

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales

***La inserción laboral de los médicos:
los primeros años de ejercicio
profesional y la incidencia del capital
social***

Profesora Tutora: Soc. Graciela Prat
Autor: Soc. Rafael Rey

*Trabajo ganador del concurso de tesis de grado en sociología
primera edición*

A la Profesora Graciela Prat, *in memoriam*

Índice

CAPITULO I.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS	11
CAPITULO II: SUSTENTO TEÓRICO	12
LAS CONDICIONES DE TRABAJO	12
EL CAPITAL SOCIAL.....	15
CAPÍTULO III: LA ESTRUCTURA DE LA DEMANDA EN EL MERCADO DE TRABAJO MÉDICO.....	24
CAPITULO IV: LA EVIDENCIA EMPÍRICA: EL CASO DE LOS MÉDICOS DE RECIENTE GRADUACIÓN.....	33
LOS JÓVENES MÉDICOS: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SUGERENTES	34
LOS CÍRCULOS DE PERTENENCIA	35
LA ESTRUCTURA FAMILIAR	35
EL ÁMBITO DE ESCOLARIZACIÓN	37
LA PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES	38
EL TRABAJO DURANTE LOS ESTUDIOS	40
LA FORMACIÓN DE POSTGRADO.....	42
EL PERFIL DE LA INSERCIÓN LABORAL	42
<i>Niveles de ocupación.....</i>	42
<i>El problema de la subocupación</i>	44
<i>La multiocupación y el sobre empleo</i>	45
<i>La precariedad laboral</i>	47
<i>Subsectores de actividad.....</i>	50
<i>Las especialidades</i>	51
<i>Los mecanismos de asignación laboral</i>	52
EL CAPITAL SOCIAL Y SUS PARTICULARIDADES	55
<i>La estabilidad del capital social.....</i>	57
<i>La sociabilidad de las relaciones</i>	58
<i>La potencialidad de la relación.....</i>	59
LA INCIDENCIA DEL CAPITAL SOCIAL EN LAS ACTUALES CONDICIONES LABORALES	62
CAPITULO V: REFLEXIONES FINALES.....	64
ANEXO.....	70
ASPECTOS METODOLÓGICOS	70
PRINCIPALES VARIABLES RELEVADAS	72
EL ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS	73

CUADROS.....	76
<i>Disposición de las principales variables a los dos años de trabajo.....</i>	76
<i>Disposición de las principales variables al cuarto año de trabajo.....</i>	79
<i>Disposición de las principales variables al sexto año de trabajo.....</i>	82
TENDENCIAS OCUPACIONALES ACTUALES SEGÚN MECANISMO DE ACCESO	85
<i>Primer empleo</i>	85
<i>Segundo empleo</i>	87
<i>Tercer empleo</i>	88
BIBLIOGRAFÍA.....	90

Capítulo

Justificación

Las tradiciones sociológicas clásicas comparten un interesante punto de vista, el trabajo, entendido como la producción de bienes y servicios, constituye *la experiencia social central*.

Las principales investigaciones en esta área han distinguido dos campos de estudio: el sistema de relaciones industriales y el mercado de trabajo. Ahora bien, dentro del proceso de transformación que experimentó el mundo del trabajo en las dos últimas décadas, la problemática del *empleo* propiamente dicho, es decir, el trabajo que se realiza a cambio de una paga regular, ha adquirido una creciente importancia. Tal es así que sus constantes oscilaciones han hecho necesario abordarlo desde una perspectiva diferente, en lo que se ha dado en llamar la *sociología del empleo*.

Como perspectiva de análisis este nuevo enfoque se sitúa en la intersección de la sociología del trabajo y de la economía del trabajo. Su preocupación se dirige hacia las relaciones sociales del empleo, los mecanismos de distribución del empleo y de producción de desempleo, analizando sus vaivenes como construcciones sociales y no como dispositivos económicos (Maruani – Reynaud, 1999).

Es en el ámbito de la sociología del empleo desde donde desarrollaremos el presente estudio, proyectando nuestra mirada sobre el conjunto de modalidades de acceso y salida del mercado de trabajo, dentro del actual contexto laboral que se ha dado en llamar *nueva organización del trabajo*.

Para abordar empíricamente esta problemática hemos seleccionado como objeto de estudio el **mercado de trabajo médico**, sus mecanismos de acceso y las condiciones de trabajo. La elección no ha sido arbitraria. En la medida que al analizar los movimientos del empleo, la formación y las competencias laborales juegan un rol esencial para asegurar una comprensión extensa y un ajuste fino entre la oferta y la demanda, se ha hecho imprescindible precisar e identificar estas características en los trabajadores. En general, en los mercados de trabajo clásicos, como en parte lo sigue siendo el mercado de trabajo médico, no se presenta el problema del reconocimiento de las habilidades, resulta relativamente inteligible para el empleador establecer las competencias requeridas para el empleo y a su vez a los trabajadores identificar determinado puesto de trabajo con su calificación. Entendemos que aun conserva rasgos propios de una estructura ocupacional clásica que le confieren un interés particular de cara a nuestro abordaje.

La formación de los médicos en Uruguay se genera en una única institución, lo que garantiza cierto grado de homogeneidad en las habilidades adquiridas. A su vez, la estructura del programa de estudios se encuentra fuertemente imbricada con el mercado de trabajo, en la medida que es en las

propias instituciones sanitarias en donde los futuros médicos desarrollan sus prácticas laborales, produciéndose constantes sinergias entre la formación y el ejercicio profesional. Podríamos decir que se minimiza, en este caso, el tradicional problema de desajuste entre las calificaciones requeridas por el mercado de trabajo y la oferta educativa.

Un segundo aspecto favorable es que la tarea que desempeña el médico es relativamente fácil de objetivar, es decir, por lo general no se presentan disposiciones ocupacionales imprecisas en donde sea difícil delimitar si efectivamente determinada tarea es competencia del médico o no. Esto no ocurre así en otras profesiones, donde muchas veces resulta complejo establecer si la tarea que desempeña el trabajador se ajusta a sus credenciales académicas.

Un último aspecto que consideramos en la elección de nuestra población objeto, es que si bien en el sistema de salud se ha producido una evolución en las técnicas y en los modelos de gestión, al igual que ha ocurrido en casi todos los sectores de actividad, no se ha podido prescindir fácilmente de la fuerza de trabajo del médico; en cierta medida el mercado de trabajo de la salud sigue siendo un área en donde resulta difícil sustituir capital humano por tecnología. Por el contrario, muchas veces la tecnología incorporada requiere mayores calificaciones y la incorporación de nuevos profesionales. Esto le confiere una enorme centralidad al trabajo del médico dentro de la estructura del sistema de salud y nos coloca frente a un sector laboral en donde el trabajador aun conserva un importante grado de autonomía.

Sin embargo, a pesar de ser un segmento profesional altamente capacitado, con una posición estratégica en la disposición ocupacional del sistema de salud, parece no estar ajeno a varios de los cambios que se han procesado en la organización del trabajo.

El mantener constante el factor calificación permite analizar otros aspectos que inciden en forma desigual en el acceso al empleo, como el estrato social de procedencia, la edad, el género, el origen étnico, etc., desmarcándonos de los estudios clásicos que colocan a la calificación como el factor determinante en la inserción laboral. En este caso nos interesa explorar las desigualdades que presentan los médicos en cuanto a los recursos de **capital social** que disponen, en tanto instrumento para acceder al empleo. Sabido es que la recurrencia a este mecanismo de asignación ocupacional es mucho más frecuente entre quienes cuentan con escasa formación, al menos este es el resultado al que han arribado diversos trabajos que han considerado este factor, dejando subyacente la idea de que el capital social opera como sucedáneo de una insuficiente formación en la asignación ocupacional¹. Ahora bien, ¿qué ocurre entonces cuando trabajadores con similar formación, como es el caso de los médicos, apelan a este dispositivo como estrategia para incorporarse al empleo?. ¿Opera del mismo modo en todo el colectivo? ¿cuentan todos con activos similares de este atributo? ¿cómo se genera el capital social necesario para un recurso tan específico como el empleo médico? Llamaremos capital social, al menos de forma provisional, a un tipo particular de recursos intangibles que surgen de la

¹ Filardo 2000; Lomnitz, 1987; Requena, 1991.

relación entre personas y que pueden ser movilizados para la obtención de un determinado fin (Coleman, 1994).

Introducción

En una primera aproximación a la problemática planteada, pudimos observar que tanto el desempleo como el subempleo médico constituyen fenómenos propios de los médicos jóvenes con pocos años de egresados. Parecería ser que los años inmediatamente posteriores a la titulación constituirían la etapa crítica en el acceso a la ocupación. Los segmentos con mayor antigüedad no presentarían problemas importantes de empleo, se podría afirmar que cuentan con una relativa estabilidad laboral, incluso en la actual coyuntura de crisis del sistema de salud (Serra, 1998: 93). Algunos estudios de perfil sociológico sobre la situación laboral del médico, realizados décadas atrás, concluyeron en que los problemas de empleabilidad en el mercado laboral médico se concentraban entre los jóvenes egresados. Como señalan Rigby y Turnes, hacia 1987 el 97% de los médicos que procuraban trabajo tenían 5 años o menos de egreso. Asimismo Serra, en varios artículos, indica al grupo etario menor de 30 años como el que presenta mayores problemas de empleo, según su opinión, debido particularmente a la sobreoferta de médicos sin especialización (1992: 47). La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), a mediados de la década de los 80, realizó una importante investigación sobre el personal de la salud, haciendo un pormenorizado análisis de las características que presentaba el mercado de trabajo y proyectando diversos escenarios probables de acuerdo a la evolución del número de médicos egresados así como de la demanda de servicios por parte de la población uruguaya. Entre las conclusiones a la que arribó se destaca el considerable crecimiento esperado del número de profesionales, en tanto que la demanda de servicios de salud tendería a mantenerse estable y por ende preveía el surgimiento de importantes problemas de empleo entre la población médica durante las próximas décadas (OPP, 1986, 1988). También Petruccelli, en un interesante trabajo a fines de los 70, concluía en que los recién ingresados a la práctica profesional constituían el segmento con mayores dificultades ocupacionales, principalmente problemas de subocupación y falta de estabilidad laboral (1978: 43, 44).

Las conclusiones a las que llegaron los trabajos anteriormente mencionados, coinciden, en términos generales, con los resultados de la investigación que desarrollamos recientemente, *La trayectoria laboral de los médicos: calificación y capital social*, en el marco del Taller Central de Investigación: Educación y Trabajo correspondiente a la Licenciatura de Sociología, a cargo de la Prof. Graciela Prat, entre los años 2000 y 2002, donde abordamos el tema de la inserción laboral de los médicos jóvenes (Rey, 2002). Además de las conclusiones específicas a las que arribamos en este estudio, generamos una importante cantidad de datos e información auxiliar que nos permitieron

continuar trabajando este campo de estudio, ahondando en el fenómeno del empleo médico; es así que en el presente escrito reflejamos buena parte de los hallazgos que surgieron a partir de estos antecedentes.

Además de los trabajos aludidos, disponemos de una serie de datos estadísticos sobre la población médica uruguaya que nos servirán de soporte para el desarrollo de nuestra exposición.

El registro más importante sobre los médicos en actividad es el Padrón Médico Nacional, llevado adelante por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que cuenta con la relación de médicos en ejercicio, la edad de los mismos, su lugar de residencia, el año de graduación y la especialidad en que se desempeñan. También se hallan disponibles las diferentes Encuestas Médicas Nacionales encargadas por el SMU. Las mismas se realizaron en los años 1985, 1990, 1995, 1998 y 2001, en ellas se indaga sobre aspectos estructurales del colectivo médico, la formación con que cuentan, su situación ocupacional, los niveles de remuneración, opiniones sobre temas sindicales, acceso a las tecnologías, aspiraciones, intereses y valoraciones respecto a los servicios que brinda el SMU.

La Facultad de Medicina y la Oficina del Censo de Universidad de la República, disponen también de algunos registros, fundamentalmente sobre la base de los censos realizados en los años 1999 – 2000, acerca de los estudiantes, los docentes y los egresados.

Sobre la base del Padrón Médico Nacional podemos saber que a agosto de 2002 se contabilizaban 12.130 médicos en actividad en Uruguay, 369 médicos cada 100.000 habitantes, cifra bastante alta, superior incluso a la de muchos países desarrollados (OMS, 2003). Es de destacar que la población médica se multiplicó por 3 en los últimos 25 años. Casi el 80% de éstos desarrollan su actividad laboral en Montevideo.

Las dos terceras partes del colectivo médico cuentan con alguna especialidad médica. Se destacan como las más numerosas: pediatría (7,99%), medicina interna (5,90%) y ginecología (4,22%) (SMU, 2002).

A través de las Encuestas Médicas Nacionales pudimos obtener algunos datos que nos ilustran acerca de la situación laboral de la población médica. En 1995, los datos sobre empleo que arrojó la encuesta fueron los siguientes: sólo un 2,4% afirmaba estar desocupado, un 7,2% de los médicos generales, mientras que entre los especialistas la desocupación era prácticamente nula, apenas un 0,4%. Entre tanto un 15% se consideraba subocupado (CIESMU, 1995).

El relevamiento de datos realizado en 1998 proyectó unas cifras sobre desempleo aún más bajas, tan solo el 2% de los médicos declaraban estar desempleados, mientras que un 27% se encontraba subempleado, en tanto un 15% de los entrevistados aseveraba trabajar más horas de lo razonable (Equipos Mori/SMU, 1998).

Finalmente los datos de la encuesta de 2001 cifran la desocupación en un 3%, respecto al subempleo, este se sitúa en un 23%. Como multiempleados se consideró a aquellos que se

desempeñaban en más de tres empleos simultáneos, en esta situación se encontraba un 49% de los indagados.

El número de egresados en la última década se halla en el entorno de 400 médicos por año, el porcentaje de deserción estudiantil asciende a más del 50% y el promedio de duración la carrera ronda los 11 años (curricularmente es de 8 años). Según el censo de estudiantes de 1999, se contabilizaron 8.220 estudiantes de medicina. La Universidad destina a la Facultad de Medicina el 11% del presupuesto total de la Universidad de la República, sin contar las partidas para el Hospital de Clínicas, siendo una de las facultades que insume mayor inversión presupuestal.

El problema de la existencia o no de una *superpoblación* médica ha sido tema de debate en ámbitos universitarios, sindicales y políticos. En general se acepta, por parte de los agentes del sector de la salud la idea de que existe una superpoblación médica, así como una mala distribución del personal. En 1995 el SMU conjuntamente con la Federación Médica del Interior (FEMI), realizaron un plebiscito con el fin de recoger la opinión de sus afiliados respecto a una posible limitación al ingreso a la Facultad de Medicina. La opción a favor de limitar el ingreso obtuvo mayoría. Por estas fechas también el SMU fijó como edad máxima para el ejercicio de la medicina los 68 años, a excepción de los docentes grado 5 que pueden continuar en el ejercicio de la profesión. El propósito de limitar, tanto la práctica profesional como el acceso a la Universidad, es un tema muy recurrente dentro del colectivo médico, particularmente a partir de 1985, cuando se vuelve al sistema de libre acceso a la Universidad, dejando atrás el período dictatorial en el que existía un sistema de cupos para medicina. Esto supondría una restricción en la oferta dentro del mercado de trabajo médico, situación que ya existe para las especialidades médicas, en donde el número de plazas para estudiar determinadas especialidades está limitado.

Respecto a los mecanismos de acceso al empleo, en ninguno de los trabajos mencionados se aborda este extremo, a excepción de la exploración realizada en nuestro trabajo de Taller. A su vez, no es posible realizar comparaciones entre los diferentes datos estadísticos disponibles, más allá de algunos cifras puntuales, debido a que los criterios empleados en uno y otro, para medir muchas de las variables, no son coincidentes. Es el caso de las Encuestas Médicas Nacionales, donde resulta prácticamente imposible construir series temporales, debido a que los criterios empleados para construir los datos difieren de una encuesta a otra.

Es así que en la investigación de Taller que llevamos adelante, nos propusimos concentrarnos en la subpoblación de médicos jóvenes, que de acuerdo a los trabajos preexistentes, aparecía como el segmento más vulnerable dentro del ámbito de trabajo médico. En aquel estudio intentamos reconstruir la trayectoria laboral de jóvenes médicos, deteniéndonos especialmente en el análisis de la movilidad laboral y los mecanismos de acceso al empleo. Para ello apelamos a la generación de egresados de 1995, que a la fecha de relevamiento de la información, año 2001, contaban con seis años

de ejercicio profesional². El propósito fue analizar el ingreso a la ocupación de forma tal de poder advertir si las diferentes estrategias de acceso al empleo estaban originando distintos grados de movilidad. En particular consideramos el caso de la adquisición del empleo a través de los activos de capital social con que contaban los médicos, dado que advertimos que operaba en forma decisiva a la hora de incorporarse al empleo, originando trayectorias y condiciones laborales dispares entre aquellos médicos que movilizaban un caudal importante de capital social y aquellos otros que no recurrían a este mecanismo de asignación ocupacional.

Las principales constataciones a las que arribamos a partir del trabajo de Taller, fueron la existencia de una amplia movilidad ocupacional, alcanzándose un promedio de cuatro empleos por médico, desempeñados en el transcurso de los primeros seis años. Un promedio de permanencia en el primer empleo de año y medio, lo que origina una suerte de *zapping laboral* entre los jóvenes graduados. Un elevado número de contrataciones a término. Un promedio de horas semanales de trabajo muy dispar, con un sector que presenta situaciones de subempleo, en tanto otro sector, igualmente significativo, se encuentra multiempleado. Períodos de permanencia en los empleos relativamente cortos, y asociado a este aspecto, un elevado número de médicos que abandonaba voluntariamente su primer empleo.

En términos generales verificamos que entre aquellos que lograban una permanencia más prolongada en el empleo, así como mejores condiciones laborales, la forma de ingreso estuvo dada mayoritariamente a través del capital social proveniente de su propia estructura familiar. Sin embargo, el proceso de incorporación y conservación de capital social resulta muy dispar y complejo, es así que realizamos un extenso análisis del mismo que nos permitió conocer más detalladamente las características de esta dimensión dentro del colectivo médico. En el decurso de este trabajo nos remitiremos a las conclusiones de esta investigación, así como también a una relectura de los datos obtenidos que detallaremos más adelante, como forma de reforzar las consideraciones acerca del eje central de la presente monografía.

Nos encontramos frente a un sector profesional de características muy peculiares, se trata de la carrera con más años de duración de todas las existentes en el Uruguay, una de las que insume mayor inversión presupuestal. Es la población profesional que realiza más cantidad de postgrados y es la disciplina en la que estudiantes y egresados se desempeñan como docentes en mayor número. Es tal vez el sector profesional con el multiempleo más significativo. A su vez es una de las poblaciones médicas porcentualmente más numerosas del mundo, solo superada en América por Cuba (OMS, 2003), pero sin embargo, no presenta niveles de desempleo abierto demasiado importantes.

El funcionamiento del mercado laboral médico se sitúa dentro de un contexto mucho más amplio que excede las aspiraciones de ésta investigación y que involucra las actuales condiciones de las instituciones de asistencia médica con que cuenta el país, inmersa en una gravísima crisis

² Ver anexo: Aspectos metodológicos.

estructural. Implica movilización de recursos públicos, condiciones equitativas de acceso a los servicios de salud para toda la población, racionalización de los recursos técnicos y humanos disponibles en esta área, etc. El Uruguay gasta en salud una fracción importante de su PBI, superior al 11%, que comparativamente es una cifra alta, con respecto a América Latina como también en relación a los países desarrollados (OMS, 2003), pero tan solo un 2% se destina a los servicios públicos de salud. La presente coyuntura del sector altera sustancialmente las condiciones de trabajo de los médicos, en especial por la irregularidades que afrontan en el cobro de sus retribuciones salariales. Pero las dificultades de financiamiento que enfrenta particularmente el sistema mutual, no son una problemática que afecte únicamente a empleados y empleadores, sin duda, tanto la calidad de la asistencia, así como los criterios de contratación y remuneración del personal médico por parte de las instituciones sanitarias, son cuestiones que preocupan a todos los usuarios del sistema y en definitiva a la sociedad en su conjunto, en la medida que al tratarse de aspectos vinculados a la salud pública, estamos involucrando políticas de Estado, políticas sociales, el derecho a la salud e invariablemente las condiciones de vida de la población.

Objetivos

El propósito del presente trabajo es intentar determinar los mecanismos a través de los cuales los médicos acceden a la ocupación, centrándonos específicamente en el segmento de los jóvenes graduados, que como hemos reseñado en la introducción, de acuerdo a los antecedentes en el tema, parecen ser el sector con mayores dificultades laborales (desempleo, subempleo, precariedad, etc.). A su vez, al tratarse de médicos que se inician en su actividad profesional, la problemática de la inserción laboral constituye una experiencia reciente, que en general se encuentra en proceso y que ocupa una centralidad muy importante en la trayectoria vital de los integrantes de este grupo. Es decir, estamos frente a un fenómeno específico de los médicos jóvenes por dos razones: las propias de todo nuevo profesional que se inicia en una determinada actividad y las aparentes reservas del mercado de la salud para incorporar jóvenes graduados.

Además, al considerar una población que cuenta con similar formación, que sus miembros integran una misma generación e inician su trayectoria laboral en forma simultánea, nos permite en buena medida controlar algunos de los factores que inciden en el proceso de asignación ocupacional, centrándonos en la consideración de los recursos de capital social utilizados para ingresar al mercado de trabajo.

Teniendo como referencia los datos recogidos en nuestra investigación de Taller, intentaremos entonces reconstruir los itinerarios laborales desplegados por los médicos de reciente graduación en los primeros años de ejercicio profesional, analizando las estrategias y los mecanismos que utiliza

actualmente este segmento de la población médica para acceder al empleo. Atendiendo en especial a la idea de que la inserción laboral es un proceso, y en particular, tratar de establecer el peso del capital social dentro de esta estrategia, dado que entendemos que este recurso ocupa una posición de relevancia a la hora de incorporarse al empleo. A su vez analizaremos las condiciones laborales de esta subpoblación dentro del actual proceso de reorganización del trabajo y su relación con los mecanismos de asignación ocupacional.

La exposición está estructurada en cuatro partes, en la primera de ellas se presentan los supuestos teóricos que respaldan nuestra aproximación al tema, dividiéndolos en dos áreas, en la inicial se hace referencia a las condiciones de trabajo y sus posibles abordajes teóricos, y en la siguiente nos proponemos precisar el estatus teórico del término *capital social*. En la segunda parte describimos la estructura de la demanda de personal médico en el Uruguay. Posteriormente exponemos los hallazgos en torno a nuestro objeto de estudio, comenzando por las características estructurales de la población objeto, luego describimos la trayectoria desplegada por los jóvenes médicos, agrupando los resultados entorno a distintos ejes temáticos que consideramos de mayor relevancia, consecuentemente analizamos los mecanismos de asignación ocupacional y finalmente describimos las características que presenta el capital social de los médicos jóvenes: su origen, su potencialidad y la forma en que se construye, se desarrolla y se sustenta, así como la operatividad que brinda a quienes disponen de este activo. En el último capítulo intentamos reflexionar críticamente sobre las relaciones existentes entre la posesión de activos de capital social y el acceso al empleo, para de este modo poder abrir espacios propicios para nuevas investigaciones sociológicas.

Capítulo II: Sustento teórico

Las condiciones de trabajo

En las dos últimas décadas, de la mano de la mundialización de la economía, la apertura del comercio internacional y los importantes avances tecnológicos, se han procesado una serie de cambios que están afectado sustancialmente al mundo del trabajo, en especial a las reglas de juego clásicas dispuestas entre empleados y empleadores, lo que se ha dado en llamar: *la nueva organización del trabajo*. Sus defensores entienden que a través de estos cambios se verá favorecida la creación de empleo y por lo tanto, el desempleo, uno de los principales problemas de las sociedades contemporáneas, tenderá a

reducirse. Sus detractores, por el contrario, consideran que es una forma de disminuir los costos productivos sobre la base de una degradación de las condiciones laborales.

En términos generales podemos distinguir cinco grandes cambios que han influido negativamente sobre los trabajadores: la flexibilización, la precarización, la externalización, la intermediación y la deslocalización. Nos interesa muy especialmente realizar un desarrollo conceptual de las categorías flexibilización y precarización, en la medida que en el mercado de trabajo médico estas dos modalidades de relacionamiento laboral aparecen como las más visibles.

Con el nombre de *flexibilización* identificamos una sucesión de dispositivos de vinculación contractual, que básicamente apuntan a la desregulación de las normas laborales y en general a todo lo que esté asociado a una disminución de costos por parte de los empleadores al ocupar a un empleado en su trabajo. También se considera flexibilización a la rotatividad constante de las tareas desempeñadas por el trabajador, intentando generar un desempeño laboral polivalente dentro de la empresa, alterando el perfil ocupacional clásico del trabajador. Con la irrupción de la flexibilización, el modelo tradicional de trabajo, asociado al empleo típico, se encuentra en franco retroceso. El empleo típico comprende un empleo estable con contrato de duración indefinida; un solo empleador y un solo lugar de desempeño del trabajo; régimen de jornada completa; organización del trabajo rígida; afiliación a la seguridad social y protección legal de ciertos derechos; posibilidad de existencia de sindicato, de ejercer derechos sindicales y de negociar colectivamente.

La flexibilización podemos definirla entonces como la capacidad de ajustar el empleo a las fluctuaciones de la producción. (Alaluf, 1997), que al originarse en un contexto de altas tasas de desempleo y baja capacidad de negociación de los sindicatos, se ha convertido en un factor altamente desfavorable para los trabajadores. Vale decir, la inestabilidad de los mercados de consumo se trasladó hacia los trabajadores.

Veamos ahora que se entiende por precarización. Según la definición proporcionada por la OIT “empleo precario es una relación laboral donde falta la seguridad de empleo, uno de los elementos principales del contrato de trabajo. Este término comprende el contrato temporal y el contrato a tiempo fijo, trabajo a domicilio y la subcontratación.” (2003). La noción de precariedad apuntaría fundamentalmente a una dimensión: aquella de la seguridad, la que es considerada como uno de los elementos principales del contrato de trabajo.

