

# El mercado de trabajo médico.

## I. Elementos teóricos y conceptuales\*

JULIO FRENK,  
HÉCTOR HERNÁNDEZ-LLAMAS Y  
LOURDES ALVAREZ-KLEIN

*El presente artículo corresponde a la primera de dos partes de un trabajo que pretende, por un lado, establecer una conceptualización general del mercado de trabajo médico y, por otro, estudiar su evolución histórica en México. En esta primera parte, de carácter conceptual, la intención es señalar las diversas relaciones de determinación del mercado de trabajo médico y, a partir de ellas, lograr una definición adecuada de éste. Se reconoce la existencia de determinantes generales, que influyen fundamentalmente a todos los niveles del mercado de trabajo médico, y de determinantes específicos, que condicionan directamente tanto la oferta como la demanda de capacidad de trabajo médico. Se hace una breve descripción de cada uno de estos determinantes, señalando la forma en que se relacionan con el mercado de trabajo médico, con énfasis en algunos determinantes específicos como la oferta y la demanda de servicios médicos y las características del sistema de educación médica.*

La investigación del mercado de trabajo médico representa un punto de observación a partir del cual pueden estudiarse con precisión los nexos entre fenómenos como la educación y la atención médicas, sobre el fondo de la estructura socioeconómica del país. Más allá de su connotación económica, el mercado de trabajo médico constituye una categoría integradora, que permite reconocer los vínculos profundos y a menudo ocultos, entre diversos procesos

del campo de la salud y sus determinantes sociales y económicos.

El presente trabajo ha sido dividido en dos partes. La primera establece una base de conceptualización general que permite fijar el significado y las relaciones de determinación del mercado de trabajo médico. La intención en este punto es ofrecer un marco de interpretación capaz de atajar algunas de las confusiones a que ha dado lugar el uso impreciso del término "mercado de trabajo médico". En la segunda parte, el artículo presenta una propuesta de periodización que pretende descubrir los aspectos fundamentales de la evolución histórica del mercado de trabajo médico en México. Aunque no excluye el análisis de la medicina privada —por lo demás, un fenómeno difícil de documentar en vir-

\* Este trabajo es parte de la investigación sobre estructuras y funciones del Internado rotatorio de pregrado en México, que lleva al cabo la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y que se realiza con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

tud de la ausencia de controles efectivos—, se centra sobre todo en el hecho que ha transformado la estructura del mercado de trabajo médico: la participación del Estado en la producción de servicios de salud. Es por esto que la periodización abarca el presente siglo y enfatiza, en particular, el estudio documentado de los últimos veinte años, cuando dicha participación se ha incrementado de manera notable.

En esta forma, la conceptualización general que se presenta ahora quedará ilustrada, en la segunda parte, con el análisis de la información referida al caso específico de México. Ello podrá facilitar la interpretación de fenómenos de gran importancia para el presente y el futuro de los servicios de salud, como la educación, la atención y el desempleo, en el ámbito de la medicina. Se espera, así, contribuir a la comprensión más precisa de la crisis que actualmente afecta al vasto campo de la salud y, dentro de él, a la medicina.<sup>1</sup>

La figura 1 muestra, de manera esquemática, los diversos procesos que determinan al mercado de trabajo médico (M.T.M.). Para mayor claridad, se ha dividido en dos partes la figura; en la realidad ambas representan fenómenos íntimamente ligados entre sí por relaciones dialécticas de determinación. La parte inferior se refiere a los procesos amplios, de carácter económico, político, social e ideológico, que ejercen la determinación más profunda, general a todos los niveles del M.T.M. La superior muestra aquellos elementos que intervienen en algún nivel específico de la definición y la determinación del M.T.M.

## A. Determinantes generales

### 1. Estructura económica

Dentro de la parte inferior de la figura 1, destaca en primer término, la estructura económica, la cual constituye la base de determinación más profunda. No es el propósito del presente artículo hacer un análisis exhaustivo de la estructura económica ni de los mecanismos que se han postulado para explicar su determinación sobre los procesos de salud-enfermedad y sobre las formas de atención para la salud.<sup>2</sup> Baste destacar aquí el carácter de determinantes últimos sobre el M.T.M. que tienen los componentes de la estructura económica, principalmente 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 (agricultura, industria y servicios) de la economía.

En un segundo nivel de determinación general del M.T.M. se encuentran los siguientes cuatro elementos, sustentados, a su vez, sobre la base de la estructura económica.

### 2. Políticas del Estado

Para los fines del presente análisis, se destacan la

política económica, la política laboral y de seguridad social, la sanitaria y la educativa. Tampoco es el propósito del artículo discutir a profundidad los mecanismos de diseño de estas políticas, ni los intereses a los que responden, sino únicamente apuntar su papel de determinantes sobre la composición del M.T.M.

