más nos interesa estudiar. Dicha importancia se le atribuye por estudios en

otros países (Boaventura y Machado 1983) que demuestran la incorporación diferencial de hombres y mujeres a los mercados laborales en salud. Otro elemento en este sentido es el sostenido proceso de feminización que se ha dado en México al interior del mtm en los últimos años. (Frenk, et al. S.E./9, 1987).

Las relaciones mencionadas son las más importantes entre las variables al interior del modelo. Relaciones directas entre variables sociodemográficas y la variable dependiente ha sido identificadas pero consideramos que su capacidad explicativa es mínima.

2.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Las variables utilizadas en el presente análisis se definen a continuación:

2.1.1 VARIABLES INDEPENDIENTES:

GENERO: Es una variable nominal con dos categorías : masculino y femenino.

EDAD: Registra el año y mes de nacimiento del médico y se divide en cuatro categorías: hasta 30 años de edad, 31 a 40, 41 a 50 y 50 años y más.

ESTADO CIVIL: Es una variable nominal con seis categorías: soltero, casado, unión libre, divorciado, separado y viudo. Para fines de la investigación se reclasifico en dos categorías: casado, (incluye a los de unión libre) y solteros (incluye a los viudos, divorciados y separados).

GRUPO SOCIAL: se divide en tres estratos: alto, medio y bajo. La variable se construyó apartir de cinco características de la persona que sostuvo al médico mientras estudiaba la carrera: ingresos por ocupación de acuerdo al Censo de 1980, ocupación, control técnico y ocupacional de su propio trabajo y el de otras personas de acuerdo a la ocupación, posición en el trabajo, rama de actividad del negocio o empresa.

GENERACION: Registra el año de ingreso del médico a la carrera de medicina. Se divide en dos categorías: los que ingresarón hasta 1970 y los que ingresarón a partir de 1971. La finalidad de dividirla en los periodos antes mencionados es la de medir el efecto de "masificación educativa" que se dió en México en la década de los 70s.

ESCUELA DE MEDICINA: Mide la calidad de la escuela de medicina donde el médico estudio su licenciatura. La calidad se evaluo en cada generación a través de las opiniones de un panel de expertos y el porcentaje de admitidos en el examen nacional de residencias de 1987. tiene tres categorías: buena , regular y mala. La calidad de

la escuela puede cambiar entre la primera y la segunda generación.

NIVEL DE ESTUDIOS: Tiene dos categorías: médicos generales y médicos especialistas. El primer grupo contempla a todos aquellos médicos que declararon tener sólo la licenciatura de medicina o haber empezado estudios de posgrado y no haberlos terminado. El segundo grupo está integrado por los médicos que cursarán estudios de posgrado (especialidad, maestría y doctorado) y los terminarán.

NIVEL DE OCUPACION: Es una variable compuesta por el nivel de escolaridad alcanzado y la ocupación que desempeña el médico en su trabajo principal. Se clasificó en nueve categorías: ocupados; sobreocupados; subocupados, desocupados activos, desocupados encubiertos, desocupados desalentados inactivos, personas que realizan algún trámite administrativo, amas de casa y jubilados, pensionados y rentistas.

NUMERO DE PACIENTES: Se construyó a partir del número de pacientes a los que atiende o da consulta habitualmente el médico a la semana. Se dividió en cinco categorías: 1 a 15, 16 a 40, 41 a 80, 81 a 120 y 121 a más pacientes.

POSICION EN EL TRABAJO: Se dividió en seis categorías: patrono o socio, subcontratista, trabajador independiente, trabajador cooperativista, trabajador a sueldo y trabajador a comisión, porcentaje o destajo.

TIPO DE CONTRATO: Se integro por el tipo de relación laboral que el médico declaro tener con la institución en donde presta sus servicios. Tiene cuatro categorías; independiente, base, por contrato y temporal.

INSTITUCION: Esta integrada por el tipo de población que atiende el médico. Se clasifica en tres categorías; población abierta, seguridad social y particular.

TIPO DE UNIDAD: Se construyó a partir del tipo de unidad o establecimiento donde labora el médico, tiene cuatro categorías; no médica, primer nivel, segundonivel y tercer nivel.

HORAS DE TRABAJO: Se integro por tres categorías: menos de 36 hrs; de 36 a 48 y más de 48 hrs.

INGRESOS: Se compone por cinco categorías: menos de un salario, de 1 a 1.99, de 2 a 2.99, de 3 a 4.99, de 5 a más.

PRESTACIONES: Esta integrada por dos categorías: Con prestaciones y sin prestaciones de la ley.

2.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

PATRON DE EMPLEO MEDICO: Es una variable que se construyo a partir de diversas características del empleo o empleos y que posee el médico (número de trabajos,

productividad, posición en el trabajo, ocupación, ingresos, etc.). Se identificarán diez grupos de médicos con características de empleo similares; en este análisis sólo se emplearon seis categorías de las diez originales: monoempleados asalariados, monoempleados independientes, multiempleados, subempleados cualitativos (sólo atiende menos de dos pacientes por hora), subempleados cualitativos (son los que tienen menos de tres trabajos y algún empleo es no médico) y desempleados. Posteriormente, para efectos del análisis causal, se colapsarán estas categorías a dos, de acuerdo a la inversión social desperdiciada o no, por haber formado un médico que no dedica la totalidad de sus tiempo a labores médicas, de tal forma que las primeras tres clases integrarán el grupo de patrones deseables y los tres restantes el de los indeseables (Alagón, 1989).

3. REVISION BIBLIOHEMEROGRAFICA

A lo largo del desarrollo de la investigación se llevo a cabo una revisión bibliohemerográfica en dos etapas:

1a. REVISION ESTADISTICA: Se realizó una revisión profunda y se obtuvo información estadística relacionada con el problema de investigación, para ello se analizaron informes y anuarios de las dependencias oficiales, como la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social,

Secretaría de Programación y Presupuesto, Universidad Nacional Autónoma de México, etcétera.

2a. REVISION BIBLIOHEMEROGRAFICA: Se revizó y se obtuvo información bibliohemerográfica con la finalidad de rescatar experiencias acerca de la problemática estudiada que permitió localizar y recuperar materiales que ayudaron a consolidar y reforzar los supuestos básicos de la investigación.

4. ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó en dos etapas:

1a. Obtención y análisis de frecuencias simples: En esta etapa se describió la variabilidad de las respuestas obtenidas, así como la utilización de medidas de resumen y de tendencia central.

2a. Obtención y análisis de cuadros bivariados: En esta fase del análisis se obtuvieron cruces de las variables independientes contra la variable dependiente, con el objetivo de determinar la existencia o no de relaciones, así como la fuerza de esta entre las variables de estudio, para lo cual se obtuvieron pruebas estadísticas como la Ji cuadrada, la V de Cramer, Gamma, etcétera. En esta etapa se seleccionaron indicadores relevantes para el análisis.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados se presenta en dos etapas; análisis univariado y análisis bivariado.

1. ANALISIS UNIVARIADO

El cuadro No. 1 nos presenta las frecuencias simples del análisis univariado de la distribución de los médicos generales y especialistas en las variables de estudio. En primer lugar describiré las variables independientes para después describir la variable dependiente.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Sociodemográficas:

GENERO: El 28% de los médicos generales son mujeres; en comparación al 12% de los médico especialistas, en otras palabras diremos que de cada diez médicos generales, tres son mujeres y de cada diez médicos especialistas una es mujer. Se puede apreciar la disminución de las oportunidades que tienen las médicas en adquirir estudios de posgrado.

