

El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México

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

En esta segunda parte del artículo sobre el mercado de trabajo médico se hace un análisis histórico de la evolución de éste con énfasis en el presente siglo, caracterizado por la creciente participación del Estado en su regulación. Para lograr este panorama se estudian las dos dimensiones involucradas en el mercado de trabajo médico: por un lado, la educativa, que representa la oferta de fuerza de trabajo médico; y por otro, la de la atención médica, que constituye la demanda de esa fuerza de trabajo. En el artículo se ha hecho una periodización que delimita en el tiempo las distintas modalidades cuantitativas y cualitativas de la intervención estatal en la producción de servicios de salud y que por lo tanto, sitúa a las transformaciones del mercado de trabajo médico. De los cuatro periodos, que van de 1917 a la actualidad, se estudian con más énfasis los dos últimos, en que el Estado es el principal elemento regulador del mercado.

En la primera parte del presente artículo,¹ se desarrolló un esquema conceptual que permitiera delinear los elementos que integran el mercado de trabajo médico (M.T.M.) y sus vínculos de determinación. Asimismo, se definió el M.T.M. como la relación entre la oferta y la demanda de capacidad de trabajo médico (c.t.m.). Para fines de análisis, se señaló 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.

En esta segunda parte, se presenta un análisis histórico de la evolución del M.T.M. en México, con la intención de ilustrar la índole de las relaciones de determinación entre los elementos que configuran dicho mercado. Aunque se hace referencia a la aten-

ción privada, el análisis alude principalmente a la participación del Estado en la producción de servicios de salud, mediante una periodización que abarca el presente siglo y que permite destacar el papel creciente del Estado como principal regulador del M.T.M.

La participación del Estado en el mercado de trabajo médico

A. Antecedentes

La intervención del Estado en las acciones de salud, entendidas en su acepción más amplia, no constituye un fenómeno del todo reciente. Foucault ubica en Alemania el surgimiento, desde el siglo XVIII, de una "medicina del Estado" que se centra en el concepto de *Medizinische Polizei* —policía médica— creado en 1764.²

* Investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Al constituirse la Nación mexicana, en 1831, la Facultad Médica del Distrito Federal sustituyó al tribunal del Protomedicato, y tuvo injerencia sobre todo en el campo de la salubridad. En 1833 empezó a funcionar el Consejo Superior de Salubridad, el cual pasó a depender de la Secretaría de Gobernación en 1879.³

En realidad, la participación del Estado mexicano en asuntos de salud, prácticamente se limitó, hasta el siglo XX, a funciones de control sanitario y vigilancia de brotes epidémicos. La ubicación de estas funciones como competencia de la Secretaría de Gobernación, encargada de la política interna, refuerza la impresión de que la intervención estatal durante el siglo XIX asumió las características de una policía médica.

De hecho, los servicios asistenciales no rebasaron el ámbito de la beneficencia, también controlada por la Secretaría de Gobernación, al través de la Dirección General de la Beneficiencia Pública y Privada que funcionó durante el Porfiriato.⁴ Estrictamente, hablando del siglo XVIII en Europa y del siglo XIX en México, el hospital "no constituye una institución médica y... la medicina es una profesión no hospitalaria".⁵ La función esencial de esos hospitales era la asistencia a los pobres, a quienes se administraba ayuda material y espiritual en la transición hacia la muerte, al mismo tiempo que se les excluía del resto de la sociedad, en función del peligro que representaban para la salud de la población en general. Como demuestra Foucault, los hospitales de beneficencia eran manejados, de modo principal, por personal caritativo, tanto religioso como laico, que al realizar acciones de misericordia aspiraba a alcanzar su propia salvación espiritual. Los médicos no figuraban en ellos sino como personajes secundarios, cuyo espacio principal de curación no estaba en el hospital —como hemos visto, una institución de muerte y de exclusión—, sino en los consultorios y en los hogares de los enfermos.⁶

Sin negar la existencia de fenómenos marginales en épocas anteriores —que en todo caso no han sido cabalmente investigados—, puede afirmarse que en México la medicina no empezó a hacerse una profesión hospitalaria sino hasta el año de 1906, cuando se inauguró el Hospital General de México. Entre otras innovaciones, esta institución instaló secciones para enfermos "distinguidos" o pensionados, lo cual "vino a llenar un vacío existente en la asistencia médica de la clase económicamente pudiente", además de que continuó atendiendo a la población desamparada.⁷

Así pues, la participación del Estado mexicano en la producción de servicios de salud se limitó al desempeño de funciones de policía médica y de beneficencia; incluso la Dirección General de Beneficiencia, asimilada al ministerio encargado de la política interna general del país funcionó, hasta bien

entrado el siglo XX, como una instancia relativamente indiferenciada.

B. Propuesta de periodización

Apenas en 1917 la salud es oficialmente reconocida como un campo específico de la intervención estatal, con un estatuto, un espacio de acción y un arreglo orgánico propios. Se crean entonces, por primera vez, dos organismos encargados específicamente de asuntos de salud. Por una parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos instituye, en la fracción XVI del Artículo 73, el Consejo General de Salubridad como una dependencia directa del Presidente de la República, sin la intervención de ninguna Secretaría de Estado, y con la facultad de dictar disposiciones generales obligatorias en todo el país.⁸ Además, por Decreto Oficial, se crea en ese año, a partir de las atribuciones respectivas que hasta entonces tenía la Secretaría de Gobernación, el Departamento de Salubridad Pública,⁹ como una dependencia administrativa del Poder Ejecutivo Federal. Este Departamento también es mencionado en el artículo de la Constitución antes citado, donde se le señala la obligación de dictar inmediatamente, a reserva de ser sancionadas después por el Presidente de la República, medidas preventivas "en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país".¹⁰

Como puede observarse, siguen predominando aquí las funciones ligadas estrictamente a la salubridad, sin participación de la asistencia médica. Sin embargo, el hecho de que se trate de organismos cabalmente diferenciados, marca ya un cambio definitivo en la participación del Estado, la cual se irá incrementando a partir de 1917. Por ello, en el presente trabajo se ha seleccionado ese año como el punto inicial de la siguiente periodización, que marca las distintas modalidades cuantitativas y cualitativas de la intervención estatal en la producción de servicios de salud y, por lo tanto, en la transformación del mercado de trabajo médico:

1. Período de creación de las principales instituciones (1917 a 1943).
2. Período de crecimiento lento de las instituciones e inicio de la especialización (1943 a 1958).
3. Período de expansión rápida de las instituciones y consolidación de la especialización (1958 a 1967).
4. Período de crisis (1967 a 1979).

La anterior división no pretende señalar estadios tajantes, sino más bien situaciones de transición donde, en cada período, persisten algunas características previas, al mismo tiempo que ya se anticipan otras futuras. A continuación, se hace un análisis más detallado de cada uno de los períodos. Debe señalarse desde ahora que es sólo a partir de 1958 cuando el peso específico del Estado en la producción de servicios de salud aumenta significativamente.

te, hasta el punto de convertirse en el principal elemento regulador del mercado de trabajo médico. Además, la mayor parte de la información disponible difícilmente va más atrás de ese año. Por estas razones, el análisis que sigue sólo revisará someramente los dos primeros períodos, para concentrar el mayor énfasis sobre la evolución del mercado de trabajo médico, en su doble dimensión de educación y de atención médicas, durante los últimos veinte años.

C. 1917 a 1943: Período de creación de las principales instituciones

1. Salubridad y asistencia pública

Creados el Consejo General de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública en 1917, los siguientes veinte años no registraron, acaso como resultado de los continuos enfrentamientos armados y del incipiente desarrollo de las fuerzas productivas, mayores cambios en las modalidades cuantitativas y cualitativas de intervención del Estado dentro del campo de la salud. Ciertamente, la evolución de esos dos organismos fue diferente. A pesar de la importancia que le concede la Constitución, el Consejo fue viendo sus atribuciones cada vez más limitadas a la esfera normativa. Aún en la actualidad, su presidencia recae, *ex officio*, en el Secretario de Salubridad y Asistencia, no obstante la indicación constitucional de que el Consejo actúe "sin intervención de ninguna Secretaría de Estado".¹¹ Por su parte el Departamento de Salubridad Pública fue centralizando de manera progresiva, la operación de diversas funciones federales e incluso muchas que originalmente recaían sobre los estados y los municipios. A diferencia del Consejo General de Salubridad, que desde su creación prácticamente no ha sufrido modificaciones, el Departamento fue transformándose a lo largo del tiempo. Con todo, las dos primeras décadas del período 1917 a 1943 se caracterizan por una relativa inmovilidad de las estructuras y las funciones de salud del Estado mexicano.

En 1937 el Presidente Lázaro Cárdenas crea, como un organismo independiente del Departamento de Salubridad Pública, el Departamento de Asistencia Social Infantil, integrado a partir de atribuciones que hasta entonces tenían las Secretarías de Gobernación, de Educación Pública y del Trabajo. El nuevo departamento representó la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado en la asistencia, un campo que aún mantenía rasgos básicos de la beneficencia, pero que empezaba ya a delinear un proyecto nuevo de atención a la población sin recursos. La importancia de este organismo quedó de manifiesto cuando, poco tiempo después de fundado, fue elevado al rango de Secretaría y se ampliaron sus funciones para cubrir ya no sólo la asistencia social a los niños, sino el espectro completo de la asistencia pública a la totalidad de los habitantes. Surge así la Secretaría de

Asistencia Pública, que se mantuvo separada del Departamento de Salubridad Pública durante varios años, hasta que en 1943 se fusionaron para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia, todavía vigente en la actualidad.¹²

La creación de estas instituciones abrió un nuevo espacio de trabajo para los médicos. Al parecer, esta primera expansión de la acción sanitaria y asistencial del Estado estuvo fundada, sobre todo, en una lógica de legitimación del régimen revolucionario. Se trataba principalmente de llevar, a las grandes masas de la población, servicios básicos de salud, en los cuales el hospital, aunque con una presencia creciente, seguía desempeñando un papel secundario. Por todo ello, una gran parte de los requisitos de capacidad de trabajo médico a que esta expansión dio lugar, fue cubierta mediante la instauración, en octubre de 1936, del servicio médico social. En todo caso, la dilucidación documentada del proyecto político que sustentó a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de los cambios reales que los nuevos servicios produjeron en la salud de la población, de las dimensiones cuantitativas y las modalidades cualitativas del espacio de trabajo médico que se abrió y de las respuestas concretas que ofreció el sistema de educación médica, constituyen todos, puntos que ameritan una investigación más profunda.

