

La profesión médica en las áreas urbanas de México: Composición demográfica y origen social

JULIO FRENK*

La profesión médica mexicana ha experimentado cambios profundos durante las últimas décadas. Entre ellos destaca el rápido incremento en el número de médicos, quienes han tendido a concentrarse en las áreas urbanas. A fin de examinar las fuentes de dicho incremento, el presente trabajo analiza la estructura por edad, sexo y origen social de la profesión. Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Empleo Médico, realizada en 1986, por medio de la cual se entrevistaron 604 médicos de una muestra representativa de hogares en 16 de las principales ciudades del país.

Los resultados revelan que la profesión médica en México se caracteriza por un marcado predominio de jóvenes, lo cual es un reflejo de la reciente explosión de egresados de las facultades de medicina. Al mismo tiempo, se observa una proporción creciente de mujeres. En contraste, el origen social de los médicos no ha experimentado cambios importantes a través de las generaciones, sino que la mayor parte de los médicos sigue proviniendo de los estratos medios. La interpretación de estos hallazgos es que el incremento en el número de médicos no se ha debido a una diversificación de la base social de la profesión, sino a una mayor demanda de educación médica por parte de las clases medias y de las mujeres. Los cambios experimentados por la profesión médica tienen implicaciones fundamentales para el presente y el futuro de la salud en México.

CLAVES: Educación médica, planeación de recursos humanos para la salud, mercado de trabajo médico, papel de la mujer, sociología de la medicina.

SUMMARY

The medical profession in Mexico has experienced deep changes during the last decades. One of the most prominent has been the rapid growth in the number of physicians, who have tended to concentrate in the urban areas. In order to examine the sources of such increase, this paper analyzes the composition of the medical profession by age, sex, and social origin. The data come from the National Survey of Medical Employment, carried out in 1986, in which 604 physicians from a representative sample of households were interviewed in 16 of the main Mexican cities.

The results show that the medical profession in Mexico is marked by a clear predominance of young people, which in turn is a sign of the recent explosion of graduates from medical schools. At the same time, there is a growing proportion of women. In contrast, the social origin of physicians has not experienced major changes, since most of them continue to come from the middle classes. The interpretation of these findings indicates that the growth in the number of physicians has not been due to a diversification of the social base of the profession, but to a greater demand for medical education among the middle classes and women. The changes experienced by the medical profession have a basic significance for the present and the future of health in México.

KEY WORDS: Medical education, health personnel planning, medical labor market, women's role, sociology of medicine.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 13 de septiembre de 1989.

* Académico numerario. Director General, Instituto Nacional de Salud Pública.

La profesión médica en México atraviesa por una compleja transición. Este proceso es multidimensional, por lo cual asume manifestaciones diversas que expresan nuevas formas de concebir y organizar la práctica de la medicina. En la base de las transformaciones se encuentra una serie de cambios que atañen a la composición misma de la profesión.

El primero de tales cambios es de número. La profesión médica ha experimentado una notable expansión durante las últimas dos décadas. Así, en 1960 existía en la República Mexicana un total de 20 590 médicos, quienes representaban aproximadamente 57 por cada 100 000 habitantes.¹ En 1970, el total se había incrementado a 34 107 médicos, es decir, 71 por cada 100 000 mexicanos.² Sin embargo, el crecimiento más intenso tuvo lugar durante la siguiente década, cuando el sistema de educación médica experimentó una expansión explosiva. Dicha expansión ocurrió por un doble proceso: de un lado, el incremento en la matrícula de las escuelas de medicina existentes; del otro, la creación de un gran número de nuevas escuelas.³ En suma, la población total de estudiantes de medicina se triplicó entre 1970 y 1980, al pasar de 28 731 a 93 365, aunque posteriormente empezó a descender. El número de egresados por año se multiplicó más de cinco veces durante el breve lapso comprendido entre 1970, cuando egresaron 2 493 nuevos médicos, y en 1983, cuando lo hicieron 14 099.⁴

El resultado de este proceso expansivo ha sido la aparición de marcados desequilibrios en la situación de los recursos humanos para la salud.⁵ En su forma más extrema, los desequilibrios se expresan como desempleo y subempleo de médicos. En un trabajo anterior, hemos cuantificado la magnitud de estos fenómenos en las áreas urbanas de México, que es sin duda donde se expresan con mayor agudeza. Así, la tasa de desocupación es de 7.5 por ciento, lo cual significa que alrededor de 6 105 médicos en las 16 principales ciudades del país no hacen otra cosa que buscar trabajo. La tasa de subocupación alcanza 9.4 por ciento, indicando que cerca de 7 500 médicos se dedican a actividades de menor complejidad que aquéllas para las cuales fueron adiestrados.⁶ Por otra parte, se ha estimado que en 1971 existía una plaza disponible para cada médico que egresaba. Hacia 1984, cada cuatro egresados tenían que competir por una sola plaza.⁷