Para Guerra, un empleo es precario si es inestable e inseguro. Según afirma: “Proponemos por tanto definir al empleo precario como aquel empleo inestable, e inseguro que realiza el trabajador asalariado, y que tiene en el tipo de contrato su factor más determinante” (1994: 56). Para este autor, un empleo inestable es aquél en el cual hay carencia de contrato de trabajo indefinido, ya sea que haya ausencia de contrato, o contrato a plazo fijo, a honorarios, temporal o eventual, en tanto que un empleo inseguro es aquél que no presenta respaldo de leyes sociales de cobertura, como las de salud laboral o previsión. Un empleo se determina como precario de acuerdo a tres factores: perspectiva de la

inseguridad; perspectiva de la inestabilidad y perspectiva de la insuficiencia. Guerra propone realizar una gradación de precariedad según la combinación de éstos factores.

En general la precariedad está asociada al trabajo eventual, dentro de lo que se incluyen tanto el trabajo temporal como el trabajo a tiempo parcial involuntario. En algunas otras aproximaciones al tema se incluye también la insuficiencia salarial como otra de las características de la precariedad, aunque generalmente resulta difícil acordar un parámetro para establecer cuándo estamos efectivamente frente a una insuficiencia de ingresos.

Entendemos por precariedad, entonces, una particular modalidad de vinculación contractual fácilmente rescindible, que altera el principio de continuidad de la relación laboral o bien no contempla la incorporación al sistema de seguridad social, generando inestabilidad e inseguridad en el trabajador o bien resulta insuficiente en cuanto a su extensión horaria. A este tipo de relación laboral están asociados los contratos a “tiempo determinado”.

Como sucedáneos de la precarización laboral cobran relevancia dos situaciones ocupacionales: el subempleo y el multiempleo, que si bien no se originan en este nuevo contexto, dado que siempre existieron, adoptan una singular vigencia dentro de esta lógica debido a su uso indiscriminado y abusivo. El subempleo lo entendemos como el trabajo a tiempo parcial involuntario y el multiempleo es el desempeño simultáneo de dos o más puestos de trabajo como estrategia de vida.

Si bien el subempleo puede ser seguro y estable, al no cubrir la totalidad del tiempo estándar de una jornada laboral y habiendo voluntad del trabajador de desempeñarse a tiempo completo, podemos considerarlo como empleo precario, aunque esta conceptualización admita ciertos matices.

En primer lugar se debe considerar el tiempo promedio de una jornada laboral concreta, que varía de acuerdo a la categoría profesional, la región, la empresa, etc. Por lo general se adopta como criterio en las mediciones de subocupación considerar como tales a aquellos asalariados que trabajan menos del 80% de una jornada laboral completa. En segundo lugar debe valorarse la voluntad del trabajador, si está dispuesto a trabajar más horas. En tercer lugar corresponde tomar en consideración el tipo de actividad que desempeña, dado que puede llegar a confundirse subempleo con *trabajo atípico*. Existen ciertas ocupaciones que por su propia dinámica de trabajo emplean una baja carga horaria o son actividades que se desarrollan en forma esporádica, pero que no podemos catalogar de precarias, por eso es muy importante que se defina la condición de subempleo para cada actividad en concreto.

Con el multiempleo ocurre algo similar, tradicionalmente aquellos trabajadores que eran catalogados como multiempleados, contaban con un empleo principal, estable y a jornada completa en el núcleo de la empresa y con otro secundario, generalmente precario y a tiempo parcial, en la periferia de otra empresa. Se partía del supuesto de que a cada trabajador correspondía un empleo y excepcionalmente algunos individuos complementaban su ingreso principal con alguna otra actividad accesorio. Actualmente esta situación no se puede decir que ocurre necesariamente así en todos los

casos, dentro de este contexto de flexibilización y precariedad encontramos a muchos trabajadores que cuentan con más de un empleo, sin poder determinarse cual es el empleo principal y cual el secundario, dado que se generan infinidad de situaciones: dos empleos precarios, un empleo estable pero de escasa remuneración junto con otro inestable pero mejor remunerado, dos o tres empleos de prestación discontinua, etc. Por tanto aquí también debemos tener en cuenta el tipo de ocupaciones que desempeña el multiempleado y en qué segmento del mercado se desplaza. Dependiendo de cómo esté dispuesta la situación de multiempleo también podríamos considerarla como una situación de precariedad laboral, en el entendido que el trabajador se ve en la necesidad de apelar a más de un empleo o a mayor cantidad de horas de trabajo que las estándares, para poder completar un ingreso decoroso. En este caso deberíamos hablar de *trabajador precario*, tomando como unidad de análisis al trabajador. En los anteriores casos la precariedad la analizábamos en relación al empleo.

Tanto la precariedad laboral, asociada a la inseguridad, como la subocupación y el multiempleo, en términos estrictos son formas de trabajo atípico, pero no todo trabajo atípico es necesariamente precario.

El trabajo médico presenta ciertas características que colindan con las definiciones manejadas para el empleo precario, aunque entendemos que no todas las situaciones atípicas que presenta el mercado laboral médico se pueden asociar mecánicamente con la precariedad. En Uruguay el empleo médico es fuertemente atípico, sobre todo debido a la estructura de la demanda como iremos viendo, por tanto debemos ser cautelosos al catalogar la precariedad en este sector.

El capital social

Diversas teorías han intentado explicar los factores que inciden en el acceso al empleo, qué es lo que determina que algunos trabajadores tengan mayor facilidad para acceder a una ocupación, consigan empleos de mejor calidad y logren obtener buenas remuneraciones.

Los enfoques clásicos han procurado relacionar el acceso al empleo con los años de escolarización, la teoría del *capital humano* ha sido tal vez la que mayor proyección ha adquirido, en particular desde el ámbito de la economía. Este enfoque economicista considera que frente a una mayor inversión en educación se mejoran los niveles de productividad y por ende los ingresos. Su análisis parte de la hipótesis de que las calificaciones académicas se ajustan a los requerimientos del aparato productivo y se sustenta en el supuesto de un mercado unificado y homogéneo. Un mercado que iguala el producto marginal del trabajo con el salario.

Pero en los últimos años la dinámica del mercado de trabajo y la dinámica de la educación resultaron ser bastante autónomas. Pese a que todos los planteos economicistas tenían como hipótesis un ajuste entre los requerimientos del mundo de la producción y la oferta de calificaciones educativas,

los hechos han demostrado que la expansión educativa ha sido muy superior a la capacidad del aparato productivo para generar puestos de trabajo. Este enfoque entendemos que presenta serias limitaciones. No toma en cuenta las determinantes sociales del proceso laboral tales como clase social, sexo, raza, edad, etc. Además, sabida es, la amplia disparidad salarial existente entre trabajadores con igual formación, de acuerdo a la región, el tamaño de la empresa, el sector de actividad, etc.

Otro de los enfoques que intentan vincular educación y trabajo, es el que se inscribe dentro de los postulados *reproductivistas*. Esta corriente tiene la ventaja que concede mayor relevancia a las variables sociales para explicar la estructura del mercado de trabajo y de los ingresos. El sistema educativo reproduciría en su seno las diferencias sociales, legitimándolas a través del desempeño escolar; de esta manera las desigualdades sociales quedarían encubiertas como si se tratara de diferencias educativas. Si bien este planteo coloca al sistema educativo como mero legitimante de una determinada posición social, o como señala Bourdieu, el *capital escolar* sería la forma certificada del *capital cultural* (1998: 291), tampoco nos explica el desajuste existente entre la oferta educativa y las demandas del mercado de trabajo, particularmente en estas últimas décadas, donde se produjo una fuerte expansión de la educación y un enlentecimiento en la creación de puestos de trabajo³. Si bien el sistema educativo continúa generando situaciones discriminatorias, entendemos que actualmente es en el acceso al mercado de trabajo hacia donde se han trasladado los mecanismos diferenciadores: “Un ejemplo visible de este traslado del proceso diferenciador hacia el mercado de trabajo es el que ha tenido lugar frente a la homogeneización de la condición educativa de hombres y mujeres.” (Tedesco, 1987: 61).

Ante estas dos conceptualizaciones respecto al papel que juega la educación y más específicamente el sistema de titulaciones en el acceso al mercado de trabajo es que comienzan a desarrollarse una serie de explicaciones alternativas, que sin dejar de reconocer el carácter diferenciador del sistema educativo, entienden que hay otros factores que operan decisivamente al momento de incorporarse al empleo: el género, la edad, el origen étnico, el caudal cultural, los recursos simbólicos, la ubicación geográfica, el acceso a la información, la pertenencia a determinado estrato o grupo social, las amistades con las que se cuenta, la estructura familiar de la que se procede, etc. En nuestro caso nos interesan especialmente estos últimos factores: las redes de relaciones, los contactos informales, los vínculos familiares, etc.; aquello que diversos autores han dado en llamar *capital social*, *capital relacional* o *redes personales*.

El empleo del término capital social, para las ciencias sociales, resulta fuertemente polisémico. Si bien se encuentran referencias a este concepto en forma tangencial entre una extensa variedad de autores y desde mucho tiempo atrás, en especial en trabajos relacionados con el desarrollo local, no ha

³ En los países desarrollados el 70% de los jóvenes entre 18 a 24 años estudian alguna carrera universitaria. En Uruguay, si bien esta cifra es bastante menor, el porcentaje de jóvenes que accede a la universidad tiende a crecer en los últimos años.

alcanzado aún un estatus teórico definido. Tal vez a través de Durkheim nos podamos ir aproximando a este concepto.

El impulso de la historia, según Durkheim, se explica mediante el pasaje de sociedades cohesas por solidaridad mecánica a sociedades cohesas por solidaridad orgánica. La primera es la solidaridad de los grupos pequeños, basada en una reciprocidad generalizada, donde a nadie le es indiferente lo que alguien haga o deje de hacer; la segunda es la solidaridad típica de las sociedades complejas basadas en la división del trabajo (Durkheim, 1993).

El ejercicio de la medicina es propio de la modernidad, al menos la medicina clínica o científica, al igual que la mayoría de las profesiones y ocupaciones actuales, por tanto, inherente a las sociedades con una amplia división del trabajo, que permite que los individuos se desprendan de los mecanismos de solidaridad mecánica, dado que la emergencia de este nuevo modelo societal garantiza el equilibrio y la cohesión necesaria para obrar sin necesidad de contar con la cooperación mecánica del resto de los semejantes. Sin embargo, el modelo de solidaridad orgánica no es absolutamente hegemónico en las sociedades modernas, existen en muchos casos resabios de aquella solidaridad mecánica, que sin llegar a alterar el modelo histórico adoptado, persisten en el tiempo y se vuelven sumamente operativas en algunos casos.

Es así que frente a mecanismos de asignación ocupacional propios de una sociedad moderna con una amplia división del trabajo, aquellos que apelan a la racionalidad económica y a la igualdad ante la ley, criterios que podríamos denominar *orgánicos*: concursos, méritos, evaluación de las competencias, etc., subsisten otros que se aproximan al concepto de solidaridades mecánicas, en donde se recurre a los vínculos de mayor proximidad, a los más *mecánicos*, para incorporarse al empleo. Cabría preguntarse por qué las sociedades siguen recurriendo, al menos parcialmente, a solidaridades mecánicas como principio organizador de ciertos aspectos de la vida social, en este caso como mecanismo para la asignación de puestos de trabajo, cuando resulta cada vez más dificultoso promover reciprocidad generalizada. Más aun en un contexto en el que predomina la perspectiva de la economía de mercado, en donde este mecanismo de asignación laboral podría generar resultados antieconómicos, en la medida que no estaría garantizando que el trabajador seleccionado de forma mecánica sea el más adecuado para el puesto de trabajo y por lo tanto se estaría yendo contra la lógica de generación de mayor productividad.

A pesar del sesgo anti – moderno que a priori parecería exhibir el capital social, entendido en este caso como una representación postrimera de las solidaridades mecánicas, como mecanismo para la asignación ocupacional encierra importantes ventajas, tanto para los empresarios como para los trabajadores, que lo revalorizarían dentro de este contexto post – industrial y de reorganización de las relaciones laborales, haciéndolo poderosamente funcional. Los ensayos sobre el tema destacan varias utilidades, veamos las más relevantes.

Los costos de **información** disminuyen, tanto para el empleador como para el demandante de empleo, es decir, los gastos necesarios para indagar y examinar las distintas ofertas o demandas, ya sea por que existen diversas alternativas para el ejercicio laboral o por la dispersión de las tasas salariales que puede presentar un mismo tipo de trabajo. En el inicio de las trayectorias laborales se hace más imprescindible disponer de buena información, ya que los jóvenes suelen desconocer donde se generan las vacantes y qué condiciones laborales encierran. Asociado al manejo de la información, se reduce también el costo de movilidad en la búsqueda, dado que la localización de los puestos requiere de cierta inversión en tiempo y dinero para desplazarse físicamente hacia los puntos en donde se hallan los empleos demandados.

En segundo lugar, el empleador ejercería ciertos **controles sociales** sobre aquellos trabajadores que acceden apelando al capital social. Esta situación se produciría en la medida que el nuevo trabajador, que ingresa por mediación de otro trabajador más viejo o de alguna persona próxima a la organización laboral, asumiría una actitud más disciplinada y dócil, como forma de no perjudicar la posición frente a la empresa de quien lo recomendó. A su vez contribuiría a una mayor **integración** laboral, en la medida que quien ingresa a través de un amigo o conocido, recibe una serie de informaciones y detalles acerca de las características del puesto de trabajo y la empresa, que lo estarían colocando en mejores condiciones para el relacionamiento laboral y el desempeño de sus tareas.

También se le reconoce al capital social, en algunas circunstancias, la posibilidad de contribuir con la **movilidad social** ascendente, aunque este extremo resulta algo más polémico. En la medida en que se cuente con vínculos ubicados en una posición social de mayor preeminencia, esta circunstancia podría verificarse, ahora bien, la evidencia parece indicar que por lo general los vínculos se producen entre individuos que ostentan posiciones sociales similares, la conformación del capital social suele ser horizontal, en este caso resultaría muy improbable obtener movilidad social ascendente. (Requena, 1991: 97 – 108).

Desde una sensibilidad sociológica diferente, pero aludiendo a las mismas preocupaciones que Durkheim: los sistemas de relaciones y los mecanismos de solidaridad, Georg Simmel desarrolla su teoría a cerca del *cruce de los círculos sociales*, a través de la cual también podemos rastrear la noción de capital social vinculándola con el concepto de pertenencia a distintos círculos sociales y a las solidaridades que se generan entre sus miembros.

El azar del nacimiento coloca a los individuos en determinada familia y le impone una estrecha convivencia con sus miembros. Pero a medida que el individuo va creciendo y se incorpora al sistema educativo o al ámbito del trabajo, por ejemplo, se relaciona con otros individuos que están fuera de su círculo social primario. Surgen así lo que Simmel llamó: *círculos de contactos*, vínculos libremente elegidos y que se fundan sobre relaciones objetivas. Paulatinamente, las relaciones de vecindad y parentesco son sustituidas por las tendencias y simpatías individuales cuya elección

implica cierta racionalización de las relaciones, a diferencia de lo que ocurre con los vínculos originarios que obedecen al destino. Aunque Simmel aclara que la relación que surge a partir de una relación anterior, no necesariamente será más racional que ésta, como en el caso que la superconstrucción de un círculo orientado según puntos de vista objetivos por encima de un círculo social orgánico. Cuando a partir de los lazos individuales externos, o sea, de las conexiones de sus distintos miembros con otros círculos de contactos, el resto de los miembros ingresan en nuevos círculos, el acceso a un nuevo círculo encerrará elementos orgánicos más que una reflexión consiente.

Podemos decir a partir de Simmel que existirían dos tipos de lazos sociales, los que contienen elementos orgánicos y los que cuentan con elementos racionales, habría también una posición intermedia entre el carácter orgánico y el racional que combinaría ambos elementos, es el caso de las comunidades de sexo o las comunidades de edad. En estos casos una característica natural, orgánica, como es la pertenencia a una misma generación, propiciaría un motivo de agrupación que implicaría reflexionar y desarrollar actividades consientes para afrontar mejor, en forma colectiva, aquellos intereses que le son comunes. No obstante un individuo puede pertenecer al número de círculos que quiera. El conjunto de círculos a los que pertenece genera una síntesis de impresiones sensibles conformando la *subjetividad* del individuo en donde se conjugan los elementos de la cultura.

La dinámica de las relaciones adquiere entonces direcciones distintas, en el caso de los vínculos sociales orgánicos la dirección de los mismos es vertical, en tanto en las relaciones sociales racionales su dirección es horizontal. A su vez, en cada uno de los círculos a los que se pertenece, se puede ocupar tanto una posición central como periférica.

Los vínculos sociales se producen originalmente por tres circunstancias: por comunidad de intereses (económicos, políticos, etc.) sentimentales (religiones, creencias o sentimientos compartidos) o producto de una mezcla de ambos, es el caso de la familia. A posteriori surgen también círculos sociales que se originan a partir del criterio de intelectualidad, es en aquellos casos en que el elemento que propicia la unión es de contenido ampliamente reflexivo, desarrollándose una comunidad entorno a intereses comunes de carácter espiritual. Pero en cualquiera de estos casos se encierra un elemento en común: la *solidaridad*, aunque paradójicamente también contemple la competencia entre sus miembros. Es el caso de los trabajadores de una misma profesión, al tiempo que se necesitan entre sí para obtener un empleo, están compitiendo dentro de un mismo mercado. Cooperación y competencia, en Simmel, parecen ser las dos caras de una misma moneda, en nuestro caso, la del acceso al empleo.

Los grupos diversos, los complejos de intereses, al igual que la familia, están conformados orgánicamente pero la diferencia radica en que su entendimiento es más bien inorgánico. (Simmel, 1977)

Es así que siguiendo a Simmel podemos categorizar los vínculos: por un lado los de índole familiar (orgánico) y por otro los que el individuo va procurándose libremente y de modo racional

(amigos, colegas, conocidos, etc.) Podríamos hablar entonces de un capital social *heredado*, de carácter más afectivo y de otro *adquirido*, que sigue principios de entendimiento racionales.

Para el caso que nos ocupa resulta muy interesante el planteo de Simmel, fundamentalmente por el hecho de que suele ser habitual encontrarse con médicos que provienen de familia de médicos. En estos casos la pertenencia a una familia inserta en el colectivo médico, posibilitaría un cruce de círculos entre familia y profesión generando lazos sociales que colocan al individuo en una posición de privilegio para integrarse a este nuevo círculo.

Intentaremos emplear la noción de círculos sociales para observar el comportamiento del colectivo médico en el acceso a la ocupación, combinándola con el resto de los aportes en torno a las relaciones interpersonales y el empleo.

Además de las contribuciones hechas por los clásicos a la conceptualización del fenómeno de la reciprocidad, los lazos sociales y la solidaridad, categorías a través de las cuales nos vamos aproximando a la noción de capital social, varios autores han desarrollado este concepto más recientemente, convirtiéndolo en una categoría sociológica de amplia potencialidad que permite analizar la movilidad social en algunos casos, en otros se presta para el estudio de las formas de acción colectiva, el desarrollo local, e incluso también se habla de capital social como mecanismo para garantizar el acceso a la ciudadanía (Lechner, 1998). En los estudios sobre empleo se ha utilizado con menor frecuencia, destacamos el trabajo de Requena (1991), en el que se remite a este concepto como *capital relacional* y el de Boado, Prat y Filardo (1996) en donde se lo define como *redes sociales*⁴.

Veamos entonces los intentos teóricos más recientes para operacionalizar este concepto en términos sociológicos.

Pierre Bourdieu fue quien desarrolló las primeras elaboraciones sistemáticas en torno a la noción de capital social, aunque en sus trabajos lo aborda tangencialmente junto a otras formas de capital como el económico, el cultural o el simbólico. A través del concepto de capital, Bourdieu refiere a un "instrumento de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos." (1998: 109). El enfoque de Bourdieu se ubica en la perspectiva del constructivismo estructuralista. Su desarrollo teórico en términos de capital comienza con la elaboración del concepto de *capital cultural*, que alude a la coherencia de los códigos transmitidos con el arbitrio cultural dominante. Los códigos transmitidos se seleccionarían de acuerdo a su grado de éxito en términos de recompensas sociales, es por ello que son definidos como capital. En tal sentido, el desempeño de una persona o grupo no es el resultado de una operación de factores en un momento del tiempo, sino que guarda una relación funcional previa, es decir, guarda relación con la trasmisión de capital a través de la familia, en especial el capital cultural.

⁴ La diferencia sustancial entre el concepto capital social o relacional y redes sociales, se sitúa en que, mientras el concepto de capital alude a atributos individuales, la noción de red involucra propiedades colectivas.

Para el caso del desempeño laboral de un trabajador se podría argumentar que éste no es el resultado de una combinación de elementos al momento de acceder a un determinado puesto de trabajo, sino que guardaría relación con los bienes culturales transmitidos en la vida familiar. La internalización de estos valores culturales constituye lo que dio en llamar *habitus*: un sistema de disposiciones perdurables, transponibles y exhaustivas, capaces de reproducir los principios del arbitrio cultural (Bourdieu, 1991). El ámbito del trabajo podríamos entenderlo entonces como un *campo de fuerzas*, caracterizado por una distribución desigual de los recursos y por tanto, de una dispar correlación de fuerzas entre los actores. En cada campo se desarrollan los mecanismos específicos de *capitalización* de los recursos legítimos, en este caso los recursos disponibles en el campo laboral estarían asociados en primer lugar al capital cultural con que cuentan los agentes, pero también al capital económico y social. Cabe aclarar que en Bourdieu el capital social aparece coligado a las restantes formas de capital: económico, cultural y educativo. Dependiendo de la posición del individuo en la estructura social y de aspectos situacionales relacionados al campo en que se desarrollen las prácticas, uno u otro tipo de capital cobrará mayor relevancia.

En su obra ‘La Distinción’ ensaya algunas elaboraciones concretas en torno al concepto de capital social: “un capital de contactos sociales, honorabilidad y respeto” (Bourdieu, 1998: 122) o también: “la red de relaciones que le permiten a un individuo colocarse en mejores condiciones en el espacio social.” (Bourdieu, 1998: 119), posteriormente mejora esta definición, enunciándola como “la suma de los recursos reales o virtuales que pertenecen a un individuo o grupo en virtud de poseer una red permanente de relaciones más o menos institucionalizadas de mutuo respeto.” (Bourdieu, 1992). Dado que para Bourdieu el capital es un elemento que se juega en la dinámica de los campos, no sería necesario a priori hacer una definición precisa de su composición.

James Coleman también trabaja la noción de capital social asociada al capital económico y al cultural. Este autor operacionaliza el concepto sobre la base de aspectos tales como las obligaciones recíprocas (basadas en la confianza), el potencial de información, las normas y sanciones efectivas (estructura normativa), las relaciones de autoridad, obligaciones sociales apropiables para otros fines (grupos con el mismo pasado), o la pertenencia a una organización (Coleman, 1994). La conceptualización hecha por Coleman acerca del capital social ha permitido operacionalizar el concepto y de este modo realizar diversos trabajos empíricos en base a esta noción.

Más recientemente, Putman, ha trabajado la idea de capital social, definiéndolo como “redes, normas y confianza social que facilitan la coordinación y cooperación en beneficio mutuo.” A su vez define diversos niveles de capital social: 1) relaciones informales de confianza y cooperación; 2) asociatividad formal y 3) marco institucional, normativo y valórico. (Lechner, 1998). El empleo de este concepto, por parte de Putman, está dirigido especialmente hacia la participación social y el desarrollo comunitario.

En la línea de Putman, Lechner propone distinguir entre un capital social constante, objetivado en asociaciones formales, y un capital social variable, que se despliega a través de los diversos vínculos informales que el sujeto adquiere a lo largo de su vida (1998).

Nos encontramos también con autores que refieren a este concepto como *capital relacional*, tal es el caso de Requena que define a éste como ‘la posición estratégica que ocupa un individuo en una red de relaciones’ (1991: 118). Sus trabajos se centran en estudiar cómo se conforman y cómo operan las redes sociales en el mercado de trabajo, sus investigaciones son tal vez las más específicas en torno a las redes interpersonales y la asignación ocupacional. En este caso, si bien Requena tampoco desconoce la importancia de contar con una titulación y con recursos culturales, el concepto *capital relacional* aparece algo más restringido de los aspectos culturales o económicos, manejados por Bourdieu o Coleman. Al igual que Tedesco, discute con las teorías del capital humano y los reproductivistas.

Filardo, en cambio, propone una conceptualización más condensada. En los casos anteriores veíamos que el capital social estaba asociado muy estrechamente a la dimensión relacional, especialmente en el caso de Requena, o bien se lo coloca, en Bourdieu, a la par del capital cultural. Plantea entonces desagregarlo en dos dimensiones: la dimensión cultural y la dimensión relacional. Según Filardo, existiría una relación muy estrecha entre el capital cultural con que cuenta un individuo y el tipo de red en la que se inserta (1999: 115).

Nos gustaría rescatar también una descripción más amplia acerca de la noción de capital social hecha por A. Degenne: ‘Las informaciones y recomendaciones que se pueden obtener de otras personas en que se tiene confianza, el conocimiento que se adquiere por la experiencia de la interacción con el otro. Esto es lo que se tiene en cuenta si se coloca a nivel de interacciones directas, pero los medios profesionales constituyen sociedades a nivel intermedio, tienen reglas, hábitos, verdaderas representaciones sociales de lo que conviene hacer para ser reconocido y aceptado. Hay que conocer el lenguaje del medio. Se podrá hacer reconocer sin ser necesariamente conocido porque se tendrá una experiencia adecuada.’ (1999: 3).

Es importante aclarar un último aspecto en referencia al capital social. Al no existir una definición consensuada para este concepto, se corre el riesgo de asociarlo a dos instancias que colindan con la noción de capital social que venimos desarrollando: el *tráfico de influencias* y las *referencias personales*. Si bien algunos autores hablan de la existencia de un tipo de capital social ‘malo’, en referencia a las redes generadas, por ejemplo, entre grupos de delincuentes o mafias, no hay consenso al momento de catalogar el capital social que se genera en estos ámbitos. El tráfico de influencias al encerrar en sí mismo un hecho delictivo, entraría dentro de esta categoría de capital social no deseado, aunque la dinámica de su conformación y operatividad sean similares a las empleadas en torno al resto de las formas de capital social. Ahora bien, dentro del tráfico de influencias podemos ubicar a uno de los mecanismos históricos de asignación de puestos de trabajo: *el*

clientelismo, a nuestro juicio esta modalidad no forma parte del capital social en tanto los recursos que maneja el *patrón* o *padrino* de la red (Lomnitz, 1987), no guardan simetría con el de los agentes que recurren a su intermediación. Por lo general el *patrón* controla importantes cuotas de poder, por tanto no se puede hablar en estos casos de reciprocidad, uno de los atributos claves del concepto de capital social. En este tipo de vínculos están en juego otros aspectos, propios de relaciones fuertemente asimétricas como es el caso de las lealtades políticas.