2. Seguridad social

Si bien existen antecedentes de la seguridad social en México desde el último tercio del siglo XIX, que han sido revisados, entre otros, por Mesa-Lago,¹³ no es sino hasta después de la Revolución Mexicana cuando empieza a manifestarse una preocupación sostenida que se plasma en el artículo 123 de la Constitución.

En 1921 se formula el primer proyecto de ley del Seguro Social, pero la oposición de los empresarios obliga a descartarla. Entre 1924 y 1928, se crean tres sistemas de pensiones: para empleados federales, mediante la creación de la Dirección de Pensiones Civiles, para militares y para maestros de escuelas federales. En 1928 se promueve una reforma constitucional que obligaba al Gobierno a dictar leyes separadas en materia laboral y en materia de seguridad social. Esta reforma también proponía un programa nacional de seguridad social obligatoria que, además de cubrir incapacidades, muerte, accidentes y enfermedades ocupacionales, incluía el seguro contra el desempleo.

La Ley Federal del Trabajo se aprueba en 1931, durante la Presidencia de Pascual Ortiz Rubio. Sin embargo, esta ley sólo regula la protección contra accidentes y enfermedades ocupacionales, en virtud de que la seguridad social había sido excluida de su contenido.

Finalmente, el general Lázaro Cárdenas formula y expide el proyecto de Ley del Seguro Social, pero

ésta sólo se promulga hasta enero de 1943, bajo la Presidencia del general Manuel Avila Camacho. Debe destacarse que el surgimiento de la seguridad social en México ocurrió en momentos de gran actividad del movimiento obrero. La promulgación de la Ley del Seguro Social, junto con modificaciones en el liderazgo de las principales centrales obreras y la represión abierta, constituyó un método de control, cuyo resultado inmediato fue una marcada disminución en el número de movimientos huelguísticos entre 1945 y 1946. Esta ley funcionó posiblemente como un sustituto de demandas que giraban sobre todo en torno a incrementos salariales, lo cual explica el hecho de que algunos sindicatos radicales se opusieran incluso violentamente, a su implantación.¹⁴

En esta forma, se crea, en el mes de enero de 1943, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que en mayo de ese año ordenó la primera afiliación de trabajadores del Distrito Federal.

D. 1943-1958: Período de crecimiento lento de las instituciones e inicio de la especialización

1. Asistencia pública

Así como el Hospital General de México anticipó, en 1906, la acción asistencial del Estado, así también prefiguró, desde la década de los años veinte, el surgimiento de las especialidades, mediante la creación de pabellones, como los de urología, gastroenterología y cardiología. Sin embargo, hasta 1943 se inicia claramente la tendencia hacia la especialización, como forma dominante de organización para la producción de servicios médicos, al crearse los institutos y hospitales de especialidad. En 1943 se funda el Hospital Infantil de México, en 1944 el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Como se mencionó previamente, es también en 1943 cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la fusión de los dos organismos preexistentes.

Durante esta fase, la atención médica adquiere ya una franca preponderancia sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de servicios de salud. Además, el hospital empiezan a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico cada vez más especializado.

2. Seguridad social

La principal característica de este período es el crecimiento relativamente lento del IMSS. En 1944, esta institución inicia sus servicios médicos en el Distrito Federal y en los dos años siguientes los extiende a las cuatro principales ciudades del país. De hecho, este inicio de los servicios médicos se realizó con gran premura, "sin la posibilidad de que se construyeran las instalaciones requeridas".¹⁵ En esos primeros tres años, se inicia la prestación de

servicios en 24 clínicas sin camas y 18 unidades con camas, lo cual se logró parcialmente al través de subrogación e improvisación de establecimientos. En consecuencia, la demanda de capacidad de trabajo médico por esta institución no presentó un crecimiento similar al de la producción de servicios, puesto que las unidades subrogadas contaban ya con el personal necesario para producirlos. Así en 1946, la institución contaba con 598 médicos equivalentes de tiempo completo (ocho horas diarias), contratados directamente o por subrogación. De los 1 234 médicos contratados, 87 por ciento trabajaba cuatro horas o menos para el Instituto.

En los siguientes años, de 1946 a 1952, el crecimiento de la institución, tanto en el número de establecimientos, como en la producción de servicios, fue comparativamente más lento que en los años anteriores (fig. 1 y cuadro 1). El número de derechohabientes tampoco mostró un incremento considerable, ya que en 1946 cubría a 2 por ciento de la población (631 mil derechohabientes) y a 3 por ciento de la población económicamente activa (247 mil asegurados), y seis años después, sólo había aumentado a 4 por ciento de la población (1 millón 154 mil derechohabientes) y a 5 por ciento de la población económicamente activa (435 mil asegurados).¹⁶

Particularmente en lo que se refiere a establecimientos sin camas, los siguientes siete años se caracterizaron por un crecimiento mayor, ya que de 44 pasaron a ser 221. A su vez, las unidades con camas, que en 1952 eran 28, alcanzaron un total de 114 en 1959. Sin embargo, durante todo este período de crecimiento lento, la producción de servicios, medida al través del número de consultas externas e ingresos hospitalarios anuales, presenta patrones de crecimiento similares (cuadro 1).

Debe señalarse, por otra parte, que en esta primera década de funciones, el Seguro Social en México cubrió sólo a trabajadores urbanos. Hasta 1954 se extendió a pequeños propietarios y ejidatarios, miembros de cooperativas de producción o asociaciones de crédito, pero que en total sumaban tan sólo ocho mil personas en el campo.

Como se mencionó previamente, durante todo este lapso de inicio de labores y crecimiento moderado, los requerimientos de capacidad de trabajo del IMSS fueron cubiertos en buena medida por personal existente en las unidades médicas con las que se subrogaban servicios, lo cual resulta claro si se considera que en 1959, el número de camas en servicio directo alcanzaba sólo 60 por ciento del total de que disponía esta institución. Además, la política seguida durante este período para satisfacer los crecientes requerimientos de personal se basó en un incremento de las horas extra del personal ya contratado. Así, de 1952 a 1958, el total de personal en los servicios médicos se incrementó sólo en 59 por ciento, mientras que algunos de los servicios

Cuadro 1. Servicios de atención médica en el IMSS.
Consultas externas e ingresos hospitalarios.
1944-1977

Año	Consultas externas		Ingresos hospitalarios	
	Núm.	Incremento porcentual	Núm.	Incremento porcentual
1944	1 120 650		4 228	
1945	2 013 635	80	10 595	151
1946	3 054 363	52	18 758	77
1947	4 208 971	38	25 564	36
1948	4 799 792	14	32 293	26
1949	5 460 351	14	38 635	20
1950	5 995 185	10	45 561	18
1951	6 945 433	16	53 343	17
1952	7 490 711	7	55 611	4
1953	7 555 575	2	61 536	11
1954	8 128 756	8	70 829	15
1955	8 793 347	8	77 834	10
1956	9 224 563	5	86 645	11
1957	11 119 422	21	117 671	36
1958	12 196 894	10	133 636	14
1959	14 438 896	18	187 693	40
1960	15 748 755	9	221 333	18
1961	17 559 025	11	248 418	12
1962	19 810 300	13	309 899	25
1963	21 585 531	9	364 732	18
1964	24 287 640	13	430 911	18
1965	27 046 321	11	511 245	19
1966	29 370 616	9	578 802	13
1967	30 586 079	4	635 562	10
1968	32 168 080	5	691 774	9
1969	35 014 099	9	774 827	12
1970	37 428 240	7	837 525	8
1971	40 792 746	9	946 494	13
1972	43 667 806	7	1 033 859	9
1973	44 885 988	3	1 099 886	6
1974	44 293 447	1	1 137 305	3
1975	45 926 609	4	1 194 984	5
1976	48 859 681	6	1 253 516	5
1977	51 602 403	6	1 348 904	8

FUENTE: IMSS: Memoria Estadística. 1978.

otorgados, como partos atendidos e ingresos hospitalarios, se incrementaron en 95 y 140 por ciento, respectivamente.

Aunque en menor grado, la incorporación de personal al través de la creación del internado de pos-

grado, también se convirtió en una forma de cubrir los nuevos requerimientos; así, hacia 1958, trabajaban en ella 47 internos de posgrado. En un artículo sobre la historia de la educación médica de posgrado en Estados Unidos de Norteamérica, Stevens ha mostrado el papel que tuvo el internado en ese país para cubrir las necesidades de fuerza de trabajo durante la expansión hospitalaria que tuvo lugar en esa nación a partir de 1920, cuando el número de plazas para internado llegó a duplicar el de internos de posgrado.¹⁷ Es posible suponer que el internado de posgrado en México haya jugado, en sus inicios, un papel similar. En este contexto resulta significativo que precisamente en 1942, al iniciarse el crecimiento hospitalario en México, se haya instaurado el primer programa de internado de posgrado en el Hospital General de México.¹⁸ Por lo que respecta al Seguro Social, este tipo de programa se inició en 1954, con cuatro internos de posgrado, hasta llegar a sumar 47 en 1958.¹⁹