Estos desequilibrios han hecho difícil estimar con precisión el número total de médicos en la República Mexicana, pues una proporción considerable de ellos han quedado fuera del mercado de trabajo médico, como se demostró antes. Tomando en consideración los cálculos realizados por la Secretaría de Salud sobre los egresados entre 1970 y 1985, se ha llegado a estimar el número total

de médicos en alrededor de 130 000, lo cual implicaría aproximadamente 160 médicos por cada 100 000 habitantes en 1985, más del doble que en 1970.⁶

El aumento en el número de médicos mexicanos nos obliga a preguntarnos por las fuentes demográficas y sociales de este notable fenómeno. En particular, es preciso saber si el crecimiento numérico de la profesión se acompañó de un cambio en su estructura por edad, sexo y origen social. Por ejemplo, en lo que respecta a esta última variable, existe un supuesto generalizado según el cual la expansión numérica se debió en gran parte a una ampliación de la base social de la profesión médica, vale decir, a un proceso de "popularización" que abrió la membresía en la profesión a personas provenientes de grupos sociales antes excluidos. No se sabe, sin embargo, en qué medida esta explicación es correcta.

Más allá de la necesidad de entender la dinámica del crecimiento en el número de médicos, el conocimiento objetivo sobre sus características demográficas y sociales es indispensable para cualquier intento por racionalizar la formación y utilización de los recursos humanos en el campo de la salud. Con estos propósitos, el presente artículo analiza, a partir de datos originales, la composición demográfica y el origen social de los médicos urbanos en México.

Material y métodos

Se aplicó un cuestionario estandarizado y precodificado a una muestra aleatoria de 620 médicos, de los cuales sólo 16 no proporcionaron información, con lo que se logró una tasa de respuesta de 97 por ciento.

Los casos se obtuvieron de la muestra de 41 000 hogares que la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) visita trimestralmente en las doce áreas metropolitanas del país y las cuatro principales ciudades de la frontera norte, a saber: Tijuana, B. C.; Cd. Juárez, Chih.; Chihuahua, Chih.; Matamoros, Tamps.; Nuevo Laredo, Tamps.; Tampico, Tamps.; Monterrey, N. L.; Torreón, Coah.; Guadalajara, Jal.; León, Gto.; San Luis Potosí, S.L.P.; México, D. F.; Puebla, Pue.; Orizaba, Ver.; Veracruz, Ver., y Mérida, Yuc. Esta encuesta es organizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. A partir de ella se calculan las tasas oficiales de participación económica de la población urbana del país.

La muestra se seleccionó durante uno de los levantamientos trimestrales de la ENEU y dentro de ella se incluyeron a todos los médicos titulados, así como a los internos de pregrado y los pasantes en servicio social. Esta muestra es representativa de los 102 310 médicos que habitan en las 16 ciudades cubiertas por la encuesta. La

población de médicos se calcula proporcionalmente a partir de los 14 529 826 habitantes mayores de 20 años que representa la ENEU. Por estar basada en hogares y no en sitios de trabajo, nuestra muestra es representativa de todos los médicos, independientemente de su situación laboral.

El cuestionario, diseñado especialmente para el presente estudio, constó de 13 apartados de preguntas que captaban información de tipo social, demográfico, educativo y ocupacional, y fue aplicado en el primer semestre de 1986 por personal profesional de la ENEU especialista en la obtención de este tipo de información. Las fases de levantamiento y codificación de los datos fueron estrictamente supervisadas, tanto en campo como en oficina por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública.

Con la información obtenida de los cuestionarios se construyó una base de datos computarizada. El análisis del presente trabajo se enfoca en las variables de edad, sexo, origen social y generación de los médicos. El origen social fue medido mediante dos indicadores: la escolaridad y la ocupación de los padres de los médicos. La generación fue determinada según el año de inicio de la carrera de medicina.

Además del análisis de los datos provenientes de la encuesta, para los indicadores de escolaridad y ocupación de los padres de los médicos se hace una comparación con la información respectiva proveniente de los censos generales de población y vivienda de 1970 y 1980. Es necesario aclarar que el tratamiento de los "no especificados" difiere

en cada censo: en el de 1970 se distribuyeron entre las diversas categorías, mientras que en 1980 se presentaron como un grupo particular. El más problemático es el censo de 1980, en el que esta categoría alcanzó un nivel muy alto. No obstante estas limitaciones, los datos censales muestran tendencias generales que son valiosas para comparar a los médicos con la población general.

Resultados

Edad y sexo de los médicos

La distribución por edad (Cuadro I) indica que casi las tres cuartas partes de los entrevistados tienen entre 20 y 39 años; 20 por ciento tienen entre 40 y 59, y el resto, 60 o más. Setenta y siete por ciento son varones. Sin embargo, en la figura 1 se observa un notorio incremento en la participación de las mujeres quienes, de representar 9 por ciento en las generaciones comprendidas entre 1905 y 1959, pasaron a 31 por ciento en las generaciones de 1976 a 1981; es decir, su proporción se triplicó. La prueba de chi cuadrada (Cuadro I) indica que la asociación entre las variables de edad y sexo es significativa, y la estadística Gamma señala que dicha asociación es fuerte. Así pues, la concentración en los grupos jóvenes de edad es mucho más acentuada para las mujeres que para los hombres. Por ejemplo, sólo 12 por ciento de las médicas, comparado con un tercio de los varones, tienen arriba de 40 años.

