

# Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México

Ana Mylena Aguilar, Gustavo Nigenda, Óscar Méndez, Felicia Marie Knaul

## Introducción

El sistema de salud en México enfrenta hoy grandes retos, a la vez que se encuentra ante importantes oportunidades para resolverlos; una de sus principales paradojas es que coexiste un notable desperdicio de recursos humanos junto con la falta de servicios de salud para amplios grupos de la población (SSA, 2001).

Las políticas de formación y ordenamiento del mercado laboral de los recursos humanos en salud es un aspecto fundamental para el buen funcionamiento del sistema de salud y de la prestación de servicios de calidad. Los desequilibrios en los recursos humanos pueden afectar a todo el sector, desde su financiamiento hasta la prestación de servicios.

En México, la distribución de los servicios de salud es desigual y está concentrada en las zonas urbanas y de mayores ingresos, lo cual acentúa la escasez de recursos que sufre gran parte de la población. Como ejemplo, mientras en los municipios de muy baja marginación todos los casos de parto son atendidos por personal calificado, se calcula que cada año se dejan sin atención 370 mil partos, lo que provoca la muerte de 1 400 mujeres en los municipios de muy alta marginación (SSA, 2001).

Ante este panorama de falta de servicios de salud, se vive de forma paralela un gran desperdicio de recursos humanos, ejemplificado por la inactividad, el desempleo y el subempleo de médicas y médicos. Para el año 2000, 28% de los titulados en medicina no trabajaban en el sector salud, ya fuera porque estaban desempleados o inactivos, o porque desempeñaban actividades no relacionadas con su profesión.

Este desequilibrio tiene un fuerte componente de género, pues la inactividad, el desempleo y el subempleo, además de los salarios más bajos, se concentran entre las médicas (Knaul *et al.*, 2000; CASESalud, 2002).

El presente capítulo describe los desequilibrios en el mercado laboral de la profesión médica y de enfermería en México, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano de 1990 y de 2000. Este estudio del mercado laboral de las y los médicos y de las y los enfermeros se enfoca en el patrón de participación, en la distribución por educación y en el perfil de ingresos. Aquí se ofrecen avances importantes en el conocimiento del desperdicio de los recursos humanos, se actualizan las cifras publicadas en otros artículos acerca de esta problemática (Frenk *et al.*, 1991 y 1999; Knaul *et al.*, 2000; Nigenda y Knaul, 2003). Dada la evolución constante de este mercado, también se incluye un comparativo entre la situación de 1990 y la de 2000. Asimismo, se ofrece información cuantitativa sobre el mercado laboral de las y los enfermeros, tema que ha sido poco tratado en la literatura en México, y se efectúa un examen del proceso de feminización de la profesión médica.

En la primera sección de este texto se resume la información de estudios anteriores sobre la situación laboral de las y los médicos y las y los enfermeros. En la siguiente sección se describe la metodología y los datos que se utilizan para desarrollar el estudio; a continuación se ofrece un resumen de la situación del mercado laboral de las y los médicos y las y los enfermeros en México. En las posteriores secciones se define la distribución por educación, empleo, ingresos y horas laboradas para ambos grupos ocupacionales.

### La evolución del mercado laboral del personal médico y de enfermería en México

En 1999 las instituciones públicas para no asegurados contaban con 59 200 médicas y médicos, y 80 154 enfermeras y enfermeros. En las instituciones de la seguridad social las y los médicos sumaban 75 959, mientras que la cifra de enfermeras y enfermeros ascendía 104 110. En tanto, en el sector privado trabajaban 27 501 médicas y médicos, y 29 365 enfermeros y enfermeras (SSA, 2001).

Desde la década de los setenta, el mercado del trabajo médico ha presentado serios desequilibrios. El incremento en las escuelas de medicina así como en la matrícula provocó que la distribución de los recursos entrara en un profundo desequilibrio. La matrícula en la carrera de medicina pasó de 28 mil estudiantes en 1970 a 77 474 en 1980; en cuanto al número de escuelas de medicina, en el mismo periodo se crearon 10 instituciones más. Entre 1970 y 1990, la cantidad de médicas y médicos por cada 100 mil habitantes pasó de 72 a 194, lo cual representó un crecimiento de casi 300% (Frenk *et al.*, 1995).

En este contexto se generó una mayor concentración de personal médico en las zonas urbanas, así como un crecimiento del subempleo y desempleo de los egresados de las escuelas y facultades de medicina. Frente a esta situación, se han impulsado políticas dirigidas a frenar tanto la cantidad de alumnos hacia las escuelas y facultades de medicina como la creación de más centros escolares que impartan esta carrera. Así, se logró que la matrícula total disminuyera de 1979 a 1983: de 76 867 a 76 424 estudiantes. A pesar de estos ajustes, los problemas surgidos en la década de los setenta repercuten en la actualidad en el mercado del trabajo médico. Algunos aspectos paralelos que afectan a este patrón son: la feminización del empleo médico (Frenk *et al.*, 1991), la mala distribución regional (Nigenda, 1997) y la concentración de ciertas especialidades.