### 3. Formas de organización social

Se incluyen aquí sindicatos, organismos campesinos, organizaciones empresariales, partidos políticos y otros grupos de presión, mediante los cuales las clases y sectores sociales defienden sus intereses inmediatos y organizan su participación política. Aunque, con excepción de las fuerzas armadas, estas instancias de acción y presión no se encuentran formalmente adscritas al Estado, la evolución histórica de México ha determinado, como apunta Percyra, que "prácticamente no exista un segmento de la sociedad civil que no haya sido convertido en una prolongación del aparato estatal".<sup>3</sup> Una asimilación de esta índole, que define el carácter corporativo de las relaciones entre el Estado y la sociedad en México, permite explicar, al menos en parte, el papel que los servicios de la seguridad social, incluida de manera central la atención médica, han desempeñado dentro del juego de tácticas del sistema político mexicano, como medios para acallar descontentos o negociar concesiones de los sectores mejor organizados. Asimismo, este hecho permite entender el surgimiento, bajo una óptica del corporativismo que privilegia la práctica grupal por encima de cualquier consideración de clase social o incluso de nacionalidad, de una multiplicidad desigual de agencias de salud y seguridad social.

### 4. Instituciones sociales

Entendidas en su acepción más abstracta, constituyen los órganos con que la sociedad desarrolla algún aspecto de su funcionamiento. En este análisis sólo se incluyen dos de ellas: la institución asistencial y la institución educativa.

### 5. Ideología

Lejos de intentar un enfoque teórico pormenorizado, el presente trabajo se limita a ubicar a la ideología como un componente de la superestructura de la sociedad, que incide sobre variadas etapas del proceso de atención para la salud.

## B. Determinantes específicos

Los dos niveles revisados someramente constituyen, como se señaló antes, factores de determinación comunes a todos los elementos que influyen específicamente sobre el M.T.M. Pasemos ahora a analizar, en la parte superior de la figura 1, las complejas interrelaciones de esos elementos, las cuales permiten integrar el proceso concreto del M.T.M. Es necesario apuntar que la figura no presenta la tota-