E. 1958-1967: Período de expansión rápida y consolidación de la especialización

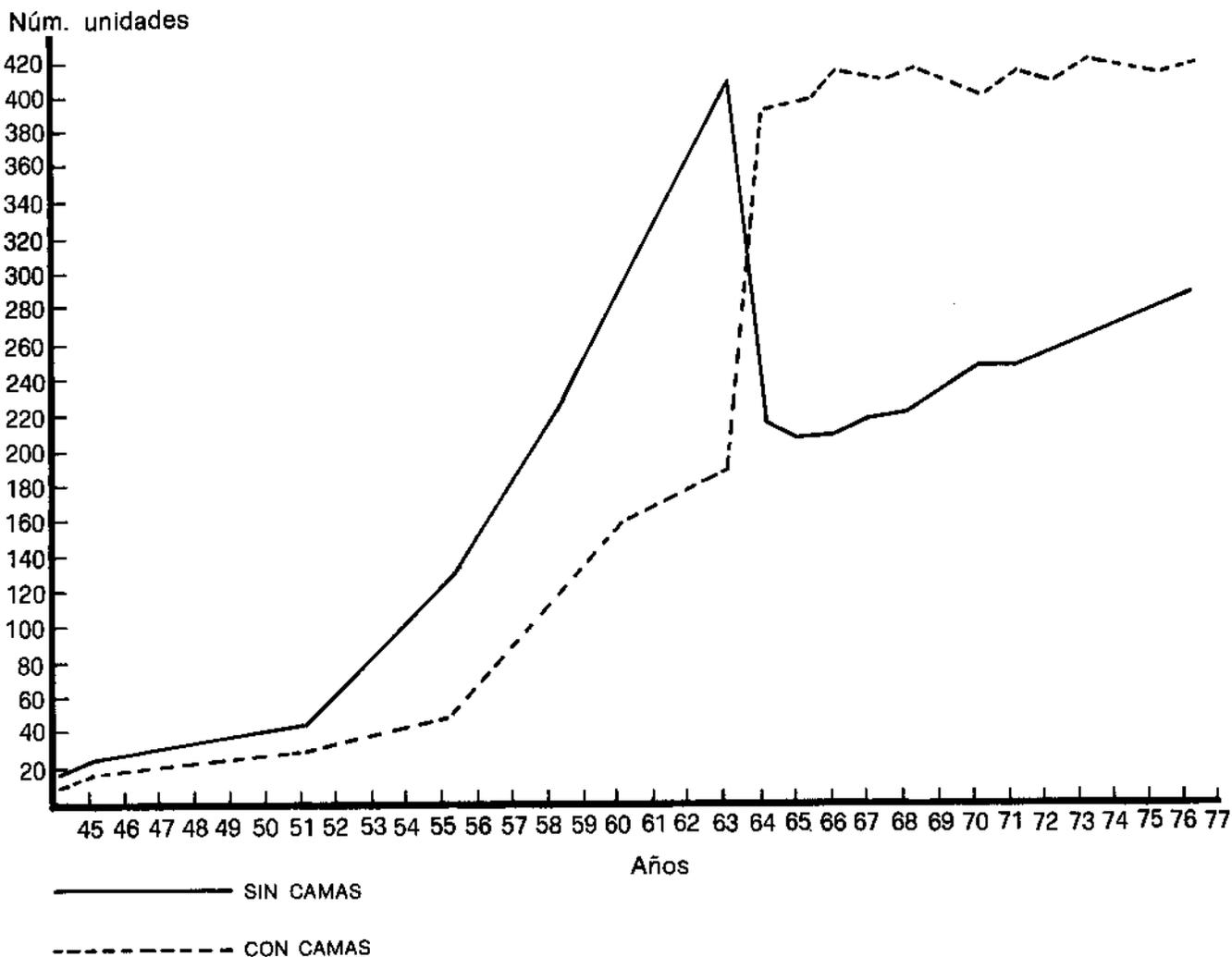
1958 es un año de crisis, de inestabilidad política y por lo tanto, de cambio en la historia de México. El producto nacional bruto se mantuvo estacionario entre 1958 y 1959. En 1958 hubo 740 huelgas, incluyendo las de ferrocarrileros, telegrafistas y maestros.²⁰ Como respuesta a estos conflictos, se produjo un cambio en la política laboral del Estado, que consistió sobre todo en la extensión de prestaciones.

El crecimiento de la capacidad instalada de recursos de la seguridad social en 1958 es también una respuesta del Estado a necesidades de la estructura económica, tales como el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo.

Este momento constituye el inicio de la consolidación de la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de servicios de atención médica. La preeminencia de la seguridad social sobre la asistencia pública se observa no sólo en las grandes diferencias de recursos, sino también en hechos como la transferencia, en 1961, del entonces recién construido Centro Médico Nacional, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia al IMSS.

Durante este lapso, por su parte, la asistencia pública presenta incrementos considerables en su número de establecimientos, fundamentalmente en aquellos ubicados en localidades rurales y semiurbanas.

En suma, la principal característica de este período es la notable ampliación de la participación del Estado en la producción de servicios médicos, lo cual transforma, como nunca antes, la composición del M.T.M. Esta transformación ocurre, como señala Donnangelo, en dos dimensiones:



FUENTES: IMSS: Memorias y Planes de Labores de 1945 a 1968.
 IMSS: Memoria Estadística 1978.

Fig. 1. Unidades médicas con camas y clínicas sin camas. IMSS. 1945-1977.

1. Cuantitativa, por ampliación de los espacios de trabajo;
2. Cualitativa, por diferenciación de los modos de producción estatal y privada.²¹

A continuación, se analizan estas dos dimensiones, tanto en el lado de la demanda de capacidad de trabajo, con énfasis en la seguridad social, como en el de la oferta de capacidad de trabajo, producida por el sistema de educación médica.

En el período que va de 1959 a 1964, las unidades médicas del IMSS, con camas y sin camas, mostraron incrementos aproximados de 63 y 83 por ciento respectivamente. En 1961 se inauguran tres hospitales del Centro Médico Nacional y en 1963, otros cuatro. En el año siguiente se inaugura el Centro Médico "La Raza", con tres hospitales.

Durante 1965, el número total de establecimientos se incrementó en siete unidades; sin embargo, se introdujo una modificación importante en el equipamiento de las unidades, ya que se habilitó con camas a una proporción considerable de ellas que no contaban con este tipo de recurso (cuadro 2 y fig. 1). Resulta interesante observar cómo en ese año, los hospitales llegaron a constituir poco más de 50 por ciento del total de establecimientos con camas de la institución.

El número de camas es otro indicador del aumento de la capacidad de producción de servicios médicos del IMSS, ya que se duplica entre 1959 y 1965. De manera concomitante, la producción de servicios de atención médica tuvo incrementos de magnitud

Cuadro 2. Número de camas. IMSS: 1959-1974.
ISSSTE: 1961-1975.

Año	Institución	
	IMSS*	ISSSTE
1959	5 884 ¹	—
1960	7 109 ²	—
1961	9 534 ²	267
1962	10 198 ²	267
1963	11 636	306
1964	11 609	306
1965	14 279	704
1966	15 724	1 508
1967	16 027	1 617
1968	16 783	1 698
1969	18 190	1 940
1970	19 602	2 066
1971	20 208	2 740
1972	22 427	2 844
1973	23 507	2 935
1974	24 747	3 653
1975	26 522 ³	4 060
1976	28 307 ³	4 178 ³

* Se excluyen las cunas, incubadoras y camas que se encuentran en los consultorios, laboratorios clínicos, gabinetes radiológicos, etc.

FUENTES:

¹ IMSS: Memoria de labores, 1959.

² IMSS: Memoria de labores, 1963.

³ SPP: Manual de estadísticas básicas sociodemográficas. III. Sector salud y seguridad social, 1978.

Los datos restantes de: Del Río, A.: Seguridad social. En: Temas mexicanos, México.

Departamento Editorial, Secretaría de la Presidencia, 1975.

considerable, como lo indican los totales anuales de consultas externas e ingresos hospitalarios ofrecidos por la institución (cuadro 1).

En términos de cobertura, para el año de 1964, el IMSS tenía ya como derechohabientes a 17 por ciento de la población total del país y a 18 por ciento de la población económicamente activa.

Como mecanismo de sustento de su proyecto de extensión y de expansión, se llevaron al cabo importantes modificaciones en 26 artículos de la Ley del Seguro Social en el año de 1959, por las cuales podrían ser incorporadas, como asegurados, grupos de población como ejidatarios, pequeños agricultores y otros trabajadores del campo. Así, el IMSS pasó, de cubrir en 1958 a 27 886 personas del sector agrícola, a 272 671 en 1964.

Aun cuando en términos relativos, la expansión de la capacidad instalada del IMSS, y por lo tanto, en sus requerimientos de capacidad de trabajo, no

presentan diferencias notables entre este período y el inmediato anterior, los incrementos absolutos reflejan con mayor fidelidad el fenómeno de expansión "explosiva" de la demanda global de trabajo médico generada por esta institución, que caracteriza al período aquí considerado.

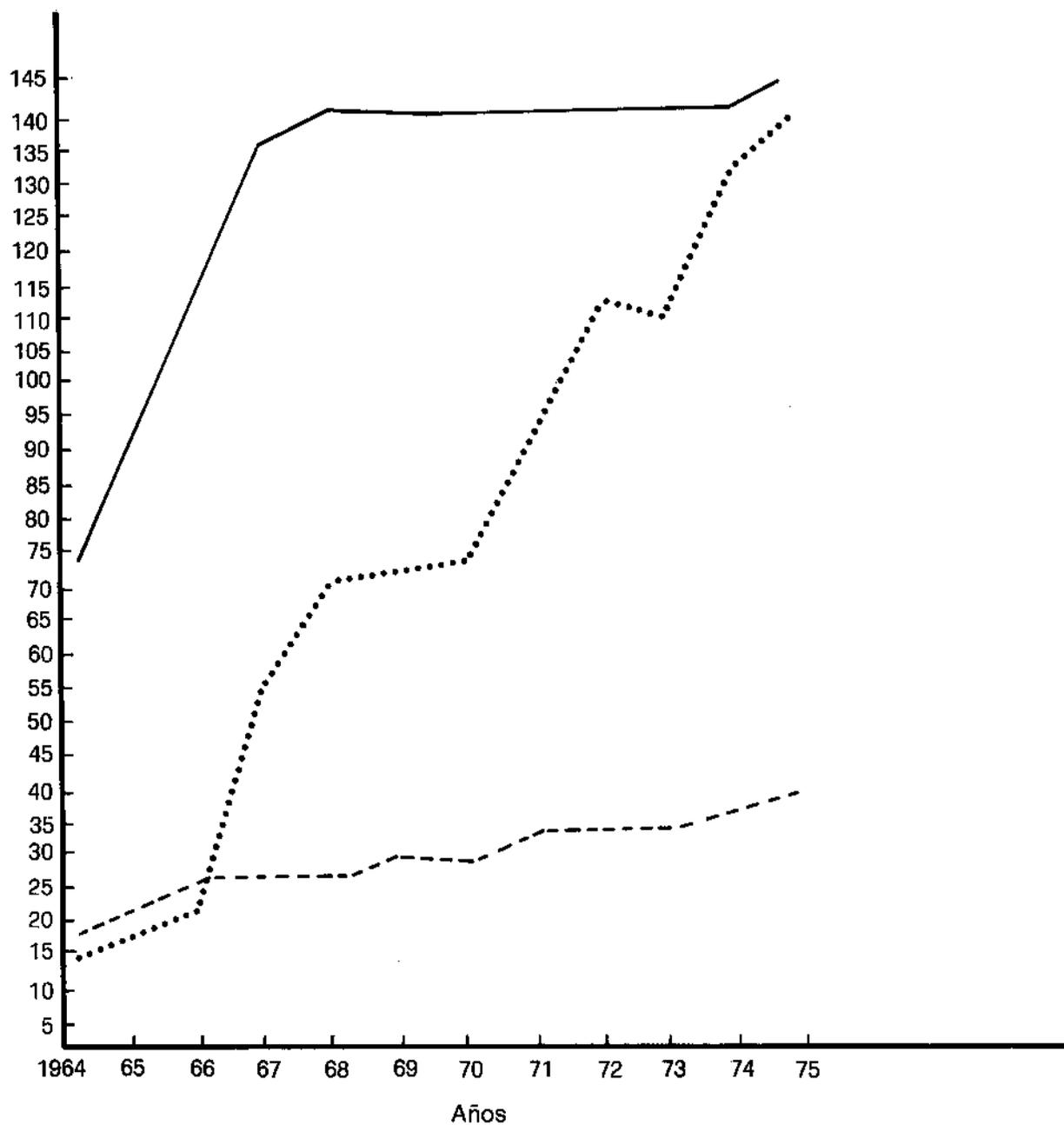
Así, en tanto que de 1952 a 1959 se observó un aumento de 86 establecimientos con camas, de 1959 a 1965 este fue de 274. De mayor importancia aún que el propio incremento en el número de camas de que disponía la institución para la producción de servicios, son las modificaciones que se dan en la proporción que de ellas se subrogaban, 40 por ciento al iniciarse el período y 20 por ciento al finalizar éste. En números absolutos esto significa que el IMSS contaba con 3 518 camas directas en 1959 y que en 1963 estas alcanzaban un total de 9 363.