Los desequilibrios en el empleo médico están fuertemente relacionados con la feminización del

mercado laboral. En la actualidad, la mitad de los estudiantes de medicina son mujeres; sin embargo, para el año 2000 sólo 46 % de las mujeres médicas trabajaba de tiempo completo en el sector salud. El 11% de ellas laboraba menos de 20 horas a la semana y una de cada tres estaba de desempleada o inactiva. Esta circunstancia puede tener profundas repercusiones en la distribución de los servicios de salud a través de una disminución en la oferta del personal médico así como de las horas de trabajo (Frenk *et al.*, 1999; Knaul *et al.*, 2000). Asimismo, la creciente participación de las mujeres en la profesión médica puede provocar un desequilibrio mayor en la distribución geográfica de los profesionales de la medicina, pues las mujeres médicas tienden a trabajar menos en las zonas rurales que los hombres médicos (Harrison, 1998).

Acerca de la historia de la condición laboral y educativa de las y los enfermeros existe una menor cantidad de estudios publicados. Empero, vale la pena destacar que la enfermería ha sido un grupo que permanentemente ha buscado elevar su nivel de instrucción. Desde 1975, cuando se creó la primera carrera de enfermería con grado de licenciatura en la UNAM, se han graduado miles de enfermeras que compiten por los espacios laborales. Otro aspecto interesante de la enfermería es la función que desempeñan en la producción de los servicios de salud. De ser una ocupación absolutamente supeditada al trabajo médico, la enfermería hoy día ha ganado espacios de reconocimiento y prestigio en las instituciones. A ello se suma que, a diferencia de las y los médicos, las y los enfermeros constituyen un gremio mucho más consolidado e interconectado en la búsqueda de su superación como conjunto.

La distribución del personal de enfermería entre las instituciones de salud muestra que los mexicanos que no están asegurados –quienes representan alrededor de 50% de la población nacional–, cuentan con menos personal de enfermería que los derechohabientes. Del total de enfermeras y enfermeros, en-

tre 60 y 70% se ubica en las instituciones de seguridad social (SSA, 2001).

### Datos y metodología

Para el desarrollo de este estudio se utilizó la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) de 1990 y 2000, realizada por el INEGI y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. La ENEU constituye una fuente especialmente rica de información cuantitativa sobre el mercado laboral. Esta encuesta se lleva a cabo trimestralmente y para este análisis se utilizó la muestra del segundo trimestre de 1990 y del 2000. La ENEU de 1990 se llevó a cabo en 16 áreas metropolitanas, que incluían 76 municipios: la ENEU del 2000 cubrió el mismo número de áreas metropolitanas pero abarcó a 96 municipios.

En 1990 se realizaron encuestas en más de 120 mil hogares; se contó con una muestra de 962 enfermeras y enfermeros, y 793 médicas y médicos. En el año 2000 la encuesta se levantó en más de 300 mil hogares; con una muestra de 2 694 enfermeras y enfermeros, y 1 892 médicas y médicos. La razón para utilizar esta base radica en la posibilidad de analizar grupos ocupacionales específicos; en este caso, la medicina y la enfermería, pues la codificación de educación a cinco dígitos –empleada en este estudio– permite separar esas ocupaciones.

Para fines de este documento se considera a médica o médico titulado a quien haya terminado los seis años de la carrera de medicina, incluyendo un año de internado y otro de servicio social. Se establece esta condición con el propósito de identificar el patrón de trabajo de sólo aquellas profesionales que tienen la capacidad formal de practicar la medicina.<sup>1</sup> Asimismo, se considera personal de enfermería a aquella persona que hubiera terminado sus estudios en esta carrera en cualquiera de sus tres niveles: técnico, licenciatura o maestría.

<sup>1</sup> Debe entenderse entonces que no se consideraron ni a los estudiantes ni a aquellos que no terminaron la licenciatura de medicina.

Se incluyeron como enfermeras y enfermeros por ocupación a aquellas personas cuya labor se codifica como “enfermería” o “enfermería humana”; asimismo, como médicas y médicos a los que realizan una actividad médica. Además, se catalogan como personas que trabajan como medicas, médicos enfermeras, o enfermeros, a aquellas graduadas en la carrera que se desempeñen en las siguientes actividades: funcionarios públicos en instituciones de salud, y maestros en centros educativos de cualquier nivel.<sup>2</sup>

Para el desarrollo del análisis, la muestra se limitó a las personas que tenían entre 24 y 64 años de edad para el personal médico, y 16 a 64 años para el de enfermería,<sup>3</sup> con exclusión de los estudiantes y los retirados. De esta forma, se pudo observar el comportamiento laboral sólo de los egresados. Frenk *et al.*, (1980) hicieron la distinción entre estudiantes y egresados de medicina enfatizando que los grupos se comportan de manera diferente.