Las referencias personales resultan más ambiguas aún, dado que esta categoría puede ser entendida de diferentes formas tanto por los aspirantes al empleo como por los seleccionadores. Tradicionalmente se incluía en el currículum el nombre de algunas personas de cierto ‘prestigio’ como garantes de la ‘idoneidad moral’ del aspirante y en cierta forma de todas aquellas competencias personales que estaban más allá de las credenciales académicas y de la experiencia laboral. Si bien actualmente esta práctica ha caído en desuso, la recurrencia a ella en algunos casos podría vincularse al capital social, en la medida que operaría como una carta de presentación del aspirante, que a mayor prestigio y posición estratégica de la referencia presentada, contaría con mejores posibilidades de acceso al empleo. Podríamos decir que las referencias personales en la actualidad constituyen recursos de capital social enmascarados en la solemnidad del currículum.

En el caso de estudio, consideramos que el capital social podría estar incidiendo de forma significativa en la consecución de trayectorias laborales dispares. El resto de las variables habitualmente consideradas en los procesos de inserción laboral, ya sea calificaciones, capital cultural, diferencias de género, etc., en este caso no creemos que sean factores decisivos en el proceso de asignación de puestos de trabajo. Respecto a las calificaciones, podría presuponerse que una mayor especialización garantizaría mejores oportunidades laborales, más aun en un mercado que tiende a segmentarse entre los médicos altamente especializados y el resto. El género, en principio, de acuerdo a los datos que disponemos, no parece originar diferencias significativas, ya que encontramos un porcentaje similar de mujeres y hombres ejerciendo en todas las especialidades médicas, a su vez no contamos con datos suficientes respecto a los ingresos como para afirmar que existe alguna variación significativa de acuerdo a las diferencias de género. De todos modos no descartamos totalmente alguna problemática de género, sin duda este extremo ameritaría una futura revisión bibliográfica y una exploración específica al respecto.

Partiremos entonces de la noción de capital social, que consiste en contar con una red de relaciones pasibles de ser movilizadas para la obtención de un fin específico. En tal sentido, los médicos, para posibilitar su acceso al empleo a través de mecanismos relacionales, deberán operar con una red de vínculos asociada a las instituciones de asistencia médica. Se trata de una serie de conexiones muy específicas para un campo muy concreto. Si bien un médico puede contar con una serie muy extensa y calificada de vínculos, para este caso concreto pueden resultar totalmente inoperantes, deberá contar con relaciones personales competentes en el ámbito del sistema de salud.

Como bien señala Bourdieu, el capital social se encuentra ligado a la lógica específica de cada campo y, por consiguiente, no tiene conversión inmediata en otro campo (1998).

Capítulo III: La estructura de la demanda en el mercado de trabajo médico

Sin bien nuestro objetivo es estudiar el mercado de trabajo médico desde la oferta, desde la perspectiva del trabajador médico, nos parece relevante repasar como está dispuesta la demanda de trabajo en el sector y los principales criterios de selección de personal⁵. Las decisiones en el mercado de trabajo no dependen tanto de la persona que busca un empleo, como del que tiene que contratar. Esto ocurre especialmente entre los médicos jóvenes con menores credenciales y experiencia, generándose fuertes asimetrías entre las organizaciones demandantes de empleo y los jóvenes profesionales.

Tradicionalmente la práctica profesional del médico se desarrollaba en base al llamado *ejercicio liberal* de la profesión, pero en los hechos esta forma de desempeño profesional ha desaparecido, actualmente es prácticamente irrelevante. Si bien en los inicios de la medicina como actividad profesional, el médico contaba con una casi completa autonomía en el desempeño de su profesión, paulatinamente su *status laboral* pasa a ser el de trabajador asalariado; el médico ya no recluta su clientela, no establece los precios ni las condiciones y no es propietario del instrumental ni de las instalaciones de trabajo. El paciente, en tanto, accede a los servicios de salud con criterios de consumidor, valorando ofertas, contratando un seguro, pagando una cuota, etc., pero en general sin poder escoger a su médico, sin ni siquiera saber quien lo va a atender y cómo. Entre ambos se interpone la figura del administrador, del gerente, la burocracia, que es quien regula y controla tanto la actividad laboral del médico, como las condiciones de asistencia con las que contará el paciente. A su vez, las instituciones asistenciales adoptan un modelo de gestión de tipo tecnológico – empresarial, cuentan con toda una estructura administrativo – burocrática que ejerce un importante *control social* tanto sobre la figura del *médico – asalariado* como sobre el *paciente – consumidor*, imponiendo una racionalidad empresarial que en cierta medida desvirtúa los criterios técnico – científicos del trabajo médico y debilita la necesaria confianza en el vínculo médico – paciente. Ejemplo de estas

⁵ Los datos que se reseñan en este capítulo fueron obtenidos sobre la base de entrevistas realizadas a varios gerentes de personal y recursos humanos de diversas instituciones de asistencia médica, tanto públicas como privadas, así como a dirigentes sindicales del sector. También se consultaron las páginas web del MSP, el SMU, la Facultad de Medicina y algunos ejemplares de la revista Noticias, órgano oficial de prensa del SMU.

imposiciones de racionalidad capitalista son los tiempos máximos que se establecen para una consulta, las limitaciones en la cantidad de veces que un médico debe visitar a un paciente internado, los criterios que se establecen para determinar cuándo se está frente a un caso de urgencia médica, incluso cuándo un paciente puede acceder a una intervención quirúrgica. A su vez se tiende hacia una creciente especialización fraccionando las tareas del médico en infinidad de subdisciplinas. (Schraiber, 1993: 133)

La disposición del trabajo médico se parece cada vez más a la organización del trabajo industrial, salvando las distancias, se podría afirmar que el modelo de creciente especialización se asemeja al sistema *taylorista – fordista*. Actualmente se describen en el mundo más de cien especialidades médicas, que apuntan por un lado a fragmentar el abordaje médico, a la vez que a abarcar el mayor número de aspectos posibles de ser incorporados a su consideración.

El sector de salud uruguayo no es ajeno a esta estructuración del trabajo médico, si bien comienza a consolidarse una nueva figura, la del *médico – empresario*, aquellos que son propietarios de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, integrando el capital accionario de las mismas, su relevancia en el conjunto del colectivo médico en términos cuantitativos aun es baja. Además, el rol que desempeñan estos médicos es el de empresarios más que el de trabajadores médicos propiamente dichos, por tanto no entraremos en consideraciones sobre este grupo dado que escapa a la categoría de trabajador asalariado. Nos centraremos en la demanda efectiva para el *médico – asalariado* que es la modalidad de trabajo adoptada por la amplia mayoría del colectivo y en particular por los jóvenes de reciente graduación.

Básicamente el mercado de trabajo del médico se puede descomponer en dos grandes subsectores: el público y el privado.

El subsector público esta integrado por el Ministerios de Salud Pública (MSP), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, La Universidad de la República (Facultad de Medicina y Hospital de Clínicas), el Banco de Previsión Social (BPS), El Banco de Seguros del Estado, Los Municipios, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. Cerca de la mitad de los médicos se desempeñan en este subsector.

El subsector privado esta integrado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), hospitales privados, emergencias móviles, las Instituciones Médicas Altamente Especializadas (IMAE), seguros parciales y clínicas de tratamiento y diagnóstico.

El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas depende del Ministerio de Defensa, brindando atención médica al personal militar en ejercicio y retirado, así como a sus familiares directos. Se estima que la población usuaria asciende a 170.000 personas.

El Servicio de Sanidad Policial depende del Ministerio del Interior, brinda asistencia a funcionarios policiales, retirados y a sus familias. Aproximadamente hay 98.000 personas cubiertas por este servicio.

La Universidad de la República contrata profesionales médicos para desarrollar tareas de docencia e investigación en la Facultad de Medicina. A su vez cuenta con el Hospital de Clínicas, un hospital universitario clásico en donde se desarrollan actividades de docencia médica a la vez que realiza las tareas propias de un hospital general. Si bien el funcionamiento de sus servicios está organizado para facilitar la docencia, brinda atención médica a la población en general, lo que deriva en cierta superposición de servicios con el MSP, de hecho la población usuaria es la misma. La capacidad del hospital actualmente es de 438 camas.

El Banco de Seguros del Estado se encarga de la cobertura de accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales. También realiza asistencia directa a través de su propio hospital con capacidad para 160 camas.

Diversos Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, caso de ANCAP, Banco República, etc., cuentan con servicios médicos propios de distinta magnitud a través de los cuales ofrecen atención a funcionarios y ex funcionarios, básicamente atención primaria.

Las Intendencias Municipales han desarrollado programas de salud dirigidos a sectores de la población con bajos recursos, generalmente a través de policlínicas barriales que brindan atención primaria a la vez que desarrollan programas de prevención de salud, generalmente en coordinación con el MSP.

El Ministerio de Salud Pública a través de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), cuenta con la mayor capacidad sanitaria del país. Posee el 55% de las camas, 49 hospitales generales, 12 hospitales especializados, 18 centros de salud y más de 200 policlínicas.

Las condiciones laborales de los médicos que se desempeñan en el subsector público, en principio, comparten la normativa común a todos los funcionarios del Estado. Tanto los mecanismos de contratación como de desvinculación tienen características muy distintas a las que rigen en el ámbito privado.

La Constitución fija que deberá establecerse por ley el estatuto del funcionario para las distintas reparticiones. Dicho estatuto debe contemplar las condiciones de ingreso y permanencia, formas de ascenso, descanso semanal y vacaciones. No todas las reparticiones del Estado cuentan con este estatuto, y entre aquellas que cuentan con la normativa, muchos de sus ítem no son llevados a la práctica. El MSP por ejemplo, en su Ley Orgánica, que data de 1934, establece en su Capítulo VII, Artículo 35, que el ingreso a un cargo técnico se realizará mediante concurso de oposición entre los aspirantes, al igual que los ascensos, cosa que no ocurre desde hace más de 25 años con el personal médico⁶. El argumento de las autoridades de ASSE es que debido a las bajas retribuciones en la Salud Pública, un mecanismo de ingreso demasiado riguroso desalentaría a los médicos a optar por cargos en

⁶ La página web del M. S. P. (www.msp.gub.uy) contiene información de las contrataciones laborales realizadas a partir del año 2000. Pudimos constatar que en los últimos tres años todos los médicos que ingresaron a las diferentes áreas del Ministerio fueron contratados en forma **directa**, según informa dicha página oficial.

este sector, generando que no se cubrieran todas las vacantes. Sin embargo, desde el ámbito sindical se reclama la vuelta al sistema de concursos.

En cuanto a la permanencia en el cargo, los médicos del subsector público que cuentan con la condición de presupuestados (efectividad) son inamovibles. Solo pueden ser destituidos previo sumario administrativo que compruebe la ineptitud, omisión o delito.

Respecto a las remuneraciones, los salarios son fijados por las Leyes Presupuestales. Este sistema vuelve muy rígida la modalidad de fijación de los sueldos, como en todo el sector público en donde no existe un mercado de competencia, dado que la variable sueldos está sujeta a las rigideces que suscita la fijación de las remuneraciones a través de las leyes presupuestales. Esta situación ha hecho que las retribuciones en el subsector público, especialmente en el MSP y en la Universidad de la República, sean muy inferiores a las del subsector privado. Actualmente un médico general está cobrando \$ 3.500 por 30 horas de trabajo semanal. Sin embargo existe cierta flexibilidad, a partir del año 1994 el Parlamento autorizó la negociación colectiva en el sector público, permitiendo que determinadas empresas estatales que cuentan con recursos propios negociaran convenios colectivos, caso de ANCAP, UTE, ANTEL o la Banca Oficial.

A su vez, a los médicos del MSP que trabajan en los Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) y a los anestésistas, se les abona la diferencia entre lo percibido por su cargo presupuestal y los valores de mercado, a través de recursos propios por intermedio de las llamadas *Comisiones de Apoyo*. Para percibir este complemento salarial los médicos intensivistas y anestésistas deben constituirse como empresas unipersonales facturándole a dichas Comisiones por los servicios prestados. Se trata de una peculiar modalidad de trabajo en la que se combina la calidad de asalariado, en este caso funcionario público, con la de trabajador por cuenta propia al mismo tiempo, dado que ambas remuneraciones (salario y honorarios) se perciben en base al desempeño de una misma función. Este sistema se enmarca en un programa más amplio de desarrollo de los CTI del MSP y es producto de la escasez de médicos intensivistas dispuestos a trabajar en un área de alta complejidad por los menguados salarios que ofrecía Salud Pública, a tal punto que el ex – Ministro Franschini declaraba: “...las bajas remuneraciones del personal médico y paramédico, conducirían inevitablemente al cierre de los CTI del MSP, ya que era prácticamente imposible contratar personal técnico médico y de enfermería con las diferencias salariales existentes respecto al Sector Privado.”⁷

Además debemos tener en cuenta que el número de especialistas es limitado, dado que la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, que es quien se encarga de la formación de postgrado, fija *números clausus* para la mayoría de las especialidades en acuerdo con la Unidades Docentes y la Comisión de Residencias, tal es el caso de anestesiología, medicina intensiva y las especialidades quirúrgicas. Este aspecto genera otra rigidez en el mercado de trabajo, dado que en

⁷ Declaraciones del ex Ministro de Salud Pública Dr. Luis Franschini al periódico Noticias N° 70, órgano del SMU.

algunas especialidades la oferta de profesionales parecería no ajustarse a la demanda existente en esa área.

En cuanto a las condiciones laborales en el subsector público, como mencionábamos, la normativa vigente prevé la inamovilidad de los funcionarios presupuestados, pero para el caso de los médicos del subsistema público existe una diversidad de modalidades contractuales.

Además de los médicos presupuestados están los *interinos*, que son aquellos que ocupan una vacante por un plazo máximo de dos años en tanto no se llame a concurso. Como de hecho los concursos no se convocan, los médicos son titularizados a través de sucesivas normas presupuestales.

Luego existen médicos *contratados*, se trata de cargos transitorios que no pueden superar los 180 días, esta modalidad está pensada para cubrir vacantes con celeridad en las funciones asistenciales. En los hechos tampoco se cumple con la normativa, dado que estos médicos son recontratados por 180 días más en forma sucesiva.

También nos encontramos con la categoría de médicos *suplentes*, se trata de médicos que están disponibles en forma continua para ocupar el cargo de un funcionario titular en forma transitoria. A tales efectos se confeccionan listas mensualmente con médicos dispuestos a trabajar bajo esta modalidad. En ningún caso los suplentes pueden trabajar más de 96 horas mensuales y no deben permanecer en el cargo más de 180 días. La remuneración se realiza por hora efectiva trabajada. Tampoco en este caso se respeta la legislación, existen muchos suplentes que permanecen en los mismos cargos durante largos períodos. Actualmente cerca de 800 médicos se encuentran en esta situación.

El MSP también cuenta con un régimen especial de trabajo para los denominados *médicos de familia*, se trata de profesionales que brindan atención primaria en consultorios barriales. El médico se vincula formalmente con ASSE a través de un contrato a tres años renovable por igual período. Los médicos deben constituirse como empresas unipersonales y en ningún caso adquieren el carácter de funcionarios públicos. Se trata de una de las primeras experiencias de externalización de servicios en la Salud Pública. La forma de remuneración es a través de honorarios de acuerdo a la cantidad de pacientes que atiende de una nómina que le proporciona ASSE. El valor hora estimado percibido por un médico de familia es el doble de lo que percibe un médico general en el MSP en régimen de trabajo asalariado. En esta modalidad trabajan unos 200 médicos, pero recientemente ha sido puesta en cuestión por diversos agentes del sistema de salud, en especial por su falta de transparencia en los mecanismos de selección y de momento no se ha continuado desarrollado demasiado este tipo de contratación.

Existe por último una particular modalidad de ejercicio profesional: los *residentes*, son aquellos médicos que a través de una suerte de pasantía completan su formación profesional especializada en los hospitales públicos. A estos cargos se accede por estricto concurso, cuentan con un número limitado de cupos, distinto para cada especialidad de acuerdo a la capacidad con que cuenta

cada Unidad Docente responsable. Tienen una duración de tres años y una carga horaria de 48 horas semanales (24 en régimen de guardia). Cuentan con todas las prerrogativas de un funcionario público, aunque son contratados a término. Su salario ronda los \$ 7.500.

A partir de estos datos podemos identificar varias situaciones particulares que caracterizan los puestos de trabajo ofrecidos por el subsector público: la precariedad, asociada a los médicos contratados, interinos y suplentes, y una suerte de externalización parcial de servicios, presente entre los trabajadores de los CTI, anestesistas y más claramente entre los denominados médicos de familia. Además se constata la ausencia de sistemas formales para las asignaciones ocupacionales y unas remuneraciones muy bajas, en especial para los médicos generales y las especialidades básicas, verificándose un desajuste de los salarios del sector con los precios de mercado.

En cuanto al subsector privado, este cuenta con una diversidad de organizaciones proveedoras de servicios de salud, el componente más importante lo constituyen las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Existen dos tipos de IAMC, las llamadas *mutualistas*⁸, propiedad de sus afiliados, y las que son propiedad de grupos de médicos asociados, establecidas bajo la figura de cooperativas médicas, sociedades civiles o sociedades anónimas, también dentro de esta categoría se incluye al CASMU, propiedad del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que es la mayor organización de asistencia médica privada del país, en la que se concentra el 33% de los cargos médicos totales de las IAMC. La principal característica de las IAMC es que son organizaciones asistenciales de prepago que brindan servicios de salud con cobertura integral. Históricamente estas instituciones prestaban asistencia a más del 50% de la población, actualmente la cantidad de usuarios atendidos por este sistema viene en descenso, en este momento el número de afiliados es cercano a 1.300.000 personas, en los dos últimos años se calcula que hubo una pérdida de usuarios próxima a los 200.000.

El sistema de afiliación puede ser individual, colectivo o por intermedio de la seguridad social. En el primer caso el beneficiario abona directamente la cuota, en el segundo las afiliaciones son realizadas por intermedio de una empresa o sindicato, y en el tercer caso el BPS actúa como intermediario recaudando fondos a través de aportes patronales y obreros y pagando las cuotas a las IAMC, es lo que se conoce vulgarmente como afiliación a través de DISSE.

Los hospitales privados, en tanto, originalmente fueron creados para prestar atención médica a sectores de altos ingresos, actualmente reorientaron su oferta prestando servicios a las IAMC.

Respecto a los seguros parciales de atención médica, desde la década de los ochenta se encuentran en rápida expansión. La legislación admite cinco tipos de seguros parciales: traslados en caso de emergencia, técnicas de diagnóstico, atención e internación médica, atención e internación quirúrgica y atención odontológica.

⁸ Si bien históricamente fue la modalidad asistencial más extendida, actualmente existen solamente cuatro mutualistas: Asociación Española, Casa de Galicia, Círculo Católico y Hospital Evangélico, se encuentran nucleadas en la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU).

En esta categoría se encuentran las emergencias móviles, que son las empresas de salud que han tenido mayor expansión en los últimos 20 años. Se trata de servicios de urgencias médicas, en principio dirigido a traumatizados en accidentes, pero que paulatinamente han ido incorporando diversos servicios de atención primaria. La demanda de personal médico en estas empresas está dirigida fundamentalmente hacia médicos generales, pediatras, intensivistas, internistas y cardiólogos. Cuentan con una organización del trabajo muy peculiar, radicalmente distinta a la existente en los hospitales, hecho que ha generado que las propias empresas realicen capacitación al personal para readecuar su desempeño profesional. En entrevistas preliminares con varios gerentes de personal de esta área, nos manifestaban que la formación médica en el Uruguay no se adecua al trabajo demandado por las empresas de emergencia, básicamente por dos razones: la actual formación universitaria está pensada para un sistema de atención de tipo hospitalario, en tanto estas empresas requieren de una formación orientada hacia servicios médicos ambulatorios, y por el bajo índice de resolución de los médicos en primera instancia, provocando un tendencia “excesiva” a la derivación al hospital. Obviamente todo esto resulta muy opinable, excede a las aspiraciones de este trabajo y ameritaría un estudio específico y en profundidad de las empresas de emergencia móvil.

En materia de contrataciones, lo más destacado de las emergencias móviles es que incorporan en los meses de invierno un importante número de médicos eventuales, debido al incremento de su actividad, lo que hace que en este sector exista una mayor precariedad que en el resto del sistema.

Otras de las empresas que integran esta categoría y que también han experimentado cierto auge son los seguros parciales propiamente dichos, aquellas empresas médicas que ofrecen cobertura a riesgos específicos (trastornos cardíacos, traumatológicos, etc), que previo pago de un seguro, garantizan los servicios médicos frente a la ocurrencia de tales riesgos. La diferencia fundamental con las IAMC es que no ofrecen una asistencia integral, solamente se encargan de los servicios médicos para los que fueron previamente contratados.

Por último destacamos los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), se trata de instituciones tanto públicas como privadas que se financian a través del Fondo Nacional de Recursos, integrado por fondos del Estado, las IAMC, personas físicas que adhieren e impuestos específicos. Entre los servicios que prestan se encuentran: cirugía cardíaca, estudios hemodinámicos, colocación de marcapasos, tratamiento de insuficiencias renales, prótesis de cadera, angioplastia coronaria, etc. Este sistema ha permitido un acceso equitativo a las técnicas más complejas y de elevado costo a toda la población, a la vez que contribuye a la segmentación del mercado médico, dado que las retribuciones y condiciones de trabajo de los médicos que se desempeñan en las IMAE son muy superiores a las existentes en el resto del sector.

En cuanto a las condiciones generales de trabajo en el subsector privado de la salud, estas se rige de acuerdo a las normativas para el resto del sector privado, aunque cuenta con Convenio Colectivo vigente desde enero de 2001, siendo uno de los cuatro sectores de actividad junto a la

Banca, el Transporte y la Construcción para los que existe Laudo, aunque éste solo rige para las IAMC, los seguros parciales y emergencias móviles no están sujetas a las normas que impone el Laudo.

Dicho convenio contempla una carga horaria de 26 horas de trabajo mensual en consultorio, apenas unas 6 horas a la semana, distribuidas en tres consultas de 2 horas. Generalmente el trabajo en consultorio es complementado con al menos una guardia semanal de 24 horas, lo que hace que el horario semanal de los cargos en el subsector privado sea promedialmente de unas 30 horas semanales.

En cuanto a las remuneraciones, estas se componen de un sueldo base y un complemento adicional por paciente asistido, la remuneración promedio por cargo es aproximadamente de \$ 14.000 para medicina general y las especialidades básicas (ginecología, pediatría y medicina interna) este sistema no contempla a determinadas especialidades como las cirugías y la anestesiología, para este sector de profesionales no existe laudo, cobrando sus haberes de acuerdo a la cantidad de *actos médicos* realizados. Nuevamente, al igual que en el caso del sector público, nos encontramos con las especialidades anestésico – quirúrgicas que presenta un tratamiento diferenciado en sus condiciones laborales. Debido a su capacidad de negociación en base al restringido número de efectivos con que cuentan estas subdisciplinas médicas, han logrado que la forma de remuneración sea por unidad de procedimiento, sistema históricamente preferido por los médicos. (Leal, 2002)

La forma de remuneración para las emergencias móviles es por tiempo de trabajo, de acuerdo al número de horas efectivamente trabajadas, actualmente el valor hora promedio en las empresas de emergencia móvil roda los 35 pesos uruguayos para los médicos generales y unos 120 pesos para los especialistas⁹, aunque algunas de estas empresas cuentan con acuerdos concretos con los trabajadores que incluyen sistemas de incentivos. A su vez, en los períodos en que se incrementa su actividad llegan a contratar personal médico externalizado.

Por lo tanto, en el subsistema privado contamos al menos con tres modalidades de remuneración: pago por tiempo de trabajo, es decir, un salario fijo de acuerdo a la cantidad de horas efectivas trabajadas, este sistema rige para la mayoría de los médicos de emergencias móviles y seguros parciales principalmente. Para los médicos generales y muchos de los especialistas de las IAMC rige un sistema mixto, compuesto por una cuantía fija que contempla los derechos propios de todo trabajador asalariado típico (seguridad social, vacaciones, etc.) y un suplemento por unidad de servicio o procedimiento realizado, en este caso considerando el número de pacientes atendidos. Este sistema garantiza un vínculo funcional clásico entre el trabajador y la organización, a la vez que genera un incentivo hacia la captación de pacientes por medio del complemento adicional. Del punto de vista profesional, los sistemas de remuneración fija permiten mayor tranquilidad y seguridad en el trabajo, principalmente en relación con los períodos de inactividad. La posición del Sindicato Médico ha sido justamente la de privilegiar la partida fija dentro de las remuneraciones. La tercera modalidad

⁹ Dato recogido de consultas hechas a las propias empresas.

es la externalización de servicios, este mecanismo consistente en el cobro en base a honorarios por unidad de servicio o procedimiento (actos médicos), sin que exista relación de dependencia clásica entre el médico y la empresa. La externalización se comenzó aplicando al colectivo anestésico – quirúrgico, pero paulatinamente se va extendiendo a otras áreas, particularmente en aquellas empresas que no están contempladas en el Convenio Colectivo, como forma de abaratar los montos salariales, dado que al externalizar los servicios se ahorra la carga tributaria derivada de los derechos laborales, que generalmente representa una parte importante del costo laboral total. En el caso de los profesionales anestésico – quirúrgicos, al contemplarse honorarios muy importantes para sus servicios, prefieren este modo de remuneración, sin embargo las empresas del sector no están conformes en este caso con el sistema de honorarios, argumentan cierto oportunismo por parte de este grupo al sobredimensionar la práctica de actos quirúrgicos, actualmente se está debatiendo la posibilidad de una rebaja en las retribuciones a estos profesionales debido al desfinanciamiento que presentan la mayoría de las instituciones privadas.