El 1° de enero de 1960 se publica la ley que transforma la antigua Dirección de Pensiones Civiles en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La expansión de esta institución durante la década de los sesenta adquiere dimensiones impresionantes, Aun cuando la Dirección contaba con algunas clínicas al crearse el Instituto, la capacidad instalada creció considerablemente, pues en 1964 el ISSSTE contaba ya con 33 hospitales y un total de 68 clínicas (fig. 2). De 1966 a 1969 se dio un incremento rápido (poco más de 200 por ciento) en el número de hospitales subrogados (fig. 2).

El número de camas de la institución experimentó sus aumentos más notables de 1964 a 1966, período en el que se quintuplicó su total en servicio (cuadro 2).

De manera paralela, la producción de servicios presentó patrones de crecimiento acelerado en los primeros años del ISSSTE, como lo refleja el hecho de que seis años después de su creación, o sea en el año de 1966, se registraron casi 52 mil egresos hospitalarios. En años posteriores, el crecimiento fue menos acelerado (cuadro 3).

Es evidente que por las características de desarrollo del ISSSTE, su efecto sobre la expansión cuantitativa de la demanda de trabajo médico a nivel nacional no fue tan importante como el del IMSS, debido fundamentalmente a su dependencia de la subrogación de servicios. Sin embargo, podría suponerse que cuando se incorpora a grupos de población, con diferente capacidad de adquisición de servicios de atención, a programas cuyas formas de financiamiento reducen sensiblemente el precio directo que el consumidor paga por los servicios, dichos grupos incrementan su utilización de éstos, independientemente de su capacidad de adquisición previa.²² En consecuencia, puede afirmarse que de manera concurrente, se generó un incremento en los requerimientos de personal, incluso en las instituciones con las que se subrogaban los servicios.



— CLINICAS
 - - - HOSPITALES PROPIOS
 HOSPITALES SUBROGADOS

* En 1964 existían en total 33 hospitales, no clasificados en la información disponible.

FUENTES: ISSSTE: Anuarios Estadísticos de 1965 a 1974.

Fig. 2. Hospitales propios, subrogados y clínicas. ISSSTE. 1964-1975.

Cuadro 3. Servicios de atención médica en el ISSSTE.
Consultas externas y egresos hospitalarios.
1966-1974

Año	Consultas externas		Egresos hospitalarios	
	Núm.	Incremento porcentual	Núm.	Incremento porcentual
1966	4 634 816		51 975	
1967	5 593 529	21	58 186	12
1968	5 977 420	7	59 512	2
1969	6 133 196	3	63 403	7
1970	6 870 304	12	71 964	13
1971	7 528 838	10	85 370	19
1972	8 263 034	10	99 822	17
1973	8 586 230	4	108 128	8
1974	9 117 072	6	121 365	12

FUENTE: ISSSTE: Anuarios estadísticos de 1965 a 1974.

La asistencia pública, al través de sus dos principales instituciones en el país, la Secretaría de Salud y Asistencia y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, desarrolló de manera considerable su capacidad instalada para la producción de servicios. El tipo de unidades que se establecieron y su ubicación responden a las características particulares de los servicios que prestan estas instituciones (contacto primario y urgencias) y la población a que se dirigen dichos servicios.

Así, la SSA incrementa sus hospitales de 238 en 1959 a 731 en 1964 y el número de camas en estos establecimientos pasa de 15 454 a 23 478 en ese mismo período. Estos datos sugieren que las nuevas unidades contaban con un número reducido de camas.²³

Al iniciarse este período, se crea el sistema de asistencia médica escalonada, basado en la clasificación de unidades en Centros de Salud "A", Centros de Salud "B" con o sin hospitalización y Centros de Salud "C". De los primeros existían 35 en 1959 y hacia 1964, su número se había elevado a cien; en esos mismos años, los Centros de Salud "B" pasaron de 55 a 372.²⁴ Es importante señalar que quizá aquellos centros con servicios de hospitalización, se incluyeron en el número total de hospitales mencionados previamente; sin embargo, los datos disponibles no permiten esclarecer este punto.

La Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal tuvo, a su vez, una expansión considerable en lo que se refiere a establecimientos para la prestación de servicios. En 1958, se inicia la creación de una red de hospitales de urgencias pediátricas que, seis años después, queda constituida por 12 unidades distribuidas en el área metropolitana del D.F. En ese mismo año, se

concluye el establecimiento de cuatro hospitales de urgencias generales, tres de los cuales se inauguraron entre 1962 y 1964.²⁵

Aunque era de esperarse que la política educativa tendiera a incrementar el número de estudiantes de las escuelas de medicina, para responder a mediano plazo a la expansión hospitalaria con un aumento proporcional en la oferta de capacidad de trabajo médico, la matrícula de la principal de aquellas, la Facultad de Medicina de la UNAM se mantuvo casi constante de 1958 a 1967 (fig. 4). En 1961-1962, 61 por ciento los médicos graduados en ese año en el país, procedía de esa facultad y estaban inscritos en ella 56 por ciento del total de los estudiantes de medicina del país.²⁶ Durante este período sólo se crearon dos nuevas escuelas de medicina, lo cual constituye una de las cifras más bajas de 1950 a la fecha. Asimismo, el número de egresados de medicina en la República apenas pasó de 1 127 en 1961 a 2 560 en 1971.

Ante esta situación, las instituciones de salud recurrieron a la utilización de recursos humanos disponibles casi de inmediato, que pudieran funcionar como un elemento sustitutivo de la capacidad de trabajo médico demandada. Es por esto que aun cuando el internado rotatorio de pregrado había sido aprobado como parte del plan de estudios de la principal facultad de medicina en 1959, su establecimiento definitivo se realiza hasta 1962, en pleno auge de la expansión hospitalaria. También en ese año, el IMSS extendió la remuneración de sus pasantes en servicio social a un año. Hasta entonces, sólo se les había remunerado durante los seis meses de duración que como mínimo debían realizar.²⁷

Una política así resultaba congruente con una política más general, que Pozas Horcasitas señala como una de las causas del conflicto médico de 1964-1965: mantener los gastos de operación de las instituciones en crecimiento, entre los que se contaban los sueldos de los médicos y las becas de internos y residentes, en el nivel más bajo posible, para destinar, en cambio, sumas elevadas a la construcción de obras.²⁸

La creciente intervención del Estado en la prestación de servicios médicos, con su característica tendencia a la consolidación de la medicina hospitalaria y de especialidad, necesariamente produjo dentro de este período cambios cualitativos de importancia en el mercado de trabajo médico.

Es de suponer que la gran expansión de la capacidad de prestación de servicios médicos de las instituciones del Estado, puso a una buena parte de los médicos frente a una disyuntiva: el ejercicio liberal de la medicina o el asalariamiento. Esto fue particularmente patente en el caso de los médicos que contaban con una clientela que de pronto fue absorbida en proporción considerable por la seguridad social. En estas circunstancias, la venta de su fuerza de trabajo les ofreció la posibilidad de contar con un ingreso fijo y por lo tanto, con cierta seguridad en el trabajo, a cambio de la pérdida del control individual sobre los medios de producción de servicios en un sentido amplio: los instrumentos de trabajo, la clientela y la remuneración por sus servicios. Para el médico recién egresado de estudios de especialidad, el hospital ofrece también la ventaja de contar con los recursos tecnológicos, cada vez más complejos y costosos, necesarios para desarrollar sus actividades. Probablemente, los médicos cuya clientela contaba con ingresos suficientes para seguir adquiriendo directamente sus servicios como profesionistas independientes, establecieron una relación laboral con las instituciones estatales, más por factores académicos y de prestigio, que por motivos de índole económica.

Muchos médicos combinaron el ejercicio liberal de la medicina con el trabajo asalariado en las instituciones de salud, y al hacerlo, tuvieron que ejercer su profesión, por lo menos parcialmente, bajo las condiciones impuestas por el propietario de los medios de producción. Las características de la práctica hospitalaria institucional le imponen una parcelación en el control de su trabajo, subordinada a la estructura de relaciones entre la institución y los pacientes. Esto se refleja, por ejemplo, en una normalización cada vez más acentuada, de los criterios médicos específicos para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos observados más frecuentemente en cada centro hospitalario.

Se puede suponer que las relaciones sociales entre los médicos y el resto del personal también se modifican, ya que, al eliminarse las diferencias por el asalariamiento, que en la práctica liberal correspon-

dían a una relación patronal del médico con respecto a ese personal, la jerarquización se estructura entonces fundamentalmente sobre las diferencias en la capacitación técnica y control de los instrumentos de trabajo de los participantes en la producción de los servicios.

Lo cierto es que la creciente participación del Estado en la producción de servicios médicos, no sólo amplió cuantitativamente la demanda, sino que además creó una demanda por un nuevo tipo de médico: un médico cada vez más orientado a la práctica hospitalaria y de especialidades y cada vez más asimilado al trabajo asalariado. Esta transformación en el tipo de médico demandado por las instituciones de salud se reflejó en el tipo de médico que empezaron a producir las instituciones educativas. Así, en octubre de 1959 el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la UNAM aprobó un nuevo plan de estudios, que incorporó la experiencia esencialmente hospitalaria de los llamados "grupos piloto", iniciada en 1955. El nuevo plan, aprobado en definitiva por el Consejo Universitario en 1960, asumió plenamente el estudio especializado de cada órgano o sistema, además de incorporar al internado rotatorio de pregrado, concebido como un adiestramiento en el trabajo hospitalario. Con ello, no sólo se estaba cubriendo, de inmediato, una parte importante de la capacidad de trabajo que la expansión hospitalaria exigía, sino además se estaba preparando, a futuro, el tipo de médico que dichas instituciones requerían.