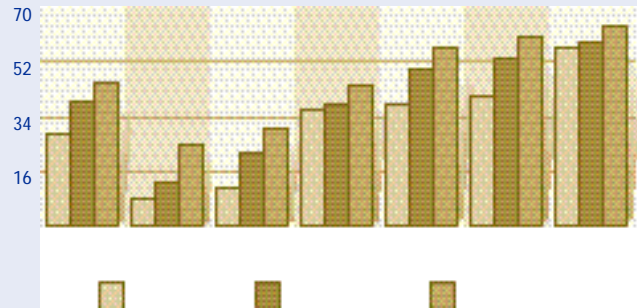
Por otro lado, debido a que la feminización de la carrera de medicina es un fenómeno reciente, se realizó un enfoque por grupos de edad. Así, es posible comparar generaciones antes y después de que las mujeres conformaran una proporción importante en la profesión médica.

Se aplicó la metodología desarrollada por Frenk *et al.* (1991, 1995 y 1999) para describir y analizar el empleo, el desempleo y la inactividad entre las y los médicos. La inactividad laboral implica que la/el médico o la/el enfermero no está trabajando ni buscando trabajo. El desempleo del personal médico y de enfermería se refiere a los individuos que son económicamente activos, pues buscan trabajo activamente, aunque no se estén laborando. El subempleo cualitativo o desocupación es aquel estado en que las y los médicos o las y los enfermeros no se emplean en el sector salud, el subempleo cuantitativo ocurre cuando el profesional de medicina o de enfermería

<sup>2</sup> Los códigos para estas ocupaciones, según la ENEU de 2000, son: 1130 medicina, 1131 enfermería, 1220 enfermería humana.

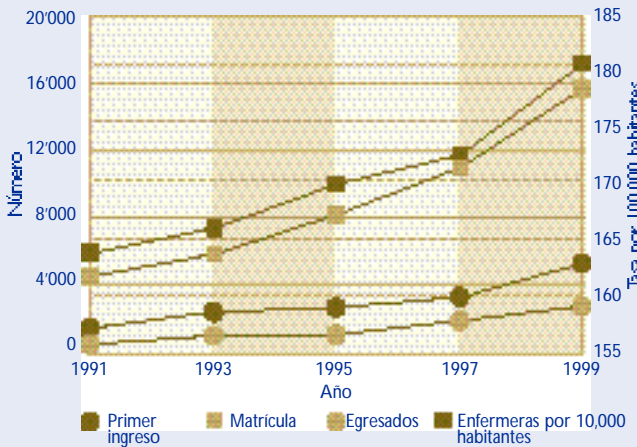
<sup>3</sup> Se decidió incluir a las personas de 16 años, debido a que en 1990 existía la carrera técnica de enfermería cuyo requisito sólo era la educación primaria.

**Figura 1.** Incremento en la participación de las mujeres en el área de la salud



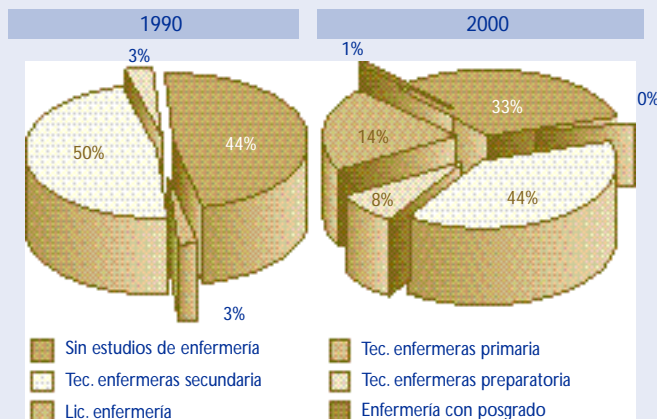
FUENTE: Anuarios Estadísticos de la ANUIES, 2000

**Figura 2.** Evolución de la licenciatura en enfermería y la oferta de enfermeras, México 1990-1999



FUENTE: ANUIES, 1991-2000 y Anexo Estadístico del Informe Presidencial 2000.

**Figura 3.** Personal empleado en enfermería con o sin formación en el campo



FUENTE: INEGI, 2o. trimestre 1990 y 2000

atiende a pocos pacientes o trabaja pocas horas al día. En este documento definimos como subempleo cuantitativo al hecho de laborar menos de 20 horas a la semana en el ámbito de la medicina.

### Educación

En los últimos 30 años, las mexicanas han pasado de representar 17% de la matrícula en la educación superior, a conformar 47%. De especial importancia es la participación de la mujer entre los estudiantes de la salud: de 28 % en 1970 pasó a ser casi 60% en el año 2000 (figura 1). Uno de los aspectos relevantes en este cambio fue la creciente proporción de mujeres en la profesión médica (Knaul *et al.*, 2000). Para el año 1999, las mujeres representaron 50% de los egresados de la carrera de medicina (ANUIES, 1970-2000).