Respecto a los mecanismos de acceso, en el subsector privado, solamente el CASMU cuenta con llamados sistemáticos a concursos de oposición y méritos, el resto de las empresas, de acuerdo al relevamiento que realizamos, no cuentan con ningún mecanismo formal, las contrataciones se realizan en forma directa por los departamentos de personal o recursos humanos de acuerdo a criterios que no se hacen explícitos. El principal argumento esgrimido para no contar con métodos formales de contratación de personal, aparentemente sería el elevado costo fijo que supone mantener unidades administrativas encargadas de estas labores, al menos son las conclusiones que sacamos a partir de las indagatorias realizadas entre las empresas del sector. La única excepción es la empresa de servicios de emergencia móvil: SUAT, que al ser consultados manifestaron que la selección de personal se realiza entre aspirantes que personalmente se presentan ante dicha empresa; los criterios de selección son los siguientes: se evalúan las credenciales académicas de los candidatos y los antecedentes laborales, a su vez el aspirante debe presentar tres *referencias personales* de médicos que acrediten su *competitividad* y su *actitud* frente al trabajo, todo esto es evaluado por un comité técnico, posteriormente se le realiza un examen psicotécnico al candidato preseleccionado. No nos quedaba muy claro como operaban las referencias personales; las aclaraciones hechas por el departamento de personal de SUAT refuerzan nuestra hipótesis de que tales referencias constituyen verdaderos activos de capital social con los que cuenta el aspirante, dado que dependiendo de quienes sean los médicos señalados en las referencias, la credibilidad en torno a las competencias del aspirante es mayor, por ejemplo, si se trata de un médico accionista de la empresa en cuestión, las posibilidades del aspirante son mayores, en la medida que la

referencia presentada resulta altamente confiable para los seleccionadores. En cierta medida se institucionaliza el acceso al empleo por mecanismos relacionales¹⁰.

Si bien no se detectan problemas de reconocimiento de competencias en el relevamiento que realizamos entre las empresas demandantes de personal médico, las condiciones laborales, los sistemas de remuneración y los mecanismos de acceso en las diferentes organizaciones proveedoras de servicios de salud son muy dispares y complejos, lo que hace que el mercado de trabajo médico no pueda estudiarse con las herramientas clásicas de oferta y demanda agregada, ya que presenta rigideces y escollos que lo convierten en un mercado de trabajo muy particular que requiere de un tratamiento especial a la hora de abordar su composición.

Capítulo IV: La evidencia empírica: el caso de los médicos de reciente graduación

Para analizar la inserción laboral de los médicos hemos tomado como referencia los datos recogidos para nuestro trabajo: *La trayectoria laboral de los médicos: calificación y capital social*¹¹ (Rey 2002), para este caso reorganizamos la información sobre la base de una serie cronológica dividida en tres momentos: el inicio de la actividad laboral, considerando como tal a los dos primeros años de actuación profesional, tiempo estimado en que la casi totalidad de la población ha estudiado se ha integrado plenamente a la actividad laboral. La opción de tomar como primera referencia de la trayectoria una fecha anterior al segundo año, hacia que los niveles de actividad se vieran afectados, dado que en el transcurso del primer año, buena parte de la población indagada (63%), se encontraba preparando el examen de ingreso a la residencia (postgrado), lo que originaba que no se integraran plenamente al mercado de trabajo.

Como punto intermedio de la trayectoria tomamos los datos referidos al cuarto año de actividad laboral, momento en el cual se comienza a producir la incorporación al ejercicio de las especialidades médicas, como veremos, una fracción importante de efectivos a esa fecha ya cuenta con el título de especialista y por ende comienza a optar por cargos en ese segmento. Por último consideramos el sexto año, final de la serie, que coincide con la recogida de los datos.

¹⁰ Estas afirmaciones fueron realizadas por el gerente de personal de la empresa SUAT Lic. Marcelo Martínez, así mismo afirmó que este mecanismo de acceso es el usualmente empleado por todas las empresas del subsector privado de la salud. Hay registro de la entrevista.

¹¹ Ver Anexo: Aspectos metodológicos

La elección de períodos de dos años no se ajusta necesariamente a un criterio estrictamente teórico, simplemente se intenta comparar la evolución de una generación de egresados jóvenes en tres instancias claves de su trayectoria laboral.

La serie se construyó sobre la base de los datos obtenidos en la encuesta realizada a la promoción de médicos egresada en el año 1995 y contempla la trayectoria laboral desplegada desde la fecha de graduación, agosto de 1995 a julio de 2001. Los estudios clásicos sobre trayectorias laborales suelen indicar como etapa crítica de la inserción laboral a los primeros cinco años (Gallart, 1993), a su vez, los dos estudios realizados en nuestro país sobre los médicos jóvenes, Petruccelli (1978) y Rigby y Turnes (1987), tomaban en consideración los primeros cinco años de ejercicio profesional, señalándolos también como un período particularmente problemático de la vida laboral. Es por ello que en nuestra investigación contemplamos el sexto año de la trayectoria laboral para poder determinar si las tendencias descritas para los primeros cinco años comienzan a revertirse al sexto o por el contrario se mantienen.

Entendemos por serie temporal o serie cronológica a una sucesión de observaciones de una o varias variables ordenadas en el tiempo. Interesa su análisis para posibilitar la descripción de la evolución histórica del fenómeno que expresa la serie.

Nos interesa fundamentalmente rescatar la tendencia que se manifiesta a lo largo de la serie, para ello iremos comparando el desarrollo de las diversas variables consideradas, en especial aquellas que nos indican el comportamiento del capital social y su incidencia sobre la inserción laboral.

Finalmente nos detendremos a analizar con mayor detalle la situación de la población sobre el final del ciclo, para determinar en forma un poco más completa el contexto laboral más reciente del colectivo médico indagado.

Los jóvenes médicos: algunas características sugerentes

Antes de abocarnos a la descripción pormenorizada de la trayectoria laboral desplegada por los jóvenes médicos conviene realizar un breve recorrido por las características estructurales más destacadas de la población a estudio. Una de las estrategias que esgrimimos para intentar corroborar nuestros supuestos, como detallamos en el anexo metodológico, era contar con una población objeto lo suficientemente homogénea, de modo que nuestras variables centrales: **capital social** y **acceso a la ocupación**, no se vieran demasiado afectadas por algún otro factor interviniente como la formación, el capital cultural o la edad. Veamos entonces el grado de uniformidad que presenta la población seleccionada en la investigación. Para ello analizamos algunas de las variables de base que nos permitieron obtener una descripción detallada de nuestra población a estudio.

Se trata de una población mayoritariamente femenina, más precisamente, el 60% de sus integrantes son mujeres. Situación bastante previsible, dado que a partir de la década del 60 y particularmente en los 80 se produce una masiva incorporación de la mujer a la Universidad.

En cuanto a las edades de los encuestados al momento de graduarse, estas oscilaban entre 26 y 38 años. La media se ubicaba en 28 años. A partir de estos datos observamos que en un 57,4% de los casos no superaban los 27 años. De acuerdo con estas cifras podemos concluir que al menos la mitad de los entrevistados realizaron sus estudios en los tiempos curriculares previstos.

Los círculos de pertenencia

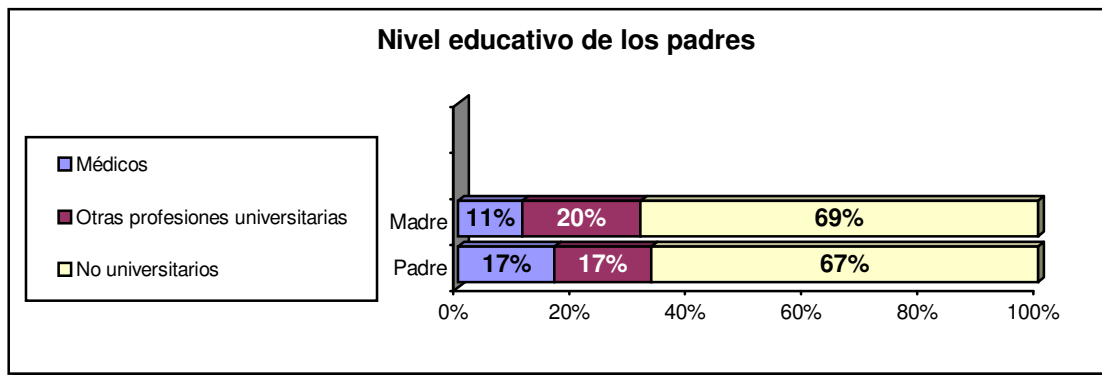
Nos interesa en este apartado particularmente destacar cuatro esferas que hacen a la conformación del capital social: la estructura familiar de procedencia y la actual conformación familiar, el ámbito en donde desarrollaron sus estudios preuniversitarios, la participación en organizaciones y los trabajos previos a la graduación. A través de estos cuarto círculos sociales, en términos simmelianos, intentamos captar la sociabilidad involucrada en ellos, que será la base de los vínculos que posteriormente podrán ser transformados en capital social. En la medida que en estas esferas es donde se produce la mayor densidad de relaciones para los integrantes de esta población, entendemos que resultan ámbitos propicios para la adquisición de capital social.

Posteriormente analizaremos la incorporación a los nuevos círculos de contactos generados a partir de la gradual incorporación al ambiente médico, que comienza con el ingreso a la Facultad y continúa con la graduación y la iniciación paulatina en el ejercicio de la profesión.

La estructura familiar

Acerca del origen sociofamiliar de los indagados, a modo de *proxy*, consideramos el nivel educativo de los padres y su ocupación.

La tercera parte de los padres cuenta con formación universitaria. Lo mismo ocurre con las madres. La presencia de padres médicos es muy importante, representan el 50% del total de padres con estudios terciarios. Entre las madres con estudios terciarios, aquellas que son médicas alcanzan a un tercio. El elevado número de padres con estudios universitarios es un dato muy importante, teniendo en cuenta que la generación de los padres presumiblemente realizó sus estudios terciarios en las décadas del 50 y 60, donde aun no se había producido la expansión de la enseñanza universitaria.



Fuente: datos propios

Si a los padres con estudios universitarios le sumamos aquellos que cuentan con universidad incompleta y los que tienen secundaria terminada, nos ubicamos en un 70% del total, cifra muy importante que refuerza la idea de que nos encontramos frente a un colectivo de individuos de origen sociocultural alto. Más adelante veremos como se comportan en el ámbito laboral los médicos que provienen de familias de médicos.

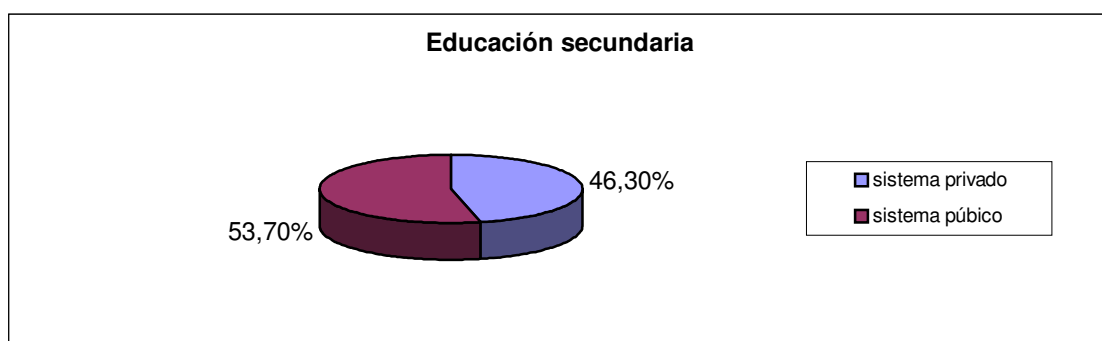
En lo referente a la ocupación de los progenitores. En el caso de los padres, la mitad tiene o tuvo su actividad principal en el sector privado en calidad de asalariado (obrero o empleado). En el caso de las madres, las asalariadas en el sector privado representan la tercera parte del total. La presencia de funcionarios públicos también resulta relevante, entre los padres alcanza al 30%, mientras que entre las madres representa un 11%. Luego aparecen los medianos o grandes empresarios con un 13% entre los padres y un 4% entre las madres. En tanto los trabajadores por cuenta propia llegan al 6% entre los padres y al 7% entre las madres. Cabe destacar entre las madres, la presencia de un número importante de éstas, un 44%, que se dedica únicamente a las tareas del hogar.

Respecto a la situación familiar actual, los datos nos indican que las tres cuartas partes de los entrevistados, actualmente vive en situación de pareja estable. Más de la mitad (58%) de los que declaran estar casados o en unión libre, lo están con otros universitarios. Entre los cónyuges universitarios, los médicos representan las tres cuartas partes. Las uniones conyugales entre profesionales y particularmente entre médicos, reforzarían nuestra idea en torno a las redes sociales a las que se vinculan los médicos. El 70% de los cónyuges se desempeña en el sector privado en calidad de asalariado. El 10% en el sector público, los trabajadores por cuenta propia representan 13%, mientras que los medianos o grandes empresarios alcanzan el 5%.

En cuanto a la cantidad de hijos, esta varía entre aquellos que no tienen ninguno, hasta un máximo de 4, siendo la media 1. Más del 40% no tienen hijos, mientras que un 30% manifiesta tener un solo hijo. Es de destacar que en una población con una media de edad de 34 años a la fecha del relevamiento de los datos, nos encontremos una porción importante (40%) de individuos sin hijos. Sobre todo, teniendo en cuenta que al menos un 83% de los entrevistados mantuvo o mantiene

relaciones estables de pareja. Esta situación coincide con la tendencia observada en la tasa de natalidad entre los individuos con estudios terciarios en el Uruguay, que se sitúa en valores por debajo de los dos hijos promedio (INE, 2002). También es posible que esta circunstancia se deba a cierta predisposición entre los profesionales universitarios a posponer la paternidad hasta haber logrado cierta estabilidad en su situación laboral (Filgueira, 1996). Condición, que como veremos, está lejos de ser una realidad para buena parte de este segmento.

El ámbito de escolarización

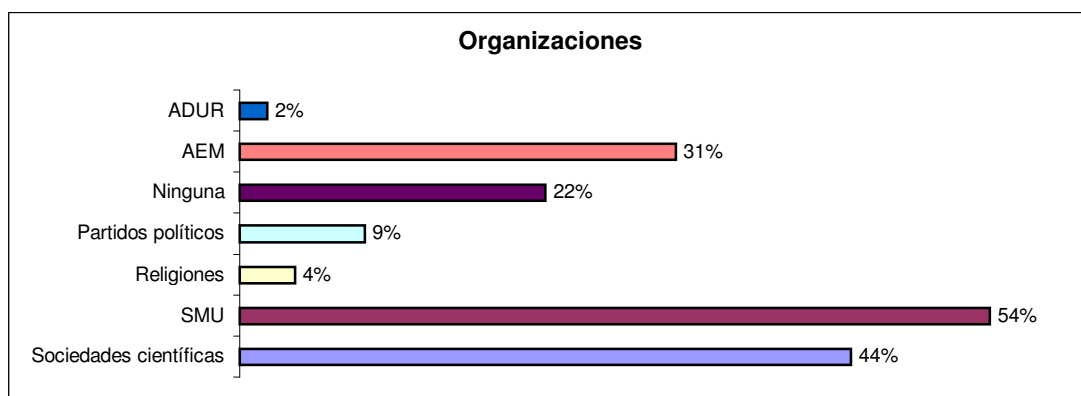


Fuente: datos propios

Con respecto al lugar donde desarrollaron sus estudios secundarios, el resultado más llamativo es que un 46% de los entrevistados realizaron sus estudios preuniversitarios mayoritariamente en establecimientos privados. Según datos de la CEPAL, hacia 1984, año en que mayoritariamente la población a estudio se encontraba cursando el bachillerato, el número de estudiantes matriculados en el sistema privado se ubicaba en un 22%, en tanto el porcentaje de estudiantes catalogados como de estrato alto que asistían a instituciones privadas ascendía a un 50% (Filgueira, 1996). La comparación de los datos poblacionales del Uruguay con los de nuestros entrevistados, evidencia una cantidad muy significativa de individuos que asistieron a institutos privados. Esto nos puede estar indicando que estamos frente a una población proveniente de estructuras familiares con niveles de ingresos altos, dado que la variable ingresos, en los años 80 con más claridad, suele ser definitoria a la hora de enviar a los hijos a instituciones educativas privadas. Aunque no debemos olvidar que durante el período dictatorial, sectores medios de la población enviaban a sus hijos a instituciones privadas debido al deterioro que sufrió la enseñanza pública en aquellos años.

La participación en organizaciones

‘La participación organizada constituye un caso especial de capital social, caracterizado por el contacto en base a intereses con personas más alejadas del círculo de relaciones primarias’ (Espinoza, 1998: 22). Veamos en que medida dispone la población a estudio de este tipo de capital social. En la presente gráfica observamos el grado de participación de los médicos en organizaciones vinculadas a la medicina y a otras esferas de la sociedad en general.



Fuente: datos propios¹²

El 78% de los entrevistados manifiesta haber participado activamente en alguna organización gremial, política, profesional o religiosa, un 54% realizó algún tipo de actividad en el SMU, en su mayoría en el marco de conflictos laborales, ya sea participación en asambleas, huelgas, etc., y en menor medida integrando comisiones, no se registran en este colectivo actividades de dirección.

Los que se integraron activamente a alguna Sociedad Científica, representan un 44%. En tanto, la participación en la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) superó el 30% del total.

Un importante dato a tener en cuenta es la baja participación en organizaciones políticas, apenas un 9% del total, en consecuencia el capital social movilizado, como veremos, no cuenta con activos que provengan del vínculo con actores u organizaciones políticas.

El 89% de la población a estudio está afiliada al SMU, cifra superior a la que se presenta en el conjunto de la población médica que es del 78%. A su vez, más de la mitad de los indagados, como observamos, participó activamente en el Sindicato, estos datos ameritan algunas reflexiones.

En primer lugar se constata la amplia representatividad del gremio, uno de los porcentajes de adhesión sindical más importantes en Uruguay, y el grado de compromiso con éste por parte de esta

¹² Los porcentajes de participación en organizaciones no suman 100 debido a que en muchos casos se registra actividad en más de una organización.

generación. Un sindicato que reviste características especiales, además de desarrollar su actividad como organización sindical en términos clásicos, en tanto herramienta de defensa de los derechos laborales de sus afiliados, a través de su Centro Asistencial (CASMU) y más recientemente de su emergencia móvil (1727), actúa como agente proveedor de servicios de salud, generando una importantísima demanda de personal médico como reseñamos más arriba. Al ser afiliado al Sindicato se puede optar por un cargo en dicho Centro y en la emergencia móvil. Al mismo tiempo, el SMU realiza actividades propias de un Colegio Profesional¹³, en tanto que regula algunos aspectos del ejercicio de la profesión. Por ende, integrarse activamente al SMU es mucho más que realizar una actividad gremial, implica participar indirectamente de la gestión empresarial y tomar parte en la regulación de la actividad laboral en el sector. Es por ello que esta organización convoca a un número importantísimo de médicos; en este caso corroboramos que la presencia de médicos jóvenes es porcentualmente mayor. Todo esto hace del SMU uno de los agentes del sistema de salud con mayor peso específico. A su vez, el mero hecho de pertenecer a esta organización, permite que el capital social, tanto individualmente como en forma colectiva, se enriquezca considerablemente, en una suerte de cooperación y competencia simultánea.

En cuanto a la participación en la Asociación de Estudiantes, los niveles por encima del 30% nos hablan de un grado muy importante de participación gremial, aunque cierto es, la presente generación realizó sus estudios en un contexto de amplia movilización gremial como lo fueron los primeros años del regreso a la democracia. En este caso también la AEM trasciende el ámbito gremial estudiantil, dado que participa en la gestión del CASMU a través de un delegado en la Comisión Directiva, a su vez los estudiantes también pueden asociarse al SMU y elegir delegados que los representen en los órganos de dirección, participar de sus actividades y optar por cargos de practicantes, existiendo un nexo importante entre ambas organizaciones, lo que refuerza el capital social asociativo, en especial entre sus miembros más activos.

Con respecto a las Sociedades Científicas, que convocan a un 44% de nuestra población, es de destacar que es allí donde se nuclean los integrantes de una misma especialidad, en este caso para desarrollar actividades referidas al impulso académico de las subdisciplinas, particularmente orientadas hacia la investigación¹⁴. Al participar en ellas, a la vez que realizan actividades académicas,

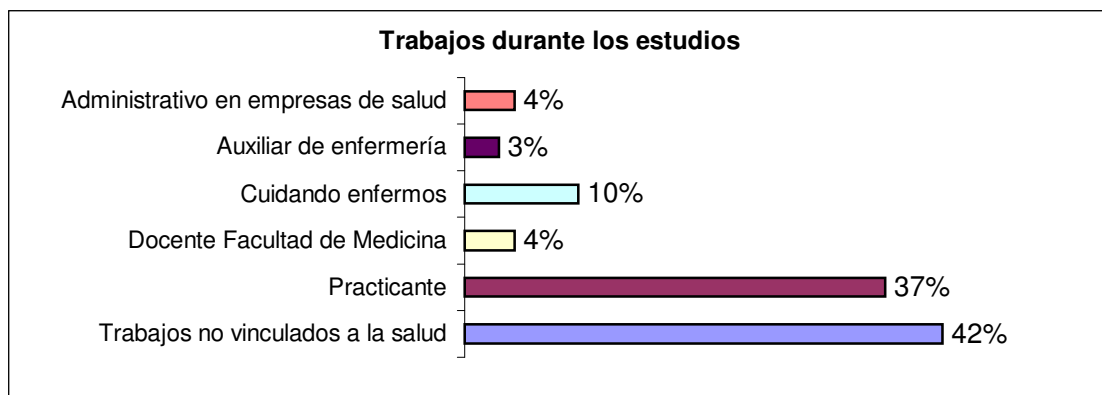
¹³ En nuestro país no existe colegiación obligatoria entre los profesionales universitarios de ninguna rama, el Estado es el que regula la actividad de las diferentes profesiones. Sin embargo, en la mayoría de los países desarrollados, así como también en algunos de la región, existen los llamados *Colegios Profesionales*, que se encargan de autorregular las actividades laborales de los colectivos de profesionales universitarios, sus disposiciones suelen tener carácter preceptivo. En Uruguay se ha venido debatiendo la posibilidad de crear dicho mecanismo pero de momento se ha optado por que siga siendo el Estado quien se encargue de las regulaciones. Sin embargo, en el caso de los médicos, a través del SMU, se intentan establecer ciertos criterios comunes en el desempeño profesional, fundamentalmente a través del Comité de Ética y de determinados consensos entre los socios como el caso del límite de edad para el ejercicio profesional o el establecimiento de un arancel común.

¹⁴ Existe un caso particular que es el de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ), estas sociedades, además de sus actividades científicas, en los últimos años han procedido como verdaderos grupos de presión, promoviendo en varias oportunidades medidas gremiales entre sus afiliados e incluso participando en las

los médicos especialistas refuerzan sus vínculos personales, estrechando los lazos entre quienes generalmente son compañeros de trabajo, generándose un interesante cruce entre las actividades laborales y las académicas.

‘Frente a los lazos locales y, en general, a todos los que no dependen de la voluntad personal, los vínculos libremente elegidos habrán de expresar, por regla general, lo que el que elige es de hecho, y, por tanto, las agrupaciones de esta clase se fundarán sobre relaciones objetivas, esto es, estarán arraigadas en la naturaleza misma del sujeto. Por esta razón a menudo conviene utilizar la solidez formal de la asociación así lograda para fines muy apartados del motivo originario de su fundación.’ (Simmel, 1977: 427). Como bien observa Simmel, el asociacionismo formal permite apropiarse los vínculos allí generados para otros fines. El SMU es un claro caso donde el asociacionismo sindical excede sus cometidos iniciales (en menor medida las Sociedades Científicas también lo son). El capital social colectivamente generado en el SMU es transferible hacia el mercado de trabajo, en forma orgánica a través del CASMU y 1727, y de un modo más mecánico, por medio del estrechamiento de los lazos sociales entre aquellos que participan más activamente en este, presumiblemente también hacia el resto del mercado laboral.

El trabajo durante los estudios



Fuente: datos propios

Otro importante ámbito de incorporación de capital social es el trabajo, en este caso analizamos los trabajos anteriores a la graduación que en muchos casos se encadenan con la actividad laboral posterior.

negociaciones del último Convenio Colectivo de la salud y en las conversaciones por la reestructura del sistema mutual.

El 63% de los médicos trabajó durante sus estudios. Cerca de la mitad se emplearon en actividades vinculadas a la salud. Entre las ocupaciones desempeñadas en el área de la salud, como podemos observar en el gráfico anterior, se destaca la de practicante¹⁵. En tanto entre aquellos que desplegaron otro tipo de actividades, mayoritariamente lo hicieron como auxiliares administrativos, que representa un 38% del total de los *estudiantes – trabajadores*.

El promedio de años trabajados asciende a 5 años y medio, es decir, durante más de la mitad de los años promedio de estudio. La cuarta parte declara haber trabajado durante 8 años.

Respecto a la cantidad de horas trabajadas, el promedio se ubica en 30 horas semanales.

El número de individuos que combinó estudio y trabajo (63%) es similar al que presentan otras poblaciones de estudiantes universitarios (Oficina del Censo, 2000). Es de destacar la importante correlación apreciada entre los estudios y el tipo de trabajo desempeñado. Se podría decir que existe un pequeño hueco de mercado para los estudiantes de medicina. Así mismo llama la atención el número de horas de trabajo: 30 como promedio y un 38% que se ubica por encima de las 30 horas, aunque cada vez es más generalizada la opción de trabajar y estudiar simultáneamente. La inversión en educación podemos catalogarla como una *opción racional*, en la medida que el mercado demanda permanentemente mayores competencias laborales. Pero sabiendo el descenso del rendimiento de este tipo de inversión, debido a la masificación de las titulaciones universitarias, los estudiantes están revisando a la baja el tiempo y el esfuerzo consagrados a la formación, redefiniendo el reparto de su tiempo entre estudios y actividades laborales.

