

Introducción

Las instituciones de educación superior (IES), públicas y privadas, definen de manera poco coordinada –y sin mayor planificación– sus políticas referidas a la formación de médicos, incluyendo los contenidos y prácticas de formación y, por ende, el perfil de los egresados. El mercado de trabajo en salud, por su parte, cuenta con una lógica propia que no necesariamente coincide con las políticas de las IES, aun cuando el mayor empleador de médicos es el sector público. En teoría, esto último debería facilitar el acuerdo entre las instituciones formadoras de recursos humanos y las prestadoras de servicios de salud.

Los resultados de este distanciamiento son la persistencia o agravamiento de viejos problemas de disponibilidad, estructura y composición de la fuerza de trabajo médica, a los que de manera previsible se sumarán otras dificultades –en caso de que no haya una intervención que venga a regular y planificar– derivadas de la situación sanitaria actual (transformación del perfil epidemiológico y demográfico de la población, enfermedades emergentes y reemergentes, etcétera), de los cambios en curso del sistema de salud mexicano (nuevos modelos de atención y de aseguramiento, programas de mejoría de la calidad, gestión más autónoma, entre otros) o de las modificaciones en la regulación laboral, acción que es de orden superior para el sector salud.

En relación con la distribución, para el 2001 la SSA y el IMSS tenían contratados 117 496 médicos, ci-

fra que correspondía a 82.3% del total de médicos que laboraban en el sector público, lo que refleja una elevada concentración del empleo en estas dos instituciones. Sin embargo, las variaciones en el número de médicos contratados manifiestan un comportamiento un tanto errático; algunos analistas juzgan que en lo que respecta a las instituciones públicas y de seguridad social, las nuevas contrataciones han estado restringidas durante los últimos años. En tanto, más estudiantes de medicina concluyen sus estudios: durante el periodo de 1995 a 2000 egresaron de las escuelas del país 50 885 nuevos médicos (datos de la ANUIES, 1996 a 2000).

Diversas preguntas surgen alrededor de lo expuesto: ¿Quiénes deben ser los actores fundamentales en la definición del número de médicos a formar?, ¿quiénes deben regular la práctica de las escuelas y facultades de medicina?, ¿es posible conciliar el comportamiento del mercado –caracterizado en la actualidad por la demanda de médicos especialistas, el desempleo de médicos generales y el deterioro de la calidad del empleo–¹ frente a las necesidades del sistema de salud?

De ninguna manera se pretende en este capítulo dar respuestas acabadas a las interrogantes antes expuestas. El propósito es aportar un conjunto de elementos y reflexiones para la discusión, y proponer varias recomendaciones de políticas, algunas de ellas planteadas hace más de 10 años por estudiosos del tema y que, a pesar del tiempo transcurrido, mantienen una paradójica vigencia.

Sin el apoyo de la representación en México de la Organización Panamericana de la Salud, este trabajo no hubiera sido posible. El acceso y uso de la información contenida en Datos básicos de recursos humanos en el sector salud (*Core Data*) México fue de gran utilidad para sustentar la parte cuantitativa de este capítulo. También se agradece la participación de Yetzi Rosales en la actualización estadística.

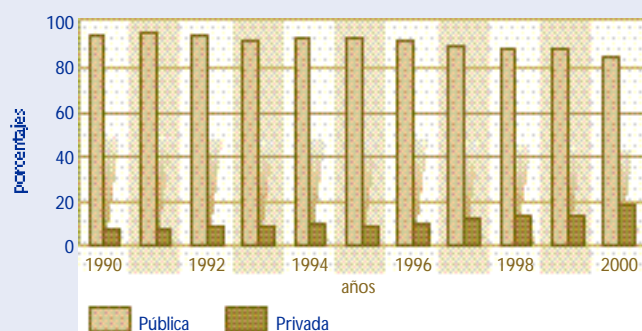
¹ Se refiere a la falta de beneficios sociales ligados a la contratación (pensión, seguros, etcétera), nuevas modalidades de contratación (por ejemplo, por hora o a través de agencias) e incentivos laborales.