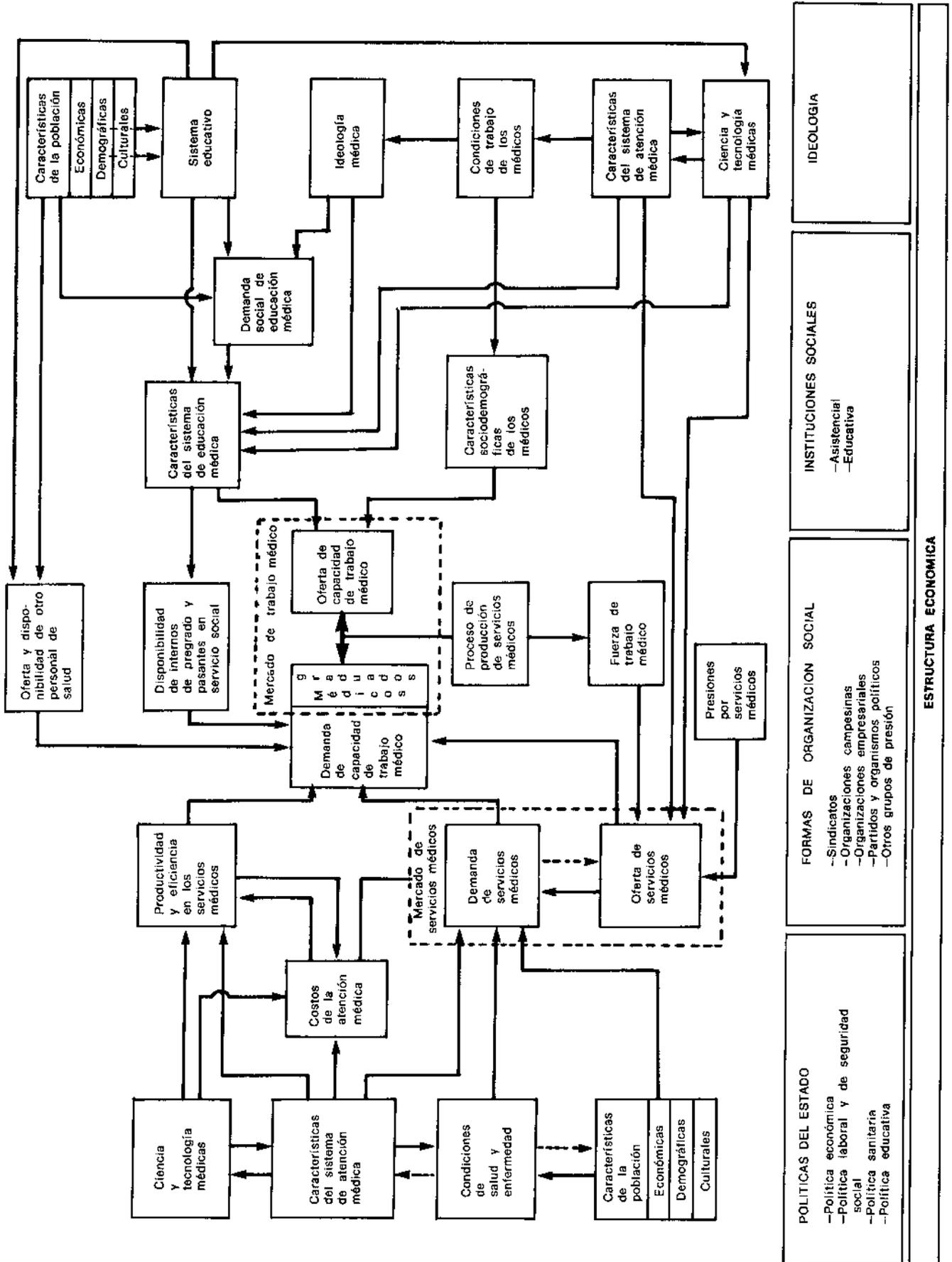


Fig. 1. Determinantes del mercado de trabajo médico.

lidad de los fenómenos que, en su compleja realidad, pueden tener alguna influencia sobre el M.T.M., sino sólo los más importantes; además, la mayoría de las flechas que unen los distintos elementos sólo señalan, para mayor claridad, las direcciones predominantes de determinación, aunque en todos los casos se trata de relaciones dialécticas, no mecánicas.

Conviene iniciar la interpretación de la figura por el centro. Ahí se muestra el binomio que constituye el núcleo de la definición del M.T.M. En su expresión más simple, el M.T.M. puede definirse, para los fines del presente artículo, como la relación entre la oferta y la demanda de capacidad de trabajo representada por médicos graduados.

Antes de analizar los procesos que determinan a cada componente de este binomio oferta-demanda, es conveniente señalar la utilidad de distinguir en particular, para los propósitos del presente estudio, entre capacidad y fuerza de trabajo. Consideremos que lo que se ofrece y se demanda en un mercado laboral es una cierta capacidad de trabajo, entendida como posibilidad o potencialidad, que sólo se realiza como fuerza de trabajo al aplicarse a un proceso de producción determinado, en este caso, el proceso de producción de servicios médicos. Tanto la demanda como la oferta de capacidad de trabajo médico están determinados por una multiplicidad de factores, dentro de los cuales es posible, sin embargo, diferenciar niveles sucesivos y ordenados de determinación.

#### 1. Demanda de capacidad de trabajo médico

En el plano más inmediato, la demanda de capacidad de trabajo médico (c.t.m.) está determinada por tres fenómenos: a) la demanda de servicios médicos; b) la oferta de ellos, y c) la productividad/eficiencia.

a. *Demanda de servicios médicos.* En su concepción más simple, tanto la cantidad como la calidad de servicios médicos que una población demanda, influyen sobre el número y el tipo de médicos requeridos para satisfacer dicha demanda. A su vez, una parte de estos requerimientos de personal se traduce en una demanda efectiva de c.t.m. Por otra parte, algunos autores han considerado que las condiciones de salud y enfermedad son el principal determinante de la demanda de servicios médicos.<sup>4</sup> Ambas afirmaciones, sin embargo, sólo serían exactas de existir una situación de acceso irrestricto de todos los individuos al sistema de atención, esto es, cuando todas las necesidades de salud pudieran expresarse, sin barreras de ninguna índole, en una demanda efectiva de servicios.

Ahora bien, en nuestro contexto, dicha demanda de servicios médicos se ve afectada de manera primaria por los procesos socioeconómicos más amplios antes mencionados y secundariamente, por diversos fenómenos. Entre

ellos destacan, de manera obvia, las características económicas (distribución del ingreso entre las distintas clases sociales y en el seno de cada familia), demográficas (número de habitantes, tasa de crecimiento, estructura por edades, distribución geográfica, migraciones) y culturales (niveles de escolaridad, creencias) de la población.

