

# **Reporte trabajo de compilación y análisis de información cualitativa sobre recursos humanos para la salud en México.**

## **Proyecto OCDE**

**Gustavo Nigenda<sup>1</sup>, Emanuel Orózco<sup>2</sup>, José Arturo Ruiz<sup>2</sup>**

### **Introducción**

Como parte de la iniciativa de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico para sistematizar y homogeneizar información entre sus países miembros y para informar la macroeficiencia en el uso de los recursos, en el presente documento se sintetizan datos cualitativos sobre recursos humanos del sector salud en México.

El texto se divide en cuatro secciones. La primera se enfoca a las siguientes cuestiones: los principales aspectos de la educación, donde se incluye las denominaciones de las carreras de medicina y enfermería, las especialidades y los años de duración de estudios profesionales.

En el segundo capítulo se tratan los mecanismos para el suministro de recursos humanos de acuerdo a la demanda de la población, se exponen tópicos más detallados sobre la planeación de la fuerza de trabajo en salud, los métodos de planeación, los instrumentos usados para el caso de los médicos y las enfermeras, las proyecciones de recursos humanos, la distribución geográfica del personal, las políticas para la renovación o suplencia de los recursos humanos incluyendo políticas de retención y el factor migratorio. Por su parte en la tercera sección, dedicada a la eficiencia microeconómica del sistema de salud, se aborda lo relacionado con las estructuras de remuneraciones a los médicos y las enfermeras, las diferencias de ingresos entre médicos generales y especialistas ubicados en servicios ambulatorios y hospitalarios, los mecanismos de financiamiento en la estructura de incentivos, la práctica dual del personal. Se concluye con datos sobre la combinación de habilidades entre médicos y enfermeras particularizando la situación al nivel de atención primaria.

En el último apartado se trata, de manera muy sintética, lo vinculado con las reformas del sector salud y su impacto en los recursos humanos.

### **Metodología**

El estudio completo se dividió en información cuantitativa y cualitativa, comprendiendo diversos tópicos coincidentes en ambos tratamientos de la

---

<sup>1</sup> Director del Centro de Análisis Social y Económico de la Fundación Mexicana para la Salud

<sup>2</sup> Investigador Funsalud

<sup>2</sup> Investigador Funsalud

información. Para la recopilación y ordenamiento de la información se entregaron a cada representación de los países involucrados, formatos homogéneos (junto con un detallado instructivo) con la finalidad de garantizar la comparabilidad puntual de la información entre los países. Como se podrá ver en este documento, algunos datos no se desarrollan con mayor amplitud dadas las limitaciones de los formatos o debido a la carencia de información en México sobre diversos tópicos comprendidos en el estudio.

Para el caso de la información cualitativa, se recurrió a estudios ya realizados que contienen información resultante investigaciones específicas sobre los temas de interés, también se realizaron entrevistas a tomadores de decisiones que ocupan áreas importantes relacionadas con la planeación y la contratación de recursos humanos en las principales instituciones del sector salud.

## **I. Aspectos generales de la formación de recursos humanos**

La denominación en México para las personas que han concluido sus estudios de medicina es médico. En promedio la licenciatura dura 6 años. El servicio social es obligatorio por ley con una duración de medio año a un año.

Para llegar a ser médico especialista, hay que realizar adicionalmente estudios de posgrado durante un promedio de 5 años, con un mínimo de dos y un máximo de 9.

En el caso de las enfermeras, se pueden realizar estudios para ser enfermeras especialistas (2 a 3 años), con licenciatura (5 años), con nivel de bachillerato (3 años) o auxiliares de enfermería (2 años).

Otros aspecto importante se refiere a las escuelas de medicina y enfermería en México, las cuales cuentan con una flexibilidad normativa que hace posible su creación y/o desaparición sin mayores trámites. En el caso de medicina pueden ser respaldadas por otra universidad nacional, por el gobierno estatal o la Secretaría de Educación Pública (SEP). Sus egresados obtienen el certificado expedido por cada institución de educación superior y las cédulas profesionales son otorgadas por la SEP.

En el caso de las escuelas y facultades de enfermería la diversidad es enorme: existe 514 planes de estudios que comprenden niveles desde al básico (pos primaria) hasta el posgrado. Las autorizaciones para su funcionamiento también emanan de distintas instancias oficiales a nivel federal y estatal.