Así pues, resulta necesario señalar que el incremento en la producción de servicios no se realizó exclusivamente al través de personal médico graduado, ya que se utilizó, además de los internos rotatorios de pregrado, a estudiantes de especialidad (residentes) y a pasantes en servicio social. Las características particulares de estos grupos, facilitaron su empleo inmediato en los nuevos establecimientos, ya que, a diferencia de lo que ocurre con los médicos graduados, no establecen relaciones laborales formales con las instituciones. Esto implica para éstas una considerable reducción en los costos y mayor flexibilidad en cuanto a la ubicación de ese personal y la definición de sus condiciones de trabajo.

F. 1967-1979: Período de crisis

En este período, el crecimiento de las instituciones estatales de atención médica se transforma de manera considerable, ya que se introducen modificaciones importantes en las formas y ámbitos de desarrollo de sus programas de atención médica. La seguridad social disminuye su acelerada expansión del período anterior, en particular en lo que se refiere a la construcción de nuevas unidades hospitalarias. El sistema de educación médica, por el contrario, presenta patrones de crecimiento muy

superiores a los observados en periodos previos, en la matrícula y en los ingresos.

La relación que se establece entre estos dos fenómenos se ha reflejado en el desbalance entre la demanda y la oferta de capacidad de trabajo médico que prevalece actualmente.

En el IMSS, el número de unidades médicas con camas se ha mantenido casi constante; sólo las clínicas sin camas tuvieron pequeños incrementos (fig. 1). El número de camas, tuvo una tasa anual de crecimiento de 4 por ciento en el periodo comprendido entre 1967 y 1976, mientras que de 1959 a 1967, dicha tasa fue de 12 por ciento. La producción de servicios de esta institución también disminuyó su tasa anual de crecimiento, ya que en el periodo 1959-1967 fue de 9 por ciento para consultas externas y de 15 por ciento para ingresos hospitalarios, mientras que de 1967 a 1976, las tasas fueron de 5 y 7 por ciento respectivamente.

En el ISSSTE, por otra parte, el número de derechohabientes se elevó considerablemente, durante el régimen de Luis Echeverría (1970-1976) ya que, en función del aumento de empleados federales observado durante ese lapso, pasó de 1 298 000 en 1970 a 3 113 000 en 1975. A pesar de ello, el número de clínicas sólo se incrementó en seis unidades durante ese periodo y aunque los hospitales tuvieron un mayor crecimiento, este se dio fundamentalmente con base en la subrogación. Así, durante esos cinco años, sólo se añadieron nueve hospitales propios al ISSSTE, mientras que los subrogados pasaron de 102 a 178.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia presentó un incremento muy pequeño en su número de camas, ya que a las 22 627 existentes en 1967, sólo se habían agregado 1 039 en 1976.²⁰

La inversión pública federal per cápita en hospitales y centros asistenciales, alcanzó valores mínimos en 1967 y 1968, para llegar a un máximo en 1973 y descender en los siguientes años a niveles similares a los observados al iniciarse este periodo (fig. 3). La contracción en este rubro particular del gasto público federal, condujo al estancamiento del desarrollo de la red de establecimientos hospitalarios y asistenciales en relación al crecimiento demográfico y refleja las repercusiones de la crisis fiscal del Estado en el gasto del subsector salud.

Paralelamente a este estancamiento del sistema de atención médica, "...las escuelas de medicina de México experimentaron un aumento de más de 20 000 alumnos en cuatro años (1967-1971)..."³⁰ Este aumento resultó "...sobre todo de ampliar la matrícula en la mayoría de las escuelas existentes y muy particularmente, la Facultad de Medicina de la UNAM..."³¹ (fig. 4). En los siguientes años, el crecimiento de la población escolar de medicina del país continuó, sólo que ya no a partir de ampliación de la admisión a las escuelas existentes, sino fundamentalmente por la proliferación de un gran número

de nuevas escuelas. Así, mientras que en 1971 el total de escuelas de medicina en el país era de 25, en 1975 y 1977 ascendió a 43 y 59 respectivamente.³²

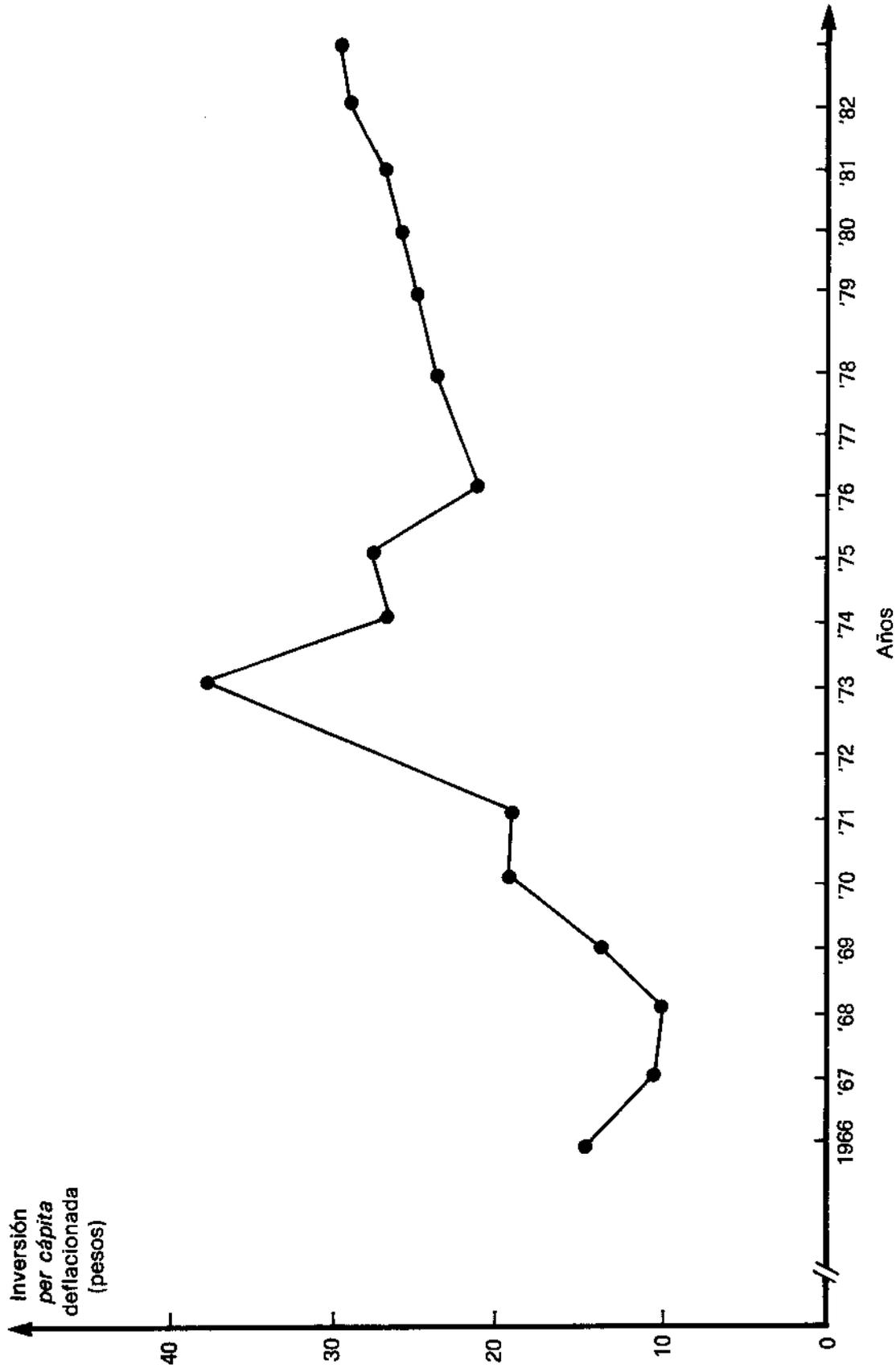
Los siguientes datos demuestran el rápido crecimiento de la población escolar de medicina en México:

Año	Población escolar total de medicina en el país
1967 ³⁰	20 127
1971-72 ³⁰	41 675
1977 ³²	80 396

La interacción de estos dos procesos: por una parte, la contracción en el crecimiento de la demanda de c. t. m. y, por la otra, la expansión simultánea, tanto de la oferta de médicos graduados como de la disponibilidad de estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina, ha generado un marcado desequilibrio en el M.T.M., cuyas principales repercusiones se mencionan a continuación:

1. En primer término, se ha consolidado, dentro del grupo de médicos con empleo, la tendencia a convertirse en asalariados, especialmente de instituciones del sector público. Según una fuente, 79 por ciento de los médicos trabajaban así en 1974, mientras que sólo 66 por ciento lo hacía en 1970.³³ Persiste también, en este fragmento del M.T.M., la tendencia a la especialización: 30 por ciento de los médicos ostentan título de especialistas o están contratados como tales.³⁴ Al lado de estas dos tendencias, compartidas por el periodo anterior, han surgido nuevos patrones de desarrollo que caracterizan al M.T.M. en la fase actual.