En el caso de los trabajos desempeñados durante los estudios, el pasaje por empleos dentro del área de la salud, a la vez que genera una fuente de ingresos, contribuye a reforzar los lazos sociales entre estos futuros médicos y el resto de los agentes del sistema, esta situación constituye otra de las instancias propicias para acumular capital social específico, transferible, como veremos, hacia su futura inserción profesional. Aquellos que lograron acceder a puestos de trabajo vinculados al área de la salud durante sus estudios, posteriormente, al ingresar al ejercicio profesional médico harán pesar, tanto su temprana socialización en el ambiente de la salud, como el capital social que eventualmente incorporaron en aquellas experiencias laborales. Esta situación la veremos más claramente cuando observemos la procedencia del capital social movilizado en el primer empleo al que ingresan en calidad de médicos.

¹⁵ Se llama así a los estudiantes avanzados de medicina que desempeñan diversas tareas de colaboración con los médicos. También se designa con este nombre a aquellos estudiantes que cursan el “internado” obligatorio que corresponde al último año de la carrera de medicina y que se realiza en el Hospital de Clínicas o en dependencias del MSP.

La formación de postgrado

El 59% de los médicos consultados ya contaban con especialización al momento de ser encuestados (seis años de egresados), en tanto el resto se encontraba cursando estudios de especialización. En ningún caso encontramos médicos que hayan optado por la no realización de estudios de postgrado. Un 2% de los consultados se encontraban cursando a la fecha una segunda especialización.

Este extremo confirma las hipótesis manejadas en torno a la denominada *fuga hacia delante* (Tedesco, 1987) producto de la sobreoferta de médicos generalistas y las mejores oportunidades laborales que ofrece el campo de la especialización médica.

Respecto a las especializaciones por las que optan, observamos la presencia de pediatría como la opción mayoritaria, tanto entre los médicos que ya culminaron su formación de postgrado (19,7%), como aquellos que aun están cursando (7,4%). El resto de los médicos se distribuyen en forma mas o menos homogénea entre las restantes especializaciones. El tamaño de la presente muestra no nos habilita a sacar conclusiones sobre las 51 especialidades médicas que existen en el Uruguay. Sin embargo, se mantiene entre nuestros encuestados la tendencia descrita en el Padrón Medico Nacional a lo largo de los últimos años, que coloca a pediatría como la especialidad que cuenta con mayor cantidad de profesionales.

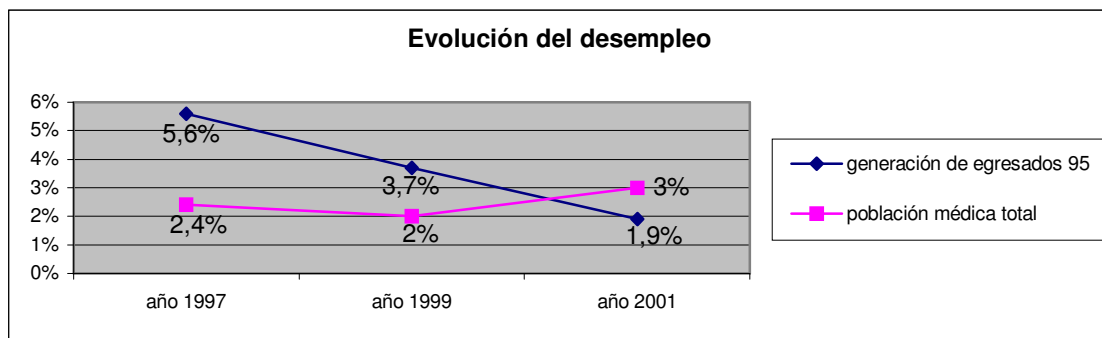
El perfil de la inserción laboral

En este apartado presentamos las principales tendencias del desempeño profesional de los médicos indagados en los primeros seis años de ejercicio profesional: niveles de ocupación, desempleo, subocupación, multiempleo, estabilidad, subsectores de actividad y especialidades desempeñadas. Posteriormente analizamos los mecanismos de inserción profesional.

Niveles de ocupación

Todos los integrantes de la población a estudio se declaran económicamente activos y dispuestos a trabajar a jornada completa a partir del segundo año y hasta el final de la serie.

La amplia mayoría de los médicos indagados, a los dos años de haber egresado, se encuentra trabajando en actividades vinculadas a su disciplina, tan solo un 5,6% no registra actividad laboral alguna. Al promediar la trayectoria, a los cuatro años, el desempleo disminuye a un 3,7% y finalmente, a seis años de la graduación, tan solo se registra un 1,9% de médicos desocupados. El manifiesto declive del desempleo, a medida que transcurre la trayectoria laboral, es una característica notoria en el transcurso de los primeros seis años de ejercicio profesional dentro de este grupo de médicos jóvenes. Históricamente la población médica del Uruguay presentó niveles muy bajos de desempleo. En el año 1985, fecha en que se realizó la primer encuesta médica nacional, no se registró ningún caso de desempleo, esto se debió a que en los años de dictadura el ingreso a la Facultad de Medicina estuvo restringido, a la vez que hubo una importante corriente migratoria de profesionales durante ese período (Petruccelli, 1978). Posteriormente, en la segunda encuesta médica, realizada en el año 1990, la cifra de desocupados ascendió al 7%, este es el porcentaje más alto en materia de desempleo desde que existen registros sistemáticos al respecto. A partir del año 95 en que desciende a un 2,4%, el número de desocupados se han mantenido en ese entorno.



Fuente: CIESMU, 1995; Equipos Mori/SMU, 1998; Factum/SMU, 2001; datos propios

Si comparamos el número de desocupados entre los egresados en 1995 con el total de la población médica, observamos que en las dos primeras mediciones los niveles de desempleo son mayores en este grupo de médicos jóvenes, en tanto en la última el porcentaje es algo menor. Luego de un inicio en la actividad con indicadores de desempleo moderadamente más altos que la generalidad del colectivo médico, parecería que la tendencia en la franja de médicos jóvenes es a converger con las cifras del conjunto de la población médica en materia de desempleo.

Podemos afirmar que se trata de un desempleo friccional, muy por debajo del registrado en la población económicamente activa del Uruguay e incluso por debajo de las cifras de otros colectivos profesionales.

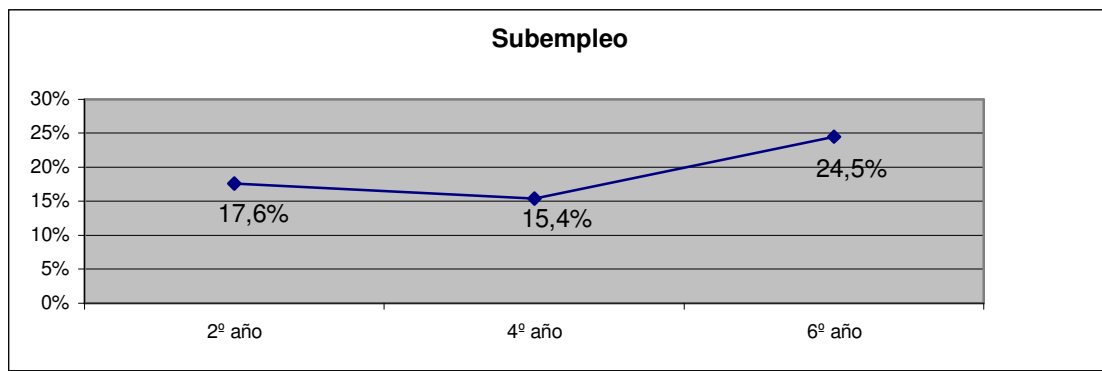
Si bien Uruguay cuenta con uno de los mayores contingentes de médicos de América, en relación a la cantidad de habitantes, esta circunstancia no origina problemas de desempleo pleno, en parte debido a que la cobertura de salud es bastante amplia comparativamente con el resto de los

países de América latina (OMS, 2003) y además porque ofrece una multiplicidad de empleos a tiempo parcial, como veremos más adelante, que amortiguan la plena desocupación.

El problema de la subocupación

El principal problema que identificamos en nuestro trabajo de investigación fue el alto índice de médicos subocupados. Para establecer la condición de **subempleados** tomamos como indicador la cantidad de horas de trabajo a la semana. Si bien los registros sobre desempleo nos indican que estamos frente a una población con pleno empleo, cuando observamos las características de la ocupación médica nos encontramos con casi la cuarta parte esta población (24,5%) a los seis años de graduarse, con un máximo de 24 horas de trabajo a la semana, límite teórico a partir del cual establecimos la condición de subempleados, teniendo en cuenta que la dedicación horaria por empleo es de 30 horas semanales, este segmento no alcanza a cubrir el 80% de una jornada de trabajo estándar en el sector.

Otro dato interesante es que en el transcurso de toda la serie, más de la mitad de la población indagada no llega a trabajar 48 horas semanales, carga horaria máxima en la salud pública y adoptada por la legislación laboral uruguaya como el volumen de horas estándar de actividad. A su vez la subocupación es un indicador que viene en ascenso, dado que en el período 1999 – 2001, se incrementó en un 9% entre los jóvenes médicos indagados.



Fuente: datos propios

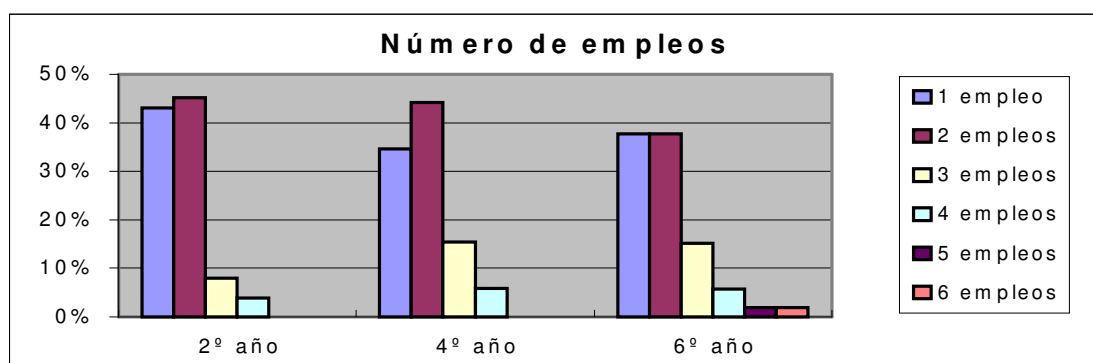
Con unas cargas horarias como las que presenta el segmento de subempleados se reducen las posibilidades para estos médicos de atender un número suficiente de pacientes como para conservar sus aptitudes profesionales, esta situación generaría cierto riesgo de que la calidad de la prestación decaiga. La baja dedicación horaria impide también que se consoliden grupos de trabajo eficientes al

interior de las organizaciones de la salud y podría además hacer que el compromiso de los profesionales con la institución sea débil.

La multiocupación y el sobre empleo

Para determinar la condición de multiempleados consideramos el número de puestos de trabajos que desempeña cada médico en forma simultanea.

Entre aquellos que declaran estar ocupados la cantidad de puestos trabajo con que cuentan a los dos años oscila entre uno y cuatro, obteniéndose un promedio de 1,7. A los cuatro años se registra un pequeño aumento en el promedio de puestos de trabajo por médico, ubicándose en 1,9 empleos por médico. Finalmente a los seis años el promedio de empleos llega a 2 por trabajador. En esta última medición encontramos médicos trabajando en hasta 6 empleos simultáneos.



Fuente: datos propios

Como consecuencia de las cargas horarias por empleo relativamente bajas, sobretodo en el sector privado, los médicos adoptan como estrategia laboral el desempeño simultaneo de más de un cargo.

En lo que respecta a los integrantes del presente estudio, se constata una media de dos empleos en el transcurso de la mayor parte del recorrido laboral. El 62,3% de los jóvenes médicos cuenta con más de un empleo e incluso nos encontramos con casi una cuarta parte que a los seis años de haberse graduado trabaja simultáneamente en tres lugares distintos (siempre dentro del sistema de salud). El promedio de empleos por trabajador es algo mayor entre el total de la población médica, en el año 98 era de 2,6 (Equipos Mori/SMU, 1998) y en el 2001 la media fue levemente menor, alcanzando un 2,2 (Factum/SMU, 2001), de todos modos son cifras bastante similares a las recogidas entre la muestra de médicos jóvenes, en este sentido parece no haber sustanciales diferencias con el resto de las generaciones.

Si bien el multiempleo es un fenómeno bastante frecuente entre los profesionales y técnicos, el 31% de los ocupados en esta categoría declara tener más de un empleo, los médicos son el sector profesional del Uruguay con la mayor porcentaje de efectivos multiempleados. (INE, 2002)

Las causas del multiempleo habría que buscarlas tanto en el modelo de trabajo médico prevaleciente en el mercado de la salud, recordemos que el Convenio Colectivo del sector fija la carga horaria en consultorio en 26 horas mensuales, como en la propia estructura del sistema de salud, que presenta una oferta muy amplia de servicios, tanto en el ámbito privado como público, pero de forma poco coordinada entre si generando ineficiencias en el manejo y asignación de los recursos y suscitando la fragmentación del trabajo médico. Todo esto hace que las instituciones de asistencia contraten médicos mayoritariamente a tiempo parcial.

Esta problemática excede las aspiraciones de nuestro trabajo, pero es notorio que sin una amplia reestructura del sistema de salud en su conjunto será muy difícil resolver el problema de la multiocupación médica. La multiactividad es uno de los mayores problemas que presenta este sector, no solamente genera dificultades al sistema de salud en su conjunto sino que fundamentalmente afecta al médico en tanto trabajador y a su desempeño profesional. Para el médico implica enfrentarse a diferentes lógicas organizacionales y diversas normas de funcionamiento.

La Encuesta Médica Nacional de 1998 contemplaba un set de preguntas sobre la multiocupación y sus consecuencias, las respuestas más significativas fueron las siguientes: un 43% de los indagados preferiría trabajar en una única institución, en tanto el 51% en un máximo de dos. El 83% consideraba que el multiempleo disminuye las posibilidades de ejercer éticamente la profesión y un 88% opinaba que incide negativamente en la relación médico – paciente. (Equipos Mori/SMU, 1998). Nuevamente, en la Encuesta Médica del 2001, se indagó la opinión de los médicos sobre este tema, en esta oportunidad los que preferirían concentrar su actividad en una única institución ascendieron a un 89%, pero sin embargo un 71% consideró que en la actual coyuntura del mercado de trabajo es mejor tener más de un empleo.

Otro aspecto relacionado con el multiempleo pero que constituye un fenómeno diferente, es la sobrecarga horaria, es decir, aquellos trabajadores que registran jornadas de trabajo muy prolongadas, en general se suele considerar sobreocupados a aquellos que trabajan un 25% por encima de una jornada laboral estándar, aunque como en el caso del subempleo se admiten matices de acuerdo a las características del empleo considerado (Guerra, 1994).

Dentro de esta categoría decidimos incluir a aquellos médicos que trabajan más de 72 horas a la semana¹⁶, también en este caso la decisión resulta arbitraria, pero si tomamos como referencia la legislación laboral uruguaya, que establece una jornada laboral máxima de 48 horas, quienes trabajen más de 72 horas estarán trabajando un 50% más de lo previsto, cifra que a priori parece bastante

¹⁶ No se contabilizaron como horas de trabajo los “retenes”, que es cuando un médico se encuentra a la orden en su casa.

excesiva, sin embargo no debemos olvidar, que dentro de la actividad médica nos encontramos con un régimen de trabajo que contempla guardias de 24 horas, que es, en efecto, el factor que hace que existan jornadas de trabajo excesivas. Por tanto, quien realice más de una guardia a la semana, incrementa su horario de trabajo a un ritmo de 24 horas por guardia. El incremento horario en el sector de la salud, cuando ocurre, es exponencial.

En la investigación que realizamos entre los egresados de 1995, a los dos años de comenzar su actividad laboral nos encontramos con un 19,6% de efectivos con una carga horaria semanal de más de 72 horas. Este segmento asciende a 32,7% en el cuarto año y desciende algo a los seis años registrándose un 28,3%. Estas cifras reflejan una situación muy peculiar, mientras una cuarta parte de los indagados no logra trabajar más de 24 horas a la semana, otra cuarta parte o incluso algo más, trabaja más de 72 horas, entre el segmento de menor carga horaria y el mayor tenemos una diferencia porcentual de un 200% en términos horarios¹⁷.

La precariedad laboral

Respecto a las situaciones de precariedad, asociadas al tipo de contratación que revista la condición de insegura o inestable, el hallazgo mas revelador es que a los dos años de haber iniciado su actividad laboral, el 70% de los indagados cuenta al menos con un puesto de trabajo de carácter eventual. Posteriormente se reduce a un 57% a los cuatro años, manteniéndose constante en un 58% del total de las contrataciones en el sexto año.

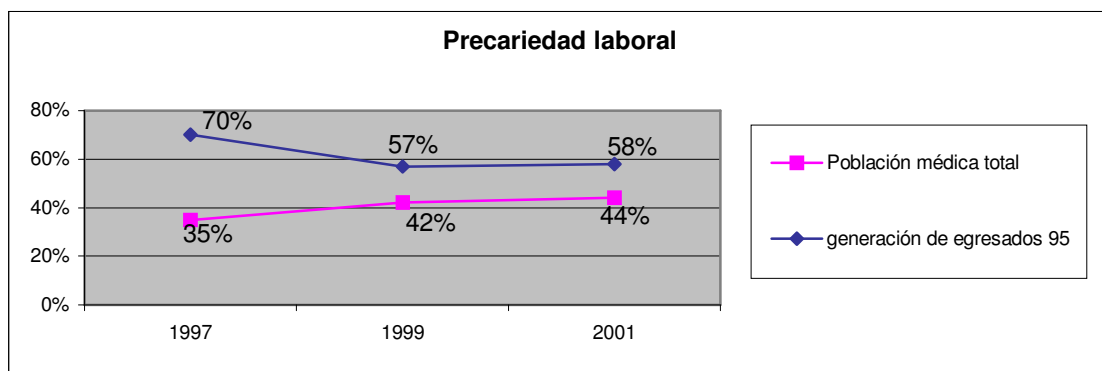
En tal sentido es que hablamos de precariedad, pues al establecerse vínculos laborales en base a constantes contratos a término, se vulnera el principio de continuidad de la relación laboral. Como veíamos en el capítulo en que analizamos la demanda de trabajo en el mercado médico, exceptuando las residencias que por su naturaleza son cargos a término, los períodos de mayor actividad en las emergencias móviles, que revisten características de “zafralidad”¹⁸, y lógicamente las suplencias, el resto de los puestos de trabajo en el sistema de salud por lo general no contienen las características propias de las tareas a término.

¹⁷ Lamentablemente no podemos comparar, en este caso, nuestros resultados con los de las Encuestas Médicas Nacionales, dado que ninguna de ellas presenta en sus informes la carga horaria agregada, solamente aparecen datos referido a la carga horaria del empleo mejor remunerado.

¹⁸ El relevamiento de los datos para nuestro trabajo lo realizamos en el mes de julio, período de mayor actividad de las emergencias móviles, por lo tanto se registra un número importante de médicos desempeñándose en ese sector (24,5% en el 6° año) que hacen que las contrataciones a término puedan encontrarse un tanto sobredimensionadas. No contamos con datos suficientes como para dimensionar el fenómeno de las emergencias móviles en los meses de invierno y de que modo incide en el empleo médico.

Otro detalle a destacar es el sostenido crecimiento de los médicos que facturan por sus servicios en calidad de empresas unipersonales, al comienzo de la serie alcanzaba a un 9,8%, al cuarto año representa un 11,2% y sobre el final de la misma llega al 13,2%. En el total de la población médica la cifra de médicos que se desempeñan en carácter de unipersonal es de un 15% (Factum/SMU, 2001). Este es un fenómeno que comienza a manifestarse cada vez con mayor fuerza en el sector, forma parte de los nuevos modelos de relación laboral asociadas a la flexibilización. Si bien en términos cuantitativos, no representa una modalidad de vinculación laboral demasiado importante, se observa un sostenido crecimiento de este fenómeno entre nuestros indagados.

Veamos ahora las cifras de precariedad de los jóvenes médicos comparadas con el total de la población médica relevada en las Encuestas Médicas Nacionales. Como podemos observar en el gráfico que figura en la siguiente página, la precariedad laboral es mucho mayor entre los jóvenes de reciente graduación, aunque la serie cronológica parecería indicar cierta tendencia a la convergencia con el total de la población médica, al igual que lo que ocurre con el comportamiento del desempleo, pero en este caso mucho más moderadamente. De todos modos resulta sumamente significativo que en una población de profesionales universitarios, cerca de la mitad cuenta con al menos un empleo en condiciones precarias.



Fuente: CIESMU, 1995; Equipos Mori/SMU, 1998; Factum/SMU, 2001; datos propios.

Un dato a tener en cuenta sobre la precariedad existente en el sector, es la alta movilidad registrada en el transcurso de la serie. Del total de empleos con que contaban los integrantes de la muestra a agosto de 1997, dos años más tarde conservaban solamente el 59,4% de ellos, el resto eran empleos nuevos. Posteriormente, entre agosto del 99 y agosto de 2001, retuvieron un 63,2% de los empleos con que contaban. Entre el segundo y el cuarto año se produce una importante movilidad ocupacional, que si bien desciende algo entre el cuarto y sexto año, continúa siendo alta, teniendo en cuenta que más de la tercera parte de los cargos son de incorporación relativamente reciente, con una antigüedad menor a los dos años. Esta situación nos podría estar indicando que buena parte de los empleos son altamente inestables, ya sea porque las empresas apuestan a una constante rotatividad o

porque los propios médicos los abandonan voluntariamente para pasar a ocupar otros en mejores condiciones de trabajo. Concretamente, para el caso de aquellos que cesaron en su primer empleo, un 68,5% de los entrevistados, los que renunciaron para incorporarse a otro empleo mejor representan un 43,2%, el resto dejó el cargo por finalización del contrato (al no ser renovado) en un 35,1%, despido por cierre de la empresa o reducción de personal en un 10,9% de los casos y un 6,8% por motivos personales.

Ambas hipótesis son válidas, aunque las causas del cese vinculadas a la inestabilidad laboral presentan una mayor frecuencia (50%) frente a los abandonos voluntarios del empleo, que de todos modos nos estaría advirtiendo sobre la precariedad de los primeros empleos, dado que la razón aducida entre los ceses voluntarios es la incorporación a un empleo de mejores condiciones.

Existen diferentes situaciones ocupacionales que comprenden ambas dimensiones: precariedad y multiempleo, entre los multiempleados están quienes cuentan con un empleo estable y el resto precarios y también aquellos en que todos sus empleos son precarios. Si un trabajador decide trabajar en más de un empleo es porque necesita de los ingresos de todos ellos. De modo que si uno es altamente inestable, aún cuando le reporte la porción menor de sus ingresos, esta inestabilidad le afectará como trabajador, por tanto consideramos que aquellos médicos que cuentan con al menos un empleo inseguro o inestable deben ser considerados trabajadores precarios.

A pesar de que no hemos considerado la variable ingreso en nuestro estudio, con lo cual nos estamos perdiendo una de las dimensiones del fenómeno del empleo, a partir de los datos relevados hemos podido obtener interesantes conclusiones sobre la situación laboral médica.

Si bien los médicos jóvenes definitivamente no enfrentan situaciones de desocupación plena, la calidad del empleo queda en entredicho para la mayoría de estos trabajadores médicos ante la multiplicidad de situaciones atípicas e irregulares que presentan sus condiciones de trabajo. Subocupación, multiempleo, sobre empleo y precariedad forman parte de un mismo fenómeno, la escasez de empleos a tiempo completo en este sector genera subocupación y estrategias laborales que apuestan a completar la jornada laboral con más de un cargo, a su vez, la inestabilidad hace que la multiocupación aparezca como una forma de diversificar el riesgo de la inestabilidad. En tanto, las sobrecargas horarias, como veíamos, se generan fundamentalmente por un sistema de guardias fuertemente cuestionado por diversos agentes del sector por tratarse de un régimen de trabajo excesivamente intenso.

Subsectores de actividad

Los dos grandes subsectores en que se pueden agrupar los servicios de salud: el público y el privado, no presentan comportamientos demasiado dispares en lo referente al número de médicos que atrae uno y otro.

En la primera de las mediciones que realizamos, la correspondiente al segundo año de actividad, nos encontramos con que un 54% de los médicos tenían al menos un cargo en el subsistema público, pero en aquella oportunidad, el peso de las residencias era muy importante, explicaba el 43% de los empleos, el subsector público se encontraba sobredimensionado para este segmento de médicos de reciente graduación. Es decir, el 80% del subsector público, en este grupo, lo explican las residencias.

Posteriormente, el peso del subsector público comienza a declinar, en el cuarto año abarca un 48% de los puestos de trabajo y a los seis años representa un 45% del total de empleos desempeñados por los entrevistados. El resto de los cargos los absorbe el subsector privado, el ejercicio libre es absolutamente marginal.

Como se puede advertir, ambos subsectores atraen en forma más o menos equilibrada a los integrantes de la población a estudio, con la salvedad de que en los dos primeros años de ejercicio profesional, el subsector público incorpora a un número más elevado de efectivos. Esta situación se produce básicamente por dos razones: una mayor disponibilidad de puestos de trabajo en el subsector público, debido a que dichos puestos son requeridos en menor medida por la población médica como consecuencia de las bajas remuneraciones y las deficitarias condiciones de trabajo en este sector, siendo los médicos jóvenes quienes acceden con mayor facilidad a la salud pública que impone menores exigencias en lo que respecta a la experiencia laboral. El otro factor que posibilita la presencia de jóvenes graduados en el subsector público en un número importante, como decíamos, es la resultante de que es allí donde se desarrollan *las residencias*, que a pesar de ser una de las ofertas educativas de postgrado, es también una forma de trabajo remunerado con un período de duración de tres años. A los dos años de graduarse el 43% de los médicos ocupaba un cargo de residente, a los cuatro años era de un 42% y sobre el final de la serie desciende a un 9,4%.

Los datos recogidos en las Encuestas Médicas arrojan cifras algo más favorables para la salud privada en materia de ocupación laboral del conjunto de la población médica. En el 98 solo un 30% de los médicos tenía al menos un cargo en el subsector público (CIESMU, 1998) y en el 2001 esta cifra era de un 39% (Factum/SMU, 2001), frente a un 45% entre nuestros entrevistados, también en este caso las diferencias tienden a acortarse a medida que transcurre la trayectoria laboral de los médicos jóvenes.