Las características del sistema de atención médica incluyen los tipos de instalaciones, la composición relativa de las distintas categorías de personal, y sus formas de relacionarse entre sí y con los pacientes para la prestación de servicios médicos. Todas estas características hacen variar la demanda de dichos servicios, en función de las opciones de organización que se adopten: predominio de pequeños consultorios o bien de hospitales; primacía del sector privado o del estatal; existencia o no de regionalización por niveles; énfasis en el tratamiento o en la prevención. Además de su influencia directa, las características del sistema de atención médica afectan a la demanda de servicios por la vía de los costos. Estos últimos deben entenderse en su connotación más amplia, para incluir no sólo los monetarios, sino también el costo y tiempo de transportación, el tiempo de espera e incluso los costos psicológicos de la atención. Más aún, en la medida en que las políticas de salud y seguridad social fueran eliminando la necesidad de un pago directo, serían esos últimos costos los que se convertirían en los principales medios de racionamiento de la atención.<sup>5</sup>

b. *Oferta de servicios médicos.* La interacción de la oferta y la demanda de servicios médicos define el mercado de éstos, el cual se encuentra íntimamente vinculado al M.T.M. Una de las características del mercado de servicios médicos es la capacidad de la oferta para generar una mayor demanda. Esta peculiaridad ha sido destacada por diversos autores. Así, por ejemplo, Ginzberg señala: "La oferta de recursos médicos ha generado efectivamente, hasta ahora, su propia demanda".<sup>6</sup> Una situación así es particularmente válida en sociedades ricas, en las que suele existir una demanda latente de más atención médica de la disponible;<sup>7</sup> pero también ocurre en sociedades pobres, sobre todo cuando una alta proporción de la oferta está representada por servicios gratuitos o de bajo costo, producidos o financiados por el Estado. Más aun, Fuchs y Kramer han sugerido que cuando los médicos son muy abundantes, suelen ofrecer atenciones en exceso, sean innecesarias o de importancia marginal para la evolución de la enfermedad.<sup>8</sup> En efecto, debido a la frecuente falta de conocimientos médicos de los usuarios, el profesionista tiene la

capacidad de inducir el consumo de consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos quirúrgicos. Una vez que el paciente se decide a consultarlo, el médico suele tomar la mayor parte de las decisiones ulteriores; al ofrecer sus servicios o recomendar los de otros profesionales, el médico modifica cuantitativa y cualitativamente la demanda de servicios del paciente.

Ahora bien, la oferta de servicios médicos tiene, en sí misma, varios determinantes que es preciso definir. Entre ellos se cuentan las presiones por servicios médicos que, a diferencia de la demanda en su sentido estricto, representan una función política más que económica. Dirigidas por lo común hacia el Estado, tales presiones suelen surgir de las organizaciones gremiales, políticas y castrenses, aunque históricamente no ha sido infrecuente que se originen en los grupos industriales, bien sea para favorecer la estabilidad de la fuerza de trabajo empleada por la industria en general, bien para estimular el crecimiento de ciertas ramas industriales específicas, como la de medicamentos, la de equipo médico y la de construcción. Dentro del carácter corporativo, antes mencionado, de las relaciones entre la sociedad y el Estado, en México dichas presiones han jugado un papel decisivo como generadoras de una oferta de servicios médicos. Esta, en muchas ocasiones, incluso ha resultado artificial, al no ser consecuencia de demandas explícitas de tales servicios, sino un sustituto, políticamente conveniente, de otro tipo de reivindicaciones o concesiones.

Un factor más que condiciona, de manera obvia, la oferta de servicios médicos, es la existencia de una fuerza de trabajo médico capaz de materializarla. Por ello, la oferta de servicios médicos afecta directamente la demanda de c.t.m. Por otra parte, las características del sistema de atención determinan los tipos de servicios ofrecidos. Finalmente, la ciencia y en especial, la tecnología médicas, marcan muchas particularidades de la oferta de servicios. El descubrimiento o la invención de nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos y su oferta subsiguiente, suelen ser, por sí mismos, algunos de los principales generadores de demanda. En esta forma, como se muestra en la figura 1, la ciencia y tecnología médicas inciden sobre la demanda de servicios médicos por intermedio de dos fenómenos: la oferta de servicios y los costos de la atención.

Por todos los mecanismos antes descritos, resalta la marcada influencia del mercado de servicios médicos sobre el M.T.M. y, en particular, sobre la demanda de c.t.m.

c. *Productividad/eficiencia en los servicios médicos.* El tercer elemento que, en el plano más inmediato, determina la demanda de c.t.m., es la productividad de los servicios médicos. Entendida como la relación entre la fuerza de trabajo empleada y el producto logrado, la productividad está condicionada, a su vez, por las características del sistema de atención y por la ciencia y la tecnología médicas. Los costos de la atención influyen asimismo sobre la productividad, estableciendo una interacción recíproca con la eficiencia.