## **II. Mecanismos para el suministro de recursos humanos de acuerdo a la demanda**

### **II.1 Planeación de la fuerza de trabajo en salud**

Dentro de las instituciones de salud en México, no existe una planeación estricta sobre recursos humanos debido, principalmente, a una falta de coordinación interinstitucional dentro del sector salud y entre el mismo y las instituciones de educación superior

En un futuro inmediato se requerirá planear el crecimiento de la oferta de recursos humanos de acuerdo a la transición demográfica y al margen de criterios políticos, así como regular la oferta en la formación de especialidades; por ejemplo: desalentar las especialidades de ginecobstetras y pediatras y fomentar nuevos especialistas en geriatría y angiología, por ejemplo.

También es urgente regular el otorgamiento de permisos a las escuelas y facultades de medicina y enfermería, con base en criterios académicos y de acuerdo a la transición demográfica.

En México las principales agencias que se encargan de la planeación en la fuerza de trabajo en el sector salud, son en orden de importancia:

- La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (creada a iniciativa de la Secretaría de Salud en le primer lustro de los años ochenta. Desde su constitución es explícita su autonomía, aunque en la práctica es regulada por la misma institución que la creó).

- La Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, las secretarías de salud de los estados, las instituciones de educación superior, la SEP, y las asociaciones de escuelas y facultades de medicina y enfermería, y las organizaciones gremiales de médicos y de enfermeras (colegios, academias).

En teoría, la función de las instancias anotadas se pueden resumir de la siguiente manera: regular la formación de médicos y enfermeras, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos.

La responsabilidad de planeación de los recursos humanos se encuentra en la SS y en la Comisión interinstitucional. La participación de los gobiernos locales o estatales es prácticamente nula.

No existe una instancia única que determine o influya de manera notable en la planeación de recursos humanos. En la práctica existen acciones centrifugas por parte de las diversas instancias especializadas.

Por su parte, las asociaciones profesionales ejercen presión política en la definición de estrategias de planeación, así como en la actualización por medio de certificación de los profesionales de la salud

En la práctica, la planeación de los recursos humanos para la salud se realiza parcialmente por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, la cual congrega a representantes del más alto nivel de diversas instituciones tanto del sector educativo como del sector salud. Algunas otras organizaciones (uniones o asociaciones) son involucradas en la planeación pero no tienen un poder real para hacerlo. La Comisión Interinstitucional es una instancia que podría asumir el papel de la planeación coordinando esfuerzos con algunas universidades y algunas instituciones de salud. Sin embargo, no ha sido posible de concretar.

## **II. 2 Métodos de planeación de la fuerza de trabajo**

No hay incentivos económicos y/o financieros para atraer personal a áreas rurales. Algunos gobiernos estatales identifican y establecen sus propios mecanismos para regular la fuente y la demanda de recursos humanos, así como para promover una mejor distribución geográfica.

También hay que tomar en cuenta que existe un proceso de envejecimiento en la mano de obra médica. Por otra parte, hay que considerar que la feminización de la mano de obra es importante, pero no es una consecuencia de un proceso de planeación. Además, la escasez de recursos humanos está normalmente presente en áreas rurales y es la consecuencia de una ausencia de mecanismos que animen una mejor distribución de recursos humanos.

En la actualidad hay una tentativa para establecer parámetros competitivos respecto al entrenamiento de recursos humanos así como la ampliación de la participación de agencias gubernamentales, de asociaciones profesionales y de eruditos en la planeación y en la distribución de recursos humanos. También destaca un acoplamiento más fuerte entre varias agencias que apoyan el proceso de planeación.

A partir de enero de 1998, la inercia producida por la carencia de coordinación dentro del sector de la salud y con las instituciones de educación se mantiene. Este hecho ha impedido en décadas recientes la generación de resultados acertados en la planeación de los recursos humanos.

En los programas oficiales del sector salud (1995-2000 y 2001-2006) ha destacado la necesidad de planear los recursos humanos para la salud, sin embargo, la carencia de intereses comunes entre los agentes implicados ha bloqueado las acciones propuestas.