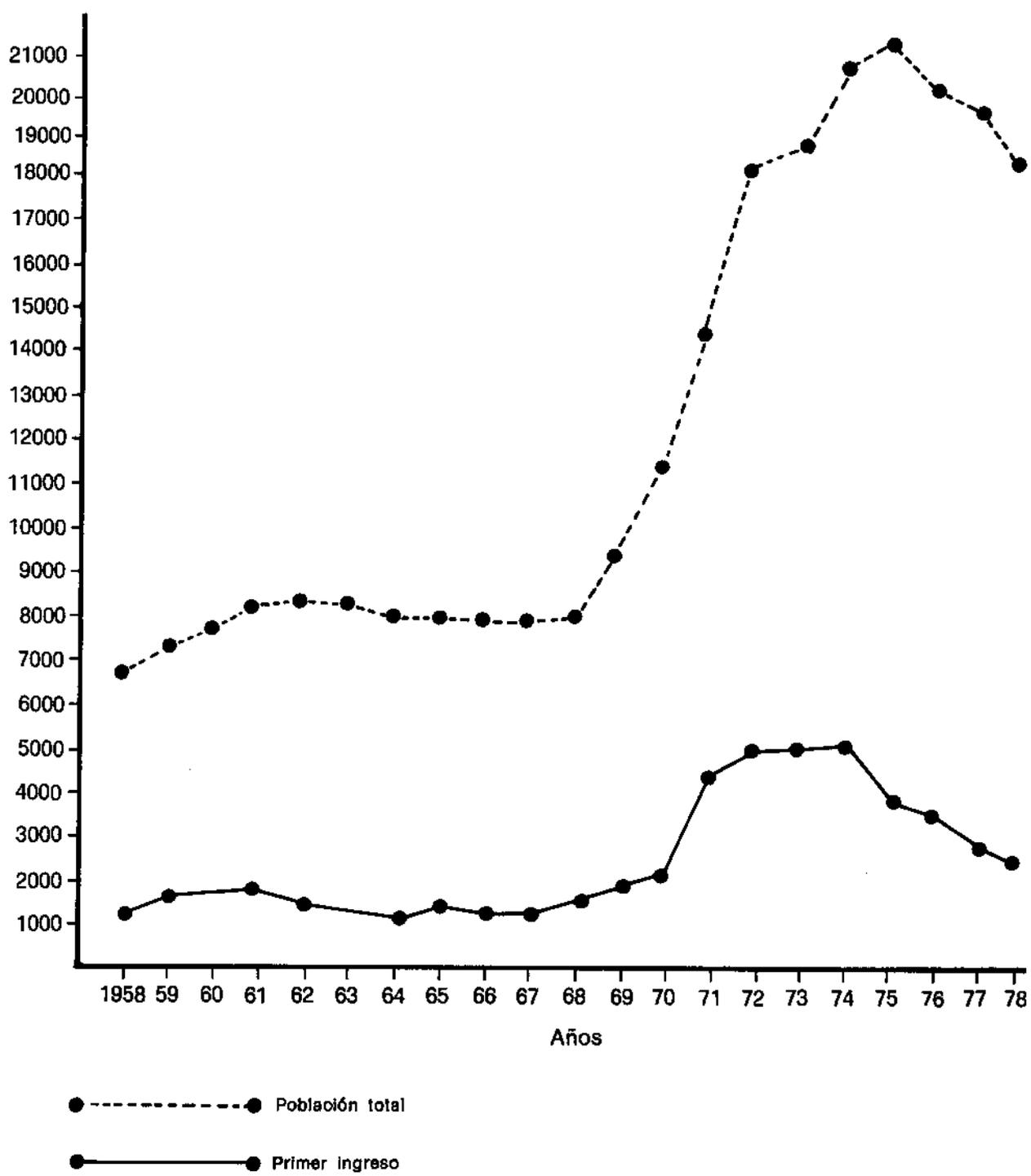
2. La composición relativa del personal médico en las instituciones del sector público ha sufrido un cambio. En contraste con el periodo anterior, estas instituciones se han visto en la necesidad de absorber un número creciente de internos y pasantes en servicio social, superior a sus requerimientos, como respuesta a una presión transmitida por el sistema de educación médica y, en los últimos años, por organizaciones estudiantiles constituidas para tal fin. En estas condiciones, las instituciones asistenciales han desplazado las instancias de formación de recursos humanos a los niveles de la educación de posgrado, dándole las características de una capacitación en el trabajo que queda, en su mayor parte, bajo el control cuantitativo y cualitativo de la propia institución. A este respecto no existe una situación uniforme en el sistema estatal de atención médica, sino más bien un gradiente, donde las instituciones de seguridad social han contado con las mejores



FUENTE: Banco de México, S.A. y Secretaría de Programación y Presupuesto, julio de 1977.

Tomado de: Diagnóstico y Pronóstico del Subsector Salud. (Fotocopia). Secretaría de Programación y Presupuesto, México D.F. 1977.

Fig. 3. Inversión pública federal per cápita en hospitales y centros asistenciales. (Base 1960). México 1966-1976 y proyección a 1982.



FUENTE: Oficina de Planeación y Programación, Facultad de Medicina UNAM..

Fig. 4. Primer ingreso y población total de la Facultad de Medicina, UNAM. 1958-1978.

Cuadro 4. Personal médico IMSS.
1959-1977

Personal médico					
Año	Total	Generales	Especialistas	Becarios	Otros
1959	4 155	—	—	—	
1960	4 725	—	—	—	
1961	5 335	3 091	1 763	158	
1962	5 775	3 083	2 107	221	
1963	6 548	3 120	2 831	212	
1964	6 700	3 447	1 893	928	
1965	7 899	3 134	2 072	760	1 498
1966	8 657	3 238	2 414	1 250	1 755
1967	9 387	3 308	2 571	1 654	1 854
1968	10 213	3 402	2 564	2 299	1 948
1969	10 968	3 496	2 665	2 896	1 911
1970	11 740	3 656	2 924	3 049	2 111
1971	13 168	3 981	3 088	3 580	2 519
1972	13 937	3 827	3 193	4 138	2 779
1973	14 902	4 074	3 442	4 284	3 102
1974	17 433	4 232	3 559	6 656	2 986
1975	20 287	4 768	5 104	8 127	2 288
1976	21 400	5 257	5 390	8 024	2 729
1977	20 712	5 415	5 702	6 618	2 977

FUENTE: IMSS: Memorias de labores de 1959 a 1977.

- ¹ Para 1959 y 1969 no se obtuvo la distribución del personal en las diferentes categorías. De 1961 a 1963, Becarios incluye sólo pasantes en servicio social (PSS). En esos años, Especialistas incluye 123, 113 y 221 residentes rotatorios (RR) y 139, 211 y 515 residentes de especialidad (RE) respectivamente. El total no incluye 1962 a 1965, a 71, 175, 247 y 317 internos rotatorios de pregrado (IRP) que hubo en esos años respectivamente. En 1964 y 1965, Becarios incluye sólo PSS y RR; RE está incluido en especialistas. De 1966 a 1968, Becarios incluye RR y RE; de 1969 en adelante incluye además PSS. Los datos sobre las diferentes categorías de becarios fueron proporcionados por la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del IMSS; no se intentó incorporarlos al cuadro, para reproducir fielmente los datos proporcionados en las fuentes originales.

condiciones para ejercer un control sobre el ingreso, el destino intrainstitucional e incluso la utilización terminal de los recursos humanos en formación de posgrado. Así, en 1968, el número global de becarios del IMSS representaba 23 por ciento del total de personal médico de la institución, mientras que en 1975 se elevaba a 40 por ciento (cuadro 4). Sin embargo, en tanto que el número de internos rotatorios de pregrado aumentó en ese mismo período de 568 a 2 692, el de internos de posgrado (llamados residentes rotatorios a partir de 1976) pasó de 549 a 772, incluyendo a aproximadamente 280 residentes de primer año de medicina familiar.³⁵ En el ISSSTE, por su parte, los becarios pasaron de representar, en 1973, 15 por ciento del total del personal médico, a constituir 28 por ciento en 1978 con un incremento de más de 200 por ciento en su número total entre esos años (cuadro 5).

En otras instituciones, la modificación en la composición relativa del personal médico puede ilustrarse con el siguiente indicador: en la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal había, en 1971, 194 médicos por cada 10 internos, mientras que en 1976 dicha relación era de 37 a 10;³⁶ en la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la relación pasó en esos mismos años, de 451 a 8 médicos de base por cada 10 internos.³⁷

Los cambios en la estructura del personal médico, con una participación progresivamente mayor de los becarios, se modificó en el IMSS de 1976 a 1977, cuando se agudizó la crisis económica que afectaba al país. En ese lapso se registró una disminución en el número total de personal médico. Sin embargo, esta reducción ocurrió únicamente entre

Cuadro 5. Personal médico.¹ ISSSTE.
1966-1978.

Año	Médicos de base	Residentes	Internos
1966	2 554		
1967	2 854		
1968	3 147		
1969	3 352		
1970	3 275		
1971	3 538	338	
1972	3 881	487	
1973	4 492	734	106
1974	4 824	757	159
1975	4 998	1 002	252
1976	4 834	1 235	248
1977*	4 757	1 300	289
1978*	4 746	1 553	312

FUENTES: ISSSTE: Anuarios Estadísticos, de 1965 a 1976.

¹ Los espacios en blanco corresponden a categorías de personal en años para los cuales no pudo obtenerse la información necesaria.

* Datos del Departamento de Estadística y Actuaría del ISSSTE.

los becarios en servicio social, pues los internos de pregrado aumentaron de 3 200 a 3 427 y los residentes rotatorios y de especialidad, de 538 a 578 y de 2 761 a 2 946 respectivamente.⁸⁸ La selectividad en el recorte exclusivo de pasantes, obedece a la menor importancia productiva y política de algunos de los grupos sociales a quienes, ellos atienden, así como a mayor laxitud en los requisitos para el cumplimiento del servicio social. Así, en el programa de solidaridad social de esta institución, el número total de becarios, en su mayoría pasantes, se redujo de 375 en 1976 a 44 en 1977.⁸⁹

3. Los egresados de la carrera de medicina se enfrentan a una mayor competencia para continuar su formación con estudios de posgrado. Así, en 1978 se presentaron 8 522 aspirantes de admisión a residencia, mientras que se estimaba que todo el sector tenía capacidad para incorporar, en ese año, 2 500 médicos, de los cuales, aproximadamente 2 000 ocuparían plazas de residencia.⁴⁰ La posibilidad de lograr una de estas plazas ha adquirido una gran importancia, pues permite al médico egresado su incorporación inmediata y remunerada, aunque temporal, al M.T.M., así como la oportunidad de aumentar su capacitación técnica, a fin de satisfacer los requisitos que las instituciones de atención médica han establecido para la contratación de personal especializado. De manera concomitante, este proceso agrega valor a su capacidad de trabajo.

4. Ante la dificultad de seguir el camino de la especialización, el médico egresado se enfrenta a la alternativa de intentar practicar la medicina general. Esto, a su vez, le plantea dos opciones. La primera consiste en vender su capacidad de trabajo como médico general a una institución, lo cual resulta muy difícil en la actualidad, por la saturación misma del mercado y la orientación del sistema asistencial hacia la especialización. La segunda opción estriba en ofrecer sus servicios como practicante liberal; sin embargo, aun cuando no existe información precisa al respecto, puede afirmarse que, ante la creciente concentración de la riqueza en un grupo reducido y el continuo deterioro del ingreso real del resto de la población,⁴¹ no se ha producido una expansión suficientemente grande de la demanda de servicios médicos privados que absorba el excedente de médicos relativo al requerido por el sistema estatal de atención médica.