## 2. *Oferta de capacidad de trabajo médico.*

Los dos determinantes inmediatos de la oferta de c.t.m. son, en primer lugar, las características del sistema de educación médica y, en segundo, las características sociodemográficas de los médicos.

a. *Características del sistema de educación médica.* Este sistema constituye el principal determinante de la oferta de c.t.m. En medicina y en otras profesiones de la salud, "el flujo de personal calificado hacia la oferta laboral está gobernado por el sistema de capacitación".<sup>9</sup> Ahora bien, dentro de las características del sistema de educación médica, deben distinguirse, por un lado, las cuantitativas (matrícula, tiempo y costo del entrenamiento, índices de deserción) y, por el otro, las cualitativas (contenidos educativos, métodos pedagógicos). Ambas están determinadas por múltiples factores. Entre ellos se cuenta, de manera notoria, la demanda social de educación médica. A su vez, esta demanda se ve determinada por las características económicas, demográficas y culturales de la población; por el sistema educativo que, entendido en su totalidad, desde la educación básica hasta la superior, interactúa con las características de la población e influye también, de modo directo, sobre las características del sistema de educación médica; por la ideología médica que asimismo incide sobre el sistema de educación médica, tanto en forma directa, como por intermedio de la demanda social de dicha educación.

Relación de gran interés es la que ocurre entre las características del sistema de atención médica y las del sistema de educación médica. Debido a que dicha relación es dialéctica, lo que se expresa en una compleja red de determinaciones mutuas, puede postularse la existencia de una dirección genética predominante. Así, aunque son comunes las afirmaciones que sugieren la determinación de la educación médica sobre la atención y en consecuencia, la posibilidad de transformar ésta mediante cambios curriculares, puede demostrarse que el sistema de atención médica regula en última instancia a la educación médica.

Esta última situación ha sido señalada por algu-

nos autores, como Berlinguer, quien afirma que "la formación del médico está condicionada por el mercado de trabajo sanitario".<sup>10</sup> De hecho, es posible distinguir tres niveles en los cuales se hace patente la determinación del sistema de atención sobre el de educación médica. El primero de ellos es la adopción de un cierto *currículum*, en respuesta a la demanda cualitativa de las instituciones asistenciales por determinado tipo de personal médico. El segundo estriba en la capacidad del sistema asistencial para hacer o no viables los proyectos que son propuestos por el sistema educativo. El tercero se refiere al hecho de que el sistema de atención médica imprime sus modalidades específicas a los programas educativos, al proveer los espacios de práctica clínica. Estos tres niveles resultan particularmente claros en los casos del internado de pregrado y del servicio social. Más aún, la mayor parte de la educación médica de posgrado ha quedado, en una elevada proporción de los países, adscrita al control real de las instituciones asistenciales. A lo largo del análisis histórico que se presenta en la siguiente parte del artículo se harán claras, para el caso de México, las formas en que ciertas necesidades del sistema de atención médica han encontrado su expresión correlativa en innovaciones del *currículum* de la carrera de medicina.

Un último factor que en forma evidente actúa sobre las características del sistema de educación está representado por la ciencia y la tecnología en el área de la medicina.

Ahora bien, con todas estas determinaciones múltiples, el sistema de educación médica tiene dos productos principales. En primer término genera, al través de los médicos graduados, la oferta de c.t.m. Pero en el proceso mismo de educación produce disponibilidad de internos de pregrado y pasantes en servicio social, o su equivalente, según las estructuras curriculares de las diferentes universidades. Es preciso subrayar que, en el caso del internado de pregrado y del servicio social, lo que se produce es una *disponibilidad* de capacidad de trabajo y no una oferta en sentido estricto. Ello es así porque ambos periodos representan una parte del *currículum* de la carrera de medicina y un *requisito* para obtener el título de médico; en estas circunstancias, ni los internos de pregrado ni los pasantes en servicio social compiten por posiciones dentro del sistema de atención médica, sino que éstas son garantizadas a la totalidad de ellos, en virtud del carácter obligatorio y —al menos formalmente— educativo, tanto del internado como del servicio social.

Por estas razones, los internos y los pasantes no ejercen una presión directa sobre el M.T.M.

Sin embargo, al ejecutar funciones que también pudieran ser realizadas por médicos graduados, se constituyen en capacidad de trabajo sustitutiva de la de estos últimos. En esta forma, la disponibilidad de internos de pregrado y de pasantes en servicio social afecta a la demanda de c.t.m., pues satisfacen parte de ella por un mecanismo distinto al de la oferta libre. Así pues, aunque el sistema educativo determina, de manera principal, la oferta de c.t.m., también influye sobre la demanda al generar disponibilidad de internos de pregrado y pasantes en servicio social. La oferta y la disponibilidad, según el caso, de otro personal de salud —determinadas a su vez por el sistema educativo en su conjunto y por las características de la población— también pueden producir un efecto de sustitución de la capacidad de trabajo de los médicos graduados. Esta situación ocurre a menudo en los programas de extensión de cobertura que utilizan preferentemente personal medio y auxiliar y que por tanto, si bien amplían el mercado de servicios de salud, no generan una ampliación correlativa del M.T.M. En el sentido inverso, cuando existe abundancia de médicos graduados respecto a la demanda por parte del sistema de atención médica, es probable que la parte del excedente de la c.t.m. representada por ellos se canalice hacia la realización de tareas propias del personal técnico y paraprofesional. Con todo, no es infrecuente que ambas direcciones de la sustitución, al parecer contradictorias, coexistan en un momento dado, de modo tal que, a pesar de existir abundancia relativa e incluso desempleo de médicos, la extensión de la cobertura se realice mediante personal no médico. Estas relaciones muestran la estrecha interconexión entre el M.T.M. y los mercados laborales de los restantes tipos de personal de salud.