### **II.3 Instrumentos de planeación**

Entre las instancias que se han mencionado su influencia directa es relativa en las políticas de planeación. En general las agencias implicadas en el proceso sugieren que se establezcan criterios más exactos en cuanto al número de espacios a generar para la formación de nuevos médicos y enfermeras, que podrían ser cumplidos.

Como tal, no hay autoridad central que regule las posiciones disponibles en las escuelas de medicina y de enfermería. Cada escuela determina su propio número de posiciones según su infraestructura y recursos disponibles. Hay que considerar, también que existe una heterogeneidad enorme de los estándares de calidad de las escuelas.

En cuanto a la distribución geográfica de los recursos humanos, la autoridad actualmente responsable es la Comisión Interinstitucional. Esta es la que produce recomendaciones con respecto a la distribución de varias categorías de personal de la salud. Las agencias no prohíben la práctica en ciertas áreas sino animan la distribución del personal con la extensión de la cobertura (y el empleo de personal) en las poblaciones pobres.

En cuanto a la ampliación de la planta laboral y el pago a los empleados, es la Secretaría de Hacienda quien establece y controla el gasto en todas las agencias gubernamentales, incluyendo a la Secretaría de Salud. Más que tener una estrategia definida, los techos del presupuesto son los que determinan la cantidad de recursos humanos que pueden ser empleados y ser remunerados.

### **II.4 Proyecciones**

Existe una separación entre la necesidad de los recursos humanos y las cantidades proyectadas. En el informe reciente de la SSA sobre *Rendición de cuentas*, es posible observar la desigual distribución de los médicos por estados. La distribución geográfica es altamente desigual. Además, en algunas áreas de la medicina hay notables carencias de recursos humanos, por ejemplo en geriatría y en especialidades relacionadas con el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas y de sus complicaciones.

### **II.5 Limitaciones geográficas**

En las regiones sur, suroeste y noroeste es particularmente escasa la presencia de profesionales de salud. El promedio nacional es 1.13 médico por 1,000 habitantes. En doce estados hay menos de un médico por 1000 habitantes. Los estados con dos o más médicos por 1.000 habitantes están en las áreas centrales y del norte.

En regiones más pobres los ingresos son alrededor de \$100 dólares E.E.U.U. por mes. Es de población rural que practica agricultura de subsistencia y cuya producción está en una etapa crítica (como es el caso del café); en algunas regiones se trata de poblaciones indígenas. Geográficamente, son zonas montañosas con diversos factores climatológicos que crean problemas de acceso en algunas estaciones del año.

Para fomentar que médicos y enfermeras se trasladen a los lugares de mayor marginación, los programas de expansión de cobertura han incorporado mecanismos para pagar ingresos adicionales y en el año 2000 se ofrecieron plazas permanentes. El ejemplo más reciente es el del PAC que incrementó montos salariales en categorías como TAPS, enfermeras, médicos y odontólogos. Antes de otorgarles la plaza de trabajo definitiva, el desempeño del personal era reconocido por las autoridades locales y las comunidades beneficiadas. En fechas posteriores no se tiene un estudio ni indicadores al respecto.

Durante su desempeño como personal especial y temporal del PAC, los conflictos se presentaron entre el personal sindicalizado que exigía las mismas compensaciones económicas. El argumento de las autoridades para justificar diferencias de ingresos se basaba precisamente en las condiciones precarias y de distancia en que se realizaban las labores (por ejemplo, el personal del Programa generalmente permanecía 20 días al mes en comunidades alejadas y recorridos ininterrumpidos, regresaba a las capitales de los estados unos días para capacitarse y otros para descansar).

## **II.6 Políticas sobre recursos humanos**

Uno de los problemas principales es el comportamiento del libre mercado de trabajo. No se pueden identificar políticas actuales que en el corto plazo se orienten para promover una mejor distribución geográfica e intersectorial de los recursos humanos en salud.

Por ejemplo, en las zonas urbanas el problema del desempleo y subempleo de los médicos y las enfermeras no ha sido atendido con políticas oficiales de corto y mediano plazo. Las mujeres que trabajan en el sector salud, particularmente las médicas, tienen un nivel más alto de desempleo comparado con los hombres.