Entre estas tres alternativas, la preferida por los estudiantes al terminar el internado rotatorio de pregrado es la de ingresar a una residencia. Esta situación se pone de manifiesto en una investigación sobre el internado de pregrado en México, actualmente en curso, donde se ha encontrado que, de una muestra de estudiantes de seis escuelas encuestados al finalizar esa etapa del plan de estudios, 90 por ciento eligieron la opción mencionada.⁴²

Las alternativas de empleo analizadas han existido en sus formas básicas desde la constitución del actual sistema asistencial. La diferencia en este momento, radica en el hecho de que todas se han tornado conflictivas para el médico egresado.

5. Como resultado de los puntos anteriores, han adquirido un papel central, dentro de la escena del M.T.M., los siguientes fenómenos:

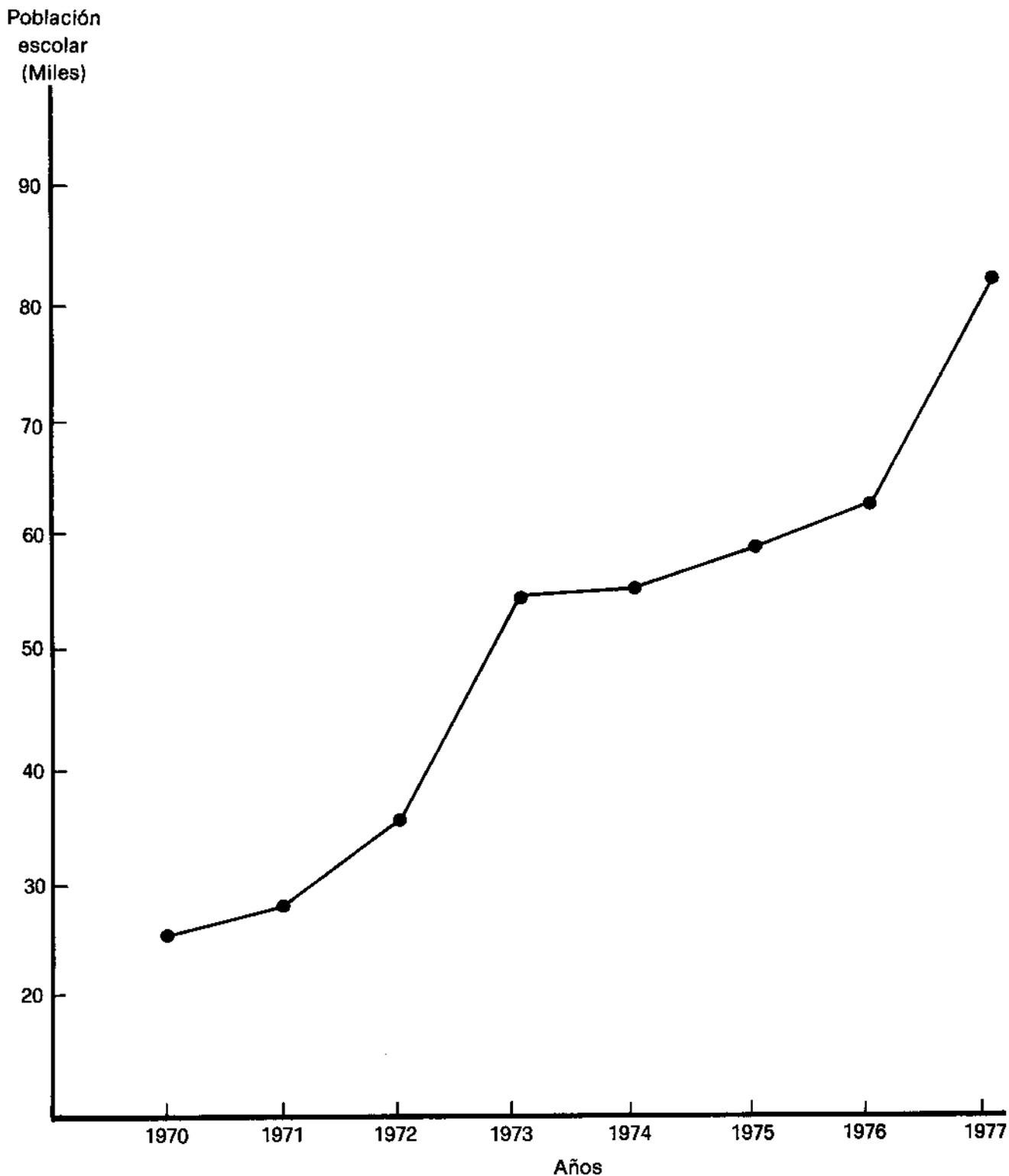
a. Formas de subempleo, en condiciones de explotación, con jornadas laborales irregulares, ausencia de contratos de trabajo, inseguridad en el empleo, condiciones de trabajo que no propician el desarrollo profesional e incluso dedicación a actividades médicas clandestinas o ilegales. Esta situación contradice, en la práctica, la supuesta identidad gremial de los médicos, al convertir a unos en empleadores de otros bajo circunstancias de explotación agravadas por el exceso de oferta de c.t.m.

b. Dedicación a labores técnicas, de enfermería o de promoción y venta de productos farmacéuticos y equipo médico, acentuada por la escasez relativa de este tipo de personal.

c. Ingreso de médicos a otros mercados laborales distintos del de la salud.

d. Desempleo abierto.

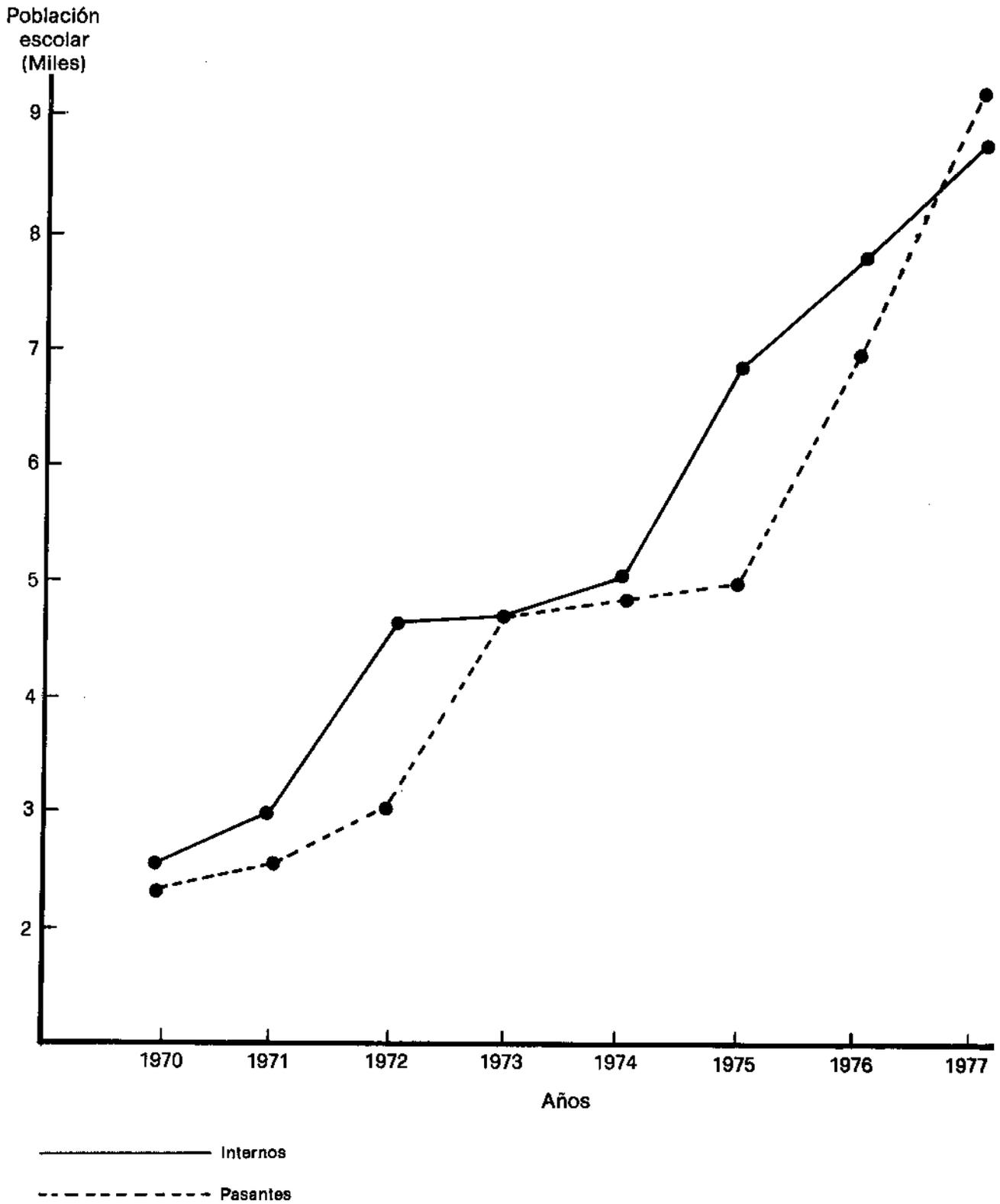
La interpretación de todos los fenómenos hasta aquí analizados, en un contexto más amplio, conduce a la identificación de diversos factores determinantes. Sin embargo, más allá de los condicionantes específicos, puede postularse la existencia de una causa común capaz de explicar, al menos en parte,



FUENTE: DGSCSPE, SSA: Análisis sobre el ejercicio de la medicina en México y sus proyecciones, 1978.

* Incluye alumnos en servicio social.

Fig. 5. Población escolar total de medicina México 1970-1977*



FUENTE: DGSCSPE, SSA: Análisis sobre el ejercicio de la medicina en México y sus proyecciones, 1978

Fig. 6. Internos de pregrado y pasantes en servicio social egresados. México 1970-1977.

**Cuadro 6. Evolución del gasto educativo federal por niveles.
1960-1976**
(Precios constantes de 1960. Cantidades en millones de pesos).

Niveles	1960	1965	1970	1976
Educación primaria	986.533	1 479.311	2 211.692	4 641.459
Educación secundaria	178.542	418.460	914.293	2 184.569
Preparatoria y vocacional	25.149	45.379	88.273	296.520
Técnica elemental y profesional a nivel medio	25.085	32.004	71.373	424.074
Enseñanza profesional a nivel superior	45.294	75.344	107.664	663.616
Subsidio UNAM	129.324	234.013	409.029	1 111.314
Subsidio a otras universidades	34.749	69.439	76.470	339.912
Estudios de postgrado e investigación	16.243	60.745	51.745	113.781

FUENTES: Banco de México para el periodo 1959-1974. A partir de 1970 se hicieron algunos ajustes con base en los datos de esa institución. Presupuesto modificado por programas 1975-GASE. Presupuesto modificado por programas 1976-DGPE. SEP.