- b. *Características sociodemográficas de los médicos.* Aquí se incluyen, en primer término, las tasas de mortalidad y de retiro entre los médicos, las cuales indican aquellos elementos que, al salir del M.T.M., dejan de formar parte de la oferta de c.t.m. En un sentido similar influyen los abandonos, por cualquier motivo, de la práctica médica. Por otra parte, deben considerarse los reingresos a dicha práctica, los cuales se suman a los egresos del sistema de educación médica para integrar la parte sustancial de la oferta de c.t.m.; debido a esta situación, interesa conocer el número de mujeres dedicadas a la medicina, pues ellas suelen tener un mayor número de abandonos y reingresos en la práctica. Finalmente, es preciso tomar en cuenta la movilidad y distribución geográfica de los médicos que define los mercados regionales de

trabajo, así como la movilidad ocupacional dentro de los diversos submercados laborales de los médicos.

Si bien todas estas características de la profesión médica revisten gran importancia, debe insistirse en el hecho de que el principal determinante de la oferta de la c.t.m. se ubica en el sistema de educación médica.

### C. Definición del mercado de trabajo médico

Todos los elementos arriba analizados confluyen en la definición que constituyó el punto de partida para la elaboración conceptual realizada en este artículo: el M.T.M. es, en su expresión más simple, la relación entre la oferta y la demanda de capacidad de trabajo representada por médicos graduados. Están incluidas en ella, tanto las situaciones de compra-venta directa de c.t.m. por asalariamiento, como aquellas otras donde dicha capacidad representa un insumo para la producción de la mercancía servicio médico y su intercambio sin intermediación de una venta previa de la capacidad de trabajo. Esta dualidad induce diversas formas de participación del médico en el mercado de trabajo, que serán identificadas más adelante.

Ahora bien, la anterior definición incorpora, sólo desde el punto de vista cualitativo, una variable central en la caracterización de cualquier mercado: el precio de la mercancía. No obstante, es válido, desde el punto de vista cuantitativo, hacer una abstracción de ella en la discusión del M.T.M., si se recurre al siguiente razonamiento:

La función de los organismos estatales, convertidos en los mayores productores de servicios de salud y, por ende, en los mayores empleadores de médicos, no se orienta, a diferencia de una empresa privada, hacia el campo de la ganancia económica, sino a otros más sutiles, como la reproducción de la fuerza de trabajo en general y la legitimación política; por ello, el precio que estos organismos estatales pagan por el trabajo de sus médicos adquiere un papel secundario frente a otros factores determinantes de la necesidad de prestar servicios.

Además, en función de la autonomía relativa del sistema educativo y en particular de la universidad como institución social, la producción de médicos responde sólo en forma secundaria a los niveles de salarios o de honorarios de los médicos. Si bien la expectativa de un mayor ingreso suele influir sobre la decisión de convertirse en médico, la oferta de médicos graduados generada por las instituciones educativas, y también controlada en su mayor parte por el Estado, no responde principalmente a esas expectativas, sino a ciertas necesidades de la estructura económica y social, como el hecho de posponer las presiones por empleo de la población juvenil y de responder a las exigencias de las clases medias por el acceso a la educación superior, como medio de ascenso social.

Un factor adicional, aunque de importancia marginal en las poblaciones con escasos recursos, consis-

te en el vínculo que algunos servicios médicos tienen con la enfermedad y la muerte, lo cual neutraliza, hasta cierto punto, el efecto regulador del precio en el mercado de los servicios y, por esta vía, en el M.T.M. Este hecho, como señala Bailey, es particularmente claro en los servicios de emergencia.<sup>11</sup>

A pesar de lo anterior, es indispensable considerar que las diferencias de precio de la c.t.m., materializadas en las diferentes categorías de personal, constituyen un factor decisivo en la sustitución de médicos graduados por recursos humanos con remuneración inferior. A ello se añade, como incentivo para la contratación de este último tipo de recursos, el menor compromiso laboral que las instituciones empleadoras contraen con ellos.