En el año 2000, conforme a la ENEU, había 201 037 médicas y médicos titulados, de entre 24 y 64 años de edad, en las principales zonas urbanas. Esto indica un aumento de 22% con respecto a 1990.<sup>4</sup> La distribución por género se ha mantenido en 40% en los últimos 10 años. Por otro lado, mientras en el grupo de edad de 24 a 39 las mujeres representan la mitad de los profesionales de la medicina; en el grupo de 40 a 64 años constituyen sólo 29%. En 1990, en el grupo más joven las mujeres representaban 44%, y 33% en la generación de 40 a 64 años.

Cuando se analiza el patrón por especialidad o posgrado, se puede apreciar que tanto para 1990 como para 2000 la tendencia es similar. Entre las y los médicos con especialidad, las mujeres alcanzan cerca de 35%. Se mantiene constante el hecho de que una de cada cuatro médicas y uno de cada dos médicos tienen estudios de posgrado. En este caso hay que resaltar que hay evidencia de que las mujeres tienden a especializarse en áreas como la pediatría o la ginecología. En 1990 sólo 2.6% de las mujeres había hecho especialidades con duración de cuatro años o más, en comparación con 10% de los hombres (Frenk *et al.*, 1999).

<sup>4</sup> Cálculos ponderados.

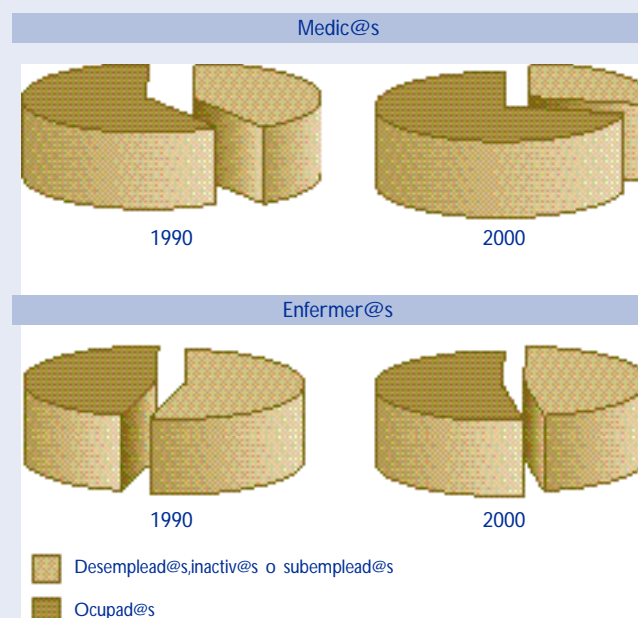
La matrícula y el número de enfermeras y enfermeros por habitante ha aumentado durante los últimos 10 años, según datos del Sistema Nacional de Salud (SSA, 1998, y Presidencia de la República, 2000). En tanto que en 1987 había 151 profesionales de la enfermería por cada mil habitantes; en 2000 esta cifra ascendió a 188 (figura 2). La matrícula de estudiantes de enfermería de nivel licenciatura ha tenido un aumento considerable a partir de 1990, cuando el número de egresados fue de 821. Cinco años después, los egresados fueron 1 117; esta tendencia siguió aumentando, hasta 1999, cuando egresaron 2 656 personas, de las cuales sólo 13% fueron hombres (ANUIES, 1970-2000).

En México, la formación en enfermería se divide en tres niveles: a) el técnico, para el cual se exige haber concluido la educación secundaria y tiene una duración de tres años; b) la licenciatura, para la que se necesita haber terminado el bachillerato y consta de cuatro años, y c) el posgrado y/o especialización, donde se requiere haber terminado el nivel licenciatura.

Una de las características más importantes de la enfermería es la distribución por grado educativo. Las personas tituladas en enfermería se encuentran en su gran mayoría en el nivel auxiliar. Para el año 2000 se estimaba, con datos de la ENEU, que existían 272 888 enfermeras o enfermeros titulados, en comparación con los 165 060 que había en 1990; es probable que este crecimiento continúe en los próximos años. En el 2000, 52% de los estudiantes de enfermería correspondió al nivel técnico y sólo 1% declaró tener algún estudio de posgrado. Sin embargo, se observa que esta situación ha cambiado con respecto a 1990, cuando 56% de las y los enfermeros eran técnicos con antecedentes escolares de educación secundaria e incluso primaria (figura 3).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Se debe aclarar que el catálogo de clasificación de escolaridad empleado en 1990 no incluyó la formación de enfermería a nivel de licenciatura y posgrado, aunque ya existían éstas como tales, y que para el año 2000 dicho catálogo ya no consideró a la enfermería técnica –con el único requisito de la educación primaria–, lo cual complica la comparación.