Cuadro 1. Tasa de crecimiento anual de la matrícula nacional en medicina, 1990-2001

Año	Matrícula nacional	Tasa de crecimiento anual
1990	57 667	-4.72
1991	56 472	-2.07
1992	57 315	1.49
1993	55 591	-3.01
1994	56 946	2.44
1995	58 122	2.02
1996	59 645	2.55
1997	57 767	-3.25
1998	62 063	6.92
1999	64 594	3.91
2000	69 464	4.0

FUENTE: ANUIES. *Anuarios estadísticos*, 1990 a 2000**Cuadro 2.** Participación del sector público en la matrícula nacional en medicina

Año	Matrícula nacional	Matrícula pública	%	Matrícula privada	%
1990	57 667	53 667	93.0	4 230	7.0
1991	56 472	52 312	92.6	4 160	7.4
1992	57 315	52 943	92.3	4 372	7.7
1993	55 591	50 760	91.3	4 831	8.7
1994	56 946	51 611	90.6	5 335	9.4
1995	58 122	52 779	90.8	5 343	9.2
1996	59 645	53 545	89.7	6 100	10.3
1997	57 767	50 545	87.4	6 847	12.6
1998	62 063	53 488	86.1	8 572	13.9
1999	64 594	55 547	85.9	9 047	14.1
2000	69 464	57 404	82.6	12 060	17.4

FUENTE: ANUIES. *Anuarios estadísticos*, 1990 a 2000.**FIGURA 1.** Participación pública y privada en la matrícula nacional de medicina, 1990-2000

Matrícula de licenciatura en medicina

A escala nacional, la matrícula en la carrera de medicina aumentó 13 163 alumnos en el periodo de 1990 a 2001, es decir, un promedio de 1 197 estudiantes al año. La tasa de crecimiento anual muestra un comportamiento irregular, con variaciones marcadas: en 1992 aumentó 1.49%, luego de varios años de disminución; en 1993 volvió a decrecer en -3.01%, seguido por un periodo de tres años de crecimiento continuo; nueva vuelta a la disminución en 1997 y a continuación otros tres años de incremento anual de la matrícula, hasta el año 2000, cuando alcanzó 4.0% (cuadro 1).

Resulta difícil encontrar una lógica en el comportamiento de la matrícula o un rastro que revele que sus variaciones han respondido a un proceso de planificación de las diversas instituciones involucradas directa o indirectamente en esta área, a saber: las secretarías de Educación Pública y de Salud, las instituciones de educación superior, los colegios y las academias nacionales de medicina y de cirugía, entre las más relevantes.

Si se incorporan al análisis algunos otros factores relacionados, como son los socioeconómicos, en donde lo relevante son las crisis económicas recurrentes y el crecimiento de la población en situación de pobreza, la transición demográfica hacia una población cada vez con mayor edad promedio e incremento del número de personas de edad avanzada, la transición epidemiológica experimentada en el perfil de salud dominante, los procesos de reforma del sector salud, la ampliación de los espacios de participación social en salud, el subempleo y el desempleo entre los médicos, la eficiencia terminal de la licenciatura en medicina o las políticas oficiales en el sector salud, se puede sostener la hipótesis de que tampoco estos otros elementos de contexto fueron determinantes del comportamiento de la matrícula.

Pareciera que han sido otros los factores predominantes, sobre todo criterios de política adoptados por cada una de las IES y por las instituciones del sec-

tor salud. También se observan incongruencias entre las políticas educativas oficiales con respecto a las necesidades de salud de la población, evidenciadas en las limitaciones del gasto público para el sector educativo superior, la inexistencia de coordinación entre las escuelas, la carencia de un plan estratégico para el desarrollo de la enseñanza, el poco impulso a los procesos de acreditación de las escuelas formadoras, además de eventuales predominios de intereses individuales y de grupos académicos en lo que a inversión se refiere.

Los factores mencionados son válidos para la matrícula y su distribución entre los ámbitos público y privado, aunque con matices diferentes, pues en este último el crecimiento de la matrícula se sostuvo a lo largo de la década pasada, con lo que prácticamente se triplicó de 1990 a 2000 (cuadro 2 y figura 1). Entonces, no resulta desatinado pensar que para 2012 alrededor de 30% de los estudiantes de medicina será formado por las instituciones privadas. Desde un enfoque pragmático, esa posibilidad no debe ser vista a priori de modo negativo, pero un problema para la formación y la práctica médica se puede presentar si la oferta educativa del sector privado en salud no avanza mejor acoplada de como lo ha hecho hasta el momento, con los criterios de regulación, supervisión y certificación que tomen en cuenta los intereses y las necesidades específicas del sector.