La discusión sobre la conveniencia de excluir el precio, permite redondear la definición del M.T.M. Conviene destacar, dentro de los elementos del esquema conceptual, los dos procesos fundamentales en la relación oferta-demanda de c.t.m. Así, se considera que dentro de esa relación, la oferta es generada por el sistema de educación médica, mientras que la demanda se origina en el sistema de atención médica. Resulta necesario entonces, definir los dos elementos de la relación. Para educación médica se ha adoptado la definición elaborada por García: "Entendemos por educación médica el proceso de producción de médicos".<sup>12</sup> La atención médica también puede conceptualizarse como un proceso de producción, en este caso de un tipo de servicios de salud: los servicios médicos. Sin pretender establecer una tipología rigurosa, el concepto de servicios médicos se restringe, en presente análisis, al conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación realizadas por un médico y aplicadas al paciente individual. Se excluyen pues las medidas de salud pública, pues se dirigen a colectividades, mientras que las acciones desempeñadas por trabajadores de la salud distintos de los médicos son consideradas en tanto que sustitutos potenciales.

La delimitación del sistema de atención médica como el proceso de producción de servicios médicos adquiere su sentido cabal si se considera que el rubro amplio de los servicios de salud sigue siendo dominado, en su mayor parte, por las acciones de los médicos sobre los pacientes individuales.

Contrariamente al uso común de la frase "mercado de trabajo", que suele limitarse en forma unilateral a las características del empleo, la definición adoptada aquí implica, ante todo, la relación bilateral entre dos procesos de producción:<sup>13</sup> por un lado, el de médicos, que proporciona la oferta de capacidad de trabajo; por el otro, el de servicios médicos, que genera la demanda de dicha capacidad. Entendido como relación, el M.T.M. permite ubicar los espacios de trabajo, pero también la medida en que ellos son cubiertos o resultan insuficientes. Sólo mediante esta visión de conjunto es posible integrar la complejidad del mercado de trabajo, al identificar los desequili-

brios que en él ocurren por exceso o escasez de la oferta o la demanda de capacidad de trabajo. Además, el análisis del mercado de trabajo permite trascender esta relación puramente cuantitativa, para asimilar también las características cualitativas del trabajo médico, las cuales, como se verá en seguida, hacen referencia al grado de control, por parte de los médicos, sobre los medios de producción de servicios y delimitan las formas de participación en el M.T.M.

#### D. Formas de participación del médico en el mercado de trabajo

Como señala Donnangelo,<sup>14</sup> para poder clasificar los distintos tipos de inserción del médico en el ámbito laboral, es necesario partir de las diferencias en sus relaciones de propiedad con los medios de producción de servicios. En este sentido, puede afirmarse que existen dos grandes categorías: por un lado, el médico propietario de sus medios de producción y, por el otro, el médico asalariado.

Dentro de la categoría de médico propietario pueden distinguirse tres tipos de profesionistas:

1. El médico propietario autónomo, en el ejercicio de la medicina liberal, que posee un consultorio y una clientela propios; tiene la posibilidad de definir por sí mismo las condiciones de su práctica y el precio de los servicios que presta, y no se apropia de plusvalía generada por el trabajo de otros médicos.

2. El médico propietario que, aunque conserva sus medios de producción y no obtiene plusvalía del trabajo de otros médicos, establece un convenio con alguna empresa o institución para prestar sus servicios; con ello pierde, por lo menos parcialmente, la posibilidad de seleccionar su clientela, y, muchas veces, de fijar libremente el precio de los servicios que presta.

3. El médico que, individualmente o en grupo, posee una empresa de servicios médicos, donde puede o no contar con clientela propia y con la posibilidad de fijar el precio por los servicios que en ella se prestan y que, a la vez, le permite apropiarse de la plusvalía generada por médicos y otro personal empleado en ella.

Como asalariado, el médico no establece ninguna relación de propiedad con los medios de producción y carece de clientela propia. En estas condiciones, se ve obligado a establecer con el poseedor de los medios de producción —que puede ser el Estado o una empresa privada— un acuerdo en el que se fijan las condiciones de venta de su fuerza de trabajo. Con esto pierde la posibilidad de fijar el precio de los servicios que presta y de escoger las condiciones particulares de su práctica. Al parecer, existen diferencias importantes de seguridad en el trabajo entre las instituciones estatales y las privadas, por el particular modo de contratación que utiliza cada una y los derechos a prestaciones y otro tipo de beneficios que de este se derivan. Sin embargo, para contar con información al respecto se requeriría de la investiga-

ción completa sobre este tema específico.