EDAD: El 45% de los médicos generales tienen menos de 31 años de edad y 33% hasta 40 años, 8% tienen más de 40

CUADRO 1

FRECUENCIAS SIMPLES DE LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS

VARIABLE	CATEGORIAS	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
		No.	%	No.	%
GENERO	MASCULINO	254	72	163	88
	FEMENINO	99	28	22	12
EDAD	HASTA 30 ANOS	160	45	12	7
	31 A 40	116	33	89	48
	41 A 50	29	8	47	25
	51 A MAS	48	14	37	20
ESTADO CIVIL	SOLTEROS	116	33	26	14
	CASADOS	237	67	159	86
GRUPO SOCIAL	BAJO	158	45	59	32
	MEDIO	126	36	74	40
	ALTO	69	19	52	28
GENERACION	1905-1970	112	32	144	78
	1971-1982	241	68	41	22
CALIDAD DE ESCUELA	MALA	149	42	29	16
	REGULAR	122	35	54	29
	BURNA	82	23	102	55
NIVEL DE OCUPACION	JUBILADO	13	4	6	3
	AMAS DE CASA	12	3	2	1
	EN TRAMITE	13	4	1	.5
	DESOCUPADOS DESALENTADOS	3	1	0	0
	DESOCUPADOS ENCUBIERTOS	10	3	1	.5
	DESOCUPADOS ACTIVOS	22	6	1	.5
	SUBOCUPADOS	29	8	16	9
	SOBRECUPADOS	24	7	0	0
OCUPADOS	227	64	158	85	
PATRON DE EMPLEO	INACTIVOS	38	11	9	5
	DESEMPLEADOS	35	10	2	1
	SUBEMPLEADO CUALITATIVOS	47	14	5	3
	SUBEMPLEADO CUANTITATIVOS	40	11	12	6
	MULTIEMPLEADOS	36	10	90	49
	MONOEMPLEADOS INDEPENDIENTES	40	11	15	8
	MONOEMPLEADOS ASALARIADOS	117	33	52	28

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO. D.F. 1986.

años y 14% son mayores de 50 años. En cambio la distribución por edad de los médicos especialistas es diferente, ya que 48% son mayores de 31 años, 25% tienen más de 40 años y 20% superan los 50 años. Como se puede apreciar, los médicos generales son muy jóvenes, por lo que podemos deducir que son producto de la "masificación o popularización educativa".

ESTADO CIVIL: La distribución de los médicos generales es la siguiente; 67% son casados y 33% solteros, en cambio el 86% de los médicos especialistas son casados y 14% solteros. La presente situación se puede explicar por lo joven que es el grupo de médicos generales.

GRUPO SOCIAL: El 45% de los médicos generales proviene de un grupo social bajo, en comparación al 32% de los médicos especialistas. El 36% de los médicos generales pertenece a un nivel medio, en comparación al 40% de los especialistas, también observamos que 19% de los generales pertenecen a un grupo social alto en comparación al 28% de los especialistas. Como podemos observar, entre los médicos generales el grupo social que predomina es el bajo, en cambio entre los especialistas es el medio, también resalta que es menor el porcentaje de los médicos generales que provienen de un grupo social alto.

b) Educativas:

GENERACION: El 68% de los médicos generales pertenece a la segunda generación y 32% a la primera, en cambio la distribución es inversa en los médicos especialistas, ya que 78% son de la primera generación y 22% de la segunda. Estos resultados nos confirman los efectos de la llamada "masificación educativa" en la educación médica.

CALIDAD DE ESCUELA: El 42% de los médicos generales estudiaron en escuelas de mala calidad, 35% en escuelas de regular calidad, y 23% en escuelas de buena calidad. Nuevamente los porcentajes son inversos en los médicos especialistas, 16% se formaron en escuelas de mala calidad, 29% en escuelas de regular calidad y el 55% en escuelas de buena calidad. Resulta interesante hacer resaltar que la calidad de escuelas en donde se formaron los generales y especialistas son opuestas, ya que entre los generales predominan las de mala calidad y en los especialistas las de buena calidad.

NIVEL DE ESTUDIOS: El 66% de los médicos graduados de la muestra son médicos generales y 34% especialistas. Uno de los argumentos que podrían explicar esta distribución es que la llamada "masificación educativa" sólo afectó a la educación de pregrado y la educación de posgrado se conservó estable.

c) Laborales:

NIVEL DE OCUPACION: Con respecto a la correspondencia entre el nivel de educación alcanzado y la ocupación que actualmente desempeñan los médicos, encontramos que 11% de los generales son inactivos (jubilados, amas de casa y en trámite), 10% son desempleados (desalentados, encubiertos y activos), 8% subocupados y 71% ocupados (más los sobreocupados).

En el caso de los médicos especialistas su distribución es la siguiente; 85% ocupados, 9% subocupados, 1% desocupados, y 4% son médicos inactivos.

La inactividad es mayor entre los médicos generales, en cambio la ocupación predomina en los médicos especialistas. La subocupación es muy parecida entre los dos grupos.

VARIABLE DEPENDIENTE:

PATRON DE EMPLEO: La distribución de los médicos generales es la siguiente: 11% son inactivos, 10% desempleados, 14% subempleados cualitativos, 11% subocupados cuantitativos, 10% multiempleados, 11% monoempleados independientes y 33% monoempleados asalariados. En los médicos especialistas la distribución fue diferente; 5% inactivos, 1% desempleados, 3% subempleados cualitativos 6%

subempleados cuantitativos, 49% multiempleados, 8% monoempleados independientes y 28% monoempleados asalariados.

La inactividad es mayor en los médicos generales que en los especialistas. El patron de empleo dominante en los generales es el monoempleo asalariado y en segundo lugar el subempleo cualitativo, en cambio, para los médicos especialistas predomina el multiempleo y el monoempleo asalariado.

2. ANALISIS BIVARIADO:

La estructura general de la presentación de los resultados es la siguiente: Se formaron tres grupos de cuadros resumen para los médicos generales y especialistas; en el primer grupo se describen las relaciones entre las características sociodemográficas y educativas en relación al patron de empleo; en el segundo grupo se analizaron los niveles de educación (licenciatura y posgrado) con el nivel de ocupación; en el tercer grupo se describieron las tasas de participación de los dos grupos.

Finalmente se analizó las relaciones del patron de empleo de los generales con las características de su empleo principal, destacando las diferencias porcentuales, así como el nivel descriptivo de la Ji cuadrada y el grado de significancia entre la relacion de las variables, medida por la V de cramer o Phi.

En cuanto al tamaño de la muestra en el primer grupo se analizaron a los 315 médicos generales y 176 médicos especialistas, en el segundo y tercer grupo a los 353 generales y 185 especialistas y en el cuarto grupo sólo se analizarán a los 280 médicos generales activos.

A) GRUPO 1

PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERO:

En el cuadro 2 podemos apreciar que 36% de los hombres son monoempleados asalariados, 15% monoempleados independientes, 13% multiempleados, 12% subempleados cualitativos, 16% subempleados cuantitativos y 8% desempleado; entre las mujeres la distribución es la siguiente; 40% son monoempleadas asalariadas, 5% monoempleadas independientes, 7% multiempleadas, 15% subempleadas cualitativas, 13% subempleadas cuantitativas y 20% desempleadas. El patron de empleo que predomina entre los médicos es el monoempleo asalariado y en segundo lugar el subempleo cualitativo; en cambio entre las médicas predomina el monoempleo asalariado y el desempleo, la Ji cuadrada es de 15.943, siendo significativa al 0.007, aunque su significancia es moderada a un 0.225 y una gamma de -0.106. Esto comprueba nuestra hipótesis de trabajo, de que entre las mujeres es mayor el desempleo, subempleo e inactividad

Al comparar estos resultados que presentan los médicos especialistas (cuadro 3), podemos destacar de este grupo, que en los hombres el patron que predomina es el multiempleo con 56% y en las mujeres el monoempleo asalariado. La inactividad se presenta más en las médicas especialistas que entre los médicos. La asociación es fuerte entre el patron de empleo y el genero con una V de cramer de

0.362. Los resultados nos revelan una vez más el grado de inequidad que sigue dominando a la mujer en su incorporación al mtm.

PATRON DE EMPLEO CONTRA GRUPO DE EDAD

En el cuadro 2 se observa que entre los médicos generales que tienen menos de 31 años predomina el monoempleo asalariado con un 40% y le sigue el subempleo cualitativo con 17% y el desempleo con 17%. En el grupo de 31 a 40 años, también el monoempleo asalariado alcanza un 40%, le sigue el multiempleo con 15% y el monoempleo independiente y subempleo cualitativo con 13% los dos. En el grupo de 41 a 50 años el monoempleo asalariado es de 37%, le sigue el subempleo cualitativo con 22% y el monoempleo independiente con 18%. Para el grupo de más de 50 años, el patron dominante es el monoempleo asalariado. Estos resultados confirman nuestra hipótesis de trabajo, de que los médicos de las últimas generaciones (jóvenes), tienden más al asalariamiento que los de las primeras generaciones (viejos). Al comparar los resultados con el cuadro 3, percibimos que el patron dominante para el grupo de médicos de menos de 31 años es el monoempleo asalariado con un 59%. En el grupo de 31 a 40 años 49% es multiemplado, lo mismo sucede con el grupo de 41 a 50 años, ya que el 66% son multiemplados. A pesar de que predomina el multiempleo en

el grupo demás de 50 años, se nota un aumento del monoempleo independiente con un 23%.