Escuelas de medicina y algo más sobre la matrícula

El número de escuelas de medicina existentes en el país difiere según la fuente que proporcione el dato y encierra enigmas sobre las consideraciones hechas para contabilizarlas como tal. La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina reportó en 1990 que existían 58 escuelas, para 1998 la cifra dada fue de 63, y para 1999 se contabilizaron 72. De esta manera, en los primeros ocho años del periodo señalado hubo sólo cinco nuevas escuelas, mientras

que en sólo un año posterior se crearon nueve. En el segundo semestre del 2001 no se reportaba con claridad cuántas escuelas habían cerrado y cuántas más habían abierto, pero para el mes de octubre se contabilizaron 80 escuelas. Según información proporcionada por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), las escuelas y facultades de medicina pasaron de 58 en 1990 a 74 en 2000; 33.8% de ellas de tipo privado (ANUIES, 2000).

El número de estudiantes por centro docente varía en un rango amplio: desde una matrícula de 3 930 en la Universidad Veracruzana, a una de 55 alumnos en la Universidad Valle de Bravo (Tamaulipas) en 1991; en una comparación, la Universidad Autónoma de Campeche contaba con 310 alumnos en 2000, mientras que la Universidad Autónoma de Guadalajara tenía 3 943 estudiantes en ese mismo año (ANUIES, 1991 y 2000).

Las asimetrías entre las escuelas de medicina se encuentran en casi todos los componentes fundamentales: planta docente, perfil de los alumnos, infraestructura, prestigio social, costos, experiencia, investigación, bibliotecas, aulas, laboratorios, equipos, etcétera. Las diferencias también son notables si se comparan las instituciones privadas con las públicas.

Las escuelas privadas se pueden establecer sin mayor trámite y con escaso control de las instancias normativas en la materia. Dado que abrir una escuela de medicina con el equipamiento mínimo necesario y una planta docente competente requiere de considerables inversiones económicas, se podría pensar que no es un proyecto atractivo para el sector privado. Sin embargo, en contra de esta lógica los datos indican que el número de escuelas privadas va en aumento, situación que se acompaña en algunos casos de dudas y críticas con respecto a la calidad de la enseñanza, las condiciones laborales de la planta docente, la manifiesta austeridad de la infraestructura y la falta de actualización de los programas de estudio.

Con respecto al número y matrícula de las escuelas de medicina, cabe analizar lo acontecido en algu-

Cuadro 3. Cantidad y matrícula de las escuelas de medicina en México en 1992 y 2000

Estados	1992		2000	
	Núm.de escuelas	Matrícula	Núm.de escuelas	Matrícula
Baja California Sur	0	0	0	0
Jalisco	2	9 036	3	7 395
Morelos	1	378	1	450
Puebla	2	8 747	4	3 987
Quintana Roo	0	0	0	0
Sonora	0	0	0	0
Tlaxcala	0	0	1	371
Veracruz	5	3 531	6	2 701

FUENTE: ANUIES. *Anuarios estadísticos*, 1992 y 2000.**Cuadro 4.** Número de egresados y de titulados de la carrera de medicina en México, 1990-2001

Año	Total nacional de egresados	Total nacional de titulados
1990	6 990	3 638
1991	6 926	6 898
1992	7 126	6 054
1993	7 241	5 858
1994	5 686	5 756
1995	7 293	6 048
1996	8 609	6 626
1997	7 702	5 187
1998	8 273	5 968
1999	9 244	7 645
2000	9 764	7 992
2001	9 081	6 299
Total	93 935	73 969

FUENTE: ANUIES. *Anuarios estadísticos*, 1990 a 2001.

Resulta difícil encontrar una lógica en el comportamiento de la matrícula de la carrera de medicina o un rastro que revele que sus variaciones han respondido a un proceso de planificación

nas regiones del país en los últimos años. En el estado de Puebla la matrícula pasó de 8 747 alumnos en 1992 a 3 987 en 2000, lo que significó una disminución de 4 760 estudiantes, aunque de forma paradójica el número de centros escolares de esta licenciatura se duplicó durante ese periodo. En Veracruz también descendió la matrícula y aumentó el número de escuelas, mientras que en Sonora, Quintana Roo y Baja California Sur no existían planteles de enseñanza de medicina, y en Tlaxcala se abrió en 1999 el primero de este tipo (cuadro 3).