Respecto al envejecimiento de la mano de obra en el sector, actualmente existen varias iniciativas para estudiar la posibilidad de aumentar la edad del retiro en instituciones públicas de salud. Con esto, se planea conceder ventajas sociales apropiadas al retiro. Sin embargo, muchos trabajadores prefieren seguir siendo activos antes de optar por la jubilación, debido, en gran parte, a los bajos montos de las pensiones.

### III. Eficiencia microeconómica del sistema de salud

#### III.1 Tasas de productividad

En los contratos colectivos del sector salud se menciona la productividad, en algunos casos premiada con un bono (como en la SSA), sin especificar qué se entiende por ella y cómo se mide. Lo anterior generalmente se establece en negociaciones cuasi secretas entre los dirigentes sindicales y los empleadores.

Todas las instituciones públicas y de seguridad social reportan anualmente sus indicadores de productividad, fundamentalmente concentrados en el número de consultas médicas por día.

Indicadores sobre actividades (1999)

Indicadores	Instituciones			
	SSA	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Consulta diaria por médico	6.1	11.6	5.8	8.9
Consulta por médico general	9.4	16.2	10.5	10.0
Consulta por médico especialista	1.7	3.6	2.5	5.9
Consulta por odontólogo	3.8	10.1	5.2	9.1
Consultas generales por consultorio (General)	15.5	44.9	26.4	29.8

Fuente: Secretaría de Salud; *Boletín de información estadística* No.19, Vol I, México 2001

#### III.2 Aspectos cualitativos de las condiciones de trabajo

##### **Principales condiciones de trabajo que influyen en la calidad y el funcionamiento del servicio y la disposición para permanecer en alguna institución, en los médicos generales, especialistas y enfermeras**

En el sector público, dentro de las instituciones de seguridad social (SS; IMSS; ISSSTE, PEMEX) las condiciones de trabajo que influyen en la calidad y en los servicios son, en general, las siguientes: excesiva carga de trabajo para médicos y enfermeras en contacto con el paciente, limitaciones de recursos materiales, inadecuado abasto de medicamentos y bajos incentivos por capacitación y actualización profesional.

Respecto al sector privado no existen datos confiables ni constantes, tampoco estudios generales que permitan documentar los asuntos relacionados con el presente apartado.

La disposición para mantenerse en las instituciones públicas y de seguridad social, por parte de los médicos y de las enfermeras, es muy alta. Esa actitud

responde a las expectativas de jubilación y de pensiones, además de que, en el caso del IMSS (el principal empleador del sector en México) las prestaciones económicas y laborales contenidas en el Contrato Colectivo de Trabajo son superiores a las del resto de instituciones públicas y privadas del sector salud.

### Principales asociaciones, gremios o sindicatos

**Sindicatos.** Los sindicatos dentro del sector salud aglutinan en el mismo gremio a las enfermeras, los médicos y demás personal de salud. En México no existen sindicatos por categorías o por especialidades. A continuación se resume información sobre los mismos en orden de importancia política y numérica.

Sindicatos	Negociaciones colectivas	No. aprox afiliados	Derecho a huelga
Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud	Condiciones Generales de Trabajo	200,000	NO
Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social	Contrato Colectivo de Trabajo	235,000	Si
Sindicato de Trabajadores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Condiciones Generales de Trabajo	65,000	NO
Sindicato Mexicano de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana	Contrato Colectivo de Trabajo	11,000*	SI
Privados*	contratos colectivos de trabajo		SI

\* Se considera sólo a los trabajadores del área médica, ya que Petróleos Mexicanos cuenta con cerca de 150,000 mil trabajadores.

\*\* No existen fuentes confiables que indiquen la cantidad de contratos colectivos existentes en el subsistema privado, ni el número de trabajadores de la salud sindicalizados.

Fuente: Ruiz, JA, *Notas sobre condiciones de trabajo en el sector salud*, mimeo, 2001

**Consejos de especialidades médicas.** El primer Consejo de Especialistas fue creado en 1963. Los Consejos 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 gremiales con personalidad jurídica propia (asociaciones civiles), pero que formalmente sólo pueden existir con la previa aprobación de la Academia Nacional de Medicina (órgano no gubernamental) y del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

### Consejos de especialidades médicas, 1990 - 2000

Año	No. de Consejos de Especialidad
1990	42
1993	43
1996	44
1998	44
2000	47

Fuente: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, *Relación de Consejos de Especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados*, México, 1990, 1993, 1996, 1998, 2000.