Cuadro I

Distribución de la muestra de médicos por edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		Núm.	Porcentaje
Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje	Núm.		
20-29	(140)	30	(72)	51	(212)	35
30-39	(172)	37	(52)	37	(224)	37
40-49	(71)	16	(9)	6	(80)	13
50-59	(38)	8	(5)	4	(43)	7
60 y más	(42)	9	(3)	2	(45)	8
Total	(463)	100 %	(141)	100 %	(604)	100 %

$X^2 = 30.19$ ($p < .0001$). Gamma = -.41

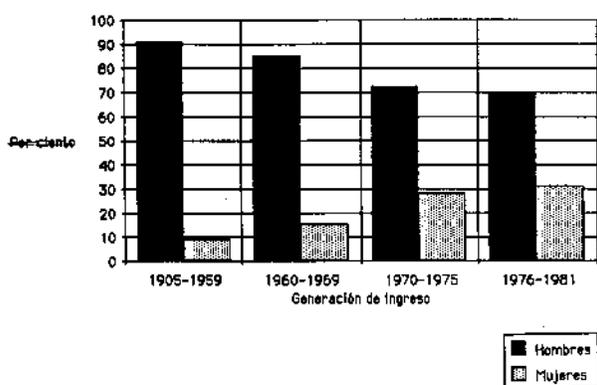


Figura 1. Distribución de la muestra de médicos por sexo y por generación de ingreso a la escuela de medicina. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública: Encuesta Nacional de Empleo Médico, 1986.

Escolaridad de los padres de los médicos

Como se señaló antes, existe una opinión común en el sentido de que la masificación experimentada por el sistema universitario mexicano durante la década de los años setenta se debió a la diversificación del origen social

de los estudiantes. Ello implicaría que los beneficios de la educación superior se hicieron accesibles a grupos sociales menos privilegiados. De ser así, esperaríamos que las generaciones más recientes de médicos tuvieran mayores proporciones de personas cuyos padres alcanzaron sólo niveles bajos de escolaridad. Ello, sin embargo, no es así. De hecho, el cuadro II muestra que a través de las generaciones se ha dado una ligera disminución del porcentaje de padres que sólo tienen escolaridad básica. En contraste, la proporción de médicos cuyos padres alcanzaron escolaridad media tiene una ligera tendencia ascendente. En todo caso, las diferencias son lo suficientemente pequeñas como para concluir que la escolaridad de los padres de los médicos no ha variado en forma importante a lo largo de las generaciones. La prueba de chi cuadrada respalda esta afirmación, al mostrarnos que la relación entre la escolaridad de los padres y la generación de ingreso de los médicos no es estadísticamente significativa.

A fin de tener una imagen completa sobre la selectividad social de los médicos, es necesario comparar la escolaridad de sus padres con la de la población general mayor de 15 años, medida mediante los censos. Esta comparación es particularmente pertinente entre 1970 y 1980, pues fue éste el período de gran expansión en la educación médica. Así pues, si dicha expansión se debió a un proceso de "popularización", esperaríamos que la escolaridad de los padres de los médicos que empezaron sus estudios en la segunda mitad de la década se asemeje más a la escolaridad de la población general, que la de aquéllos que ingresaron a la escuela de medicina en la primera mitad de la década.

Cuadro II

Distribución de la muestra de médicos por escolaridad del padre y por generación de ingreso a la escuela de medicina

Escolaridad del padre	Generación de ingreso				Total	
	1905-1959 Núm. %	1960-1969 Núm. %	1970-1975 Núm. %	1976-1981 Núm. %	Núm.	%
Básica	(59) 61	(66) 54	(100) 55	(102) 51	(327)	54
Media	(22) 23	(26) 21	(46) 26	(55) 27	(149)	25
Profesional	(15) 16	(31) 25	(35) 19	(43) 22	(124)	21
Total	(96) 100%	(123) 100%	(181) 100%	(200) 100%	(600)	100%

$\chi^2 = 5.38$ ($p = .4960$).

En otras palabras, de ser cierta la hipótesis de la "popularización" médica, esperaríamos una convergencia entre el origen social de los médicos y la estratificación de la población general.