Al comparar los dos cuadros podemos apreciar que el desempleo es mayor entre los médicos generales jóvenes que entre los especialistas y los médicos de más de 51 años. En los médicos generales demás de 51 años predomina el monoempleo independiente y entre los especialistas el multiempleo. Existe una asociación entre las variables de 0.000, la relación es moderada con una V de cramer del 0.242 y una gamma de 0.081.

PATRON DE EMPLEO CONTRA ESTADO CIVIL

El monoempleo asalariado entre los médicos generales solteros es de 46% y entre los casados de 33%, el monoempleo independiente en los solteros es de 8% y en los casados de 15%, el multiempleo en los solteros es de 7% y en los casados de 14%, el subempleo cualitativo en los solteros es del 8% y en los casados del 19%, el subempleo cualitativo en los solteros es de 15% y en los casados de 11%, el desempleo entre los solteros es de 16% y en los casados de 8%. los médicos generales solteros presentan mayores índices de subempleo y desempleo que los casados. En comparación, entre los médicos especialistas solteros predomina el monoempleo asalariado y entre los casados el multiempleo.

CUADRO 3
 PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS
 MEDICOS ESPECIALISTAS (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	GENERO		EDAD				ESTADO CIVIL		GRUPO SOCIAL		
	MASC.	FEM.	Hasta 30	31 A 40	41 A 50	51 A MAS	SOLT.	CASADO	BAJO	MED.	ALTO
MONOEMPLEADO ASALARIADO	25	65	59	32	21	23	61	24	43	27	19
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	10	0	0	6	7	23	4	9	11	7	8
MULTIEMPLEADOS	56	15	25	49	66	44	27	56	41	54	59
SUBEMPLEADO CUALITATIVOS	3	15	0	5	0	3	0	3	2	1	6
SUBEMPLEADO CUANTITATIVOS	6	0	8	7	6	7	4	7	3	10	6
DESEMPLEADOS	0	5	8	1	0	0	4	1	0	1	2
\bar{g}	5		15				5		10		
X	23.105		27.909				18.082		13.420		
P	0.000		0.022				0.002		0.201		
V CRAMER	0.362		0.229				0.320		0.195		
GAMMA	0.363		-0.057				0.508		-0.311		

No.	176	176	176	176
%	100	100	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

Existe una asociación moderada entre las variables, ya que la V de cramer es de 0.249 con una gama de 0.069.

PATRON DE EMPLEO CONTRA GRUPO SOCIAL

El monoempleo asalariado predomina entre los médicos generales que provienen de un grupo social bajo, le siguen el subempleo cualitativo y desempleo con un 15% los dos. Entre el grupo social medio el monoempleo asalariado es del 45%, el subempleo cualitativo de 15% y el monoempleo independiente del 14%. En los del grupo social alto, predomina el monoempleo asalariado con 29% y el subempleo cualitativo con 16%.

Al comparar el cuadro 2 y 3 podemos resaltar que el desempleo es más alto entre los médicos generales del grupo social bajo, pues alcanza un 15% y entre los médicos especialistas el desempleo se da más en el grupo social alto con un 2%.

El patron que predomina entre los médicos generales del grupo social bajo es el monoempleo asalariado, de igual manera sucede con los médicos especialistas.

En el grupo social medio, entre los generales sigue dominando el monoempleo asalariado, pero en los especialistas sobresale el multiempleo, lo mismo sucede con el grupo social alto. tanto para los generales como para los

especialistas. Para los dos grupos no existe asociación entre el patron de empleo y el grupo social.

PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERACION DE INGRESO

La relación del patron de empleo y la generación de ingreso se encuentran en el cuadro 4.

El 30% de los monoempleados asalariados generales pertenecen a la primera generación, porcentaje que se incrementa a 41% para la segunda generación. El monoempleo independiente y multiempleo son los patrones que presentan mayor porcentaje para la primera generación, 25% y 22% respectivamente, después del monoempleo asalariado.

La relación de variables es significativa (0.000), con una asociación (V de cramer 0.387) moderada y una gamma del 0.101. En comparación, la asociación no es significativa en para los médicos especialistas.

PATRON DE EMPLEO CONTRA CALIDAD DE ESCUELA

En el cuadro 4 se puede apreciar la distribución de los médicos generales según su patron de empleo y la calidad de la escuela donde estudiaron su licenciatura.

De los médicos generales que estudiaron en escuelas de mala calidad, 30% son monoempleados. 12% son

CUADRO 4
 PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS EDUCATIVAS DE LOS
 MEDICOS GENERALES (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	GENERACION		CALIDAD DE ESCUELA		
	1905 A 1970	1971 A 1982	MALA	REGULAR	BUENA
MONOEMPLEADO ASALARIADO	30	41	30	42	42
MOMOEMPLEADO INDEPENDIENTE	25	7	12	12	15
MULTIEMPLEADO	22	6	5	17	14
SUBEMPLEADOS CUALITATIVOS	12	16	16	12	17
SUBEMPLEADOS CUANTITATIVOS	6	16	19	9	9
DESEMPLEADOS	4	14	18	6	3
χ^2	5		10		
X	47.071		28.434		
P	0.000		0.001		
V DE CRAMER	0.387		0.212		
GAMMA	-0.101		0.217		

No.	315	315
%	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO. D.F. 1986.

monoempleados independientes, 5% multiempleados, 16% subempleados cualitativos, 19% subempleados cuantitativos y 18% desempleados. Los que provienen de escuelas de regular calidad, 42% son monoempleados asalariados, 12% monoempleados independientes, 17% multiempleados, 12% subempleados cualitativos, 9% subempleados cuantitativos y 8% desempleados. De los médicos que estudiaron en escuelas de buena calidad, 42% son monoempleados independientes, 14% multiempleados, 17% subempleados cualitativos, 9% subempleados cuantitativos y 3% desempleados. Cabe destacar que el subempleo cuantitativo y el desempleo se concentran en los médicos que estudiaron en escuelas de baja calidad. Existe asociación entre las variables (0.001), la cuál es moderada (V de cramer 0.212) con una gamma del 0.217. Estos resultados nos permiten probar parcialmente una de nuestra hipótesis de trabajo, ya que las escuelas de medicina median la influencia del origen social en la forma de inserción del médico general al mtm.

En el cuadro 5 podemos apreciar que no existe asociación entre estas variables para los médicos especialistas.

CUADRO 5
PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS EDUCATIVAS DE LOS
MEDICOS ESPECIALISTAS (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	GENERACION		CALIDAD DE ESCUELA		
	1905 A 1970	1971 A 1982	MALA	REGULAR	BUENA
MONOEMPLEADO ASALARIADO	25	44	46	29	25
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	9	5	11	9	7
MULTIEMPLEADO	56	33	25	50	60
SUBEMPLEADOS CUALITATIVOS	2	5	4	4	2
SUBEMPLEADOS CUANTITATIVOS	6	10	14	8	4
DESEMPLEADOS	2	3	0	0	2
\bar{g}	5		10		
X	9.817		14.246		
P	0.000		0.821		
V DE GRAMER	0.236		0.201		
GAMMA	0.133		-0.139		

No.	5	10
%	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

**PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERO SEGUN NIVEL DE
ESTUDIOS**

En el cuadro 6 se incluyen a todos los médicos generales y especialistas divididos por genero.

Entre los médicos generales se nota una mayor concentración de desempleo e inactividad, mientras que el monoempleo asalariado es de 33% tanto para hombres como para mujeres. El subempleo cuantitativo y multiempleo es mayor entre los hombres. La relación es significativamente moderada entre las variables (V de cramer 0.262).

Entre los médicos especialistas el patron que predomina entre las mujeres es el monoempleo asalariado con un 59% y entre lo hombres el multiempleo con 53%. También en este caso el desempleo e inactividad es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Asimismo, la asociación de las variables es moderadamente significativa (V de cramer 0.354).