Modificado de: Fuentes, O. y Noriega, M.: La política educativa del Estado Mexicano a través del financiamiento federal. 1959-1978. Investigación en proceso. Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, México, 1979.

la simultaneidad del freno en el crecimiento del sector salud y del incremento en el sistema de educación médica: la agudización de la crisis económica que se registra en México a partir de la década de los años '70.⁴³ Dicha crisis ha producido un doble efecto: por un lado, ha determinado una reducción de los gastos públicos en bienestar social, incluido en el rubro del subsector salud. Así, a pesar de que la salud es considerada como una prioridad del actual gobierno federal, el gasto per cápita en salud que a precios constantes, pasó de 112 pesos en 1967 a 208 en 1976, en 1977 bajó a 181 pesos.⁴⁴

Por otra parte, la política educativa del Estado, y por ende la del financiamiento de ese sector, tuvo, como señala Fuentes, durante el periodo de 1970 a 1976, tres efectos relevantes para el M.T.M.:

1. Incremento de la población en educación superior, la cual se duplica durante el periodo.
2. Crecimiento importante de la enseñanza media superior (22% anual) y de la enseñanza media, que duplica su población en ese lapso.
3. Crecimiento moderado de la primaria y estancamiento de la educación básica para adultos.⁴⁵

El incremento en la educación superior, señalado en el primer punto, se sustentó en aumentos considerables del gasto público del gobierno federal en educación superior, que, incluyendo el subsidio a las universidades, de 645 millones de pesos en 1970, pasó a 2 200 millones en 1976, a precios constantes de 1960. Esto representó un aumento del 245 por ciento en un lapso de seis años (cuadro 6).

Los incrementos relativos en los otros niveles del sistema educativo fueron menores que el correspondiente a la educación superior. En orden decrecien-

te, el mayor incremento correspondió a la educación preparatoria y vocacional, la técnica a nivel medio, la secundaria y por último la primaria. Este orden de prioridades muestra que ante un incremento demográfico caracterizado por una amplia base de jóvenes, la política educativa consistió en atender preferentemente a los sectores demandantes de empleo, más que a la población infantil, todavía no asimilada al mercado de trabajo general, o a la población adulta, ya integrada a él desde el empleo o el desempleo.

A esto habría que añadir, en el caso particular de la educación universitaria, los efectos del movimiento estudiantil de 1968 en las políticas de admisión de las instituciones de educación superior más importantes del país y de las presiones de un número cada vez mayor de demandantes de admisión a dichas instituciones provenientes de las clases medias de la población.⁴⁶

Es interesante observar, que el aumento en términos absolutos de aspirantes a educación superior no se ha dado, en los países subdesarrollados, en momentos de afluencia económica —cuando podría esperarse una riqueza social suficiente para que un alto número de personas ingresara a actividades no productivas, en términos económicos, de manera inmediata—, sino en momentos de crisis económica, cuando la carencia de empleos productivos ha provocado la desviación, con fines de control, de una parte importante de la fuerza de trabajo al sistema de educación media y superior. Con todo, en términos relativos, la proporción de personas que logran ingresar a dicho sistema es muy baja.

Del análisis previo, puede concluirse que los

desequilibrios en el M.T.M. revelan algunas de las contradicciones de la formación económica y social mexicana, que impone papeles conflictivos a algunas de sus instituciones, en aras de su desarrollo y supervivencia.

Dichos desequilibrios no deben ser atribuidos por sí mismos a la participación del Estado en la producción de servicios de salud, sino que son consecuencia del carácter aparentemente contradictorio de las políticas estatales de salud del régimen post-revolucionario, que por una parte, han perseguido fines de legitimación; pero que, en esencia, han respondido a las necesidades del capital de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo. Esto se expresa en el desarrollo desigual de las instituciones de salud, que culmina con la franca preponderancia de la seguridad social sobre la salubridad y la asistencia, así como en la adopción definitiva de un modelo de atención médica orientado hacia la "reparación" inmediata, que secciona y aísla las partes del todo, los órganos y sistemas del resto del cuerpo y al enfermo de su medio cotidiano, y que, en esa medida, es incapaz de dar respuestas globales al proceso de salud-enfermedad.

Las políticas de educación médica, por su parte se han adaptado en el plano cualitativo a los fenómenos reseñados, con programas y planes de estudio que, por una parte, permitieron la incorporación inmediata de personal sustitutivo en momentos de expansión y, por otra, garantizaron la formación de profesionistas adecuados al modelo de atención médica. Las modificaciones cuantitativas, sin embargo, respondieron más a presiones de ingreso y canalización de desempleo que a una responsable planificación de recursos humanos en esta área.

En última instancia, podemos afirmar que la estructura organizativa y las prioridades de las instituciones de salud y educativas han respondido sólo parcialmente a la realidad epidemiológica del país. Se ha sacrificado el desarrollo de formas complementarias de protección a los habitantes y se ha reforzado una medicina privada que hoy sigue absorbiendo gran cantidad de recursos destinados a satisfacer las necesidades de una minoría con capacidad económica.

RECONOCIMIENTO

La elaboración de este trabajo fue posible en parte, gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la asesoría de los doctores Juan César García y Ramón Villarreal.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Frenk, J.; Hernández Llamas, H. y Alvarez Klein, L.: *El mercado de trabajo médico. I. Conceptos básicos*. GAC. MÉD. MÉX. 116: 187, 1980.
2. Foucault, M.: *Historia de la medicalización*. Educ. Méd. y Salud 2: 3, 1977.
3. *Manual de Organización del Gobierno Federal*. México, Secretaría de la Presidencia. 1976, pp. 156 y 423.

4. Kumate, J.; Cañedo, L. y Pedrotta, O.: *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. México, El Colegio Nacional. 1977, p. 328.
5. Foucault, M.: *Incorporación del hospital en la tecnología moderna*. Educ. Med. Salud 12: 20, 1978.
6. *Ibid.*
7. Kumate, J.; Cañedo, L. y Pedrotta, O.: *Op. cit.* en,⁴ p. 333.
8. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Artículo 73, fracción XVI.
9. *Manual de Organización... Op. cit.* en,⁸ p. 151.
10. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Artículo 73, fracción XVI.
11. *Ibid.*
12. *Manuel de Organización... Loc. cit.* en⁹.
13. Mesa-Lago, C.: *Social security in Latin America: pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press. 1978, p. 208.
14. *Ibid.*, p. 215.
15. Velasco Cándano, L.: *Análisis histórico de la actividad pediátrica del IMSS. Organización de los servicios asistenciales*. En: *Evolución de los Servicios Médicos del IMSS (1944-1974)*. México, IMSS. 1974, p. 93.
16. Mesa-Lago, C.: *Op. cit.* en,¹⁸ p. 216.
17. Stevens, R. A.: *Graduate medical education: a continuing history*. J. Med. Educ. 53: 1, 1798.
18. Villanueva, A.: *Las carreras hospitalarias. Objetivos y problemas del internado y la residencia*. GAC. MÉD. MÉX. 97: 3, 1967.
19. Datos de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. IMSS.
20. Mesa-Lago, C.: *Op. cit.* en,¹⁸ p. 218.
21. Donnangelo, M. C. F.: *Medicina e sociedade*. San Pablo, Livraria Pioneira Editora. 1975.
22. Aun cuando existen diversos estudios sobre la relación entre el precio y la utilización de los servicios y algunos sobre los efectos de los seguros de enfermedad o accidentes en el consumo de servicios (véase por ejemplo: Klarman, H. E.: *The economics of health*. Nueva York, Columbia University Press. 1965; Bice, T. W. y White, K. L.: *Factors related to the use of health service — an international comparative study*. Med. Care 7, 1969), no se ha llegado a conclusiones definitivas, menos aún tratándose de programas de atención médica con mecanismos de financiamiento similares a los de la seguridad social en México.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Memoria 1958-1964*. México, IMSS. 1965, p. 59.
24. IMSS: *Op. cit.* en,²⁸ p. 65.
25. Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal: *Antecedentes históricos*. Documento en fotocopia. p. 3.
26. Alvarez-Manilla, J. M.: *Proyecto de programa para el servicio social de los pasantes de medicina de la UNAM*. México, Facultad de Medicina, UNAM. 1962, p. 114.
27. *Ibid.*, p. 131.
28. Pozas, R.: *El movimiento médico en México 1964-1965*. Cuadernos Políticos No. 11, 1977.
29. Secretaría de Programación y Presupuesto: *Diagnóstico y pronóstico del Subsector Salud*. 1977.
30. Rodríguez, M. I.: *El estudiante de medicina — su distribución en las Américas*. Educ. y Salud 8: 4, 1974.
31. *Ibid.*
32. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados: *Análisis sobre el ejercicio de la medicina en México y sus proyecciones*. 1978.
33. Quijano, M.: *Intervención en la mesa redonda Educación profesional en medicina del seminario sobre Educación Superior*. México, El Colegio Nacional. 1978.
34. Kumate, J.; Cañedo, L. y Pedrotta, O.: *Op. cit.* en,⁴ p. 346.
35. Datos de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. IMSS.

36. Datos del Departamento de Estadística de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del D.F.
37. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados: *Memoria 1971-1976*. México, S.S.A. 1976.
38. Datos de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. IMSS.
39. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Memoria de labores 1977*. México, IMSS. 1978.
40. Quijano, M.: *Loc cit.* en³⁸.
41. Véanse datos de la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de la Secretaría de Programación y Presupuesto, mencionada en el artículo *33% de hogares con menos del salario mínimo*. Uno másuno, 24 de agosto de 1979.
42. Hernández-Llamas, H.; Frenk, J. y Alvarez Klein, L.: *Informe preliminar de la investigación sobre el internado rotatorio de pregrado en México*. (Fotocopia) México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1979.
43. Para un análisis amplio y profundo de la situación económica de México en la década de los años setenta, véase: Tello, C. M.: *La política económica en México: 1970-1976*. México, Siglo XXI Editores, 1978.
44. López Acuña, D.: *Salud y seguridad social: problemas recientes y perspectivas*. En: *México, hoy*. González Casanova, P. y Flores Cano, E. (Coord.) México, Siglo XXI Editores, 1979, p. 177.
45. Fuentes, O. M.: "¿A dónde va la educación pública? Nota sobre los procesos determinantes. Nexos No. 13: 23, 1979.
46. Tecla, A. T.: *Universidad, burguesía y proletariado*. México, Ediciones de Cultura Popular. 1976, p. 20.