A fin de probar tal hipótesis, la parte superior de la Figura 2 compara a los padres de los médicos que ingresaron entre 1970 y 1975 con la población general en 1970; la parte inferior hace lo propio para las generaciones de 1976 a 1981 y la población en 1980. Como puede observarse, ha habido una tendencia hacia mayores niveles de escolaridad en la población, tendencia que también se presenta entre los padres de los médicos. No obstante, la figura pone de manifiesto que, en todas las generaciones, estos últimos constituyen un grupo privilegiado por la educación, ya que globalmente tienen un índice de escolaridad más alto que la población general. Baste señalar que en 1970 hasta 40 por ciento de los mexicanos mayores de 15 años carecían de escolaridad, comparado con tan sólo 3 por ciento de los padres de los médicos de las generaciones 1970-1975. Para 1980, la proporción de la población general sin escolaridad se había reducido a 22 por ciento, pero aun esta cifra era notablemente superior al porcentaje de padres de los médicos de las generaciones 1976-1981, el cual se mantuvo en 3 por ciento. En el otro extremo, las personas con educación profesional sólo representaron 2 y 4 por ciento de la población general en 1970 y 1980, respectivamente. Esas cifras contrastan marcadamente con el hecho de que la quinta parte de los padres de los médicos de todas las generaciones resultaron ser profesionistas.

Ocupación de los padres de los médicos

El otro indicador de origen social, la ocupación, muestra una situación muy similar a la de la escolaridad. En efecto, el cuadro III indica que la composición por ocupación del padre no varía significativamente entre las distintas generaciones de médicos. Ello es particularmente claro al comparar las generaciones de 1970 a 1975 con las de 1976 a 1981, intervalo durante el cual, como se señaló antes, ocurrió el crecimiento más intenso de las escuelas de medicina. Las generaciones que más difieren de las restantes son las de 1905 a 1959. Por ser el grupo que, debido a su edad, ha tenido mayor mortalidad, no podemos estar seguros de que realmente sea representativo de los médicos de esas generaciones. En todo caso, la prueba de chi cuadrada indica que no hay relación significativa entre la ocupación del padre y la generación de ingreso a la carrera de medicina.

Al comparar a los padres de los médicos con la población general (Figura 3), se vuelve a constatar que los

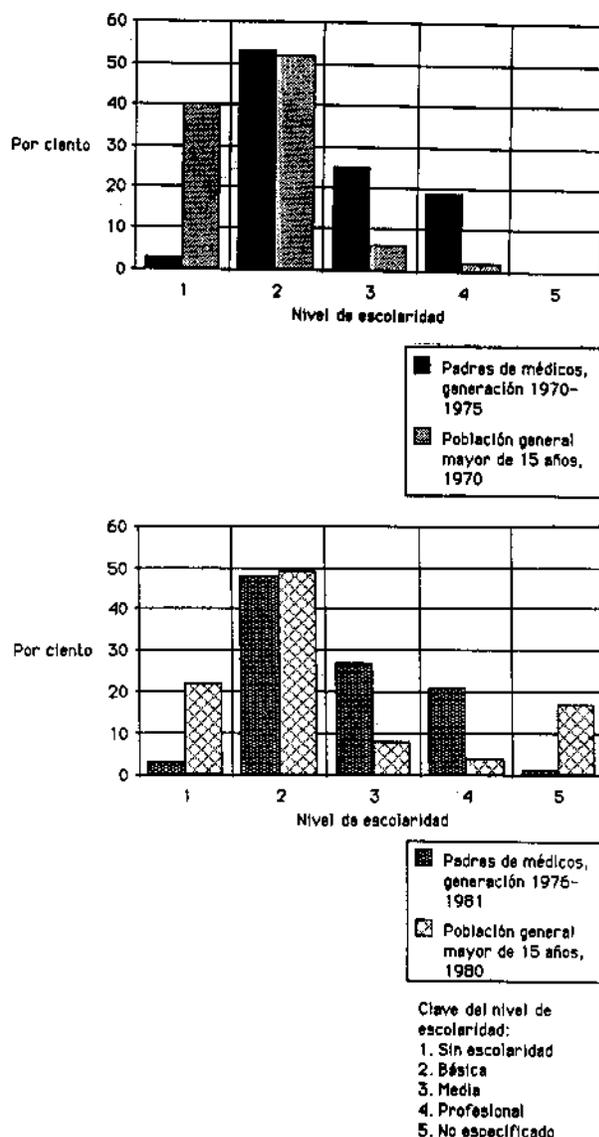


Figura 2. Comparación de la escolaridad en la población general y en los padres de los médicos. Fuentes: *Padres de los médicos*. Instituto Nacional de Salud Pública: Encuesta Nacional de Empleo Médico, 1986. *Población general*. Dirección General de Estadística: IX y X Censos Generales de Población y Vivienda, 1970 y 1980.

médicos mexicanos representan un grupo relativamente privilegiado, extraído sobre todo de los estratos ocupacionales medios y altos. Así, los padres de los médicos tienen mucha mayor participación en ocupaciones tales como profesionales y técnicos, funcionarios superiores, personal administrativo, comerciantes y vendedores. La relación se invierte (aunque no en la misma proporción) cuando se trata de los trabajadores en servicios directos y en labores no agrícolas. La diferencia más amplia se

Cuadro III

Distribución de la muestra de médicos por ocupación del padre y por generación de ingreso a la escuela de medicina