Las especialidades

En cuanto a la incorporación efectiva a cargos de especialistas, el comportamiento es el siguiente. A los dos años, a pesar de que ninguno de los entrevistados había acabado aun su formación de postgrado, un 18% de ellos ya estaba trabajando como especialistas. Esto se debe a que las empresas de salud contratan frecuentemente médicos que están realizando aun su formación de postgrado para cubrir suplencias y sobre todo guardias en áreas donde es difícil reclutar especialistas o donde su costo es elevado.

A los cuatro años el número de médicos que se desempeñan como especialistas asciende a un 30% y finalmente, al terminar la serie se ubica en un 45%.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de médicos que a la fecha de la encuesta había completado su formación de postgrado era del 59%, existe un 14% de médicos especialistas que no está ejerciendo como tal, es decir presentan un desajuste entre su formación y el tipo de tareas que realizan.

En la Encuesta Médica de 2001 se registró un 67% de los médicos con formación de postgrado (especialistas), de los cuales un 13% tenían dos especialidades y un 2% tres. (Factum/SMU, 2001) No podemos compararlo con nuestros entrevistados dado que aún tenemos un 31% que están cursando su especialidad, pero suponiendo que la terminaran, el número de especialistas ascendería al 100% entre nuestros indagados, incluso en el peor de los escenarios, por ejemplo que solo un 50% acabara su formación, el número de especialistas en este segmento sería igualmente superior al del conjunto de la población médica, Esto revela que la denominada *fuga hacia adelante* ya ha dejado de ser una suerte de fuga y se ha consolidado casi como parte de la formación de grado entre las generaciones más recientes.

Al igual que lo que ocurre con el número de médicos en el Uruguay, que como decíamos es uno de los mayores del mundo en relación al número de habitantes (OMS, 2003), la cantidad de médicos especialistas también es de las más numerosas del mundo. Más de las dos terceras partes de los médicos cuentan con al menos una especialidad y entre los profesionales más jóvenes esta cifra supera el 90%. En los países más desarrollados el volumen de especialistas oscila entre el 25% y el 50% de la población médica. Canadá y Gran Bretaña son quienes cuentan con el mayor número de especialistas en relación al total de médicos, cercano al 50%. (Serra, 1998: 97)

La presencia de un elevado contingente de profesionales postgraduados genera que se sobre valore la intervención del especialista en muchas ocasiones. Existen diversos estudios que plantean que la sobreoferta de médicos especialistas estimula un aumento en la frecuencia de los actos médicos, (Serra, 1998: 99) suscitando costos adicionales en las prestaciones sanitarias, aunque este extremo resulta sumamente opinable. Lo cierto es que en nuestro país existen restricciones en el acceso a todas

las especialidades, mientras que para algunas se contempla un número adecuado de plazas de acuerdo a la cantidad de aspirantes, en otras los cupos disponibles son muy exigüos frente a la demanda existente entre los estudiantes. El sistema de *números clausus* toma en cuenta la capacidad de la Facultad de Medicina y de los hospitales públicos asociados para garantizar la formación de postgrado, pero en ningún caso fija las plazas atendiendo a las demandas del mercado. Uruguay es uno de los pocos países del mundo en donde aun existe libre acceso a la educación en medicina general y un número considerable de cupos para la formación de postgrado.

Los mecanismos de asignación laboral

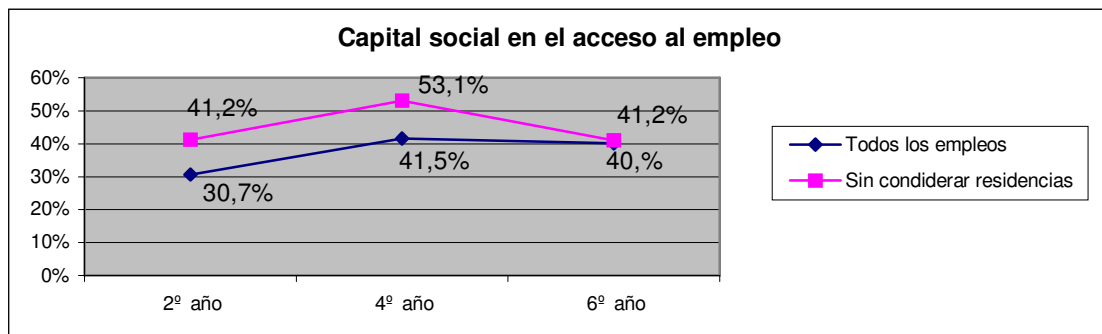
Podemos establecer dos grandes grupos dentro de las formas de reclutamiento: los mecanismos que emplean algún tipo de oposición de competencias entre los candidatos (méritos, pruebas, etc.), cuya convocatoria sea hecha en términos más o menos amplios, posibilitando que todos los potenciales aspirantes al empleo cuenten con la suficiente información sobre la existencia de la vacante y sobre los dispositivos que se emplearán para evaluar las habilidades requeridas (sistemas formales), y luego están aquellos otros que apelan a la intermediación entre demandante y ofertante a través de algún agente calificado para operar a este respecto, capaz de controlar información e incidir sobre las organizaciones o los individuos encargados de la selección del personal. (sistemas informales), lo que hemos definido como recursos de capital social.

Al analizar los mecanismos de asignación ocupacional para cada uno de los períodos considerados (95-97, 97-99 y 99-2001), cuando pasamos de un punto a otro de la serie, filtramos aquellos empleos que fueron obtenidos en el período anterior, de modo de poder cotejar el comportamiento de los diferentes dispositivos adoptados en uno u otro momento de la trayectoria laboral, evitando de esta forma analizar dos veces un mismo empleo. En agosto del 99 el 40,6% de los empleos eran nuevos en relación al total de empleos registrados en agosto del 97. En tanto entre el 99 y el 2001 contamos con un 36,8% de empleos nuevos. Esta alta movilidad registrada nos indica dos cosas relevantes: la fuerte precarización de buena parte del empleo médico como analizábamos más arriba, a la vez que refuerza nuestra idea de analizar exhaustivamente los mecanismos de asignación ocupacional, en la medida que se producen constantes movimientos laborales, al menos en estos primeros seis años entre la población médica joven.

En cuanto al peso del capital social a lo largo de la serie, este resulta bastante significativo, explicando un 37,4% del total de las contrataciones¹⁹. El resto de las formas de ingreso a la ocupación se reparten entre concursos y solicitud directa. Los concursos tienen un peso específico muy grande

¹⁹ En este caso tomamos como unidad de análisis el empleo, no el trabajador.

entre los médicos jóvenes, dado que el ingreso a las residencias se realiza por estricto concurso. Pero si filtramos las residencias y consideramos solamente el resto de los empleos, la incidencia del capital social asciende a un 45% promedialmente a lo largo del período en estudio.



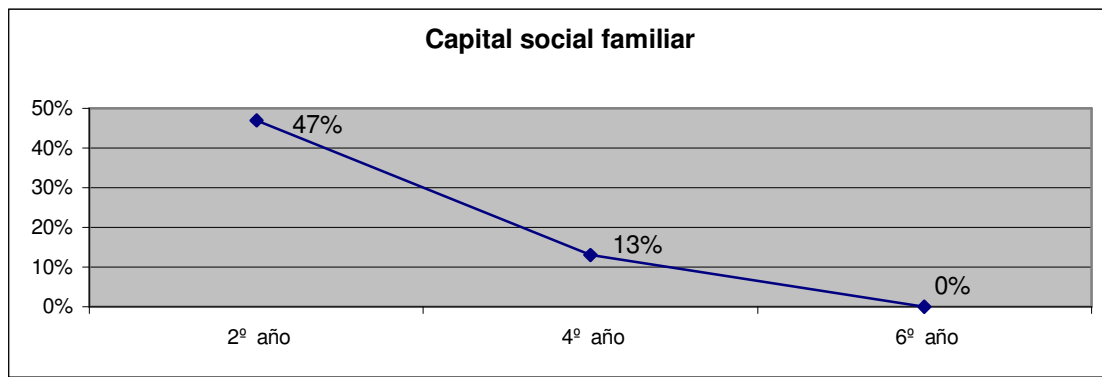
Fuente: datos propios

Debemos tener en cuenta que las repuestas en torno a la forma en que se accede al empleo tienen ciertos efectos reactivos, dado que se suele estimar poco conveniente en los sectores profesionales revelar que se ha accedido a un empleo por las influencias de un tercero, no en vano en la encuesta que realizamos aparece sobre representada, a nuestro entender, la forma de acceso a través de *solicitud directa*, cuando hemos podido comprobar a través de los diferentes departamentos de personal de las empresas de salud, que esta modalidad de acceso al empleo es prácticamente marginal. Parecería que existe una valoración socialmente negativa, por lo menos en cierta parte de la población a estudio, hacia los mecanismos de acceso al empleo a través de recursos que involucren alguna forma de capital social. “Una colectividad no puede permitir que los procedimientos informales sean los más eficaces, así que siempre se proclamarán como los más óptimos (oficialmente) a los mecanismos formales.”(Requena Santos, 1991: 114).

De todos modos las cifras recogidas resultan reveladoras acerca de la magnitud del fenómeno entre la población médica y nos posibilitan explorar esta forma de asignación laboral.

Como podemos ver en el gráfico anterior, el capital social cobra su mayor intensidad a los cuatro años (41,5%), que parece ser el período crítico en el acceso al empleo, especialmente porque es en este momento cuando irrumpe el primer contingente de postgraduados, que comienza a presionar sobre el segmento de mercado de especialidades médicas.

Las cifras recogidas son similares a las que presenta el conjunto de asalariados urbanos de Montevideo de nivel educativo alto y medio alto para el acceso al empleo por mecanismos relacionales, que para 1998 era de un 36,2% según la encuesta de FCS/DINAE. (1998)



Fuente: datos propios

Ahora bien, no todo el capital social se comporta del mismo modo. Las redes familiares que definimos como capital social heredado resultan más eficaces al inicio de la trayectoria laboral, obviamente para aquellos que cuentan con algún activo dentro de su familia, valedero en el ambiente médico (20%), en tanto el capital social adquirido, que en este caso está conformado casi exclusivamente por colegas médicos, pasa a ser el activo más eficaz para aquellos que no cuentan con redes familiares competentes en esta área. Pero a medida que se avanza en el recorrido laboral de los indagados, el peso de los colegas como recurso de capital social a movilizar, se vuelve prácticamente exclusivo. Ambas formas de capital social se comportan de manera inversamente proporcional, a medida que se avanza en las trayectorias, la familia pierde relevancia, adoptando mayor peso los colegas.

Los individuos jóvenes suelen operar, al inicio de su historia laboral, con una red de relaciones que generalmente le viene dada, básicamente concentrada en torno a su origen familiar y a sus círculos de socialización primaria (escuela, barrio, etc.). Este tipo de capital social, en especial la familia, además de ser el ámbito de socialización por excelencia, adquiere preeminencia en la medida que encierra un compromiso afectivo entre sus miembros, dimensión psicosocial, que rebasa las consideraciones sobre el manejo de recursos intangibles. Pero tal vez lo más interesante en este caso es que la familia nuclear opera como nexo con el resto de la familia extensa, que si bien en la sociedad postindustrial ha perdido su función como unidad de producción económica, se mantiene como una estructura de soporte emocional, instrumental y de ayuda mutua. Pero a medida que el sujeto crece, se desprende parcialmente de sus círculos de socialización primaria, a la vez que se incorpora al mundo del trabajo, en este caso al sistema de salud, su red se vuelve más densa y más específica, es decir, comienza a relacionarse con una mayor cantidad de colegas y en especial con algunos de ellos que ocupan posiciones destacadas dentro del sistema de salud. Su capital social adquiere entonces mayor idoneidad para operar en este mercado. Es así que hacia el final de la serie la familia pierde por completo su operatividad en el acceso a la ocupación, no es que se devalúe como recurso genérico de capital social, pero en relación a otros activos de capital social, como el caso de los colegas, en el

campo del empleo y en términos relativos se deprecia. El capital social debemos entenderlo dentro de la lógica de cada campo, como bien señala Bourdieu, la evidencia empírica nos muestra que al inicio de la trayectoria laboral resulta operativo en la medida que el volumen y la densidad de los contactos familiares sea mayor, en algunos casos es el único y más eficaz recurso de capital social con el que cuentan los sujetos, mientras que para otros este activo es inexistente. También es atinado pensar que el capital social no es un recurso inagotable, sobre todo para el acceso al empleo, los datos nos revelan que quien ingresa a un empleo recomendado por algún familiar en ningún caso vuelve a recurrir a éste para acceder a un posterior empleo.

El capital social y sus particularidades

Existen ciertas características en el capital social empleado por los médicos para acceder al empleo que nos permiten determinar cómo se construyó, su grado de estabilidad, su fortaleza, las instancias de sociabilidad y su potencialidad para operar en el mercado de trabajo.

Las dimensiones del capital social son atributos de una relación entre individuos, no se trata de atributos individuales, por tanto las variables empleadas no refieren a la persona que oficia de recomendante o al propio recomendado, sino a aspectos de la relación entre ambos. Sobre esa base intentamos reconstruir las particularidades del capital social movilizado por los médicos. Para el caso consideramos como relevantes el origen de la relación, su duración, su dinámica, la sociabilidad involucrada, el nivel educativo y generacional en donde se localizan y la ubicación de estos vínculos respecto al mercado de trabajo de la salud.

Como mencionábamos más arriba, el capital social podemos dividirlo en dos grandes grupos: el heredado, compuesto básicamente por las redes familiares y el adquirido, aquel que el individuo incorpora a lo largo de su vida a través de los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve. Uno de los objetivos de nuestra investigación fue intentar determinar de que modo los médicos construyen esta forma de capital social.

En lo que respecta a la procedencia del capital social adquirido, esencialmente surge a través de tres ámbitos: la propia familia, los estudios y el trabajo.

En el primer período la familia como generadora de nuevos activos de capital social, más allá de los que ella misma aporta, que como veíamos era del orden del 47%, explica un 21,7% más de los contactos reunidos, nos referimos en este caso a los vínculos que si bien no forman parte de la estructura familiar, surgieron a partir de ésta (generalmente amigos o conocidos de los padres). En el segundo momento de la trayectoria esta categoría apenas representa un 6%, posteriormente desaparece de la serie cronológica sobre el final de la misma.

La importancia de la familia al comienzo de la historia laboral se debe no solo a la incidencia de los propios integrantes del núcleo familiar operando en la inserción laboral de uno de sus miembros, como mencionábamos, sino también a los contactos que los médicos forjan a través de su familia. Es cuando esta se manifiesta como una verdadera red, ya no solo importa la pertenencia a una determinada estructura familiar por los recursos que dentro de ella se generen, sino que también operan los lazos sociales que sus miembros establecen hacia afuera. Siguiendo a Simmel, podemos expresar en términos de lazos sociales fuertes y lazos sociales débiles esta situación; la familia a su interior produce lazos sociales densos, a la vez que genera hacia afuera lazos sociales algo más débiles pero que permiten la interconexión con círculos sociales distantes y el acceso a recursos escasos, en esta circunstancia el empleo (1977). La familia opera entonces como mediadora entre el individuo y la sociedad, incluso en esta etapa de desarrollo personal, en instancias en que se presupone cierto despegue de estos miembros más jóvenes (en nuestro caso los médicos recientemente graduados) en la media que completaron su formación. Sin embargo, el papel reasegurador dispensado por la familia sigue presente para una porción importante de los entrevistados al comienzo de su recorrido laboral. En la medida que los procesos sociales diferenciadores dejan de producirse sustancialmente en el ámbito educativo y se trasladan hacia el mercado de trabajo, la familia, que tradicionalmente opera como la institución garante de la socialización primaria y facilita el acceso a la educación superior, traslada ahora su papel asegurador hacia el mercado de trabajo intentando facilitar el ingreso, que es hacia donde actualmente se han trasladado los procesos diferenciadores. (Tedesco, 1987)

Las otras dos esferas que facilitan vínculos interpersonales: el trabajo y los estudios, tienen un comportamiento diferente al de la familia como espacios de procedencia del capital social. A los dos años, el trabajo y el empleo tenían un comportamiento similar, 29,6% de los casos procedían del entorno laboral e igual cifra se registraba para el estudio como esfera en donde se generaban los vínculos.

Promediando la trayectoria laboral, a los cuatro años, desde las relaciones de trabajo procedían un 50% de los vínculos movilizados para acceder al empleo, en tanto la esfera educativa aportaba el 45,4% de los recursos a los que se apeló para insertarse laboralmente. Mientras la familia con un 4,6% va perdiendo peso como instrumento de intermediación laboral, las relaciones generadas en el ambiente universitario y especialmente en el trabajo adquieren sustancial relevancia. Parecería que la familia es sustituida por el grupo de pares, al menos en lo referente a los vínculos con el mercado de trabajo.

Finalmente en el sexto año las relaciones de trabajo reúnen un 60% de los vínculos, mientras que los estudios descienden a un 31,3%, la presencia de la familia al final de la serie es prácticamente marginal.

A medida que la trayectoria laboral se hace más intensa, el capital social tiende a generarse en el propio círculo laboral, en tanto el ámbito de los estudios desciende levemente debido al paulatino

apartamiento del sistema educativo que se produce entre los integrantes de esta generación, aunque las fluctuaciones que presenta el estudio como espacio propicio para la generación de capital social, son relativamente pequeñas, manteniéndose a lo largo de la serie en el entorno de un tercio. En cambio, los vínculos originados a partir del ejercicio de la profesión se refuerzan constantemente, no en vano el trabajo constituye la experiencia social central; muy especialmente se posiciona como el campo más ventajoso para la generación de capital social. A través de la evidencia empírica pudimos comprobar que el volumen de recursos involucrados en torno a la esfera laboral es progresivo. A mayor trayectoria laboral, mayor volumen de capital social generado desde allí.

Queda en claro que el capital social se genera en base a la proximidad y depende del transcurso tiempo para consolidarse.

La estabilidad del capital social

Para establecer que tan estable resulta el capital social, es decir, en que medida la incorporación de un activo en determinado momento de la historia personal del individuo podrá ser accionado tiempo después, es que exploramos dos de los indicadores del concepto de estabilidad: la *prolongación en el tiempo* y la *dinámica* del vínculo. Veamos primero como evolucionó la prolongación en el tiempo de las relaciones.

Si consideramos la variación del promedio de años con que cuenta la relación entre recomendante y recomendado, observamos que la tendencia en estos seis años es a disminuir. Se pasa de vínculos con un promedio de antigüedad de 8,5 años en el período 97 – 99 a un promedio de 6,5 en el siguiente, permaneciendo estable esta cifra en la fase final.

A diferencia de lo que cabría pensar, que las relaciones más prolongadas sean las más efectivas, la tendencia demuestra que para obtener un empleo en el sistema de salud, no es necesario recurrir a vínculos de larga data, a excepción del caso de los familiares directos. Los empleos más recientes requirieron de vínculos promedialmente menos antiguos que los empleos incorporados al inicio de la serie temporal. Es por ello que para determinar la estabilidad hay que combinar la prolongación en el tiempo con la dinámica de la relación.

En cuanto a la dinámica de las relaciones, es decir, el número de contactos cara a cara que establecen en un determinado período de tiempo los individuos implicados en la relación, arribamos a las siguientes conclusiones: en más de la mitad de los casos se ven al menos una vez al mes. Esta frecuencia se mantiene estable a lo largo de toda la serie. La asiduidad en los contactos mantenidos en un lapso de tiempo nos da la idea de que los vínculos son robustos, se reproducen en fracciones de tiempo relativamente cercanas y presentan una considerable continuidad.

La sociabilidad de las relaciones

El lugar que ocupa la sociabilidad en la elaboración y sustento del capital social es muy importante. A través de la sociabilidad los sujetos establecen pautas en torno a los alcances del vínculo y se generan normas consensuadas en torno a la posibilidad de movilizar recursos entre los sujetos involucrados en la relación, a la vez que permite reproducir el vínculo y hacer que los activos generados no se desintegren. En este caso tomamos como *proxy* de las instancias de sociabilización, bajo qué contexto se reproduce el vínculo entre el agente recomendante y el trabajador recomendado.

Constatamos a este respecto una fuerte correlación entre el ambiente de trabajo como origen del vínculo y actividad laboral como situación de sociabilización. Es decir, aquellas relaciones que surgen en el ámbito del trabajo, mantienen su continuidad a través de la propias prácticas laborales que desarrollan los integrantes de una misma red de relaciones. Al inicio de la serie, el trabajo, como ámbito de sociabilización, alcanzaba un 34,6%, a los cuatro años se ubicaba en un 58,8% y sobre el final de la serie representa un 68,7%.

El entorno familiar figura con un 19,3% de los casos a los dos años de iniciada la trayectoria, con un 11,9% a los cuatro años y no se registran casos a los seis años. También para esta dimensión, la familia, en correspondencia con el resto de los indicadores, conforme avanza la trayectoria laboral tiende a perder operatividad como recurso para movilizarse en el campo del empleo.

Instancias de sociabilización del vínculo	2º año	4º año	6º año
Actividades académicas	3,8%	5,8%	18,8%
Actividades de ocio	19,2%	5,9%	0%
Actividades laborales	34,6%	58,8%	68,7%
Actividades políticas	3,9%	0%	0%
Encuentros ocasionales	11,5%	5,8%	6,2%
No mantienen el vínculo actualmente	7,7%	11,8%	6,3%
Visitas familiares	19,3%	11,9%	0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: datos propios

Los ámbitos de sociabilización de los vínculos se encuentran generalmente muy asociados a la espacialidad de los mismos, es decir, no solo a la circunstancia en que se produce el vínculo, sino que también al territorio en el que se desarrolla la interacción entre los individuos que generan y reproducen la relación. Esta sería otra magnitud a explorar, dado que el propio régimen de trabajo médico, con largas guardias, obliga a los trabajadores a permanecer jornadas prolongadas en un mismo

espacio físico (la institución hospitalaria). Seguramente este factor refuerce la importancia del trabajo como escenario de sociabilización; esta dimensión habría que abordarla con otras herramientas metodológicas que nos permitieran comprender de modo más preciso el engranaje de reproducción de los vínculos, en especial en regímenes de trabajo atípicos como es el caso de los médicos y los hospitales.

La potencialidad de la relación

Esta dimensión fue desagregada en tres indicadores: el nivel educativo del agente recomendante, el perfil etario y la relación con el sistema de salud. Estos tres indicadores constituyen atributos del agente recomendante pero en relación al entrevistado, es decir, cuando hablamos de nivel educativo o de perfil etario buscamos establecer si este es mayor, menor o igual al del indagado, como forma de captar el desplazamiento de la relación, si se trata de un vínculo horizontal con disposiciones similares o por el contrario es un vínculo con desplazamientos verticales. De este modo podemos evidenciar la fortaleza que presenta el vínculo para operar como mediador en el acceso al empleo.

En los tres momentos de la trayectoria laboral el nivel educativo del agente recomendante es similar o mayor al del recomendado, en ningún caso se trata de individuos con un menor nivel educativo que el del indagado.

Al inicio de la serie se registra un 56,6% de los agentes intermediarios con nivel educativo similar al del entrevistado, a través de la disposición que presenta el capital social vemos que los vínculos se producen mayoritariamente entre sujetos con una condición educativa análoga y en consecuencia con acceso a similares recursos socioculturales. El resto de los vínculos se producen con sujetos de mayor nivel educativo, en este caso las relaciones se desplazan en forma ascendente.

A los cuatro años los lazos sociales se concentran mayoritariamente con agentes de nivel educativo mayor, en esta medición alcanzan un 58,8%, es decir, al comienzo de la trayectoria laboral los vínculos operativos son más horizontales, pero a medida que se avanza en el recorrido laboral se tienden a desplazar ligeramente hacia niveles más calificados. Al final de la serie en este escenario se ubica el 60% de los casos. Parecería que conforme avanza la historia laboral de los médicos, para desempeñarse laboralmente deben apelar a vínculos de mayor calificación.

Las relaciones entre iguales, ya sea por su posición social, económica o cultural, garantizan un mayor equilibrio en el intercambio de recursos de capital social. En principio, la reciprocidad exige una condición de igualdad de necesidades, de lo contrario la relación, en tanto intercambio de bienes intangibles, resulta poco atractiva. Obviamente en el caso de los familiares directos la reciprocidad en el intercambio de recursos no opera de la misma manera, en estas circunstancias la reciprocidad es atravesada por la afectividad que encierran los vínculos familiares, por tanto para el caso en el que el

mediador sea un familiar, aunque se encuentra en una misma posición socioeconómica, no necesariamente se estará buscando el equilibrio en el intercambio de recursos, dado que el marco afectivo de la relación hace que las consideraciones sobre reciprocidad no se comporten de manera lineal en este caso, por tanto la potencialidad de la relación resulta más relevante evaluarla para los vínculos extra familiares.

Es así que en el inicio de la trayectoria laboral, exceptuando el caso de los familiares, predominan los intercambios simétricos entre individuos con necesidad de acceso a un recurso equivalente: las primeras experiencias laborales. En la medida que se trata, como veíamos, de empleos en el área de la medicina general, mayoritariamente precarios, de baja carga horaria y en el subsector público (de menores remuneraciones), el papel que juega la intermediación laboral, si bien es decisivo, no implica que deba tratarse de un vínculo que cuente con una fortaleza especial. En estos casos el intermediario facilita el acceso a la información y permite reducir el coste de la búsqueda. Pero a medida que se intenta mejorar las condiciones laborales y especialmente ingresar al mercado de las especialidades médicas, situación que comienza a manifestarse hacia el cuarto año de ejercicio profesional, se hace necesario interponer recursos de capital social de mayor fortaleza. Es por ello que se observa una mayor presencia de intermediarios con niveles educativos superiores al de los recomendados. Presumiblemente individuos que ya cuentan con ciertas credenciales en alguna especialidad médica y por tanto con mayores contactos en ese campo. A su vez, el recomendante también suele tener cierto interés particular en incorporar a un amigo o conocido. Si bien no contamos con datos precisos a este respecto, suele ser una práctica extendida entre los médicos incorporar subordinados de confianza en su grupo de trabajo (Schraiber, 1993). Por ejemplo, un cirujano jefe generalmente forma su propio equipo de trabajo reclutando colegas conocidos y lo mismo ocurre en todas aquellas áreas en donde se trabaja en equipo. Si bien en este caso la reciprocidad es asimétrica, también existen motivaciones para que el recomendante acceda a la intermediación laboral, en este caso la lealtad y la confianza que le proporciona el recomendado constituirían la contraparte de la intermediación laboral.