Una explicación para el caso de Puebla se encuentra en los procesos internos y externos de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), institución de prestigio por su calidad académica y las aportaciones hechas a la investigación en ciencias de la salud, la cual formó a un gran número de médicos originarios de esa entidad y de otras vecinas, como Veracruz y Tlaxcala, principalmente. Sus conflictos políticos fueron una constante durante las décadas de los setenta y los ochenta, por lo que devino en un espacio de concentración y de poder para grupos políticos con variadas ideologías. La matrícula de medicina sufrió efectos directos cuando las autoridades educativas, del nivel federal y estatal, intervinieron abiertamente en la BUAP y, entre otras medidas, limitaron las plazas para los estudiantes poblanos y de otras entidades federativas bajo el argumento de que convenía terminar con la masificación, vista ésta como causa de muchos de los males que padecían las IES. El presupuesto federal técnicamente se suspendió y fue restituido con la condición de que se cumplieran los dictados oficiales; esta acción fue juzgada por algunos sectores universitarios como consecuencia de que la universidad estaba fuera de control y radicalizada políticamente.

Número de egresados y crecimiento de las plazas laborales en el sector salud

Llama la atención el número de egresados de medicina en las últimas década y la cantidad de los que se

titularon; diferencia que alcanza a ser de 17 184 para el periodo de 1990 a 2000. Estos estudiantes concluyeron sus estudios pero no obtuvieron su título ni su cédula profesional, pese a que este último es un requisito para ejercer la práctica médica, por lo que difícilmente pueden desempeñarse en las instituciones públicas; sólo les quedaría la opción de buscar espacios en otros mercados o la práctica ilegal, quizá, en el ámbito privado, por existir controles menos rigurosos para el ejercicio profesional.

Surgen entonces las interrogantes sobre la ocupación actual de esos egresados, los motivos por los cuales no se titularon y los factores explicativos del por qué en ciertos años el índice de titulación es mayor que en otros. El cuadro 4 muestra estas variaciones y revela que, por ejemplo, en 1990 y 1995 se tituló 52% y 83% del total de los egresados, respectivamente, mientras que en 2001 el porcentaje fue de 69.4%. En la literatura sistematizada sobre el tema no se encuentran explicaciones acerca de este asunto particular, que por lo demás suele pasar inadvertido para muchos.

En relación con la contratación de médicos en las distintas instituciones públicas y de seguridad social, encontramos que para el periodo de 1990 a 2001 el mayor crecimiento se registró en la SSA, dependencia que duplicó la cifra para alcanzar la cantidad de 56 113 en 2001. En ese año, superó por segunda ocasión en la historia al IMSS (régimen ordinario) en el número de médicos contratados; hasta antes del 2000 aquella institución había mantenido el liderazgo en ese rubro. Por su parte, Petróleos Mexicanos (Pemex) manifestó un decremento de poco más de 800 médicos en nómina; los restantes organismos aumentaron en esos 12 años la cantidad de médicos contratados en los siguientes porcentajes: IMSS, 29%; IMSS Solidaridad, 33.2%; ISSSTE, 16.6 % (cuadro 5).

En la segunda mitad de la década de los noventa llaman la atención los notables crecimientos en el número de médicos contratados por la SSA en 1997 y 2000, que fueron de 21% y 7.3%, con respecto al año anterior, en contraste con los restantes años

cuando ni siquiera se alcanzó 3% de aumento en la nómina médica. En ambos casos, la explicación se encuentra en el programa de ampliación de la cobertura, que se inició justamente en 1997 y en que en el 2000 se llevó a cabo un importante plan de *basificación*, término usado para denominar la contratación permanente de personal que laboraba en condiciones de temporalidad

En un análisis simplista, se pudiera colegir que las plazas generadas entre 1990 y 2001 resultaron insuficientes, luego de compararlas con el número de titulados en ese periodo. En total se contrataron 54 247 médicos frente a 73 969 estudiantes titulados, lo que significó una diferencia de 19 722, sin que se pueda afirmar que estos últimos se sumaron a las filas de los desempleados o subempleados, o que todos ellos laboren en el sector privado corporativo o de la práctica individual. Si se parte del supuesto de que no existe un solo médico desempleado y que la diferencia anotada fue absorbida por el sector privado, implicaría un crecimiento promedio anual de 1 643 médicos en dicho ámbito, lo cual no corresponde con las tendencias históricas dominantes ni con los reportes oficiales.