**Figura 4.** Médic@s y enfermer@s por condición de actividad en el empleo



FUENTE: INEGI, ENEU, 1990 y 2000. Estimaciones propias

**Cuadro 1.** Participación de las mujeres en la formación de médic@s y odontólog@s

Carrera	Primer ingreso 2000		Total de matriculados 2000		Egresados 1999		Titulados 1999	
	Total	% Mujeres	Total	% Mujeres	Total	% Mujeres	Total	% Mujeres
Medicina	15,513	51	69,464	50	9,244	50	7,645	48
Odontología	7,654	63	29,634	64	3,888	66	3,272	64

FUENTE: Anuario Estadístico de la ANUIES, 2000.

**De forma paralela a la falta de servicios de salud se vive un gran desperdicio de recursos humanos, ejemplificado por la inactividad, el desempleo y el subempleo de médicas y médicos**

La distribución por nivel educativo constituye uno de los cambios más relevantes en la enfermería en la última década. Sin embargo, esta profesión aún se caracteriza por tener un bajo nivel de instrucción.

### Patrón de empleo

Una de las paradojas del sector salud es el subempleo y el desempleo de las y los médicos y de las y los enfermeros, lo cual produce y reproduce deficiencias importantes en la calidad de la atención a la salud (figura 4). Existe 28% de médicas y médicos titulados que no trabajan ya sea porque están desempleados o permanecen inactivos, o bien, no se emplean en el sector salud. Esto es reflejo del patrón de empleo que caracteriza a las mujeres, del desequilibrio entre la oferta y la demanda del mercado y, a la vez, del desperdicio parcial de la inversión en educación. Esta cifra de desempleo es aún más alta entre las y los enfermeros: 48%.

Como en la mayoría de las naciones latinoamericanas, en México las mujeres tituladas en medicina han tenido un crecimiento destacable, con grandes implicaciones en la composición por género del empleo médico (Knaul *et al.*, 2000). En 1969 el porcentaje de mujeres dentro de la profesión médica era de 21%; es decir, alrededor de una quinta parte de los profesionistas titulados en medicina. En el año 2000, 50% de los estudiantes matriculados y casi 50% de los titulados en medicina eran mujeres (cuadro 1). Además, las mujeres constituían más de 60% de los odontólogos titulados del país.

Los patrones del empleo médico han sufrido cambios en los últimos 10 años. En el caso de los hombres, la condición de pleno empleo ha mejorado (figura 5). En primer lugar, más de tres cuartas partes trabajan de tiempo completo en la actualidad en el sector salud, en comparación con 64% en 1990; en segundo término, el subempleo se redujo a casi la mitad, pues mientras que en 1990 uno de cada cinco médicos desempeñaba una ocupación distinta a la medicina (subempleo cualitativo), en el 2000 sólo

uno de cada 10 estaba en esa condición. Por otro lado, el porcentaje de los médicos que laboraba menos de 20 horas a la semana se redujo a una tercera parte, y en la actualidad sólo lo hace 2%. Aun con esta mejoría, hay que resaltar que el subempleo y desempleo son factores que prevalecen entre los hombres médicos.

Uno de los principales elementos que caracterizan la participación laboral de las mujeres en la medicina es la diferencia entre egresar de la formación universitaria y encontrar acomodo en el mercado laboral. Para el año 2000, sólo 51% de las mujeres médicas laboraba de tiempo completo en el sector salud; 7% lo hacía menos de 20 horas a la semana y una de cada tres estaba desempleada o inactiva.

En comparación con los hombres médicos, las mujeres tienen tasas de inactividad y desempleo cerca de cuatro veces más altas, debido a la carga desigual entre hombres y mujeres que representan las actividades no remuneradas en el hogar (Harrison, 1998).

En tanto que la situación laboral de los médicos experimentó mejorías, esto no sucedió con la misma velocidad en las mujeres. El porcentaje de médicas que trabajan de tiempo completo en el sector salud se incrementó de 32% a 51% y las tasas de inactividad y desempleo aumentaron de 27 a 32% entre 1990 y 2000. El subempleo cuantitativo se mantuvo constante y el subempleo cualitativo disminuyó de 34% a 10% (figura 5). Entre las ocupaciones alternativas más relevantes seleccionadas por las mujeres estuvieron: profesoras de preparatoria, secundaria o primaria, empleadas en establecimientos comerciales y secretarías.

Finalmente, una de las características fundamentales del mercado médico es el subempleo cuantitativo, representado por menos horas laboradas. Las mujeres en el año 2000 le dedicaron semanalmente 36 horas en promedio a la práctica médica; cinco horas menos que los hombres. Este patrón podría tener implicaciones relevantes en términos de productividad para las mujeres y para el cálculo de la oferta

global de médicas y médicos, pues se reduce el número de pacientes que atienden.