**Colegios.** Se conforman principalmente por especialidad y generalmente cuentan con personalidad jurídica propia, en la modalidad de Asociación Civil. Su peso en las condiciones de trabajo o remuneraciones profesionales de sus agremiados es nulo. La cantidad de Colegios varía constantemente sin permitir tener cifras exactas.

Los colegios son la única figura de representación profesional colectiva reconocida por la Ley General de Profesiones. Dicha ley les impide una participación política y durante años se restringieron a cuestiones técnicas y de capacitación en el campo de la salud. Recientemente han empezado a llevar a cabo otras actividades académicas y de asesoría legal a sus agremiados.

#### **Algunas evidencias sobre el nivel de satisfacción laboral, incentivos para abandonar el trabajo o la profesión**

No existen investigaciones que aporten evidencias al respecto. De manera general, en las instituciones de seguridad social se presentan una mayor estabilidad y generación de antigüedad en el empleo, no necesariamente ligada a un alto nivel de satisfacción laboral.

En el sector privado la movilidad laboral de un empleo a otros es mayor, dadas las desventajosas condiciones laborales, por ejemplo en cuanto a salarios, jornadas de trabajo y prestaciones.

#### **Grado de incapacidades, daños relacionados al trabajo y otros indicadores de las condiciones laborales**

No hay evidencias al respecto. En los contratos colectivos y en las condiciones generales de trabajo, generalmente se incluyen prestaciones extras al personal que se desempeña en áreas de riesgo para su salud. Las compensaciones van desde bonos económicos mensuales hasta menores jornadas de trabajo y mayores periodos de descanso.

### III. 3 Estructura de remuneración para los médicos y las enfermeras

**Proporción de médicos que son remunerados dividiendo entre médicos generales y especialistas, o los que trabajen en el nivel primario, secundario o terciario, y si es público o privado. Lo mismo aplica para el caso de las enfermeras.**

Las remuneraciones económicas exactas para los médicos y enfermeras, en general, son difíciles de conocer de manera oficial. Los escalafones y los convenios de trabajo bilaterales son de acceso demasiado restringido. En México existe una fuerte tradición fomentada por los sindicatos oficiales cooperativizados al Partido Revolucionario Institucional, que durante sus más de 70 años de gobierno logró desvirtuar la cultura laboral, entre ello la transparencia de los ingresos económicos, sobre todo lo relacionado con los trabajadores al servicio del Estado.

Algo similar sucede en el sector privado, donde las partes empleadora y sindical llegan a ocultar la información sobre las remuneraciones reales y actualizadas de los médicos y de las enfermeras. De no existir organización sindical, es aún más complejo obtener dicha información.

#### **Remuneraciones, salarios y otros beneficios económicos para los trabajadores de la Secretaría de Salud y del IMSS**

SSA 1998-2001	IMSS 1999-2001
Salarios: en el CCT no se especifica el monto	Salarios: en el CCT no se especifica el monto
Vacaciones: 50% sobre su sueldo, correspondientes a los días de vacaciones	Vacaciones: 25% sobre su sueldo, correspondientes a los días de vacaciones. Con 1 año de antigüedad se pagan 23 días hasta llegar a 31 con 5 años.
Aguinaldo anual: 40 días de sueldo libre de descuentos.	Aguinaldo anual: 90 días de sueldo libre de descuentos.
Antigüedad: por cada 5 años de servicio una prima como complemento de salario. A partir de los 20 años hasta los 50 se otorga vales de despensa que van de 90 (por una sola vez) a 330 dólares USD.	Antigüedad: a partir de los 5 años se otorgan 60 días de sueldo por año cumplido. Cada año se incrementa hasta llegar a los 40 de antigüedad y pago de 270 días de sueldo.
Gratificaciones: por estudios o investigaciones de utilidad para la institución.*	
Estímulos económicos: por asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo.*	Estímulos económicos por puntualidad: 2 días de aguinaldo por cada 10 días de puntualidad
Vales de despensa por productividad.*	Vales de despensa: al mes 40 dólares USD.
Día de madres: 12 días de salario	