El cuadro 6 nos confirma la inequidad que persiste en las mujeres al tratar de integrarse al mtm, ya que el ser mujer le impide, socialmente, una integración adecuada en la esfera laboral.

**CUADRO 6
PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERO DE LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS**

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	MASC	FEM	MASC	FEM
MONOEMPLEADO ASALARIADO	33	33	24	59
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	14	4	9	0
MULTIEMPLEADO	12	6	53	14
SUBEMPLEADO CUANTITATIVO	11	12	6	14
SUBEMPLEADO CUALITATIVO	15	10	3	0
DESEMPLEADO	7	16	1	4
NO DISPONIBLE	8	19	4	9
Σ		5		10
X		24.285		23.175
P		0.000		0.000
V DE CRAHER		0.262		0.354
GAMMA		-0.212		0.242
No.	254	99	163	22
%	100	100	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO, D.F. 1986.

PATRON DE EMPLEO CONTRA LA GENERACION DE LOS MEDICOS
GENERALES Y ESPECIALISTAS

En el cuadro 7 se incluyen sólo a los médicos generales y especialistas empleados o activos.

Resalta la influencia que tiene pertenecer a la 1a. o 2a. generación para ingresar de manera adecuada al mtm. De los médicos generales que pertenecen a la 1a. generación, el subempleo cualitativo y cuantitativo es menor que para los que pertenecen a la 2a. generación. También es mayor el porcentaje de médicos incorporados al monoempleo independiente y multiempleo, que para los médicos de la 2a generación. Existe una asociación fuerte (0.372) entre estas variables.

Entre los médicos especialistas el subempleo es mayor para la 2a generación que para la primera. En este grupo el patron predominante para la 1a generación es el multiempleo y para la 2a el monoempleo asalariado. Aunque no existe una asociación considerable entre estas variables para los médicos especialistas.

Al dicotómizar los patrones (cuadro 8) se puede apreciar que entre los médicos generales de la primera generación el 81% tiene patrones de empleo aceptables y 19% inaceptables.

Se nota un deterioro para los médicos de la 2a generación, ya que 63% tienen patrones aceptables y el 37%

CUADRO 7
 PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERACION DE INGRESO A LA CARRERA DE MEDICINA
 DE LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS ACTIVOS

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	1a	2a	1a	2a
MONOEMPLEADO ASALARIADO	31	47	26	45
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	27	6	9	5
MULTIEMPLEADO	23	7	57	34
SUBEMPLEADO CUANTITATIVO	6	18	6	11
SUBEMPLEADO CUALITATIVO	13	19	2	5
g	5		10	
X ²	38.850		9.002	
P	0.000		0.061	
V DE CRAMER	0.372		0.227	
GAMMA	0.024		0.167	

No.	94	186	136	38
%	100	100	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

CUADRO 8
PATRON DE EMPLEO CONTRA GENERACION DE INGRESO A LA CARRERA DE LOS MEDICOS
GENERALES Y ESPECIALISTAS ACTIVOS

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	1a	2A	1a	2a
ACEPTABLE	81	63	92	84
INACEPTABLE	19	37	8	16
g	5		10	
X	9.391		1.998	
P	0.002		0.157	
PHI	0.183		0.107	
GAMMA	0.428		0.361	

No.	94	186	136	38
%	100	100	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO. D.F. 1986.

inaceptables. Existe una asociación leve entre ella, ya que la PHI es de 0.183.

Entre los médicos especialistas también se nota un deterioro en los patrones por generación, pero es menor, aunque cabe resaltar que no existe asociación entre las variables para el grupo de los médicos especialistas.

PATRON DE EMPLEO DE LOS MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS

En los cuadros 9, 10 y 11 se analizó el patron de empleo y su relación con el nivel de educación, pero las poblaciones son distintas.

En el cuadro 9 se incluyeron a los 353 médicos generales y 185 médicos especialistas. El patron predominante entre los médicos generales es el monoempleo asalariado y entre los especialistas el multiempleo. El subempleo cualitativo y cuantitativo es más alto entre los generales que entre los especialistas. El monoempleo independiente es ligeramente más alto en los médicos generales que en los médicos especialistas. También la inactividad es más del doble en los médicos generales que en los especialistas. La asociación de las variables es fuerte con una V de cramer del 0.461.

CUADRO 9
COMPARACION DE LOS PATRONES DE EMPLEO DE LOS MEDICOS GENERALES Y MEDICOS ESPECIALISTAS (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	No	%	No	%
MONOEMPLEADO ASALARIADO	117	33	52	28
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	40	11	15	8
MULTIEMPLEADO	36	10	90	49
SUBEMPLEADO CUALITATIVO	47	11	5	6
SUBEMPLEADO CUANTITATIVO	40	13	12	3
DESEMPLEADO	35	10	2	1
NO DISPONIBLE	39	11	9	5
g 2 X P V DE CRAMER GAMMA			5 114.394 0.000 0.461 0.161	

No.

353

185

%

100

100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

CUADRO 10
COMPARACION DE LOS PATRONES DE EMPLEO DE LOS MEDICOS GENERALES Y MEDICOS
ESPECIALISTAS (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	No	%	No	%
MONOEMPLEADO ASALARIADO	117	37	52	30
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	40	13	15	8
MULTIEMPLEADO	36	11	90	51
SUBEMPLEADO CUALITATIVO	47	13	5	7
SUBEMPLEADO CUANTITATIVO	40	15	12	3
DESEMPLEADO	35	11	2	1
g 2 X P V DE CRAMER GAMMA			5 106.535 0.000 0.466 0.105	

No.

315

176

%

100

100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO. D.F. 1988.

CUADRO 11
COMPARACION DE LOS PATRONES DE EMPLEO DE LOS MEDICOS GENERALES Y MEDICOS
ESPECIALISTAS (PORCENTAJE DE COLUMNA)

PATRON DE EMPLEO	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	No	%	No	%
MONOEMPLEADO ASALARIADO	117	42	52	30
MONOEMPLEADO INDEPENDIENTE	40	14	15	9
MULTIEMPLEADO	36	13	90	52
SUBEMPLEADO CUALITATIVO	47	17	5	7
SUBEMPLEADO CUANTITATIVO	40	14	12	3
g 2 X P V DE CRAMER GAMMA			5 88.58672 0.000 0.441 -0.017	
No.	280		174	
%	100		100	

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO, D.F. 1988.

En el cuadro 10 se incluyo a los 315 médicos generales y 176 médicos especialistas (activos + desempleados). También es fuerte la asociación entre estas variables para ese grupo.

En el cuadro 11 sólo se incluyeron a 280 médicos generales y 174 especialistas. Asimismo se confirmó la asociación que existe entre el patron de empleo y el haber estudiado sólo la licenciatura o haber cursado estudios de posgrado.

b) GRUPO 2

NIVEL DE EDUCACION CONTRA NIVEL DE OCUPACION

El cuadro 12 nos muestra el nivel de ocupacion de los médicos generales (353) y médicos especialistas (185) y su relación con su nivel de educación.

La ocupación entre los médicos generales es de 64.3% y en los médicos especialistas de 85.4%. La ocupación es más alta entre los especialistas, y la desocupación y la inactividad es mayor entre los médicos generales, pues la desocupación suma 10% y la inactividad es de 11%, en cambio en los especialistas es de 1% y 4.7% respectivamente.

Existe significación en este cuadro (0.000) con una asociación moderada (V de cramer de 0.276) entre las variables y una gamma de 0.472.

CUADRO 12
NIVEL DE OCUPACION CONTRA NIVEL DE EDUCACION

NIVEL DE OCUPACION	MEDICOS GENERALES		MEDICOS ESPECIALISTAS	
	No	%	No	%
OCUPADOS	227	64.3%	158	85.4%
SOBRECUPADOS	24	6.8	0	0
SUBOCUPADOS	29	8.2	16	8.7
DESOCUPADOS ACTIVOS	22	6.2	1	.5
DESOCUPADOS ENCUBIERTOS	10	2.8	1	.5
DESOCUPADOS DESALENTADOS	3	.8	0	0
EN TRAMITE	13	3.7	1	.5
AMAS DE CASA.	12	3.4	2	1
JUBILADOS	13	3.7	6	3.2
χ^2	5			
X	41.225			
P	0.000			
V DE CRAMER	0.276			
GAMMA	-0.472			

No.	353	185
%	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO, D.F. 1986.