Ocupación del Padre	Generación de ingreso								Total	
	1905-1959		1960-1969		1970-1975		1976-1981		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Profesionales y técnicos	(16)	17	(31)	25	(34)	19	(43)	22	(124)	21
Funcionarios superiores y personal directivo	(20)	21	(13)	11	(20)	11	(23)	12	(76)	13
Personal administrativo	(18)	19	(19)	15	(21)	12	(22)	11	(80)	13
Comerciantes y vendedores	(18)	19	(27)	22	(43)	24	(42)	21	(130)	22
Trabajadores en servicios	(8)	8	(10)	8	(18)	10	(24)	12	(60)	10
Trabajadores no agrícolas	(12)	12	(18)	15	(37)	20	(40)	20	(107)	18
Trabajadores agrícolas	(4)	4	(5)	4	(7)	4	(5)	2	(21)	3
Total	(96)	100%	(123)	100%	(180)	100%	(199)	100%	(598)	100%

$\chi^2 = 18.73$ ($p = .4080$).

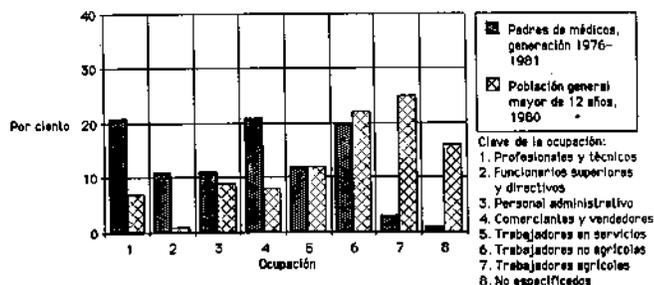
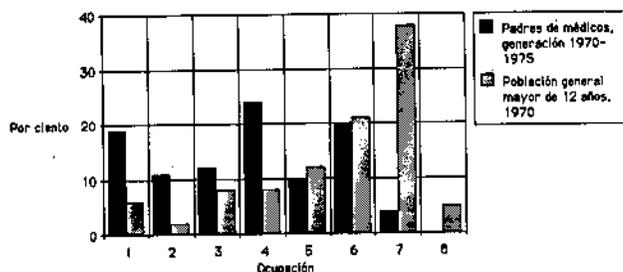


Figura 3. Comparación de la ocupación en la población general y en los padres de los médicos. Fuentes: *Padres de los médicos*. Instituto Nacional de Salud Pública: Encuesta Nacional de Empleo Médico, 1986. *Población general*. Dirección General de Estadística: IX y X Censos Generales de Población y Vivienda, 1970 y 1980.

observa con los trabajadores en labores agropecuarias, grupo en el que sólo 3 por ciento de los padres de los médicos participa, mientras que alrededor de una tercera parte de la población general lo hace.

Discusión

Cada una de las variables que hemos analizado encierra un significado de gran importancia para comprender la dinámica pasada, presente y futura de la profesión médica en México. Así, la composición por edades refleja varios elementos fundamentales. En primer lugar, muestra qué tan largo es el potencial de vida profesional esperada en la población actual de médicos. Ello tiene implicaciones para determinar la matrícula idónea de las escuelas y facultades de medicina, de tal manera que se pueda adecuar la producción de médicos a los requerimientos del sistema de salud y, sobre todo, a las necesidades de la población. Por ejemplo, Meerhoff ha demostrado, con datos de Uruguay, la importancia que tiene la pirámide por edades para proyectar el número de médicos y fijar metas de egresos a las escuelas de medicina.⁸ La estructura etaria es, pues, indispensable para calcular la disponibilidad actual y los requerimientos futuros de "médicos-año". Por otra parte, la edad es uno de los principales factores de la productividad,⁹ además de que indica cuál es el grado de experiencia acumulada en la profesión.

A su vez, la composición por sexo presenta una imagen de la intensidad de la participación femenina en la profesión médica. Ello tiene implicaciones para la productividad,¹⁰ la estabilidad laboral y el estatus socioeconómico de la profesión,¹¹ además de reflejar posibles avances en el esfuerzo por alcanzar la igualdad de la mujer. El fenómeno de la creciente incorporación de la mujer a la práctica de la medicina ha sido motivo de múltiples estudios y debates. Se trata, sin duda, de una de las mayores transformaciones sociales de la medicina en el siglo XX, como se pone de manifiesto, por ejemplo, en la Unión Soviética, donde el porcentaje de mujeres entre el total de médicos pasó de 10 por ciento en 1913 a 72 por ciento en 1970.¹² Sin ser tan acentuada, se observa una tendencia similar en los Estados Unidos de América: en 1870, sólo 0.8 por ciento de los médicos eran mujeres, pero se estima que hacia mediados de la presente década, la cuarta parte de las personas que inician su práctica tras la residencia pertenecen al sexo femenino.¹³