De acuerdo con la información publicada por la SSA, el número de médicos en el sector privado ha fluctuado enormemente: en 1991 se reportaron 10 868 y para 1993 la cifra fue de 46 163; dos años después llegaban a 58 724, en 1998 eran 17 604 y para el 2001 la cantidad se incrementó de nuevo, a 39 170. Es difícil interpretar la caída que hubo en 1998 y, sin considerarla, se observa una tendencia ascendente en el número de médicos contratados durante esa década. Uno de los datos que cuestiona por sí solo las fuentes o los criterios adoptados, es que para 1999 se contabilizaron 62 951 médicos, es decir, un aumento de 45 347 de un año a otro (SSA, 1991 a 2001).

Todo lo anterior permite afirmar que no se cuenta con un registro confiable sobre el número de médicos que ejercen de manera privada en México y que más complejo aún resulta saber con

Cuadro 5. Médicos incorporados a las instituciones del sector, 1990-2001

Año	Institución						Total
	SSA	IMSS Solidaridad	IMSS	ISSSTE	Pemex	Otras*	
1990	25 940	3 703	39 646	12 975	3 204	3 862	89 330
1991	27 715	4 253	43 130	13 646	3 511	+5 716	97 971
1992	29 529	4 615	43 754	14 002	3 051	8 403	103 354
1993	31 065	4 825	44 111	14 226	2 894	10 374	107 495
1994	32 889	5 179	46 151	15 311	2 510	12 289	114 329
1995	36 213	5 385	47 296	15 775	2 364	12 401	119 434
1996	37 620	5 434	47 813	15 945	2 393	13 909	123 114
1997	47 609	5 419	48 658	16 487	2 405	8 453	129 031
1998	49 453	5 500	50 017	16 948	2 403	8 510	132 831
1999	50 309	5 541	50 764	17 309	2 355	8 881	135 159
2000	54 293	5 541	53 473	17 886	2 386	7 050	140 629
2001	56 113	5 541	55 842	15 574	2 392	7 303	142 765

*Públicas y de seguridad social.

FUENTE: SSA. Boletín de información estadística. Recursos y servicios, 1990 a 2001

Cuadro 6. Médicos especialistas certificados y no certificados, 1996, 1998, 2000

Año	% de médicos especialistas certificados	% de médicos especialistas no certificadas	Total de médicos especialistas
1996	60.6	39.4	70 000
1998	64.0	36.0	80 000
2000	70.0	30.0	85 000

FUENTE: CNNCEM. Relación de consejos de especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados. México, 1996, 1998, 2000.

Se carece de un registro confiable sobre el número de médicos que ejercen de manera privada en México, y más complejo aún resulta saber con exactitud dónde se encuentran

exactitud dónde se encuentran. Otro problema es el multiempleo entre los médicos, el cual no es fácil de estimar a través de las cifras disponibles, pero que se acepta como una realidad del sistema de salud mexicano.

La certificación de médicos especialistas frente a los médicos generales

Un aspecto relativamente reciente en el país en cuanto a las características de la fuerza de trabajo médica, es el requisito de certificación y recertificación para acceder a puestos de trabajo; esta condición es más empleada en el sector privado, mientras que en las instituciones públicas y de seguridad social aún no es indispensable para obtener un empleo. En general, se considera que la certificación garantiza mayores competencias de los médicos y, por ende, mejores perspectivas de calidad en la atención. Otra vertiente de la certificación va en el sentido de considerarla como un mecanismo idóneo para que los médicos especialistas actualicen sus conocimientos profesionales de manera periódica.

La certificación se realiza a través de los consejos de cada especialidad médica, los cuales tienen entre sus principales objetivos "establecer los requisitos mínimos para la formación de especialistas" y "certificar a los especialistas que lo soliciten". En términos generales, son organizaciones profesionales con personalidad jurídica propia (asociaciones civiles) pero que formalmente sólo pueden existir con la indispensable aprobación del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CNNCEM) y de la Academia Nacional de Medicina (órganos no gubernamentales). El CNNCEM es responsable de otorgar la idoneidad a un solo consejo por especialidad, por lo cual no puede existir más de uno; asimismo, esta cualidad debe ser refrendada cada cinco años por la Academia Nacional de Medicina.