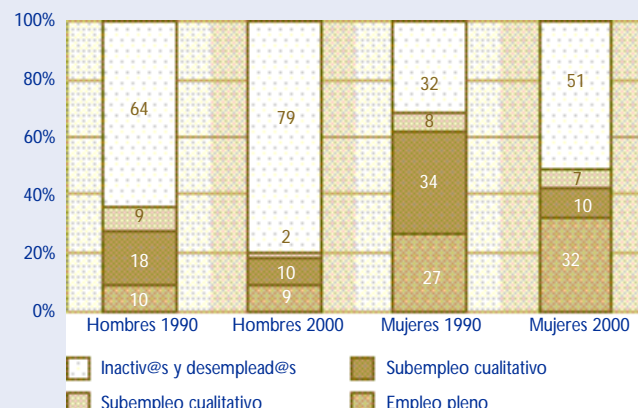
El patrón de empleo de las y los enfermeros presenta disparidades notables. Se caracteriza sobre todo por individuos con un nivel bajo de capacitación, así como con altas tasas de inactividad, desempleo y subempleo. En 1990, 44% del personal de enfermería no contaba con estudios (figura 6). Para el año 2000 esta situación había mejorado, aunque las tasas aún son altas. El 33% de las personas que reportaron ocuparse en actividades de enfermería no tenían estudios técnicos ni de licenciatura en enfermería. De ellas, más de la mitad no realizó estudios de ninguna carrera técnica o superior.

Entre las personas con educación completa, se observan patrones de empleo con muchas disparidades (cuadro 2). Para el año 2000, sólo 50% de aquellas con estudios de enfermería estaban ocupadas en el sector salud. La enfermería es una ocupación claramente feminizada, donde más de 90% son mujeres y la tercera parte está inactiva y desempleada. En forma similar, el desempleo cualitativo afecta a un gran porcentaje de las personas capacitadas en enfermería, pues 15% están empleadas en otra actividad. Esto supone que la mitad de las y los enfermeros que concluyeron sus estudios técnicos o superiores en esta área de estudio no están ocupados en el ámbito para el cual se prepararon. Tal situación provoca importantes desequilibrios en este mercado.

Los cambios ocurridos en los últimos 10 años en el campo de la enfermería muestran una tendencia positiva: mientras que en 1990 alrededor de 41% de las personas formadas como enfermeras o enfermeros estaban contratadas por el sector salud; en la actualidad 50% lo está de tiempo completo. El subempleo cualitativo y la tasa de inactividad y desempleo se mantuvieron altos pero relativamente constantes (figura 7).

Hay una gran variedad de actividades fuera del sector salud que son desempeñadas por 18% de las y los enfermeros titulados. Entre las de mayor importancia figuran: despachadoras de dependientes

**Figura 5.** Evolución de la condición laboral en medicina

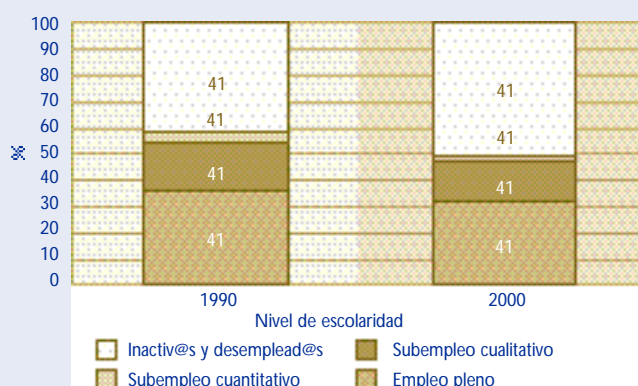


**Figura 6.** Distribución de las personas ocupadas como enfermer@s por tener o no estudios de enfermería



FUENTE: INEGI. ENEU 2º Trimestre.

**Figura 7.** Evolución del empleo del personal de enfermería, 1990-2000



**Cuadro 2.** Patrón de empleo del personal de enfermería por nivel educativo, 2000

	Inactiv@s y desemplead@s	Subempleo cualitativo	Subempleo cuantitativo	Empleo pleno
Técnica Secundaria	34.11	15.52	2.38	47.98
Preparatoria	33.05	13.98	0.45	52.53
Licenciatura	28.12	14.41	0.45	57.02
Maestría	21.79	4.17	7.23	66.81
Tod@s	32.66	15.11	1.74	50.49

FUENTE: ENEU, 2000.

**Cuadro 3.** Ingreso promedio por hora y mensual de los medic@s por ocupaci@n\*\*, 2000

	Ingreso por hora			Ingreso mensual promedio		
	Todos	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer
Ocupados como medic@s	52.65 (36.06)	56.4 (56.36)	44.6 (28.74)	9034 (7057.6)	10042 (7849.6)	6834 (4127.0)
No ocupados como medic@s	40.2 (58.26)	41.8 (67.07)	37.7 (41.45)	7220 (10630.6)	7993 (12588.1)	6015 (3695.2)

FUENTE: Segundo trimestre 2000, Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU). INEGI.