Al analizar sólo al grupo de los médicos generales en el cuadro 13, observamos que la asociación se incrementa (V de Cramer 0.381) por lo que podemos deducir que el nivel de educación es determinante en la ocupación de los médicos, y que estudiar un posgrado asegura al médico mejores oportunidades de incorporarse en forma adecuada al mtm.

c) GRUPO 3

TASAS DE PARTICIPACION ECONOMICA DE LOS MEDICOS
GENERALES Y ESPECIALISTAS

Tasas de participación económica de los médicos generales y especialistas.

En el cuadro 14 podemos apreciar que entre los médicos generales la tasa de actividad es de 85.5% (están ocupados), aunque esta es menor a la presentada por los médicos especialistas (94.5%), por lo que podemos deducir que los generales tienen menos oportunidad de encontrar una ocupación que sea acorde al nivel de educación alcanzada por este grupo. La sexta parte de los generales son inactivos, o sea no tienen ocupación. Sólo tres cuartas partes (75.1%) de los generales tienen una ocupación plena, por el contrario de los especialistas que presentan una tasa de 90.2%.

CUADRO 13
 NIVEL DE OCUPACION CONTRA GENERO DE LOS MEDICOS GENERALES

NIVEL DE OCUPACION	MEDICOS GENERALES	
	MASC	FEM
OCUPADOS	70	51%
SOBRECUPADOS	6	8
SUBOCUPADOS	9	6
DESOCUPADOS ABSOLUTOS	6	7
DESOCUPADOS ENCUBIERTOS	1	8
DESOCUPADOS DESALENTADOS	1	1
EN TRAMITE	3	5
AMAS DE CASA	0	12
JUBILADOS	4	2
g	5	
2		
X	51.227	
P	0.000	
V DE CRAMER	0.381	
GAMMA	0.356	
No.	254	99
%	100	100

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

CUADRO 14
COMPARACION ENTRE LAS TASAS DE PARTICIPACION DE LOS
MEDICOS GENERALES Y MEDICOS ESPECIALISTAS

TASAS DE PARTICIPACION	MEDICOS GENERALES	MEDICOS ESPECIALISTAS
TASA DE ACTIVIDAD		
med. activos	302	175
total de med. 100	$\frac{302}{353} 100 = 85.5\%$	$\frac{175}{185} 100 = 94.5\%$
TASA DE INACTIVIDAD		
med. inactivos	51	10
total de med. 100	$\frac{51}{353} 100 = 14.4\%$	$\frac{10}{185} 100 = 5.4\%$
TASA DE OCUPACION PLENA		
ocupados plenos	227	158
medicos activos 100	$\frac{227}{302} 100 = 75.1\%$	$\frac{158}{175} 100 = 90.2\%$
TASA DE SUBOCUPACION		
med. subocupados	29	16
med. activos 100	$\frac{29}{302} 100 = 9.6\%$	$\frac{16}{175} 100 = 9.1\%$
TASA DE SOBRECUPACION		
med. sobrecupados	24	-----
med. activos 100	$\frac{24}{302} 100 = 7.9\%$	
TASA DE DESOCUPACION ABIERTA		
desocupados activos	22	1
med. activos 100	$\frac{22}{302} 100 = 7.2\%$	$\frac{1}{175} 100 = .57\%$
TASA DE DESOCUPACION ENCUBIERTA O POR DESALIENTO		
desoc. encub. o desal.	13	1
med. act + (inac - no disp) 100	$\frac{13}{340} 100 = 3.8\%$	$\frac{1}{184} 100 = .54\%$

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO. D.F. 1986.

La subocupación es muy parecida entre los dos grupos, sin embargo la tasa de desocupación abierta es siete veces más alta (7.2%) entre los generales que entre los especialistas (.5%); también la desocupación encubierta es cuatro veces más alta entre los generales (3.8%) que entre los especialistas (.5%).

La presente situación es realmente crítica si consideramos la inversión social que tiene un médico en su formación de pregrado.

El cuadro 15 nos muestra las características sociodemográficas y educativos de los médicos divididos por su nivel educativo. En todos los cruces existen asociaciones que van de ligeras a fuertes, resultando sumamente ilustrativo conocer algunas características de los médicos generales que nos puedan ayudar a conocer las ventajas o desventajas que tiene el grupo. El 82% de las mujeres y el 61% de los hombres son generales. El 93% de los médicos menores de 31 años son generales; asimismo, 82% de los solteros son generales. 73% del estrato bajo, 68% del medio y 57% del alto pertenecen a este grupo. 86% de los médicos que ingresaron de 1971 a 1982 son médicos generales y 84% de los médicos que estudiaron en escuelas de baja calidad sólo cursaron licenciatura.

Los resultados nos muestran nuevamente las desventajas que puede tener un individuo para insertarse en una ocupación plena en el mtm, un ejemplo de ello puede ser

CUADRO 15
NIVEL DE ESTUDIOS CONTRA LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EDUCATIVAS DE LOS MEDICOS *

NIVEL DE EDUCACION	VARIABLES INDEPENDIENTES										
	GRUPO M F	EDAD (-)	31 a 40	41 a 50	51 a 60	ESTADO CIVIL S C	GRUPO SOCIAL BAJO MEDIO ALTO	8 9 10	GENERACION Ia IIa	11a 12a	CALIDAD ESCUELA BUENA REG BUENA
GENERAL	81 82	93	57 38	51	82 60	73 63 57	44 86	64 89 45			
ESPECIALISTA	39 18	7	43 62	43	18 40	27 37 43	56 14	16 31 55			
χ^2											
X	18.169		93.220		22.099	9.544	103.472	63.030			
F	0.000		0.000		0.000	0.008	0.000	0.000			
V CRAMER			0.416			0.133		0.342			
GAMA	-0.465		0.542		-0.499	0.226	-0.766	0.550			
PHI	0.183				0.202		0.439				

No. 417 121 172 205 76 85 142 396 217 200 121 256 202 176 176 164

X 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

* PORCENTAJE DE COLUMNA

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO, (ENEM-86).
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
MEXICO, D.F. 1986.

una médica menor de 31 años, soltera, que pertenezca a un grupo social bajo y sea egresada de una escuela de mala calidad, características que le impidan insertarse en un patron aceptable en el mercado de trabajo.

d) GRUPO 4

Los cuadros 16 y 17 nos demuestran la distribución de los médicos generales en el patron de empleo y sus características sociodemográficas, educativas y laborales.

Con respecto a las características sociodemográficas de los 280 médicos generales activos, sólo la relación con género y grupo social no muestran una relación significativa con el patron de empleo al que pertenecen, a diferencia de la asociación que presentan con sus características educativas y laborales. Las relaciones más sobresalientes son; el porcentaje de hombres que se incorporan a patrones aceptables es mayor que en las mujeres.

Los médicos jóvenes tienden al asalaramiento y los más grandes al monoempleo independiente y multiempleo.

Son más los médicos solteros que tienen patrones indeseables.

Los médicos de grupos sociales bajos tienden más a tener patrones indeseables.

COADRO 16
 PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EDUCATIVAS DE LOS MEDICOS GENERALES *

PATRON DE EMPLEO MEDICO	VARIABLE INDEPENDIENTE									
	GENERO M F	EDAD (-)	31 a 39	40 a 49	50 a 59	ESTADO CIVIL S C	GRUPO SOCIAL BAJO MEDIO ALTO	GENERACION Ia IIa	CALIDAD ESCUELA MED REG BURSA	
MONOEMPLADO ASALARIADO	39 50	49	44	38	16	36 55	41 48 33	31 47	37	46 43
MONOEMPLADO INDEPENDIENTE	17 6	7	14	19	35	17 9	13 14 17	27 8	14	13 16
MULTIEMPLADO	14 9	5	16	15	24	15 8	13 11 18	23 8	6	18 15
SUBOCUPADO CUALITATIVO	17 16	19	14	23	13	20 9	18 15 17	13 19	20	13 17
SUBOCUPADO CUANTITATIVO	13 19	20	12	4	11	12 19	15 12 17	6 18	23	10 9
g	5	5			5		5		5	
X ²	7.096	40.813			14.984		4.363		38.850	
P	0.1309	0.000			0.004		0.822		0.000	
V CRAMER	0.159	0.220			0.231		0.088		0.372	
GAMA	0.073	-0.061			0.246		-0.015		0.024	
N _{o.}	280	280			280		280		280	
X	100	100			100		100		100	