De acuerdo con la información de este Comité Normativo, el primer consejo de especialistas fue creado en 1963; para el 2000 existía un total de 47

consejos. La cantidad de médicos especialistas certificados registró un incremento considerable en los últimos años: en 1990 fueron 22 399; en 1996 la cifra llegó a 48 424, y para el 2000 se tenían contabilizados 59 064 médicos certificados (CNNCEM, 1990 a 2000). En consecuencia, el número de médicos especialistas sin certificar manifiesta una tendencia sostenida a disminuir (cuadro 6).

Se observan diferencias notables cuando se comparan los datos del CNNCEM con los de la SSA; ello se debe posiblemente a la gran proporción de especialistas que labora en el sector privado. Por ejemplo, en 1996 la SSA registraba en las instituciones públicas y de seguridad social a 38 850 especialistas en contacto con pacientes (31 150 menos que los reportados por el Comité), y en 1998, a 41 915 (38 085 menos que el Comité). Aun sumando a todo el personal médico que la SSA agrupa en la categoría de “en otras labores” y suponiendo que fueran especialistas, la diferencia entre las cifras sigue siendo muy marcada.

Independientemente de su ubicación laboral, el número de médicos especialistas tiene una tendencia ascendente en el país. Resta dilucidar la parte cualitativa de la formación y la certificación de los especialistas, lo que se hace a partir de la evidencia empírica, sin que existan estudios detallados al respecto. Cabe afirmar que la metodología y contenidos de la certificación y de la recertificación son procesos que requieren de la actualización permanente, y en esa medida puede considerárseles perfectibles; además, se deben aplicar de manera rigurosa los criterios adoptados para que realmente contribuyan al propósito de garantizar la calidad en la práctica médica.

Al margen de las cifras diferentes dadas a conocer por las distintas fuentes, se observa un aumento en la proporción de especialistas frente a la de los médicos generales, sin que haya evidencias de que esto responda a las demandas en los servicios de salud. En 1990, los médicos especialistas en contacto con pacientes en las instituciones públicas y de seguri-

dad social sumaron 24 883, mientras que los generales eran 26 311; para 1993 los médicos generales eran superados en 1 195 por los especialistas; en 1999 la diferencia alcanzaba a ser de 7 373: médicos generales, 35 782, frente a 43 155 especialistas. Esta relación debe ser un punto a revisar, si la administración actual de la SSA busca efectivamente darle al primer nivel de atención una prioridad en la conformación del modelo de atención integral que plantea en su programa de trabajo 2001-2006.

La política de la SSA sobre la formación de recursos humanos para el sector salud

Como institución rectora del sector salud, la SSA ha definido en diversas ocasiones las políticas a seguir en materia de desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud. Rebase el marco de este documento hacer un repaso del devenir histórico, por lo que nos limitaremos a resaltar los aspectos que juzgamos como ejes centrales de la política oficial en esta área.

En los últimos siete años, las propuestas de desarrollo sectorial de la salud se han hecho públicas a través de dos grandes programas: el primero fue el Programa de Reforma del Sector Salud (RSS) 1995-2000, elaborado por un gobierno proveniente del Partido Revolucionario Institucional; el segundo corresponde al Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, anunciado por el gobierno emanado del Partido Acción Nacional, que maneja la administración pública desde diciembre de 2000. Esta divergencia se apunta únicamente como un factor a tener presente en la reflexión, en particular si se buscan diferencias de fondo entre ellos.

Los contenidos y las propuestas de ambos programas pueden juzgarse como válidos y convenientes, en lo que se refiere al área de los recursos humanos en salud, si aceptamos que los objetivos y estrategias enunciados se encaminan a resolver los problemas existentes; el PNS 2001-2006 cuenta con el beneficio de que su etapa de puesta en práctica aún no concluye (cuadro 7).