mínimo en efectivo.	
Días económicos*	Días económicos: hasta 3 días de permiso con goce de salario.
	Ayuda para gastos de escrituración: hasta el 8% del préstamo hipotecario
	Ayuda pago renta casa habitación: se otorgan 40 dólares USD mensuales.
	Sobresueldos a médicos, estomatólogos y cirujanos faciales: del 15 al 20% del salario tabular. Enfermeras: puede llegar al 30% del salario tabular
	Tiempo extraordinario: la jornada extra se paga al 110% más. Al rebasar nueve horas a la semana el pago es de 200% la hora.

\* No se especifican montos

Fuentes: Trejo, B. Ruiz, JA, *Datos básicos de recursos humanos en el sector salud (Core Data) México*, OPS, 2001  
*Condiciones Generales de Trabajo 1998-2001*, SSA – SNTS, México, 1998.  
*Contrato Colectivo de Trabajo 1999-2001*, IMSS – SNTSS, México, 1999.

**Capitación** (pago por paciente registrado, cubriendo todo o algún servicio acordado)

En el sector privado, particularmente entre los seguros médicos particulares, se ha introducido la modalidad de pago capitado, principalmente en el servicio de primer nivel de atención. Aunque no existen estudios al respecto, algunos testimonios aislados permiten afirmar que el pago es bajo y a cambio se obtiene mayor cantidad de pacientes/consultas.

Existen médicos con más de una forma de remuneración, (la mayoría de ellos hombres) que generalmente tienen más de un empleo, aunque es imposible documentar sus ingresos reales. Las formas de remuneración son diferentes ya que en una institución pública se salario está determinado por una contratación colectiva, en el sector privado las formas de pago varían desde un ingreso mensual fijo, hasta el pago per cápita.

En la práctica privada de la medicina los médicos sí pueden fijar el monto de sus honorarios, lo que resulta imposible en las instituciones públicas.

A los médicos que ejercen “por su cuenta” les paga directamente el paciente o una empresa aseguradora. Son pocos los casos en donde el pago se realiza por parte de alguna institución de seguridad social, excepto cuando existe una subrogación del servicio, lo cual se da principalmente en zonas geográficas sin capacidad instalada por parte de dichas instituciones.

Por otra parte, en la esfera privada no existen estudios ni evidencias de que los médicos reciban determinadas cantidades por prescribir los medicamentos, aunque es posible encontrar de manera muy extendida la venta de medicamentos por parte de los médicos. Dentro del sector público esta práctica no existe de manera generalizada, es muy esporádica; la persona que lo hiciera estaría sujeta a un proceso penal.

### **III.7 Combinación de habilidades**

#### **Políticas en últimos 5 años para mejorar la proporción de médicos y enfermeras o médicos generales y especialistas. Prever evidencia de su efectividad**

Específicamente sobre la proporción entre médicos y enfermeras y médicos generales y especialistas, en los últimos cinco años no ha existido una política explícita para modificar las tendencias en la proporción histórica. En los últimos años se ha planteado entre algunos actores del sector salud (la Academia Nacional de Medicina o los colegios de especialistas y algunas escuelas de medicina), la necesidad de desalentar la amplia demanda de los médicos por especializarse -sobre todo en ginecobstetricia y en pediatría- e impulsar más la figura del médico general y/o familiar.

#### **Número de médicos por enfermera de los últimos 10 años**

	1991	2000
Médicos	97,921	140,629
Enfermeras	141,404	190,335

#### **Capacidad de las enfermeras**

No existen evidencias, ni estudios específicos, para poder afirmar los niveles de competencia de las enfermeras para prescribir medicamentos, realizar cobros a pacientes y referir pacientes con los especialistas

### **III.8 Periodo de prácticas**

El porcentaje de los médicos practicantes en 1986 fue del 10% y en 1993 llegó al 13%. Al respecto no hay estudios ni evidencias sobre políticas específicas que respalden tal situación.