* PORCENTAJE DE COCUBA

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

CUADRO 16
 PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EDUCATIVAS DE LOS MED. GRAL. ACTIVOS *

PATRON DE EMPLEO MEDICO	VARIABLE INDEPENDIENTE										
	GENERO M F	EDAD (-) 31 40 50 más	ESTADO CIVIL S C	GRUPO SOCIAL BAJO MEDIO ALTO	GENERACION Ia IIa	CALIDAD ESCUELA MED REG BOMA					
HOMOEMPLADO ASALARIADO	39 50	49 44 38 16	36 55	41 48 33	31 47	37 46 43					
HOMOEMPLADO INDEPENDIENTE	17 6	7 14 19 35	17 9	13 14 17	27 8	14 13 16					
MULTIEMPLADO	14 9	5 16 15 24	15 8	13 11 16	23 8	6 18 15					
SUBOCUPADO CUALITATIVO	17 16	19 14 23 13	20 9	18 15 17	13 19	20 13 17					
SUBOCUPADO CUANTITATIVO	13 19	20 12 4 11	12 19	15 12 17	6 18	23 10 9					
\bar{x}											
2											
X	7.096	40.813	14.984	4.363	38.850	16.571					
P	0.130	0.000	0.004	0.822	0.960	0.034					
Y CRAMER	0.159	0.220	0.231	0.088	0.372	0.172					
GAMA	0.073	-0.081	0.246	-0.015	0.024	0.116					
No.	280	280	280	280	280	280					
%	100	100	100	100	100	100					

* PORCENTAJE DE COLUMNA

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-66).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1966.

CUADRO 17
 PATRON DE EMPLEO CONTRA LAS CARACTERISTICAS LABORALES DE LOS MEDICOS GENERALES ACTIVOS

PATRON DE EMPLEO MEDICO	VARIABLE INDEPENDIENTE														PRESTACIONES SI NO.						
	POS. TRAB		TIPO DE CONTRATO					INGRESOS					INSTITUCION				TIPO DE UNIDAD				
	1	A	1	B	C	T	1	2	3	4	5	POB. AB.	S.S.	PRIV			SIN	1	2	3	
MONOEMPLADO ASALARIADO	0	58	7	45	42	82	32	20	44	53	38	58	67	9	14	12	57	97	64	4	
MONOEMPLADO INDEPENDIENTE	49	1	14	0	0	0	14	9	6	12	31	0	0	35	0	31	6	0	0	39	
MULTIEMPLADO	8	15	14	25	19	5	9	11	17	14	9	35	10	8	5	18	16	3	15	9	
SUBOCUPADO CUALITATIVO	18	10	36	4	23	3	27	29	21	12	14	7	15	22	75	14	6	0	13	23	
SUBOCUPADO CUANTITATIVO	25	16	29	25	15	10	18	31	12	9	9	0	8	28	6	24	15	0	8	25	
\bar{x}																					
\bar{y}	146.995		81.586				62.121					154.119			235.506				144.719		
σ^2	0.000		0.000				0.000					0.000			0.000				0.000		
σ CRANEK	0.724		0.366				0.235					0.524			0.529				0.718		
GAMA	0.435		0.200				0.197					-0.458			0.754				-0.549		

No. 280 280 280 280 280 280

\bar{x} 100 100 100 100 100 100

* PORCENTAJE DE COLUMNA

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE EMPLEO MEDICO. (ENEM-86).
 CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD PUBLICA DEL
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
 MEXICO, D.F. 1986.

Presentan mayor porcentaje de patrones indeseables los médicos de la segunda generación.

Los médicos que se formaron en escuelas de mala calidad, tienden a presentar patrones indeseables.

La asociación del patron de empleo es significativa de acuerdo a las características laborales que presentan.

Entre ellos cabe destacar que; el subempleo cuantitativo y cualitativo es mayor en los médicos independientes. Asimismo para los que no tienen contrato, sus ingresos son menores de tres salarios mínimos.

Los que trabajan en instituciones privadas presentan porcentajes más elevados de subempleo.

3. CONCLUSIONES

A través del análisis de las características sociodemográficas, educativas y laborales de los médicos generales podemos comprender el desequilibrio del mtm, ya que actualmente la formación a nivel de pregrado tiene gran demanda en nuestro país y sus egresados son los que presentan mayores dificultades para integrarse al mtm.

Actualmente existe una gran inquietud a nivel mundial por estudiar este problema, ya que se desconoce con precisión el origen y el efecto que pueden generar las características de los médicos para su integración adecuada al mtm.

El conocer la composición de los grupos de edad de los médicos generales nos permitiría proyectar el número de médicos que ejercerán presión en el mtm en las próximas décadas, basándonos en esta información se podrá planear de manera adecuada la formación y empleo de médicos generales. También nos da a conocer el tipo de experiencia profesional y productividad que podemos esperar de ellos.

La comparación por género nos muestra el nivel de feminización de la profesión médica, fenómeno que ha despertado polémicas hoy en día a nivel latinoamericano, ya que en otros países, entre ellos, Argentina y Brasil, han estudiado con mayor profundidad este fenómeno, demostrando como persiste actualmente una inequidad social en el

reconocimiento, aceptación y garantías para la mujer profesionalista que se incorpora al mercado laboral. En México, a través de la ENEM-86, se ha demostrado que el fenómeno de feminización en el mtm se incremento a partir de la década de los setentas y que las mujeres provenian, la mayor parte de ellas, del grupo social medio, situación que se puede apoyar con investigaciones recientes sobre el crecimiento de la clase media en México (Loaeza, 1985) y los factores que favorecen el proceso de la incorporación de la mujer profesionalista al sector de servicios (Suárez, 1989) y los problemas que llegan a enfrentar en su integración al mercado de trabajo.

La información precisa de las características sociodemograficas, educativas y laborales de los médicos generales resulta indispensable para la planificación cuantitativa y cualitativa del sistema de educación y atención médica. El tipo de accesibilidad que tienen ciertos grupos sociales a los estudios de medicina, contribuyendo así al diseño de formas inovadoras de organización y distribución de los médicos generales en México, dando pauta a una reflexión que permita rescatar y reivindicar la práctica de la medicina general, piedra angular de la atención primaria a la salud.

Entre las principales conclusiones tenemos las siguientes:

1. Los médicos generales son el grupo más joven de los médicos urbanos de México. Ello refleja el efecto de la "masificación o popularización educativa" que presentó la educación médica de pregrado en la década de los setenta. Se deduce así la falta de experiencia profesional, misma que implica tener problemas para su inserción al mtm.

2. La medicina general presenta mayor índice de médicas que la medicina especializada. Las mujeres representan el 28% de los médicos generales, y sólo el 12% de los especialistas. Esta situación tiende a agudizarse, ya que hoy en día las mujeres representan la tercera parte de la matrícula de estudiantes de pregrado. Este proceso tiene grandes repercusiones en la estabilidad del mercado laboral, ya que cumplen diversos roles sociales, por ejemplo, la maternidad las obliga a ausentarse temporalmente de sus actividades laborales, por consiguiente trabajan menos horas que los hombres por tener que desempeñar una "doble jornada" en su hogar. La planeación de formación de médicos generales, deberá tomar en cuenta estas características y proporcionar facilidades a las médicas para que desempeñen su profesión plenamente.

3. Los médicos generales provienen principalmente de grupos sociales bajos y más del 50% pertenecen a generaciones posteriores a 1970, también 42% estudio en escuelas de baja calidad. La presente información debe ser tomada en cuenta por las autoridades del sistema de

educación y atención médica, para la formulación de estrategias que permitan que los alumnos de grupos sociales bajos se integren adecuadamente a escuelas de buena calidad, que les permita en un futuro incorporarse adecuadamente al mtm.

4. Los niveles de subocupación, desocupación e inactividad son más elevadas entre los médicos generales que entre los especialistas. El nivel de educación es determinante para obtener una ocupación plena, ya que los médicos con estudios de posgrado se integran en patrones de empleo aceptables, situación contradictoria de acuerdo a las necesidades de salud de la población y el impulso de la atención primaria a la salud.

5. Los patrones de empleo predominantes entre los médicos generales son: el monoempleo asalariado para generaciones posteriores a 1970 y monoempleo independiente para las primeras generaciones. Los resultados nos confirman que el asalaramiento se da más en los médicos de las últimas generaciones que entre las primeras.