Lo mismo ocurre con el perfil etario de los agentes recomendantes, con cifras similares a las del nivel educativo, predominan aquellos que pertenecen a una generación superior a la del entrevistado a partir del cuarto año de la serie.

Por último, respecto a la ubicación del agente con respecto al sistema de salud, observamos que en su amplia mayoría (73% a los dos años, 88,2% al cuarto año y 93,7% para la tercera medición) se trata de médicos que trabajan en el campo de las salud pero sin ocupar necesariamente un cargo de relevancia jerárquica dentro del esquema organizacional. Este hallazgo resulta muy significativo, como hemos manifestado en los planteamientos teóricos, el capital social se compone básicamente de dos atributos: la reciprocidad, en tanto posibilidad de mantener un intercambio de recursos entre los agentes que componen la relación, y la confianza, variable psicosocial, algo más difícil de valorar,

pero que refiere a la certeza con que cuentan los agentes de que la reciprocidad sea efectiva. En el marco de estas dos dimensiones queda claro que para que un vínculo mantenga correspondencia los agentes deben contar con un acceso a recursos similares, de tal modo que se conserve la simetría en el intercambio de este patrimonio intangible que denominamos capital social. En el caso que existan asimetrías en el volumen y la magnitud del capital social entre los agentes comprendidos en la relación, corremos el riesgo de confundir capital social con *clientelismo* o relaciones *patrón – cliente* como las denomina Lomnitz (1988), límite teórico del concepto de capital social, es por ello que destacamos esta constatación, dado que en muy pocos casos aparecen políticos, directivos o gerentes de instituciones de la salud oficiando de intermediarios laborales, tan solo un 7% de las contrataciones a los dos años de graduación fueron concretadas por mediación de directivos de organizaciones de la salud, en tanto en el resto de la serie no aparecen referidos este tipo de contactos. Parece desprenderse de la información recogida que el clientelismo no es una práctica extendida entre la comunidad médica, la intermediación laboral existente en el colectivo proviene de activos de capital social fidedignos, de acuerdo a los criterios teóricos que manejamos para este concepto.

Es entonces que a través de estos tres indicadores determinamos la fortaleza del agente para operar en el proceso de asignación de personal médico. El aspecto tal vez más destacable, como decimos, es que no es necesario apelar a individuos que ocupen posiciones estratégicas, ya sea gerentes, directivos, etc., basta con que sea médico y trabaje como tal en algún ámbito de salud, situación que reafirma nuestra construcción teórica en torno a la reciprocidad de los vínculos sobre la base de recursos equivalentes. Sin embargo, en un porcentaje significativo de casos (superior al 50% a lo largo de la serie) los demandantes de empleo apelan a intermediarios que tengan un nivel educativo superior y un perfil etario también mayor al del encuestado, fundamentalmente a partir del cuarto año de su trayectoria profesional. Parecería que, si bien no es tan necesario contar con agentes que ocupen posiciones estratégicas en la toma de decisiones, para un segmento significativo de nuestra población a estudio, algo más de la mitad de los que recurrieron a la intermediación laboral, sí es necesario que sus contactos cuenten con cierta trayectoria, tanto en lo referente al desempeño de la profesión como al tiempo que hace que se encuentran vinculados al sistema de salud.

Este hallazgo nos estaría dando la pauta de que el capital social de los médicos se compone en alguna medida de lo que podríamos denominar el factor *tradicición*, dado que se valorizan los vínculos de cierta jerarquía académica y de perfil etario mayor al del ofertante de empleo, en especial entre los médicos especialistas. No figura sin embargo el factor *autoridad*, dado que de los datos no se desprende que los recomendantes ocupen cargos de decisión dentro del área de la salud.

La incidencia del capital social en las actuales condiciones laborales

Veamos ahora como se comporta el capital social en relación a los empleos que dispone la población a estudio al final del ciclo, es decir al sexto año de trayectoria. Para ello cruzamos los mecanismos de acceso con algunas características relevantes de los empleos para ver que tanto explica el capital social las condiciones laborales con que cuenta trabajador médico. El peso del capital social como modalidad de acceso a los empleos que retienen a esta fecha, representa un 40,5%.

Con respecto al subsector de actividad, los activos de capital social explican el 52% de los empleos del subsector privado, frente a un 24% del subsector público. Esta constatación es muy importante por el hecho de que en el subsector privado las remuneraciones son sustancialmente más altas que en el sistema público, por tanto, el capital social operaría como un dispositivo de asignación de rentas, en la medida que quienes acceden por medio de este activo, estarían obteniendo mejores condiciones salariales. Este hallazgo ameritaría futuras exploraciones en torno a los niveles de renta, si bien es sabido que las retribuciones en el subsector privado pueden llegar a superar a los salarios públicos en hasta un 400%, sería interesante conocer más detalladamente cuanto explican en términos del ingreso los diferentes mecanismos de asignación ocupacional.

Algo similar ocurre con la categoría laboral, en donde se observa que un 46% de los médicos que disponen de título de especialista acceden a un plaza de médico especialista a través de mecanismos relacionales, en tanto los médicos generales lo hacen en un 40%. Si bien para este caso las diferencias no son tan significativas entre las categorías del segmento superior y el segmento inferior del mercado, resulta significativa la recurrencia al capital social también para acceder a cargos de especialista, teniendo presente las considerables diferencias salariales entre médicos generalistas y médicos especialistas.

En cuanto a la estabilidad laboral, aquellos que cuentan con empleos a término, en un 50,8% de los casos los obtuvieron a través de sus relaciones, tan solo un 32% de los empleos en carácter efectivo fueron conseguidos por intermedio del capital social movilizado. Esta situación se produce básicamente porque los empleos a los que se accede por mecanismos de capital social se localizan mayoritariamente en el área privada, que es en donde la precarización laboral se encuentra más extendida, más aun para los médicos jóvenes. Si bien las remuneraciones son mayores en la salud privada, los vínculos contractuales son cada vez más débiles, muy especialmente entre los trabajadores que se han incorporado en los últimos años. En la salud pública, a pesar que existen empleos precarios, la estabilidad laboral asociada a la seguridad de la continuidad en el empleo sigue siendo mayor que en el área privada.

De los datos se desprende entonces que el capital social no posibilitaría empleos más estables. Sin duda existe una importante correlación entre el capital social como modalidad de entrada al

empleo y la inestabilidad que ofrecen estos. En la medida que las nuevas formas de relacionamiento laboral, asociadas a la flexibilización, irrumpen en un determinado mercado, los mecanismos de entrada también deben flexibilizarse. Si el vínculo laboral resulta fácilmente rescindible, se deberá contar con modalidades de contratación suficientemente elásticas que permitan reponer rápidamente la vacante generada. Entendemos que ambas modalidades, flexibilización laboral y asignación ocupacional informal, se encuentran fuertemente imbricadas.

Veamos ahora el caso particular de la familia en el ingreso a las ocupaciones actuales. Si bien en términos relativos representa un número muy bajo, apenas el 17% del total del capital social movilizado corresponde a vínculos provenientes de la propia estructura familiar (padres, tíos, hermanos y primos), resulta sugerente que los trabajos proporcionados por este capital social heredado, en un 77,6% de los casos son en carácter efectivo. A su vez, el 50% de estos empleos fueron obtenidos dentro del primer año luego de egreso. El comportamiento de este tipo de capital social es sustancialmente distinto al del resto, al menos en lo que refiere a la estabilidad en los cargos. Como consignamos anteriormente, se encuentra conformado básicamente por familiares médicos, si bien en términos absolutos esta subcategoría representa un número pequeño de casos, su potencialidad para la asignación de empleos estables es muy fuerte.

Respecto a la cantidad de horas, no parece ser el capital social un factor que posibilite conseguir empleos con una carga horaria importante, el 46% de los empleos adquiridos por esta modalidad implican trabajar un máximo de 24 horas a la semana. En la franja horaria de entre 25 y 48 horas se ubican tan solo un 29% de los casos registrados bajo esta modalidad de acceso que nos ocupa. Esto se debe en parte a que los empleos precarios también suelen contener bajas cargas horarias, lo que reforzaría la noción de capital social coligada a la flexibilización laboral. Pero sustancialmente quienes más emplean los sistemas informales son aquellos que cuentan con mayor cantidad de empleos, por tanto su carga horaria se encuentra repartida entre más de un cargo. Aquellos que tienen un único empleo ingresaron a éste por recursos de capital social en un 23,8% de los casos, los que cuentan con dos trabajos utilizaron este mecanismo al menos una vez en un 26,4%, los que tienen tres ocupaciones en un 54% de los casos apelaron a este procedimiento, en tanto los que cuentan con cuatro, en un 75% de los casos recurrieron a los vínculos por lo menos una vez. Como detallábamos al describir la estructura de la demanda, los empleos en el sector de la salud cuentan con cargas horarias muy bajas, es así que quienes quieran trabajar un número considerable de horas deban desempeñarse en más de un cargo. Para contar con varios empleos y por ende con mayores volúmenes horarios y presumiblemente mayores ingresos, la estrategia más recurrente es movilizar los activos de capital social con que se cuenta. Por tanto, también podemos asociar el capital social con el multiempleo.

CAPITULO: REFLEXIONES FINALES

Toda investigación sociológica es una aproximación sucesiva a un determinado objeto de estudio. Este ha sido nuestro propósito, acercarnos a un ámbito de investigación complejo: el mercado de trabajo de la salud, que desde hace tiempo ha sido incorporado a la agenda pública como uno de los asuntos socialmente más relevantes pero para el que aun no se ha arribado a ningún consenso significativo y por el contrario su deterioro es cada vez mayor. Un objeto de estudio que presenta numerosas derivaciones que nos obligan a ser muy cautelosos a la hora de realizar aseveraciones sobre el mismo.

Apenas hemos abordado una de sus tantas dimensiones: la oferta y demanda de trabajo médico y dentro de ella específicamente los mecanismos de acceso al empleo y en especial el capital social involucrado. Este aspecto se encuentra en interacción dinámica con el resto de los factores que componen la problemática del mercado de la salud en el Uruguay y se hace casi inevitable atravesar el resto de los componentes en este sinuoso escenario.

A través de la presente investigación hemos identificado varias situaciones intrincadas. El primer campo problemático se relaciona con el constante aumento de la oferta de médicos y muy especialmente de médicos especialistas. Como pudimos comprobar, la generación de egresados que abordamos realizó en pleno estudios de postgraduación. A los seis años de haberse recibido dos tercios de sus miembros ya contaban con título de especialista y el resto iba camino de obtenerlo. De mantenerse esta tendencia en pocos años tendremos una sobreoferta de médicos especialistas muy por encima de la demanda de servicios y por ende las posibilidades de acceder a cargos de especialistas se verán frustradas para un importante número de médicos, de hecho esta situación ya se está produciendo en la medida que identificamos un número considerable de especialistas (14%) que no ha podido acceder a un empleo como tal, originándose un desajuste entre sus calificaciones y las tareas desempeñadas. A su vez, cabe preguntarse hasta que punto este escenario no encierra cierta contradicción, mientras que desde los ámbitos institucionales se despliega el “mensaje” de la necesidad de fortalecer la atención primaria y la salud preventiva, el médico apuesta a incorporarse a alguna especialidad como estrategia para mejorar sus niveles de ingreso en un mercado dual con una demanda segmentada en la que se ofrecen mejores condiciones laborales a los especialistas. Parecería que el discurso de los diferentes agentes del sistema, en el que se habla de apostar a una atención primaria en manos de médicos generales y especialidades básicas, no se condice con las señales del mercado de trabajo.

La sobreoferta de médicos postgraduados parecería estar estimulando un modelo asistencial que prioriza la atención especializada y la utilización de recursos técnicos costosos.

El segundo aspecto problemático surge de la complejidad y heterogeneidad del sistema de salud, sumamente fragmentado y descoordinado, con superposición en algunas áreas y falencias en otras, situación actualmente agravada por el contexto de crisis que afronta el sector. La compleja organización del sistema de salud genera un perfil de demanda de trabajo médico sumamente atípico. La jornada de trabajo acordada en el último Convenio Colectivo del sector es de tan solo 26 horas al mes, apenas unas 6 horas a la semana en consultorio, un volumen horario muy reducido que se complementa, claro está, con más de un empleo o con el recurrente y desorbitado sistema de guardias que implica permanecer durante al menos 24 horas continuas en el puesto de trabajo. Este régimen de trabajo origina que los médicos o bien trabajen muy pocas horas o por el contrario trabajen en exceso y con regímenes laborales muy desordenados. Teniendo en cuenta que el número de médicos por habitantes es más que adecuado, ubicándose muy por encima de lo sugerido por la OMS, entendemos que se estaría en condiciones de racionalizar las cargas horarias desempeñadas por los médicos.

Asociado también al desajuste existente en el sistema de salud, se ha incrementado considerablemente el número de médicos en situación laboral precaria, un 58% entre los médicos jóvenes y un 44% del total de la población médica cuentan con al menos un empleo en carácter eventual. Al igual que lo que ha ocurrido en otros sectores productivos, la inestabilidad de los mercados se ha trasladado hacia los trabajadores, pero en el caso del mercado de la salud esta transferencia resulta mucho más dramática, si bien la salud privada se encuentra en franco deterioro, en términos de captación de demanda, en tanto la salud pública cuenta con muy bajos recursos, enfrentándose a un desequilibrio muy fuerte, los servicios de salud continúan siendo bienes de demanda medianamente rígida, en la medida que buena parte de los usuarios continúan demandándolos en forma más o menos sostenida a pesar de su encarecimiento o de las restricciones presupuestarias a las que se enfrenten. La salud integra las necesidades básicas y es socialmente valorado como muy positivo contar con algún tipo de cobertura sanitaria, no en vano nuestro país es uno de los que mayor proporción de su PBI destina a gastos en salud en América Latina, con un 11%. Sin embargo, tanto en la salud privada como en la pública, existen numerosos médicos contratados en carácter eventual, como si la demanda de servicios de salud fuera una demanda a término, no sostenida en el tiempo, cuando en realidad la atención sanitaria requiere de recursos humanos en forma continua y sistemática.

Para obtener una representación más completa del fenómeno del empleo médico sin duda nos faltó contemplar la variable ingresos, como decíamos, diversos factores hacían sumamente dificultoso incluirla en nuestra investigación, desde los fallos de la memoria, presente en todo trabajo retrospectivo, hasta la propia complejidad del sistema de remuneraciones, compuesto por porciones fijas y variables, sin olvidarnos en la actual coyuntura de los problemas que se vienen generado desde hace unos años en varias instituciones para hacer efectivos los sueldos e incluso las rebajas salariales que se han procesando recientemente. Queda pendiente la consideración de este componente para

futuras aproximaciones empíricas, tanto en lo referente a los ingresos percibidos por los médicos como a los sistemas de remuneraciones, otro asunto sumamente controversial dentro del mercado de trabajo médico.

Varios de los ejes abordados en este trabajo nos hacen volver la mirada hacia el conjunto del sistema de salud en tanto estructura compleja y que actualmente se encuentra en una profunda crisis. La sociedad uruguaya, usuaria del sistema de salud, y en especial los diversos agentes del sistema, aun no han saldado el importante debate en torno a las características y al número de recursos humanos necesarios para atender adecuadamente a la población del país. ¿Se debe limitar el ingreso a la Facultad de Medicina? ¿Debe existir un equilibrio entre el número de médicos especialistas y el de generalistas? ¿La cantidad de horas y de cargos que desempeñan los médicos debe estar limitada?. Al reflexionar sobre los recursos humanos de la salud corresponde tener en cuenta no solo el volumen de población asistida, sino que también las variaciones en la estructura sociodemográfica y epidemiológica del país, por ejemplo, el envejecimiento creciente en la población uruguaya; la disposición geográfica del personal sanitario, recordemos que el 80% de los recursos humanos en medicina se concentran en Montevideo; las necesidades de servicios de salud de acuerdo con la distribución de las enfermedades y la incidencia de las mismas en la población, etc. También se debe tener en cuenta las características socioculturales de población usuaria y la demanda histórica de servicios de salud, Uruguay es un país que cuenta con tasas de utilización de los servicios bastante altas en relación al resto de América latina. A la par con todo esto se debería reflexionar acerca de las metas que pretendemos alcanzar para poder determinar que tipos de servicios son los que se van a requerir. Luego de elucidar esta serie de interrogantes se podrá entonces acordar cuál es el personal de salud necesario, tanto en lo que refiere a su número como a las competencias precisas para desarrollar las acciones sanitarias previstas.

El tercer gran eje que identificamos como problemático fueron los mecanismos de acceso al empleo. En un mercado de trabajo segmentado, en donde se puede acceder a empleos de calidad, estables y bien remunerados en el núcleo de las instituciones asistenciales o bien se puede acabar subocupado y en condiciones precarias en la periferia de las mismas, cobran enorme relevancia los sistemas de selección de trabajadores. Cabría pensar que para un área laboral tan comprometida como la medicina deberían existir rigurosos dispositivos para el acceso a la ocupación, o al menos que los mecanismos formales tuvieran mayor proyección que los sistemas informales. Nada más lejos de la realidad, salvo algunas instituciones, el sector no cuenta con métodos formales generalizados y sistemáticos para la asignación de puestos de trabajo, por ende los médicos deben procurarse redes, contactos, capital social, para acceder al empleo. No pretendemos con esto realizar valoraciones morales ingenuas a cerca de las funciones que desempeña el capital social en la asignación ocupacional, por el contrario, nuestro interés fue realizar un análisis sociológico de la eficacia de una práctica concreta que se manifiesta en el acceso al empleo frente a una deficiencia funcional de las

estructuras formales de asignación ocupacional. Tampoco creemos que los mecanismos formales sean la *vía regia* para la mejor administración de los recursos humanos, como hemos manifestado, el capital social suele ser también un elemento que ofrece ciertas ventajas concretas tanto a las empresas como a los trabajadores, en la medida que reduce los costos de búsqueda y acceso, a la vez que para el empleador resulta atractivo en la medida que favorece el control del trabajador y por ende estaría contribuyendo con una mayor ‘eficiencia’ en el desempeño laboral. El uso de sistemas informales para la asignación ocupacional no surge en forma deliberada como una situación ‘anómica’ o de desviación social. Los mecanismos informales responden a la ineficacia manifiesta de los sistemas formales, surgen como respuesta al vacío dejado por estos. La ausencia de sistemas formales para la adjudicación de puestos de trabajo hace que los individuos deban recurrir a la reciprocidad generalizada, a la solidaridad mecánica como la alternativa más funcional. En la medida que se trata de un mecanismo fuertemente legitimado entre los actores del sistema, no será fácil sustituirlo por algún sistema formal. ‘Los mecanismos de asignación particularistas que mantienen los canales informales a través de las redes sociales, solamente podrán ser sustituidos por los mecanismos oficiales de asignación cuando estos sean más efectivos que aquellos. De lo contrario, como señala Merton, todo intento de eliminar una estructura social existente sin suministrar otras estructuras adecuadas, para llenar las funciones que antes llenaba la organización abolida, está condenada al fracaso’ (Requena, 1991: 113)

Ahora bien, qué es lo que impide que las empresas del sector establezcan mecanismos formales para el acceso al empleo. No creemos que la razón esté en los elevados costos de las unidades administrativas dedicadas a estas tareas, como declaran diversos directivos del sector. Por el contrario, entendemos que se trata de una evidente consecuencia de las nuevas formas de relacionamiento laboral que ha impulsado al mercado de trabajo hacia una mayor flexibilidad en el empleo estableciendo formas alternativas a la relación clásica de trabajo, fundamentalmente patrocinando modalidades contractuales menos onerosas y sobre todo **fácilmente rescindibles**. Al alivianarse las rigideces en los mecanismos de salida, la rotatividad de los trabajadores aumenta y por tanto se hacen necesarias modalidades ágiles, flexibles y económicos para reponer las vacantes generadas por la *flexibilización en el egreso*, de lo contrario, si los procedimientos para la entrada fueran demasiado rígidos, se correría el riesgo de no poder suplantar a los trabajadores en forma medianamente rápida. Los sistemas informales de asignación laboral deben ser entendidos entonces, como un componente más de la nueva organización del trabajo, no tan explícito como el resto de las nuevas modalidades de relacionamiento laboral, debido tal vez, como decíamos más arriba, a que los sistemas informales nunca se los proclama como los más eficaces, pero sin duda operan como una modalidad subsidiaria de la flexibilización laboral.

Esta afirmación admite una excepción: los vínculos familiares, este tipo de capital social que denominamos como heredado, tiene un comportamiento sustancialmente diferente, su eficacia es

mucho mayor si tomamos como indicador el porcentaje de empleos estables que se consiguen por esta vía. De todos modos, por su reducido número, seguramente no afecten a esta estrategia más amplia que describimos como de mayor *flexibilidad en el ingreso*.

El capital social en su conjunto es empleado por casi todos los médicos jóvenes que hemos abordado, como modalidad de acceso a alguno de los tantos empleos desempeñados en los primeros seis años de actividad. Del total de puestos de trabajo desplegados por la población a estudio, cerca del 40% fueron conseguidos por algún mecanismo que implicó movilizar recursos de capital social, una cifra nada despreciable, que expresa cómo este fenómeno también ocurre en sectores de alta calificación profesional, no es únicamente una estrategia empleada por los sectores de baja calificación. Más que vinculado a la calificación, entendemos que se encuentra relacionado con los empleos que presentan procesos generalizados de inestabilidad laboral.

En el mercado de trabajo médico, como hemos comprobado, la estructura de oportunidades presenta inequidades entre los médicos jóvenes y los de mayor experiencia, esta situación hace que se torne aun más decisivo en el inicio de la trayectoria laboral la presencia de redes sociales que garanticen el acceso a la ocupación. En cuanto a su composición, en un primer momento, básicamente para el primer empleo, la familia juega un papel importante. Aquellos que provienen de unidades familiares relacionadas con el ejercicio de la medicina, cerca de un 20%, se posicionan mejor desde el inicio del recorrido laboral. Los círculos primarios, en la medida que se crucen con otros círculos de contactos (Simmel, 1977), como lo es en este caso el colectivo médico, generan condiciones muy favorables para el trabajador, en especial porque lo aproxima al ambiente médico mucho más pronto que a aquellos que provienen de unidades familiares distantes de los círculos médicos. Es decir, permite acortar las distancias en el acceso al empleo, desbloqueando el recorrido más largo que deben emprender aquellos médicos que no disponen de una estructura familiar que los aproxime al terreno de la medicina.

Los médicos que no cuentan con recursos heredados, interponen su capital social apelado esencialmente a su grupo de pares, tanto compañeros de estudio como de trabajo. Es así que en la estructura ocupacional de partida influyen también, la socialización laboral previa en ambientes médicos, que le confiere cierta continuidad a la actividad laboral anterior a la graduación con la práctica profesional posterior, así como la interacción sostenida en el entorno educativo. A su vez, existen fuertes sinergias entre la etapa formativa y la práctica profesional, debido a la disposición del plan de estudios de la carrera que contempla períodos de práctica en instituciones de salud, generando una doble contingencia: la toma de contacto con el desempeño profesional y la socialización laboral, que a la vez puede operar como ámbito de incorporación de activos de capital social. Es decir, en cuanto a la composición y localización del capital social, inciden en este caso, tanto la estructura familiar de origen, como la socialización laboral previa y las instituciones educativas, más precisamente la propia Facultad, que en cierta forma genera un contexto propicio para la agregación de

recursos de capital social. A diferencia de lo que ocurre en otros colectivos descritos en la literatura sobre capital social, en nuestro caso no resultan significativos otros grupos o instituciones primarias, ya sea el vecindario o la escuela primaria, como esferas de localización del capital social. Tampoco se ven reflejadas otras organizaciones formales como los partidos políticos o las religiones. En el colectivo médico joven, este particular proceso de socialización profesional se convierte entonces, en un original proceso de *cierre social* en torno a tres ámbitos: la familia, la estructura educativa: facultad – instituciones hospitalarias y el propio entorno de trabajo.

A medida que transcurre el itinerario laboral, entre aquellos que provienen de una unidad familiar con vínculos sólidos en el área de la salud, éstos comienzan a perder peso específico como ámbito desde donde emerge el capital social, dado que los empleos que se obtienen a través de la familia al ser más duraderos y estables, no es preciso volver a recurrir al capital social heredado, además parecería que un mismo vínculo no es movilizable en más de una oportunidad, al menos no se presentan casos en que un mismo recomendante haya operado en dos instancias.

En el conjunto de la población abordada comienza a tornarse decisivo entonces el grupo de pares a medida que avanzamos en la trayectoria laboral considerada. Una de las principales ventajas de contar con recursos de capital social es tener acceso a la información, ésta suele circular dentro del propio entorno laboral, es por ello que quienes controlan mejor este recurso son aquellos que están insertos en el propio sistema de salud. También, al integrarse al ambiente laboral, se entra en contacto con quienes detentan posiciones relevantes dentro del mismo. Resulta asimismo significativo que para el acceso a las especialidades médicas, el genuino segmento primario del mercado médico, las redes familiares prácticamente no resulten operativas, jugando un papel esencial los contactos generados con otros colegas que ya se encuentran posicionados en dicho segmento. Para estos casos parecería que aquel integrante de la red de relaciones que primeramente se posiciona en este segmento tienda a atraer al resto de los componentes de su red, facilitando a los trabajadores que ingresan la integración en el nuevo entorno laboral.

Sin duda, el estudio de la conformación de redes y de la adquisición de recursos de capital social resulta una tarea muy ardua y compleja. Utilizando la encuesta como herramienta metodológica solamente hemos pretendido aproximarnos al fenómeno y hacer una composición general del mismo. Para ahondar en esta perspectiva de análisis será necesario complementar los datos cuantitativos con alguna otra técnica que nos permita interpretar el fenómeno del capital social. En especial cómo se genera la *confianza* entre los agentes que componen el vínculo, una dimensión psicosocial de difícil abordaje cuantitativo. Las posibilidades de análisis son numerosas, aun queda bastante por estudiar en torno a un concepto íntegramente sociológico, que resulta ampliamente operativo y que nos permite analizar innumerables fenómenos sociales, pero que sin embargo, a nuestro entender, aun no ha alcanzado el estatus teórico que merecería.