Específicamente sobre la proporción entre los doctores y las enfermeras y los internistas y los especialistas, en los pasados cinco años no ha habido política explícita para modificar tendencias históricas. En los últimos años, algunos actores (de la Academia Nacional de Medicina, de Sociedades de los

Especialistas y de Escuelas Médicas) han precisado la necesidad de reducción en especialistas, particularmente ginecobstetricia y pediatría, así dar más énfasis al papel del internista.

#### **IV. Reformas en el sector salud y su impacto en los recursos humanos**

##### *Programa de reforma del sector salud 1995 - 2000*

Ambicioso proyecto que entre sus principales objetivos se encontraba la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para llegar a los 10 millones de mexicanos sin acceso, que se estimaba existían en 1995.

Otro de sus objetivos medulares fue concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud (iniciado en 1984 y suspendido durante el periodo 1988-1994) a todas las entidades federativas. Lo anterior se dio por finiquitado en el año de 1999 cuando se terminaron las transferencias de recursos humanos, recursos materiales e infraestructura de los servicios a los estados. Los acuerdos de descentralización implicaron trasladar a los estados 6 mil 132 millones de pesos junto con 7,400 inmuebles y 103 mil trabajadores.

##### *Programa nacional de salud 2001 -2006*

Se le considera como la estrategia central para definir una etapa más en el largo proceso de reforma del sector salud. Contiene 10 líneas de acción que son el centro del Programa. A saber: vincular la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes, cruzada por la calidad de los servicios, protección financiera en salud, construir un federalismo cooperativo en salud, fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, impulsar un Modelo Integrado de Atención a la Salud, ampliar la participación ciudadana y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

A continuación, se presenta un cuadro que resume la política general formulada para los recursos humanos en salud, dentro de los dos programas oficiales ya mencionados.

#### **Los recursos humanos en los programas de reforma del sector salud en México, 1995 - 2006**

	<i>Programa Reforma Sector Salud 1995-2000</i>	<i>Plan Nacional de Salud 2001-2006</i>
<i>Instrumento</i>	Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.	Estrategia 10. Fortalecimiento de inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.
<i>Problemas / justificaciones</i>	Para la consecución de los objetivos es necesario que toda	En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema

	<p>acción se acompañe de la preparación y capacitación adecuada y permanente del personal.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<i>Políticas</i>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear la formación de recursos humanos de nivel técnico, licenciatura y posgrado</li> <li>• Regular la apertura de escuelas del área de la salud, así como las políticas de matrícula en función del mercado de trabajo.</li> <li>• Coordinar las acciones y estrategias para la instrumentación de los programas de aplicación nacional a través de la actualización de la normatividad.</li> </ul> <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el establecimiento de convenios de desarrollo de la enseñanza de pregrado, el servicio social y el posgrado en carreras del área de salud.</li> <li>• Consolidar los sistemas de información como recurso indispensable para la planeación de recursos humanos en formación.</li> </ul>	<p>Objetivos:</p> <p>Con el fin de elevar la calidad de los recursos humanos para la salud se llevarán a cabo las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generación de un diagnóstico exhaustivo sobre la calidad de la educación de los profesionales de la salud.</li> <li>• 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.</li> <li>• Identificación de prioridades en la formación de profesionales de la salud.</li> <li>• 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.</li> </ul>

Fuentes:

Ruiz, J.A., Nigenda, G, "La formación de médicos y el mercado de trabajo en México", en *El Caleidoscopio de la salud*. Funsalud, en prensa  
 Secretaría de Salud, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.  
 Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006.

## **Recursos humanos involucrados y el nivel de habilidades requerido**

Además de las políticas explícitas sobre los recursos humanos, contenidas en los programas referidos, no existen estudios ni información sistematizada sobre el perfil de los tomadores de decisiones de alto nivel en el proceso de reforma.

De manera operativa, los recursos humanos obviamente han participado en el impulso de las reformas, aun cuando no fueran consultados. Son ejecutores pasivos y no siempre convencidos de los rumbos de las reformas, en ocasiones porque se afectan las inercias burocráticas o porque se les exige más sin variar las condiciones de trabajo ni las remuneraciones económicas.

La intervención de los recursos humanos (RH) en los procesos de reforma se han definido entre las cúpulas sindicales y los altos mandos del sector salud, sin haber logrado un involucramiento consciente y comprometido por parte de los trabajadores del sector salud.