\* Desviación estándar entre paréntesis

\*\* no ocupados como medic@s incluye solo aquellos que tienen un ingreso positivo

\*\* Sólo personas tituladas de medicina

**Cuadro 4.** Ingreso promedio por hora y mensual de l@s medic@s por grupo de edad

ENEU 2do trimestre. México 2000\*\*

Edad	Ingreso por hora	Ingreso mensual
16-29	19.61 (11.39)	3323 (1821.0)
30-39	28.0 (13.86)	4660 (2237.7)
40-49	30.9 (14.77)	5155 (2376.2)
50-64	28.4 (14.07)	4801 (2415.2)
Total	26.4 (14.22)	4418 (2297.6)
	Ingreso por hora	Ingreso mensual
Técnica	25.24 (13.81)	4225 (2164.8)
Licenciatura	28.79 (14.67)	4824 (2526.6)
Maestría	34.5 (16.27)	5399 (2334.4)

FUENTE: Segundo trimestre 2000, Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU). INEGI.

\* Desviación estándar en paréntesis

\*\* Se incluyen sólo aquellos que tienen un ingreso positivo y son médicos practicantes

\*\* Sólo personas tituladas de medicina

de comercio (20%), secretarías (5%), agentes, representantes, distribuidores y proveedoras de ventas (5%) y vendedoras ambulantes, fonderas y trabajadoras en servicios domésticos.

Cuando se analiza la distribución de los patrones de empleo por edad, resulta que en el grupo de 30 a 45 años es donde el subempleo, el desempleo y la inactividad son menores, en comparación con el grupo de 16 a 29 años y de 46 a 64 años. Entre las y los enfermeros más jóvenes se ha detectado que la proporción de las personas que laboran menos de 20 horas a la semana es seis veces más alta que en el grupo de edad intermedia.

En el caso del patrón de empleo por nivel educativo, las y los enfermeros con mayor grado de instrucción padecen menores tasas de subempleo, desempleo o inactividad. Mientras 14% de las y los enfermeros técnicos laboran en otra ocupación que no es la suya (subempleo cualitativo), sólo 4% de las y los enfermeros con especialidad vive en esa situación. Sucede lo mismo en el caso del desempleo e inactividad, donde se ubica 33% de las y los enfermeros técnicos, en tanto que sólo 22% del personal de enfermería con posgrado cae en este renglón (cuadro 2)

## Ingresos

Con datos de la ENEU, se estima que el ingreso por hora promedio de los profesionales de la medicina que laboran en el sector salud es de 52.7 pesos; es decir, 10% más alto que el de aquellos que no desempeñan su profesión médica.

La desigualdad en los ingresos entre las médicas y los médicos es un factor que se debe destacar. En general, tanto el subempleo cuantitativo y cualitativo como las diferencias en recursos educativos influyen en el rango salarial. Para el 2000, las mujeres tenían en promedio un salario menor por hora que los hombres; en este caso únicamente se considera a las y los médicos que practican la medicina. En ese año el médico hombre ganaba 56.4 pesos en promedio

por hora y las mujeres médicas, 44.6 pesos. Esta situación se repite en el ingreso mensual, que es de 10 042 pesos en promedio para los hombres y de 6 834 pesos para las mujeres (cuadro 3).

Al analizar la distribución de ingresos según la estructura de edad, se observa que hay una relación positiva entre el nivel de ingresos y la edad. Esto se debe posiblemente al factor de la experiencia y la antigüedad en el trabajo, así como a la menor cantidad de horas laboradas. En general, las y los médicos de mayor edad (de entre 50 y 64 años) duplican el ingreso que reciben, tanto mensualmente como por hora, de las y los médicos más jóvenes. En cuanto a la distribución por género, el grupo de hombres de entre 24 y 29 años tiene ingresos sólo 3.5% más altos que el de las mujeres. Sin embargo, si se compara la generación de 40 a 49 años de edad, la diferencia salarial mensual entre hombres y mujeres es de 41%. En general, la diferencia en el ingreso promedio por hora no es muy grande. Este contraste sugiere que quizá las mujeres perciban un ingreso mensual menor, a pesar de tener ingresos por hora similares, debido a que se emplean menos horas que su contraparte masculina.

Otro factor relevante en el esquema salarial es la distribución del ingreso en relación con el nivel educativo. La especialización en la profesión médica es un factor destacado en la determinación de sus ingresos y su estructura laboral. Las mujeres se encuentran subrepresentadas en el grupo que cursa un nivel educativo de posgrado; ésta es una razón de que obtengan menores ingresos y se ubiquen en su generalidad como asalariadas.

Cuando se examina el ingreso promedio por nivel educativo, se percibe que en promedio las y los médicos que tienen un posgrado obtienen 20% más ingresos que quienes son médicas o médicos generales. En el caso del nivel licenciatura, los hombres perciben ingresos 14% más altos que las mujeres; en tanto, en el grado de especialidad los hombres tienen ingresos superiores en 30%. A la vez, una mujer con especialidad recibe ingresos 20% más altos que una

sin especialidad. El retorno por educación en los hombres es mucho mayor. Un médico con posgrado gana 30% más que uno general.