Ahora bien, es necesario señalar que las categorías enumeradas se refieren únicamente a las formas puras de participación del médico en el mercado de trabajo, ya que es muy frecuente que este tipo de profesionista participe en más de una de las modalidades. Por ello, se considera necesario incluir una modalidad más, que agrupa a las formas mixtas. Dentro de ella se clasificaría, por ejemplo, el caso del médico que trabaja como asalariado al servicio del Estado o de alguna empresa particular y también ejerce la medicina liberal.

A modo de recapitulación, conviene destacar que el concepto de M.T.M. no se utiliza, en el presente artículo, como expresión de una perspectiva estrictamente económica que haga abstracción de las relaciones sociales y de las fuerzas políticas. Por el contrario, se intenta utilizar dicho concepto como un instrumento analítico para comprender la evolución de las relaciones entre la educación y la atención médicas. A lo largo del análisis histórico que se presenta en la segunda parte del trabajo, será posible identificar la índole de las relaciones de determinación entre los procesos que delimitan, en su conjunto, el mercado de trabajo médico.

#### AGRADECIMIENTO

Los autores desean expresar su reconocimiento al señor doctor Ramón Villarreal, director de la investigación y al señor doctor Juan César García de la Oficina Sanitaria Panamericana, por su apoyo y estímulo a este trabajo.

#### NOTAS

1. Para un análisis de los procesos que definen la crisis tanto del saber como de la práctica sobre la salud, véase: Frenk, J.: *Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones*. Ciencia y Desarrollo. No. 26: 133, 1979.
2. A este respecto existe una producción bibliográfica que, si bien todavía es limitada, ofrece ya una base de interpretación. Véanse, por ejemplo: Berlinguer, G.: *Medicina y política*. Buenos Aires, Editorial Cuarto Mundo, 1975; De Albuquerque Cordeiro, H. y col.: *Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad*. Rev. Mex. Ciencias Polít. Soc. No. 84: 159, abril-junio de 1976; Laurell, A. C. y col.: *Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos*. Rev. Mex. Ciencias Polít. Soc. No. 84: 131, abril-junio de 1976; Confi, L.: *Estructura social y medicina*. En: *Medicina y sociedad*. Barcelona, Editorial Fontanella, 1972, pp. 287-310; García, J. C.: *La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social*. Maestría en Medicina Social. Documento mimeografiado. Desde una perspectiva teórica diferente, Mesa-Lago, C.: *Social security in Latin America. Pressure groups, stratification, and inequality*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978.
3. Pereyra, C.: *¿Quién mató al comendador? Notas sobre estado y sociedad en México*. Nexos No. 13: 3, 1979.
4. Hyman, J.: *Empirical research on the demand for health care*. Inquiry 8: 61, 1971.

5. Lave, J. R.; Lave, L. B. y Leinhardt, S.: *Medical manpower models: need, demand and supply*. Inquiry 12: 97, 1975.
6. Ginzberg, E.: *Men, money and medicine*. Nueva York, Columbia University Press. 1969.
7. Bureau of Health Planning and Resources Development: *Methodological approaches for determining health manpower supply and requirements*. Vol. I: *Analytical perspective*. Publication No. (HRA) 76-14511. Rockville, U. S. Department of Health, Education and Welfare. 1976, p. 31.
8. Fuchs, V. R. y Kramer, M. J.: *Determinants of expenditures for physicians. Services in the United States 1948-1968*. Publication No. (HSM) 73-3013. U. S. Department of Health, Education and Welfare. 1972.
9. Bureau of Health Planning and Resources Development: *Op. cit.*, p. 25.
10. Berlinguer, G.: *Medicina y política*. Buenos Aires, Editorial Cuarto Mundo. 1975, p. 124.
11. Bailey, R. M.: *An economist's view of the health services industry*. Inquiry 6: 3, 1969.
12. García, J. C.: *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica No. 255. Washington, Organización Panamericana de la Salud. 1972, p. 3.
13. Es necesario precisar lo que se entiende por proceso de producción. Harnegger lo define así: "Llamaremos proceso de producción en general a todo proceso de transformación de un objeto determinado, sea este natural o ya trabajado, en un producto determinado, transformación efectuada por una actividad humana determinada, utilizando instrumentos de trabajo determinados." Así pues, el proceso de producción comprende dos elementos básicos: los medios de producción y la fuerza de trabajo. Los medios de producción, a su vez, están constituidos por el objeto sobre el cual se trabaja y por los medios con los cuales se trabaja. Por su parte, la fuerza de trabajo representa la actividad humana realizada en el proceso de producción y puede concebirse como la energía humana empleada en él. Harnegger, M.: *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores. 1970, p. 11.
14. Donnangelo, M. C. F.: *Medicina e sociedade*. San Pablo, Livraria Pionera Editora. 1975, p. 75.