## **Reformas detenidas o postergadas por el inadecuado tipo de recursos humanos**

No existen evidencias al respecto, en ningún sentido. Sin embargo, se puede afirmar que en el avance o en el fracaso de las reformas el papel protagónico determinante no ha caído en el RH, pensándolo como ente que asume responsabilidades concertadas, conscientes y claras sobre el rumbo a seguir. Como médicos que dan su consulta, como enfermeras que atienden a los pacientes, como trabajadores administrativos del sector, como personas en sí, aisladas, no detienen ni postergan las reformas.

## **Reformas detenidas o postergadas por la oposición de grupos de profesionales de la salud**

Más que grupos profesionales, han sido las cúpulas sindicales que durante décadas han mantenido el control férreo del conjunto de trabajadores de la salud. Un ejemplo son los viejos dirigentes de los sindicatos en el sector quienes han presentado diversos obstáculos a los procesos de reforma, debido a que se ven afectados en sus intereses corporativos.

Por otra parte, los colegios de médicos y los consejos de especialistas igualmente han mostrado oposición a la reforma, debido a los mismos motivos de los dirigentes sindicales: la pérdida de privilegios o de cotos de poder.

Por otra parte, las asociaciones médicas y los consejos de los especialistas también han demostrado la oposición a la reforma principalmente debido a las mismas razones que los líderes de la unión, esto es el significando la preservación del *status quo*.

## Recomendaciones generales de política

- | Crear y concensar métodos comunes para la generación, sistematización y difusión de información cuantitativa de recursos humanos en salud, por categorías ocupacionales, genero, grupos de edad, regiones e instituciones públicas y privadas.
- | No esperar la existencia de una coordinación interinstitucional total y ampliada, para que las instancias rectoras (SSA, SEP, Universidades) avancen en acciones modestas concretas encaminadas a conciliar las tendencias centrífugas de mayor impacto negativo en la formación de médicos en México, tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo.
- | Desde las principales instancias involucradas (encabezadas por la SS y la Comisión Interinstitucional) generar métodos estandarizados de planeación de recursos humanos desde la formación, proporciones entre categorías ocupacionales, generación de empleos y distribución regional.
- | 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.
- | Dejar de lado la discusión sobre si el rezago se encuentra en las instituciones de salud o en las escuelas de medicina. Se deben establecer estrategias 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)
- | Garantizar, a través de una regulación acordada entre los actores interesados, un nivel mínimo en los estándares de educación.
- | Apoyar técnicamente a los estados descentralizados en la gestión, la administración y capacitación de recursos humanos de acuerdo a los programas definidos a nivel central.

## Bibliografía

Cano F. *La educación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*. En: Cardaci, D. y González, D. (comp.) *Las profesiones en México*. Núm.3. Medicina. México: UAM, 1990: 45-58.

Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. *Relación de Consejos de Especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados*. México, 1990, 1993, 1996, 1998, 2000.

*Condiciones Generales de Trabajo 1998-2001, SSA – SNTS, México, 1998.*

*Contrato Colectivo de Trabajo 1999-2001, IMSS – SNTSS, México, 1999.*

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

Nigenda G, Ruiz JA. “Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México”, en *Revista Médica de Chile*, 2001;129: 1343-135.

Nigenda G, Ruiz JA “Decentralización of human resources and the health systems in Mexico”, *Human resources for health development journal* , (HRDJ) Vol.3 No.2 may-august, 1999.

Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.99. Washington, D.C., 1994:19.

Ruiz, JA, *Notas sobre condiciones de trabajo en el sector salud, mimeo, 2001*

Ruiz, JA, Nigenda, G. *Políticas sobre recursos humanos del sector salud en México*, presentación en el Seminario internacional sobre políticas de recursos humanos en el sector salud, Brasilia, noviembre 2002

Ruiz, J.A., Molina, J, Nigenda, G, “La formación de médicos y el mercado de trabajo en México”, en *El Caleidoscopio de la salud. Funsalud, en prensa.*

Secretaría de Salud, *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.*

Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*

Secretaría de Salud, *Boletín de información estadística No.19, Vol I, México 2001*

Trejo, B. Ruiz, JA, *Datos básicos de recursos humanos en el sector salud (Core Data) México, OPS, 2001*