Entre las médicas generales predominan el subempleo, desempleo e inactividad, en comparación a las médicas especialistas donde predomina el monoempleo asalariado.

6. Existe una marcada relación entre la situación laboral y las características sociodemograficas y educativas de los médicos generales.

7. El origen social de los médicos generales sufrió variaciones, ya que los médicos que estudiaron antes de 1971 pertenecen, primordialmente, a un grupo social medio, y los de la segunda generación a un grupo social bajo.

4. PROPUESTAS

Algunas de las recomendaciones de investigación que podemos sugerir, son las siguientes:

a) Realizar investigaciones que profundicen sobre la calidad de las escuelas y facultades de medicina.

b) Planear un sistema de becas funcionales para los estudiantes de bajos recursos que tengan vocación y entrega en la medicina general que les permita prepararse en escuelas de buena calidad, para tratar de encontrar posibles soluciones a los problemas que actualmente enfrentan al ingresar al mtm.

c) Estudiar el impacto social y económico de la feminización de la medicina, en términos de estabilidad laboral, productividad, ingresos, estatus profesional y prestigio.

d) Implantación de políticas educativas y sanitarias continuas de acuerdo a las demandas de la población y las necesidades de salud de la población.

e) Estudiar por grupos y niveles de educación las decisiones y factores que fomentan la concentración urbana de los médicos.

Si aumenta la intensidad y la calidad de la investigación científica de la práctica médica, estaremos en

capacidad de ser partícipes de la historia y constructores del futuro, papel primordial del científico social.

XII. BIBLIOGRAFIA

Alagón, J.; Frenk, J. y Muñoz, A. "Determinantes del empleo médico en México: una aplicación del análisis de causalidad nominal" en Hernández Cid (comp.) Memorias del III Foro de Estadística Aplicada. México. UNAM. 1989. pp 33-45.

Alvarez Manilla, J M. "La masificación de la enseñanza" en Revista Perfiles Educativos, No. 27, enero-febrero, 1985. pp 44-49.

Alvarez Manilla, J M. Desequilibrio en la formación de recursos humanos para la Salud: conflictos y perspectivas el caso de México. (mimeografiado) Acapulco, Gro. 1986. pp 46.

Althausser, R. y Kalleberg, A. "Firms, occupations, and the structure of labor markets; A conceptual analysis". Sociological Perspectives on Labor Markets, Berg, Ivar, ed. Academic Press, Inc. 1981 pp 119-149

ANUIES. Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina. México. Serie Sociedad y Educación. Ed. ANUIES. 1984. pp 125.

ANUIES. Anuarios Estadísticos (licenciatura). México. ed. ANUIES; 1984, 1985, 1986, 1987, 1988.

ASCOFAME. Seminario: El Médico General una respuesta al futuro. Bogotá, Colombia. Junio 7-10 de 1978, 1979. pp 347.

Barber, Bernard. Kstratificación Social. México. Fondo de Cultura Económica. 1964. pp 519.

Berfonstam R; Boesch E; Ellis J; Scott R; et al " La preparación para el ejercicio de la medicina general" en Cuadernos de Salud Pública No. 20. Ginebra. OMS. 11964. pp. 124.

Berliner, Howard S. " A larger perspective on the flexner report" en International Journal of Health Services. 5(4): 573-592. 1975.

Blalock Hubert M. Estadística Social. México. Fondo de Cultura Económica. 2a. ed. pp 610.

Bloch, C.; Quintero, Z.; Belmartino, S. Estructura y Dinámica Ocupacional del Médico: Rosario, 1978. Argentina. Ed. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Colección Cuadernos Médicos Sociales. 1980. pp 64.

Bravo, F.; De Miguel, J.; Polo, R.; Reventos, J.; Rodríguez, J. Sociología de los Ambulatorios. España. Colección Demos-Ariel. 1979. pp 196.

Briones, G. "Segmentación y Heterogeneidad Educativa" en Mercados Laborales Urbanos. El caso del Gran Santiago: 1976-1980. México. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Centro de Estudios Educativos, Vol. XII, No. 4 1982. pp 11-28.

Cleves Peter S. Las Profesiones y el Estado: El Caso de México. México. Jornadas 107, El Colegio de México. 1985. pp 244.

Collado Ardón, R. et al. Médicos y Estructura Social. México. UNAM-FCE. Archivo del Fondo 70. 1976. pp 124.

Contreras Suárez, E. Estratificación y Movilidad Social en la Ciudad de México. México. UNAM. 1978. pp 310.

Corona V. R. "Características socioeconómicas de los médicos aspirantes a residentes". En Perfiles Educativos No. 1 México. Nueva Epoca. 1983. pp 1-5.

COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México. México. 2 Educación. Siglo Veintiuno Editores, 1982. pp 190.

COPLAMAR. Necesidades Esenciales en México. México. 4 Salud Siglo Veintiuno Editores, 1982. pp 452.

Covo Milena. "La composición social de la población estudiantil de la UNAM: 1960-1985" en Universidad Nacional y Sociedad. México. Porrúa-UNNAM. 1990. pp. 29-135.

Chinoy Eli. La Sociedad. México. Fondo de Cultura Económica. 12a ed. 1983. pp 423.

De Ibarrola María. "El crecimiento de la escolaridad superior en México como expresión de los proyectos socioeducativos del Estado y la burguesía" en Cuadernos de Investigación Educativa No. 9. México. 1982. DIE-CINVESTAV-IPN. pp 47.

De Ibarrola, María. Las Dimensiones Sociales de la Educación. México. SEP Cultura Ediciones El Caballito. 1985. pp 159.

De la Fuente, R. "Acerca de algunos problemas de la medicina contemporánea" en Problemas de la medicina en México. Ed. El Colegio Nacional. México, D.F. 1982. pp 27-32.

De Miguel Jesús M. Sociología de la Medicina. España. Vicens Universidad. 1978. pp 294.

Donnangelo, M C. Medicina e Sociedad. Sao Paulo. Enio Matheus Guazzelli & Cia. Ltda. 1975. pp 49-53.

Donnangelo, M C. Medicina e Sociedad. Brasil. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. 1973. pp 174.

Edwards, R C. "The social relations of production in the firm and labor market structure" en Labor Market Segmentation. Edwards, Richard; Reich, Michael y Gordon, David. Lexington, Mass. eds. D.C. Heath and Company. 1973 pp 3-26.

FEPAFEM. Evaluación de la Educación Médica, Memorias de la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica. México. FEPAFEM. 1987. pp 279.

Freidson, Eliot. La Profesión Médica. España. Homo Sociologicus, Peninsula. 1978. pp 373.

Frenk, Julio " Cuadro Clínico de la Enseñanza Médica Mexicana" en Revista Nexos No. 1. enero de 1978. pp 21-24.

Frenk, Julio "Crisis de la Educación Médica" en Revista Mundo Médico. México. noviembre de 1975. pp 15-30.

Frenk, J; Hernández Llamas, H; Alvarez Klein, L. Estructura y Funciones del Internado Rotatorio de Pregrado en México. Investigación realizada bajo los auspicios de la UAM Xochimilco con financiamiento de CONACYT en 1978.

Frenk, J; Hernández Llamas, H; Alvarez Klein, L. "El Mercado de Trabajo Médico I Elementos Teóricos y Conceptuales. II Evolución Histórica en México" en Gaceta Médica de México, 116 (4): 187-195 1980 y 116 (6):265-284. México, 1980.

Frenk, J. Social Origin, Professional Socialization, and Labor Market Dynamics: The Determinants of Career Preferences among Medical Interns in México. Tesis Doctoral, The University of Michigan, 1983.

Frenk, J.; Hernández-Llamas, H.; Alvarez-Klein L. "Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México" en Revista Gaceta Médica de México. Vol. 119 No. 2, febrero 1983. pp 87-95.

Frenk, J. "Career Preferences Under Conditions of Medical Unemployment". Medical Care. 23 no. 4. (April 1985) pp 1-5.

Frenk, J. "Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina en México" en Educación Médica y Salud. Vol. 19 no. 4. Washington. 1985, pp 426-451.

Frenk, J.; Robledo, C.; Nigenda, G.; Arredondo, A; Vázquez, L A; Ramírez C. "Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México" en Revista de Salud Pública de México.septiembre-octubre de 1988, Vol. 30 No. 5. pp 100.