Cuadro 7. Objetivos con respecto a los recursos humanos del sector salud en los dos últimos programas nacionales de salud

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000	Programa Nacional de Salud 2001-2006
Instrumento	
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.	Estrategia 10. Fortalecimiento de inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.
Problemas / justificaciones	
Para la consecución de los objetivos es necesario que toda acción se acompañe de la preparación y capacitación adecuada y permanente del personal.	En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales hay escasez. Existe una falta de planeación y de coordinación entre las instancias generadoras de recursos, por un lado, y los tomadores de decisiones y prestadores de servicios, por otro.
Políticas	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Planear la formación de recursos humanos de nivel técnico, licenciatura y posgrado. • Regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo. • Coordinar las acciones y estrategias para la instrumentación de los programas de aplicación nacional a través de la actualización de la normatividad. Estrategias declaradas: <ul style="list-style-type: none"> • Promover el establecimiento de convenios de desarrollo de la enseñanza de pregrado, el servicio social y el posgrado en carreras del área de salud. • Consolidar los sistemas de información como recurso indispensable para la planeación de recursos humanos en formación. 	Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Con el fin de elevar la calidad de los recursos humanos para la salud se llevarán a cabo las siguientes actividades: • Generación de un diagnóstico exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud. • Por medio de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y en colaboración con el sector educativo, la instrumentación (sic) de una estrategia para elevar la calidad de la educación de los profesionales de la salud. • Identificación de prioridades en la formación de profesionales de la salud. • A través de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, la promoción de la certificación y recertificación de todas las escuelas y facultades de medicina del país.

FUENTES: SSA. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.
SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El PNS 2001-2006 se centra de manera enfática en los problemas de cantidad y distribución de los recursos humanos, vinculándolos con una insuficiente coordinación entre las instituciones relevantes involucradas (ver en el cuadro 7 la sección *problemas/justificaciones*), lo cual resulta un diagnóstico ampliamente compartido entre los diversos actores del sector salud. También hay que considerar que no es la primera vez que esta característica se menciona, pues en la literatura publicada hace 10 años hay diagnósticos muy similares. Lo mismo sucede con algunas de las estrategias señaladas, como las adjudicadas a la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y, algo más reciente, para el caso de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

En un foro sobre educación médica realizado en junio de 1989, uno de los participantes propuso: “El sistema de planeación en el área de la salud da participación a las instituciones formadoras de recursos humanos. En la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en el área de la salud (*sic*) existe ya un programa diseñado conjuntamente que, partiendo de la detección de los problemas operativos existentes, permite la solución de éstos con la participación de las instituciones de salud y de las educativas. Esta comisión tendrá que considerar sus logros en los próximos años” (Cano, 1990).

Si se evaluara el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa de RSS 1995-2000, los resultados seguramente serían negativos para algunos de ellos. Éste sería el caso de los siguientes: “Planear la formación de recursos humanos de nivel técnico, de licenciatura y posgrado”, y “Regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo” (SSA, 1995).

Respecto del primer objetivo anotado, cabe decir que si la planeación incluye previsión, coordinación, acuerdos, metas cuantitativas y cualitativas y estrategias coordinadas entre los principales actores involu-

crados, se puede asegurar, a la luz de los datos expuestos en apartados anteriores, que poco o nada se avanzó.

En lo que se refiere a la regulación para la apertura de escuelas y de las políticas relacionadas, la evaluación de lo realizado también sería negativa. Los datos evidencian porfiadamente que la variación en el número de escuelas de medicina y en las matrículas no puede ser encuadrada en razón lógica alguna, menos aún en un comportamiento planificado.

Otros elementos para un análisis cabal del contexto y el desarrollo prospectivo de la formación y el mercado médico

Las siguientes interrogantes son formuladas para generar una discusión más allá de los argumentos sostenidos a lo largo del presente trabajo:

¿Cuáles son los principios de planeación de los recursos humanos que se deben usar?, ¿dónde se han encontrado los principales obstáculos vinculados con los fracasos en las políticas de recursos humanos del sector salud?, ¿por qué se repiten de una administración a otra prácticamente los mismos objetivos y las mismas estrategias, en vista de la poca efectividad demostrada?, ¿quiénes son los principales actores en contra del cumplimiento de tan sensatos objetivos?

¿Las pretensiones del actual gobierno de la República incluyen la suficiente voluntad política para llegar a la raíz de los problemas relacionados con los recursos humanos?, ¿se regulará y negociará con oportunidad y tino con los grupos e instituciones (públicas y privadas) que han resultado un obstáculo para el cumplimiento de las objetivos oficiales?, ¿se tomarán en cuenta los estudios bien fundamentados y las recomendaciones de política planteadas desde hace varios años por distintos grupos de expertos?, ¿son realmente innovadoras y prudentes las nuevas políticas oficiales respecto a los recursos humanos?