En el contexto latinoamericano, el proceso de feminización de la profesión médica ha sido objeto de estudios detallados en Uruguay⁸ y en Brasil,¹⁴ entre otros países. En un análisis comparativo, García sugirió que la proporción de mujeres entre los estudiantes de medicina de-

pendía de varios factores de cambio social, como el grado de urbanización y la liberalización de la mujer en lo que respecta a su elección ocupacional.¹⁵ De hecho, Rodríguez demostró, al comparar la mayoría de los países latinoamericanos, que existe una relación directa entre el nivel de desarrollo económico, medido por el producto nacional bruto *per cápita*, y el porcentaje de estudiantes de medicina que son mujeres.¹⁶

Desde luego, el hecho mismo del aumento en la proporción de médicas no implica la eliminación de diferenciales ocupacionales por sexo. En otros contextos, se ha podido documentar empíricamente que, a pesar de una convergencia en oportunidades educacionales entre hombres y mujeres, se mantienen niveles altos de segregación ocupacional entre ambos sexos.¹⁷ En el caso específico de la medicina, se conoce que existe una diferenciación sexual importante en la elección de especialidad. Así, las mujeres tienden a seleccionar con mayor frecuencia las especialidades primarias y con menor frecuencia la cirugía. Generalmente trabajan menos horas y reciben menor remuneración, además de estar subrepresentadas en los puestos de dirección. Tales contrastes han sido atribuidos en gran parte a procesos diferentes de socialización, tanto en el nivel familiar como en el profesional.¹⁸

En todo caso, es claro que la información precisa sobre la composición demográfica de la profesión médica resulta indispensable para la planificación cuantitativa y cualitativa del sistema de salud. Lo mismo puede decirse del origen social, cuyo conocimiento ofrece una imagen acerca de la accesibilidad que tienen los distintos grupos socioeconómicos a los estudios de medicina. Tal conocimiento debe contribuir al diseño de nuevas formas de organización y distribución de los recursos humanos para la salud.

Conclusiones

Distribución por edad. Los médicos urbanos mexicanos son, en general, un grupo joven. Ello refleja el gran incremento de egresados que ocurrió a partir de la década de los años setenta. Significa, además, que la experiencia global acumulada en la profesión médica es baja, y que la mayoría de sus miembros permanecerán activos por varios años. Así pues, puede anticiparse que los jóvenes egresados habrán de experimentar los desequilibrios del mercado de trabajo médico durante un período largo de tiempo.

Distribución por sexo. Existe una marcada tendencia hacia la feminización de la profesión médica. Las mujeres representan ya la tercera parte de los médicos, y esta proporción se irá incrementando en el futuro. Por ejemplo,

Un estudio reciente revela que el porcentaje de mujeres en la matrícula de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México ha seguido aumentando, pues pasó de 38 por ciento en 1979 a 49.5 por ciento en 1985.¹⁹ Un proceso así tiene grandes repercusiones en la estabilidad del mercado laboral y en la productividad global de la profesión. En virtud de sus otros roles sociales, particularmente los ligados a la procreación y el cuidado del hogar, las mujeres tienden a salir por períodos largos de la actividad profesional y a trabajar un menor número de horas cuando están activas.¹⁰ Así, la planeación de los requerimientos nacionales de médicos deberá tomar en cuenta la proporción creciente de mujeres en la profesión. Además, se hará necesario generalizar medidas que les permitan atender otras funciones sociales, como la procreación y la crianza, sin necesidad de abandonar la práctica médica.

Distribución por origen social. El origen social de los médicos no ha presentado grandes variaciones a través de las generaciones. La masificación de la carrera de medicina durante los años setenta aparentemente no se debió a un fenómeno de "popularización". Más bien parece haber respondido a dos fuentes de demanda por educación superior: la clase media y las mujeres. En efecto, la información censal muestra un incremento en el número absoluto y relativo de personas con educación media y superior. Este grupo de personas, que usualmente se identifica con la "clase media", suele ver en los estudios universitarios uno de los vehículos más legítimos de movilidad social. Al crecer dicho grupo, se incrementaron también las presiones para que sus hijos tuvieran acceso a la universidad. Lo anterior no significa, en modo alguno, que este proceso haya sido igual en todas las facultades y escuelas de medicina. Por el contrario, se ha podido confirmar que existe una marcada estratificación social al interior del sistema de educación médica, de tal manera que las escuelas exhiben variaciones considerables en los orígenes sociales de sus respectivos alumnos.²⁰ No obstante, tomado en su conjunto, el sistema de educación médica creció primordialmente como resultado de la ampliación de las clases medias. Así, parecería ser que la matrícula aumentó por la existencia de un conjunto de solicitantes que, si bien era más numeroso, provenía esencialmente de los mismos grupos sociales que siempre han tenido acceso a la universidad. Ello se acompañó de una mayor "facilidad social" para que las mujeres ingresaran a los centros de educación superior.²¹

Es necesario precisar que la conclusión anterior se basa en datos de egresados, los cuales deben ser confrontados con información acerca del origen social de los estudiantes de primer ingreso de las generaciones consideradas en

nuestro estudio. En efecto, podría ser que las escuelas de medicina sí hayan aceptado a una mayor proporción de alumnos provenientes de los grupos sociales más desposeídos, pero que dichos alumnos no alcanzaran a egresar en la misma proporción. El resultado, en todo caso, es que la masificación no dio lugar a una diversificación social de la profesión médica.