Frenk, J; Robledo, C; Nigenda, G; Ramirez-Cuadra, C; et al. " Políticas de formación y empleo de médicos en México 1917-1988 " en Síntesis Ejecutivas SK-18/89. Centro de Investigaciones en Salud Pública del INSP.

García Juan C. La Educación Médica en América Latina. Washington. Organización Panamericana de la Salud. 1972. pp 409.

García, J. C.; Rodríguez, M.I.; Mercer H.; Tercero L.A.; Cordon J. Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud. República Dominicana. Colección SESPAS. 1981. pp 93.

Gómez Campo, V M. "Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional. (Análisis comparativo de diversos estudios en México)". En Revista de la Educación Superior. México, ANUIES, Vol. XII, Núm. 1 (45), enero-marzo de 1983, pp 5-48.

González Rivera y otros. Sociología de la Educación. Colección Estudios Educativos 5. Ed. CEE México, 1981. pp 458.

Guevara Niebla Gilberto (comp.). "La crisis y la educación" en México ante la crisis 2. México. Siglo Veintiuno 3a. ed. 1985. pp 425.

Guevara Niebla Gilberto (comp.). La Crisis de la Educación Superior en México. México. Nueva Imagen 4a. ed. 1989. pp 334.

Hernández Llamas, H. "Historia de la participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1935-1980". En Vida y Muerte del Mexicano II. México. Colección El Hombre y su Salud, Ed. Folios. 1982. pp 332.

Holguín Quiñones Fernando. Estadística Descriptiva Aplicada a las Ciencias Sociales. México. UNAM. 2a. ed. 1979. pp 474.

IMSS. Programa de Medicina Familiar. México. IMSS. 1988. pp 224.

IMSS. El Sistema de Especialización Médica. México. IMSS. 1988. pp 46.

Jores Arthur. La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. México. Colección Mínima 3. Siglo Veintiuno. 5a. ed. 1979. pp 80.

Kumate, J. "La educación médica de pregrado". En Problemas de la Medicina en México. Ed. El Colegio Nacional, México, D.F. 1982. pp 47-65.

Latapi Pablo. Análisis de un Sexenio de Educación en México 1970-1976. México. Nueva Imagen. 1980. pp

Latapi Pablo. Política Educativa y Valores Nacionales. México. Nueva Imagen. 5a. ed. 1985. pp 235.

Levinson, D. J. "Medical Education and the Theory of Adult Socialization" Journal of Health and Social Behavior 8 no.4, December, 1967. pp 253-265.

Loeza Soledad. "Las clases medias mexicanas y la coyuntura económica actual" en México ante la Crisis 2. México. Siglo Veintiuno. 3a. ed. 1985. pp 425.

López D.; Almada I.; Frenk J. "El huevo de la serpiente" en Revista Nexos No. 13, enero de 1979. pp 29-37.

López Acuña Daniel. "Salud y seguridad social: Problemas recientes y alternativas" en México Hoy. México. Siglo Veintiuno, 8a. ed. 1984. pp 419.

Lustig N.; Rendón T. "Condición de actividad y posición ocupacional de la mujer, y características socioeconómicas de la familia en México" en La Mujer y el Desarrollo II: La Mujer y la Unidad Doméstica: Antología. México. Sep Diana. 1982. pp 223.

Machado, M E; Boaventura, I. "La Médica y el Mercado de Trabajo" en Cuadernos Médicos Sociales No. 35. Argentina. CESS. 1985. pp 25-33.

Malo S.; Garst J.; Garza Graciela. El Egresado de Posgrado de la UNAM. México. UNAM. 1981. pp 256.

Mendez Goncalves Ricardo B. Medicina e Historia: Raíces Sociales del Trabajo Médico. México. Siglo Veintiuno. 1984. pp 204.

Moya Carlos. Teoría Sociológica. Una Introducción Crítica. España. Taurus. 1971. pp 318.

Muñoz del Río Alejandro. Análisis Causal con Datos Nominales: Una Aplicación al Problema del Empleo Médico. México. Tesis de Licenciatura. ITAM. 1989. pp 121.

Myers, Ch N. "Proyección de la demanda de médicos en México: 1965-1980". En Demografía y Economía. México. Vol 2. 1971. pp 193-227.

Nogueira, R. "Tendencias y Perspectivas de la Investigación sobre Personal de Salud en las Américas" en Grupo de trabajo sobre investigación de personal de salud. Washington, D. C. 21-25 marzo de 1984.

Organización Panamericana de la Salud. "Informe Final". Grupo de trabajo sobre investigación de personal de salud. Washington, D. C., 21-25 marzo de 1984. pag. 13.

Organización Panamericana de la Salud. "Investigación de personal de salud" en Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 66. Washington. 1985. pp 63.

Organización Panamericana de la salud. "Grupo de trabajo sobre investigación de personal de salud" en Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 66. Washington. 1985. pp 49-63.

Ortiz Quezada Federico. Salud en la Pobreza. El Proceso Salud Enfermedad en el Tercer Mundo. México, CEESTEM-Nueva Imagen, 2a. ed. 1984. pp 96.

Othón de Mendizábal M.; Mora J.M.; Otero M.; Molina-Enríquez A.; Whetten N.; Palerm A.; Stavenhagen R.; González-Casanova P. Ensayos Sobre las Clases Sociales en México. México. Nuestro Tiempo, 15a. ed. 1989. pp 214.

Parsons. Talcott. El Sistema Social. España. Alianza Universidad. 2a. ed. 1984. pp 528.

Piore, M J. "Notes for a theory of labor market stratification" en Labor Market Segmentation, Edwards, R; Reich, M. y Gordon, D. eds. Lexington, Mass. 1973, pp. 125-150.

Pozas Horcasitas, R. "El movimiento médico en México 1964-1965" en Cuadernos Políticos No. 11. México. enero-marzo 1977.

Pratt, F H. (editor). Diccionario de Sociología. México. Ed. F.C.E. 1980. pp 317.

Redorta G.; Cruz C. La Salud, la Reproducción de la Fuerza de Trabajo y el Estado en México. México. Tesis de Licenciatura. Fac. de Economía, UNAM. 1984. pp 375.

Reynaga Obregón Sonia. Educación Superior y Empleo: La Relación entre Escolaridad, Salario y Puesto (análisis de un estudio de caso). México. Tesis de Licenciatura. F.C.P. y S. de la UNAM. 1983. pp 187.

Rios Ferrusca, H. "En Análisis de los Recursos Humanos en la Medicina". Revista de la Educación Superior México 9 No. 36. Octubre-Diciembre. ANUIES. 1980). pp 67-82.

Rodney M. Coe. Sociología de la Medicina. España. Alianza Universidad. 3a. ed. 1984. pp 439.

Rodríguez Ajenjo, C. "La lucha de los trabajadores de la salud" en Vida y Muerte del Mexicano II. México. Colección El Hombre y su Salud, Ed. Folios. 1982. pp 332.

Rodríguez R; Díaz A; Ibarzábal M.E.; Martínez A; et al. Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano 1985. Manual del Estudiante. UNAM. 1987. pp. 56.

Sepúlveda, B. (coordinador). Problemas de la Medicina en México. México. Ed. El Colegio Nacional. 1982. pp 530.

Soberón, G y Narro, J. "El perfil del Médico Mexicano". (Trabajo presentado en las Jornadas de la Academia de Medicina en Aguascalientes, Ags. 18 de octubre de 1984). En: El Día. pp. 1-2, 29 de octubre de 1984.

Sorkin, A. Health Manpower. Baltimore: Lexington Books, 1977. pp 109-128.

Sorokin, P. Estratificación y Movilidad Social. México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. 1961. pp 135.

Stern, C. (compilador). La Desigualdad Social tomo I y II. Ed. Sep Setentas, México, 1974. pp 218-220.

Troncoso, M C, et al. "El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina". En: Educación Médica y Salud. Vol. 20, Núm. 24, 1986. pp. 525-558.

UNAM. Anuario Estadístico 1981. División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, México, 1981.

UNAM. Agenda Estadística 1986. Dirección General de Planeación. México. 1986. pp 77.

Zuckerman, H S. "Structural Factors as Determinants of care patterns in medicine" en Journal of Medical Education No. 53 1978. pp 53-463.