Recomendaciones de políticas

- a) No esperar la existencia de una coordinación interinstitucional total y ampliada para que las instancias rectoras (SSA, SEP, universidades) avancen en acciones concretas encaminadas a conciliar las tendencias centrifugas de mayor impacto negativo en la formación de médicos en México, tanto en el aspecto cuantitativo como en el cualitativo.
- b) “En la actualidad la profesión médica vive uno de sus momentos más difíciles. Las condiciones por las que atraviesa el país imponen la necesidad de buscar la constitución de un sistema de atención equitativo, cuya calidad garantice la satisfacción de la población. Esta búsqueda no debe dejar de lado la importancia que tiene la formación de médicos que respondan a las necesidades de la población, lo cual debe implicar una regulación tanto de su número como de su tipo, con el fin de integrarlos no sólo a las labores asistenciales, sino también de planeación, de investigación y otras” (Nigenda *et. al.*, 1990).
- c) “La situación actual del trabajo médico debe ser analizada a profundidad. Es necesario responder a interrogantes aún presentes, pues la información derivada de estas investigaciones permitirá conocer a fondo la constitución de la profesión, de tal forma que sea posible regular en el menor tiempo posible la relación entre la oferta de trabajo médico y las necesidades poblacionales, así como su distribución geográfica, a fin de buscar el equilibrio en la repartición del gasto social en salud” (Nigenda *et. al.*, 1990).
- d) Prever los impactos en el mercado de trabajo que provocará la operación plena de las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES) y las medidas regulatorias necesarias para evitar anarquía en la contratación y pauperización en las condiciones de trabajo.
- e) Concluir la inútil discusión sobre si el rezago se encuentra en las instituciones de salud o en las escuelas de medicina. Se deben establecer estrate-

gias concretas entre ambas instancias y, conjuntamente, con otros sectores. En este sentido, las IES pueden “brindar capacitación para resolver problemas específicos identificados por los servicios de salud, lo cual contribuiría a ver a esa casa de estudios como entidad de respaldo” (OPS, 1994).

- f) Reforzar los aspectos humanistas, éticos, bioéticos y sociales en todas las niveles de la formación de los médicos.
- g) Agregar a la formación de los médicos elementos generales sobre la gestión, las finanzas, los modelos organizacionales y la participación de la comunidad. Las escuelas y facultades de medicina deberán articular iniciativas de trabajo conjunto con otras disciplinas.
- h) Garantizar, a través de una regulación acordada entre los actores interesados, un nivel mínimo en los estándares de educación.
- i) Apoyar técnicamente a los estados descentralizados en la gestión, la administración y capacitación de recursos humanos de acuerdo con los programas definidos a nivel central.

Bibliografía

ANUIES. *Anuarios estadísticos*. México, 1990 a 2000.
Cano F (1990) La educación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de

México. En: Cardaci D, González, D (comp.). *Las profesiones en México*, núm. 3, Medicina. México, UAM, pp. 45-48.

CNNCEM. *Relación de consejos de especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados*. México: 1990, 1993, 1996, 1998, 2000.

Nigenda G, Frenk J, Vázquez L, Ramírez C, Galván O (1990) Distribución y utilización del personal médico. Problemas vinculados con la demanda educativa y empleo médico en México. En: Cardaci D, González D (comp.). *Las profesiones en México*, núm.3. Medicina. México, UAM, pp. 97-106.

Nigenda G, Ruiz JA (1999) Decentralization of human resources and the health systems in Mexico. *Human Resources for Health Development Journal*3(2) mayo-agosto.

Nigenda G, Ruiz JA (2001) Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México. *Revista Médica de Chile* 129, pp. 1343-1350.

OPS (1994) *Recursos humanos y sistemas locales de salud*. Washington, D. C., Serie Desarrollo de Recursos Humanos núm. 99, p. 19.

Ruiz JA, Nigenda G (2002) *¿Cuántos médicos hay en México, qué hacen y dónde están?* Síntesis ejecutiva. México, CASESalud, FUNSALUD.

Ruiz JA, Nigenda G (2002) Políticas sobre recursos humanos del sector salud en México. México, mimeo, noviembre.

SSA (1991 a 2000) *Boletín de información estadística. Recursos y servicios*. México, vol. I.

SSA (1995) *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México.

SSA (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México.

SSA (2002) Consejo Nacional de Salud. Informe a la XXII Reunión Ordinaria. México, octubre.