Prioridades de investigación. El análisis presentado en este trabajo apunta hacia varias necesidades de investigación futura. En primer término, resulta indispensable construir modelos demográficos que, con los datos de las generaciones actuales de egresados y bajo distintos escenarios de ingreso a las escuelas de medicina, permitan proyectar el número y la composición de los médicos en el futuro. Tales ejercicios de modelación constituyen un elemento primordial para la planeación de los recursos humanos en el campo de la salud.

En segundo lugar, debe estudiarse el origen social de los estudiantes de primer ingreso, de los desertores y de los egresados de las facultades de medicina. Resulta de interés tanto teórico como práctico investigar si el destino ocupacional de los egresados está influido por su origen social. En particular, debe conocerse si la probabilidad de quedar subempleado o desempleado aumenta entre los médicos de origen social bajo. Un análisis previo indica que la relación entre origen social y preferencia ocupacional no es directa, sino que está mediada por el tipo de escuela de medicina en el que se estudió.²² Este análisis debe ahora hacerse ya no para las preferencias, sino para el desempeño ocupacional real.

Una tercera prioridad de investigación consiste en estudiar el impacto social y económico de la feminización de la profesión médica, en términos de estabilidad laboral, productividad, ingresos, estatus profesional y prestigio social.

Por último, resulta recomendable examinar con rigor analítico las decisiones de política educativa y sanitaria que condujeron a la expansión y a la posterior contracción del sistema de educación médica.

Si se logra aumentar la intensidad y la calidad del esfuerzo por investigar científicamente la profunda transición que caracteriza a la práctica de la medicina, estaremos en mejor posición de anticipar el futuro, para así contribuir a crearlo.

La investigación en la que se basa el presente trabajo fue apoyada por donativos del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Agradecimientos

La investigación en que está basado el presente artículo es producto del esfuerzo colectivo de un equipo multidisciplinario del Instituto Nacional de Salud Pública, en el que ha participado, de manera destacada, el Biol. Gustavo Nigenda, la Lic. Cecilia Robledo, Luis Alonso Vázquez Segovia, Catalina Ramírez Cuadra, el Dr. Armando Arredondo, el Dr. Javier Alagón y el Mat. Alejandro Muñoz del Río. Además, han asesorado distintas fases de este proyecto el Dr. José Luis Bobadilla, la Dra. Lilia Durán, el Mtro. José Becerra, el Mat. Alfredo Hernández y el Lic. Mario Bronfman.

El apoyo del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de la Secretaría de Programación y Presupuesto fue indispensable para la realización de la Encuesta Nacional de Empleo Médico, ya que además de facilitar la obtención de la muestra, proporcionó personal para las entrevistas y la codificación de los cuestionarios. En particular, se agradece la asistencia brindada entre 1985 y 1986 por la Dra. Mercedes Pedrero, la Mtra. Norma Saavedra, el Mtro. Miguel Cervera y el Dr. Edmundo Berumen.

También se reconocen los valiosos comentarios de los Dres. Guillermo Soberón, José Laguna, Jaime Martuscelli y José Manuel Álvarez Manilla.

Desde luego, las limitaciones del presente estudio, así como los puntos de vista expresados aquí, son responsabilidad exclusiva del autor.

Referencias

1. Myers CN. Proyección de la demanda de médicos en México: 1965-1980. *Demografía y Economía* 1971; 5: 193.
2. Collado-Ardón R, García-Torres JE. Los médicos en México en 1970. *Salud Pública Méx* 1975; 17: 309.
3. Frenk J, Hernández-Jamas H, Álvarez-Klein L. El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. *GAC MED MEX* 1980; 116: 265.
4. Martuscelli J. Recursos humanos en salud de México. *Educ Med Salud* 1986; 20: 382.
5. Mejía A. The nature of the challenge. En: Bankowski Z, Fülöp T, ed. *Health manpower out of balance: conflicts and prospects*. Genève: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1987: 15.
6. Frenk J, Robledo-Vera C, Nigenda-López G, Vázquez-Segovia LA, Ramírez-Cuadra C, Arredondo-López A. Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México. *Salud Pública Méx* 1988; 30: 691.
7. Soberón-Acevedo G. El cambio estructural en la salud. III. La investigación y los recursos humanos como instrumentos del cambio. *Salud Pública Méx* 1987; 29: 155.
8. Meerhoff R. Investigación en personal de salud: egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay.

Educ Méd Salud 1987; 21: 205.

9. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica. 1988: 324.
10. Weisman CS, Teitelbaum MA. The work-family role system and physician productivity. *J. Health Soc Behavior* 1987; 28: 247.
11. Carpenter ES. Women in male-dominated health professions. *Int J Health Serv* 1977; 7: 191.
12. Field MG. American and Soviet manpower: growth and evolution. 1910-1970. *Int J Health Serv* 1975; 5: 455.
13. Braslow JB, Heins M. Women in medical education: a decade of change. *N Engl J Med* 1981; 304: 1129.
14. Machado MH, Leite IB. La médica y el mercado de trabajo. *Cuadernos Médicos Sociales (Arg)* 1986; 35: 25.
15. García JC. Características generales de la educación médica en América Latina. *Educ Méd Salud* 1969; 3: 267.
16. Rodríguez MI. El estudiante de medicina. Su distribución en las Américas. 1971-1972. *Educ Méd Salud* 1974; 8: 360.
17. Blasfeld HP. Labor-market entry and the sexual segregation of careers in the Federal Republic of Germany. *Am J Sociol* 1987; 93: 89.
18. Martin SC, Arnold RM, Parker RM. Gender and medical socialization. *J Health Soc Behav* 1988; 29: 333.
19. Fernández-Alonso ME, Rivera O, Larios E y col. Perfil del alumno de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Fac Méd Méx* 1986; 29: 7.
20. Frenk J. La estratificación social en la educación médica mexicana. *Salud Pública Méx* 1984; 26: 484.
21. Cole S. Sex discrimination and admission to medical school, 1929-1984. *Am J Sociol* 1986; 92: 549.
22. Frenk J. Career preferences under conditions of medical unemployment: the case of interns in Mexico. *Med Care* 1985; 23: 320.

COMENTARIO OFICIAL

PEDRO RAMOS*

El trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina que presenta el doctor Julio J. Frenk Mora, se refiere a una cuestión que nos atañe no sólo a los médicos, sino también a todos los profesionales, porque toca un ángulo especial presente dentro de la situación demográfica por la que atraviesa nuestro país, ya que se ha emitido la opinión de que la base social de donde provienen los egresados de las escuelas de medicina se había ampliado y hasta, por decirlo así, "popularizado". Sus resultados se encuentran muy bien expuestos en su trabajo, que consigna valiosas observaciones y despierta muchas reflexiones.

Entre las primeras hay una que llama la atención. El número de egresados durante los cinco años considerados, rebasa la proporción del crecimiento poblacional

* Académico titular.

general del país en el mismo lapso. La posible explicación de que la proporción de egresados rebase la de la población general, radica probablemente en que en nuestro medio, durante mucho tiempo, el deseo de alcanzar aquello tan difícil de definir o precisar que llamamos clase media, en el cual el denominador común son las aspiraciones, una de las cuales es la de que los descendientes posean título universitario, es muy anterior a la situación demográfica actual. Pero también, ¿por qué el ascenso a la clase media parecería favorecer la selección a la profesión médica? Porque ya este ascenso significa que el joven aspirante a médico posea el sentido inherente a lo universal, que prestan no sólo la instrucción sino principalmente la cultura y los contactos familiar y social. El sentido de lo general, de lo universal, debe ser inherente al médico, porque es antes que todo un interlocutor, un hombre de relación, que debe entender a los demás y darse a entender, aun los que practican especialidades o llevan a cabo exámenes o investigaciones, que los dispensan del contacto directo. Esto se sabe, por supuesto, desde hace mucho tiempo. Ya Aristóteles caracterizaba al hombre culto como aquel que reúne en su persona la capacidad de discernir acertadamente acerca de todo.

No quiero decir que quienes vienen directamente, por ejemplo, de estirpe campesina no puedan ser buenos médicos y buenos cirujanos, porque los ha habido. Aure-

liano Urrutia puede ser ejemplo típico. Gran cirujano en México, que se impuso en el sur de los Estados Unidos, llegó a ser director de nuestra Escuela Nacional de Medicina; pero, ¿le habrá faltado sentido universal?, ¿visión más general?, ¿cultura más amplia? Porque se sabe que durante su gestión desechó de la biblioteca colecciones de revistas del siglo pasado, a las que no les asignó valor.

En el trabajo del doctor Frenk se encuentra estricta metodología, correcta presentación, equilibrio en las conclusiones y quiero recalcar también, que va a ser de mucho provecho por el gran número de reflexiones a que obliga. Hace mucho tiempo que esperábamos un trabajo de esta naturaleza. Es punto de llegada, puesto que alcanzó el fin que se proponía, pero es también trabajo que representa un compromiso y es punto de partida de tantos y tantos ángulos, que nos interesa no sólo a los médicos, sino a todos los profesionales de México, como la investigación de los desertores que él mismo apunta y otros que expone, o se encuentran implícitos en su presentación.

Es para mí motivo de complacencia darle la bienvenida, porque si se tiene en cuenta su dedicación, acertada selección del tema e intención con que lo ha desarrollado, podemos tener la seguridad de que su contribución a la Academia va a ser valiosa y continua, y que enriquecerá con toda seguridad, y deseamos que por muchos años, la vida en nuestra Corporación.