Para el año 2000, el personal de enfermería obtenía ingresos en promedio de 26.4 pesos por hora y 4 418 pesos mensualmente (cuadro 4). Aquellas personas que se ocupan en actividades relacionadas con la enfermería ganan en promedio 10% más que las que no se ocupan en el sector salud. El ingreso aumenta con el nivel educativo. Mientras los técnicos en enfermería perciben 25.2 pesos en promedio por hora, los que cuentan con estudios de licenciatura alcanzan los 28.8 pesos, y aquellos con una especialización ganan 34.5 pesos.

## Conclusiones

La evolución del mercado de trabajo médico en las últimas tres décadas ha estado caracterizada por la insuficiencia de médicas y médicos en las zonas rurales, y altas tasas de desempleo y subempleo en las ciudades.

Los elementos aquí explorados demuestran que existen implicaciones en la oferta laboral médica. Estas características engloban una subutilización de los recursos humanos, lo cual reduce las oportunidades de los profesionales de la medicina y expresa la urgente necesidad de mejorar esta situación. La población mexicana requiere de una mejor atención médica que le proporcione condiciones de salud más favorables.

El desequilibrio de los mercados de trabajo en el área de la salud hace evidente la necesidad de generar políticas que permitan la utilización plena de los recursos humanos y la correcta formación de los profesionales de la medicina y la enfermería. En este punto vale la pena señalar la importancia de la regulación de la oferta de las y los médicos, de acuerdo con una estrategia de planificación que incluya a los actores tanto públicos como privados interesados. Asimismo, debe incentivarse la participación femenina en condiciones de equidad, de acuerdo con sus

necesidades de incorporación. En general, las mujeres tienden a sacrificar su remuneración debido a que dedican menos tiempo a su jornada laboral. De hecho, los mecanismos de discriminación laboral tienden a expulsar a las mujeres del mercado de trabajo o a delimitar las áreas donde se pueden desempeñar. A fin de reducir el desperdicio de los recursos humanos es esencial generar espacios y políticas que apliquen una perspectiva de género a los derechos laborales (guarderías, licencias) y que permitan a la mujer trabajadora combinar sus múltiples papeles.

Muchas de las deficiencias en la prestación de servicios de salud en México son reflejo de la falta de recursos humanos y materiales, en especial los que atienden a los grupos más vulnerables de la población. Encontrar y definir los desequilibrios de este mercado es fundamental en la planeación de estrategias y políticas a seguir en el futuro.

## Bibliografía

- Aguilar AM (1998) *La feminización de la profesión médica y sus implicaciones en la oferta y la productividad*. México, CIDE, tesis.
- ANUIES (1970-2000) *Anuario estadístico de profesiones*. México, D. F.
- CASESalud (2002) *Recursos humanos en los servicios de salud: una perspectiva de género*. México, Serie Síntesis Ejecutivas, FUNSAUD.
- Frenk J (1987) Mexico faces the challenge. *World Health*, 20-23 de abril.
- Frenk J, Alagon J, Nigenda G *et al.* (1991) Patterns of medical employment: a survey of imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health* 81, pp. 23-29.
- Frenk J, Durán-Arenas L, Querol-Vinagre J, García C, Vázquez D (1995) Los médicos en México: 1970-1990. *Salud Pública Mex* 37, pp. 19-30.
- Frenk J, Hernández H, Álvarez KL (1980) El mercado del trabajo médico. *Gac Med Mex* 116(4), pp. 187-195.
- Frenk J, Knaul FM, Vázquez-Segovia LA, Nigenda G (1999) Trends in medical employment: persistent imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health* 89, pp. 1054-1058.
- Harrison ME (1998) Female physicians in Mexico: migration and mobility in the life course. *Social Science Medicine* 47, pp. 455-468.
- INEGI (1990) *Encuesta Nacional de Empleo Urbano*. Aguascalientes, México, INEGI.
- INEGI (2000) *Encuesta Nacional de Empleo Urbano*. Aguascalientes, México, INEGI.
- Knaul F, Frenk J, Aguilar AM (2000) The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labor supply. *J Am Med Womens Assoc* 55(1).
- Nigenda G (1997) The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment. *Health Policy* 39(2), pp. 107-122.
- Nigenda G, Knaul F (2003) Participación de las mujeres en la provisión de servicios de salud en México: los retos del futuro. En: *Género y salud*. México, Programa Mujer y Salud, SSA.
- Presidencia de la República (2000) *Sexto Informe Presidencial. Anexo estadístico*. México.
- SSA (1998) *Boletín de Información Estadística* 18(1).
- SSA (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, SSA.
- Valdés T, Gomáriz, E (coords.) (1995) *Mujeres latinoamericanas en cifras: tomo comparativo*. Santiago, Chile, Flacso.
- Zurn P, Poz MD, Stilwell B, Adams O (2002) *Imbalances in the health workforce. Briefing paper*. Ginebra, OMS.