Anexo

Aspectos metodológicos

En lo que respecta a las decisiones metodológicas tomadas en nuestro trabajo de taller: *La trayectoria laboral de los médicos: calificación y capital social*, y que sirven de base a la presente monografía, la primera de ellas fue precisar el alcance de la investigación a realizar. Al respecto, cabe señalar que aquel trabajo pretendió ser un estudio, en primer término, exploratorio. El motivo fue que si bien existían algunos trabajos recientes sobre el mercado laboral médico, en ninguno de ellos se abordaban los mecanismos de acceso al empleo así como tampoco las condiciones de trabajo de los médicos de reciente graduación.

En segundo lugar, y dado que la labor exploratoria rara vez constituye un fin en sí mismo, el trabajo también pretendió adoptar un carácter descriptivo y explicativo. Es decir, no obstante comenzar por una fase exploratoria, se intentó describir y explicar determinados aspectos del colectivo médico en relación con el mundo del trabajo.

En cuanto al tratamiento de la variable tiempo, la perspectiva metodológica proyectada fue un diseño de tipo longitudinal, de formal tal que la trayectoria laboral de los médicos pudiera ser observada de manera diacrónica, intentando captar la dinámica del fenómeno objeto de estudio. Ahora bien, por las limitaciones de recursos y tiempo, propias de las investigaciones de taller, la recogida de información no fue posible hacerla más que en un único momento. Esta circunstancia nos condujo a orientar nuestro diseño metodológico hacia un modelo de tipo *retrospectivo*, o como lo define Hakim citado por Cea D'ancona, un diseño *cuasi-longitudinal*. (1998: 107) Esta práctica presenta ciertos problemas metodológicos, como los fallos en la memoria o incluso una posible resignificación de los acontecimientos pasados por parte de los sujetos indagados. De todos modos confiamos en este tipo de diseño apoyándonos en la centralidad que posee el fenómeno del trabajo, que permite mantener muy persistentes en el recuerdo las vivencias laborales de los sujetos.

A la vez pretendimos captar las características estructurales de la población médica joven, observar rasgos extensos de dicho conjunto social con una representatividad estimada y operar en condiciones controladas para garantizar la fiabilidad de los resultados. Es así que optamos por la encuesta estadística como el método más adecuado para poder contemplar estos objetivos.

Necesitaremos entonces contar con un marco poblacional para confeccionar una muestra, elaborar el instrumental necesario para la recolección de datos y apelar a alguna técnica de análisis de los datos obtenidos.

Partimos de la subpoblación conformada por los médicos egresados en el año 1995. La elección de este grupo de médicos no es arbitraria. Se trata de una población relativamente joven en el ejercicio de la profesión (6 años de egreso a la fecha de relevamiento de los datos), lo que nos habilita a realizar un primer balance de su vida laboral. Los estudios clásicos sobre trayectorias laborales suelen indicar como etapa crítica de la inserción laboral los primeros cinco años (Gallart, 1993). Es por ello que en nuestra investigación contemplamos el sexto año para poder determinar si las tendencias descritas para los primeros cinco años comienzan a revertirse al sexto o por el contrario se mantienen. También optamos por este segmento como forma de disponer de datos recientes acerca de la inserción laboral, recordemos que el problema del acceso al empleo parece ser un fenómeno propio de los años inmediatamente posteriores a la graduación según las informaciones preliminares con que contamos y de acuerdo a las hipótesis manejadas en el trabajo. A su vez nos permitió atenuar los problemas antes mencionados de errores en la memoria al acotar el proceso laboral a los primeros seis años de ejercicio profesional. Por último, esta decisión metodológica creemos que nos aporta una *validez externa* importante, no solo para generalizar los resultados a la subpoblación escogida (egresados en 1995), que depende de la adecuada selección muestral, sino que también admite hacer extensibles dichos resultados a otros *tiempos y contextos*. En efecto, las conclusiones obtenidas a partir de esta subpoblación podrían extrapolarse a otros grupos de médicos graduados en años próximos a 1995.

Asimismo, por la limitación de recursos con que contamos, nos circunscribimos a los médicos que residen en Montevideo, factor que nos redujo el número de unidades de la subpoblación. Por tanto podemos definir a nuestro universo de estudio como *aquellos médicos graduados en el año 1995 y que a la fecha del relevamiento residían en Montevideo*²⁰.

Dicha subpoblación estaba compuesta por 307 unidades de análisis, de las cuales un 14% residían en el interior del país, con lo cual las unidades a considerar nos quedan en 266.

A partir del *N* resultante confeccionamos una muestra aleatoria simple. No contamos con datos suficientes, ni con herramientas teóricas que nos permitan suponer diferencias sustanciales en la población (varianza poblacional) como para optar por un muestreo estratificado. En este caso operamos con un error muestral de $\pm 10\%$ y un nivel de confianza del 90%, la muestra quedó conformado entonces de 54 unidades de relevamiento.

²⁰ Es interesante destacar que para el caso de los estudiantes de medicina, desde que se instauró el sistema de "internado", todos aquellos que egresan en un determinado año, lo hacen en forma conjunta. Es decir, la última actividad académica consiste en una pasantía en un centro hospitalario, para acceder a dicha actividad se requiere tener aprobadas todas las asignaturas correspondientes al plan de estudio. El internado dura un año, comenzado generalmente en los meses de julio, finalizando en julio del año siguiente. En tal sentido, los médicos que egresaron en 1995, culminaron su actividad curricular en el mes de julio de aquel año, quedando habilitados para solicitar el título de Doctor en Medicina. Resulta importante esta aclaración a los efectos de saber que sus trayectorias profesionales comienzan prácticamente en forma simultánea, no se daría el caso, por ejemplo, de que hubiese algunos médicos graduados en enero y otros en diciembre.

En cuanto a la técnica de relevamiento de la información, utilizamos un cuestionario estandarizado retrospectivo que indagó sobre la biografía profesional de los encuestados, haciendo hincapié en aquellas variables que nos permitieran conocer las estrategias y los mecanismos movilizados a lo largo de su trayectoria profesional para posicionarse en el mercado laboral. Se utilizaron cuestionarios por constituir estos uno de los procedimientos más útiles para recabar información de una muestra amplia de sujetos y por presentar frente a otras técnicas ventajas económicas y temporales. Los cuestionarios se administraron mediante entrevista personal.

Principales variables relevadas

Perfil de los médicos: sexo, edad, estado conyugal, composición familiar, estudios preuniversitarios, estudios de postgrado, ocupación y educación de los padres y el cónyuge, participación en organizaciones.

Condiciones de trabajo: para cada uno de los cargos que desempeñó en su trayectoria laboral: subsector de actividad, puesto que desempeñó, ascensos, antigüedad, carácter de la relación laboral, extensión de la jornada laboral, fecha de ingreso y egreso y motivos por los cuales cesó en el empleo (para los casos en que corresponda).

Mecanismo de acceso a cada uno de los empleos: concurso, solicitud directa, recomendación, traslado, etc.

Características del capital social movilizado: estabilidad del capital social, potencialidad del vínculo, sociabilidad de las relaciones.

La variable ingresos decidimos excluirla debido a diversos problemas que presentaba su relevamiento y posterior tratamiento analítico. En primer lugar comprobamos a través de los pre – test, que generaba ciertos efectos reactivos entre los entrevistados que hacían perder confiabilidad a las respuestas sobre esta dimensión, fundamentalmente entre aquellos médicos que presumiblemente contaban con ingresos superiores a la media. Además, al tratarse de un estudio retrospectivo, se hacía difícil para los indagados recordar con exactitud el ingreso que les reportó cada uno de los empleos en los últimos seis años, máxime cuando el promedio de cargos desempeñados era de cuatro, registrándose incluso casos con trayectorias de hasta nueve empleos. Otro de los aspectos complejos en el relevamiento del ingreso es la composición del salario médico, con porciones fijas y variables de acuerdo al número de pacientes tratados, a la cantidad de actos médicos, etc., que hacen aun más confuso contemplar esta dimensión. Pero el escollo mayor estuvo dado por la situación financiera que enfrentaba el sistema de salud en aquel momento y que aun se mantiene, que provocó que las remuneraciones se vieran distorsionadas por los constantes atrasos en los pagos, alcanzando a varios meses en numerosas empresas. La situación detectada en los pre – test generaba respuestas ambiguas:

mientras que algunos indagados identificaban su ingreso con el salario convenido en el contrato de trabajo, otros consideraban como ingreso actual a las partidas que les eran entregadas a cuenta, suscitando una situación muy complicada al momento de aplicar el cuestionario, dado que era persistente entre un grupo de indagados, a pesar de las correspondientes aclaraciones, la idea de identificar su salario con lo que efectivamente estaban percibiendo, que en algunos casos había sido cero retribución en esos meses, cuando en realidad nuestra intención era indagar sobre el ingreso que le generaba cada cargo a pesar de las irregularidades en el pago.

Respecto al posterior tratamiento analítico de los ingresos, habría que haber recurrido a algún deflactor, de modo de poder llevar el valor de los diferentes salarios a precios constantes, dado que el proceso inflacionario en los años que abarca la investigación haría imposible cualquier comparación al respecto sin una previa readecuación de los valores salariales.

De todos modos creemos que hubiera sido de utilidad contar con la variable ingresos, para futuras aproximaciones a este objeto de estudio sería uno de los aspectos a incorporar, para ello se deberá implementar alguna estrategia que permita salvar esta serie de obstáculos en el relevamiento y análisis del factor ingresos.

El análisis de los datos obtenidos

Para analizar los datos recogidos hemos reorganizado la información obtenida en la investigación de taller sobre la base una serie cronológica ordenada en intervalos de dos años de duración. Partimos de la misma matriz de datos generada para el taller, pero el tratamiento dado a la información recogida fue sustancialmente diferente al realizado en aquella oportunidad. Generamos una nueva base de datos, que a diferencia de la original, adoptó como unidad de análisis el empleo. Por tanto contamos con dos bases de datos, la primera, en donde la unidad de análisis es el trabajador, y una segunda, en la cual la unidad de análisis es el empleo.

Entendemos por serie temporal o serie cronológica a una sucesión de observaciones de una o varias variables ordenadas en el tiempo. Interesa su análisis para posibilitar la descripción de la evolución histórica del fenómeno que expresa la serie.

El primer período abarca desde la fecha de graduación: agosto de 1995 a julio de 1997, momento en el cual la práctica totalidad de la población médica se encuentra plenamente integrada a la actividad laboral, luego del primer año, en el que mayoritariamente se hallan preparando el examen de ingreso a la residencia y por ende un número importante de médicos se excluye parcialmente del mercado de trabajo. Allí se analizan entonces las primeras experiencias laborales.

El segundo período comprende desde agosto del 97 a julio del 99, se trata de un período de transición en donde una parte importante de la población a estudio completó ya su formación de postgrado (de tres años de duración) y se produce un giro hacia el ejercicio de las especialidades médicas.

Finalmente el último período se extiende de agosto del 99 a julio del 2001, fecha de realización del relevamiento de los datos, en donde evaluamos la situación actual de la población médica y sus condiciones laborales en relación con los mecanismos de asignación ocupacional.

Nos interesa fundamentalmente rescatar la tendencia que se manifiesta a lo largo de la serie, para ello fuimos comparando el desarrollo de las diversas variables consideradas, en especial aquellas que indican el comportamiento del capital social y su incidencia sobre la inserción laboral.

Al analizar los mecanismos de acceso al empleo en cada uno de los intervalos, solamente consideramos los que fueron obtenidos en ese período, filtrando los trabajos que habían sido obtenidos en el período anterior, de modo de poder comparar las diferentes estrategias de acceso al empleo en un período y otro.

Respecto a los cargos desempeñados, dado que en la mayoría de los casos los médicos cuentan con más de un empleo, los hemos clasificados de acuerdo a su antigüedad, de modo que el primer empleo sea el de más larga data, el segundo empleo será el que le siga en antigüedad y así sucesivamente. Adoptamos este criterio en la medida que resulta sumamente difícil establecer un pauta para determinar cual es el empleo principal en cada caso, máxime cuando no se relevó la variable ingresos (criterio clásico para definir este extremo). En los pre – test realizados comprobamos que los médicos tenían percepciones muy dispares en torno a cual de todos sus empleos era el principal; para algunos era aquel que le reportaba los mayores ingresos, para otros era el más estable, algunos consideraban principal al de mayor carga horaria, el que le implicaba unas mayores responsabilidades funcionariales (Ej.: cargos de dirección), el de mayor prestigio (Ej.: docencia e investigación) e incluso el de mayor antigüedad. De todos modos, al tomar como unidad de análisis al empleo y no al trabajador para estudiar muchas de las variables consideradas, dejamos un tanto de lado el análisis de las trayectorias a partir de la consideración de empleos principales y los empleos secundarios, estrategia que nos reportó ciertas ventajas e inconvenientes. Las ventajas están dadas por el hecho de que para estudiar los mecanismos de acceso al empleo, nos permite analizar como se procesó el ingreso a todos y cada uno de los empleos en igualdad de condiciones. Los inconvenientes surgen cuando intentamos examinar las trayectorias a partir del empleo principal, en este caso puede llegar a haber cierto desajuste entre los distintos trabajadores. Los cuadros que aparecen a modo de ilustración en el siguiente apartado están organizados adoptando el criterio de antigüedad, es decir, el primer empleo es el más antiguo y el último empleo es el más reciente.

Además de los datos propios trabajamos también con datos provenientes de los informes finales de las Encuestas Médicas Nacionales de los años 1995 (CIESMU), 1998 (Equipos Mori/SMU)

y 2001 (Factum/SMU). Si bien no pudimos acceder a los micro datos, sobre la base de las frecuencias de algunas de las variables relevadas en dichos trabajos intentamos realizar algunas comparaciones entre los médicos jóvenes y el total de la población médica.

También obtuvimos una serie de informaciones y datos adicionales a partir de una serie de entrevistas a gerentes de personal y recursos humanos de varias instituciones asistenciales, tanto públicas como privadas, así como a dirigentes sindicales del sector.

Cuadros

Disposición de las principales variables a los dos años de trabajo

Cuadro 1: Número de empleos

Número de empleos	Frecuencia	Porcentaje
0	3	5,6%
1	22	40,7%
2	23	42,5%
3	4	7,5%
4	2	3,7%
Total	54 médicos 88 empleos	100%

Cuadro 2: Horas semanales de trabajo

Horas semanales de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	3	5,6%
hasta 24	9	16,8%
25 a 48	21	38,8%
49 a 72	11	20,3%
73 y más	10	18,5%
Total	54	100%

Cuadro 3: Subsector de actividad

Sector de actividad	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Público	58,8%	55,1%	40%	0%
Privado	39,2%	44,8%	60%	100%
Ejercicio libre	2%	0%	0%	0%
Total	100% (51)	100% (29)	100% (6)	100% (2)

Cuadro 4: Cargos en que se desempeñan

Cargo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
M. General	60,8%	41,4%	50%	100%
Especialista	7,8%	31%	50%	0%
Residente	27,5%	27,6%	0%	0%
Docente	3,9%	0%	0%	0%
Total	100% (51)	100% (29)	100% (6)	100% (2)

Cuadro 5: Tipo de vínculo contractual

Tipo de contratación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
A término	66,8%	58,6%	50%	50%
Efectivo	27,5%	34,5%	33,3%	50%
Unipersonal	5,7%	6,9%	0%	0%
Pasantía	0%	0%	16,7%	0%
Total	100% (51)	100% (29)	100% (6)	100% (2)

Cuadro 6: Mecanismos de acceso a los empleos

Mecanismo de acceso	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Concurso	43,1%	40%	16,8%	0%
Presentándose personalmente	21,6%	30%	50%	0%
Recomendación de familiares directos	6%	6,7%	0%	50%
Recomendación de colegas	23,5%	20%	33,3%	50%
Otros mecanismos	6%	3,3%	0%	0%
Total	100% (51)	100% (26)	100% (6)	100% (2)

Cuadro 7: Origen del vínculo con el recomendante

Origen del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Familia	40%	25%	0%	50%
Trabajo	20%	25%	100%	50%
Estudios	33,3%	37,5%	0%	0%
Otros	6,7%	12,5%	0%	0%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Cuadro 8: Frecuencia de vínculo con el recomendante

Frecuencia del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Ninguna	6,7%	0%	0%	0%
Cada 6 meses	20%	0%	50%	0%
Mensualmente	26,7%	75%	50%	50%
Semanalmente	33,3%	12,5%	0%	50%
Diariamente	13,3%	12,5%	0%	0%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Cuadro 9: Instancias de socialización del vínculo con el recomendante

Instancias de sociabilización del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Actividades laborales	20%	50%	50%	50%
Actividades de ocio	20%	25%	0%	0%
Encuentros ocasionales	13,3%	0%	0%	0%
Visitas familiares	20%	25%	0%	50%
Actividades académicas	6,7%	0%	0%	0%
Actividades políticas	6,7%	0%	0%	0%
No realizan ninguna actividad	6,7%	0%	50%	0%
Otros	6,7%	0%	0	0%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Cuadro 10: Nivel educativo del recomendante

Nivel educativo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Mayor	33,3%	25%	100%	50%
Igual	66,7%	75%	0%	50%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Cuadro 11: Generación del recomendante

Generación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Mayor	66,7%	62,5%	100%	100%
Igual	33,3%	37,5%	0%	0%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Cuadro 12: Relación del recomendante con el sistema de salud

Relación con el sistema de salud	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Médico en relación de dependencia	66,7%	75,5%	100%	50%
Directivo de institución médica	6,7%	12,5%	0%	0%
Prof. de Fac. de Medicina	6,7%	0%	0%	0%
Sin relación directa	20%	12,5%	0%	50%
Total	100% (15)	100% (8)	100% (2)	100% (2)

Disposición de las principales variables al cuarto año de trabajo

Cuadro 13: Número de empleos

Número de empleos	Frecuencia	Porcentaje
0	2	3,7%
1	18	33,3%
2	22	40,7%
3	9	16,7%
4	3	5,6%
Total	54 médicos 101 empleos	100%

Cuadro 14: Horas semanales de trabajo

Horas semanales de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	3,7%
hasta 24	8	14,8%
25 a 48	19	35,2%
49 a 72	8	14,8%
73 y más	17	31,5%
Total	54	100%

Cuadro 15: Subsectores de actividad

Sector de actividad	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Público	53,8%	47,1%	25%	33,3%
Privado	42,4%	50%	75%	66,6%
Ejercicio libre	3,8%	1%	0%	0%
Total	100% (52)	100% (34)	100% (12)	100% (3)

Cuadro 16: Cargos en los que se desempeñan

Cargo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
M. General	46,2%	50%	41,7%	0%
Especialista	21,1%	22,4%	41,7%	100%
Residente	30,8%	14,7%	8,3%	0%
Docente	1,9%	2,9%	8,3%	0%
Total	100% (52)	100% (34)	100% (12)	100% (3)

Cuadro 17: Tipo de vínculo contractual

Tipo de contratación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
A término	61,5%	50%	50%	100%
Efectivo	25%	44,1%	50%	0%
Unipersonal	13,5%	5,9%	0%	0%
Pasantía	0%	0%	0%	0%
Total	100% (52)	100% (34)	100% (12)	100% (3)

Cuadro 18: Mecanismos de acceso a los empleos

Mecanismo de acceso	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Concurso	61,5%	50%	18,2%	0%
Presentándose personalmente	7,7%	14,3%	18,2%	0%
Recomendación de familiares directos	0%	0%	9,1%	0%
Recomendación de colegas	23,1%	28,6%	52,8%	100%
Otros mecanismos	7,7%	7,1%	0%	0%
Total	100% (13)	100% (14)	100% (11)	100% (3)

Cuadro 19: Origen del vínculo con el recomendante

Origen del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Familia	0%	0%	28,6%	0%
Trabajo	66,7%	25%	57,2%	66,7%
Estudios	33,3%	75%	14,2%	33,3%
Total	100% (3)	100% (4)	100% (7)	100% (2)

Cuadro 20: Frecuencia del vínculo con el recomendante

Frecuencia del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Ninguna	0%	25%	14,3%	0%
Cada 6 meses	60%	25%	0%	0%
Mensualmente	20%	25%	42,8%	100%
Semanalmente	20%	0%	28,6%	0%
Diariamente	0%	25%	14,3%	0%
Total	100% (5)	100% (4)	100% (7)	100% (3)

Cuadro 21: Instancias de socialización del vínculo con el recomendante

Instancias de sociabilidad del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo
Actividades laborales	66,7%	75%	42,8%	66,7%
Actividades de ocio	0%	0%	14,4%	0%
Encuentros ocasionales	0%	25%	0%	0%
Visitas familiares	0%	0%	14,4%	0%
Actividades académicas	0%	0%	0%	33,3%
No realizan ninguna actividad	33,3%	0%	14,4%	0%
Total	100% (3)	100% (4)	100% (7)	100% (3)

Cuadro 22: Nivel educativo del recomendante

Nivel educativo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Mayor	66,7%	33,3%	57,1%	100%
Igual	33,3%	66,6%	42,9%	0%
Total	100% (3)	100% (4)	100% (7)	100% (3)

Cuadro 23: Generación del recomendante

Generación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Mayor	100%	25%	71,4%	100%
Igual	0%	75%	28,6%	0%
Total	100% (3)	100% (4)	100% (7)	100% (3)

Cuadro 24: Relación del recomendante con el sistema de salud

Relación con el sistema de salud	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo
Médico en relación de dependencia	100%	100%	85,7%	66,7%
Prof. de Fac. de Medicina	0%	0%	0%	33,3%
Sin vinculación al sistema de salud	0%	0%	14,3%	0%
Total	100% (3)	100% (4)	100% (7)	100% (3)

Disposición de las principales variables al sexto año de trabajo

Cuadro 25: Número de empleos

Número de empleos	Frecuencia	Porcentaje
0	1	1,9%
1	21	38,8%
2	19	35,2%
3	8	14,7%
4	3	5,6%
5	1	1,9%
6	1	1,9%
Total	54 médicos 106 empleos	100%

Cuadro 26: Horas semanales de trabajo

Horas semanales de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	1,9%
hasta 24	13	24,1%
25 a 48	18	33,3%
49 a 72	7	13 %
73 y más	15	27,7%
Total	54	100%

Cuadro 27: Subsectores de actividad

Sector de actividad	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo	6to. Empleo
Público	47,1%	40,6%	61,5%	0%	50%	100%
Privado	51%	56,3%	38,5%	100%	50%	0%
Ejercicio libre	1,9%	3,1%	0%	0%	0%	0%
Total	100% (53)	100% (32)	100% (13)	100% (5)	100% (2)	100% (1)

Cuadro 28: Cargos que desempeñan

Cargo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo	6to. Empleo
M. General	50,9%	37,5%	30,8%	40%	0%	0%
Especialista	37,8%	53,1%	46,1%	60%	50%	100%
Residente	7,5%	3,1%	0%	0%	0%	0%
Docente	3,8%	6,3%	23,1%	0%	50%	0%
Total	100% (53)	100% (32)	100% (13)	100% (5)	100% (2)	100% (1)

Cuadro 29: Tipo de vínculo contractual

Tipo de contratación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo	6to. Empleo
A término	62,3%	46,9%	69,2%	80%	50%	100%
Efectivo	26,4%	50%	30,8%	20%	0%	0%
Unipersonal	11,3%	3,1%	0%	0%	0%	0%
Pasantía	0%	0%	0%	0%	50%	0%
Total	100% (53)	100% (32)	100% (13)	100% (5)	100% (2)	100% (1)

Cuadro 30: Mecanismo de acceso a las ocupaciones

Mecanismo de acceso	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo	6to. Empleo
Concurso	75%	45,5%	44,4%	0%	50%	100%
Presentándose personalmente	8,3%	9,1%	0%	0%	0%	0%
Recomendación de colegas	16,7%	36,4%	55,6%	100%	50%	0%
Otros mecanismos	0%	9,1%	0%	0%	0%	0%
Total	100% (12)	100% (11)	100% (9)	100% (4)	100% (2)	100% (1)

Cuadro 31: Origen del vínculo con el recomendante

Origen de vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo
Trabajo	0%	50%	100%	75%	100%
Estudios	100%	50%	0%	25%	0%
Total	100% (2)	100% (4)	100% (5)	100% (4)	100% (1)

Cuadro 32: Frecuencia del vínculo con el recomendante

Frecuencia del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo
Ninguna	0%	25%	0%	0%	0%
Cada 6 meses	0%	0%	0%	25%	0%
Mensualmente	50%	50%	40%	50%	100%
Semanalmente	50%	0%	60%	25%	0%
Diariamente	0%	25%	0%	0%	0%
Total	100% (2)	100% (4)	100% (5)	100% (4)	100% (1)

Cuadro 33: Instancias de socialización del vínculo con el recomendante

Instancias de sociabilidad del vínculo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo
Actividades laborales	50%	25%	100%	75%	100%
Encuentros ocasionales	0%	25%	0%	0%	0%
Actividades académicas	50%	25%	0%	25%	0%
No realizan ninguna actividad	0%	25%	0%	0%	0%
Total	100% (2)	100% (4)	100% (5)	100% (4)	100% (1)

Cuadro 34: Nivel educativo del recomendante

Nivel educativo	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. empleo	5to. Empleo
Mayor	50%	33,3%	60%	75%	100%
Igual	50%	66,6%	40%	0%	0%
Menor	0%	0%	0%	25%	0%
Total	100% (2)	100% (4)	100% (5)	100% (3)	100% (1)

Cuadro 35: Generación del recomendante

Generación	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo
Mayor	50%	25%	60%	75%	100%
Igual	50%	75%	20%	0%	0%
Menor	0%	0%	20%	25%	0%
Total	100% (2)	100% (2)	100% (5)	100% (4)	100% (1)

Cuadro 37: Relación del recomendante con el sistema de salud

Relación con el sistema de salud	1er. Empleo	2do. Empleo	3er. Empleo	4to. Empleo	5to. Empleo
Médico en relación de dependencia	100%	75%	100%	100%	100%
Prof. de Fac. de Medicina	0%	25%	0%	0%	0%
Total	100% (2)	100% (4)	100% (5)	100% (4)	100% (1)

Tendencias ocupacionales actuales según mecanismo de acceso

Primer empleo

Cuadro 38: Subsector de actividad según mecanismo de acceso

Subsector	Mecanismo de acceso					Total
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	
Público	90%	23%	33%	14%	33%	38,6%
Privado	10%	77%	67%	86%	67%	61,4%
Total	100% (20)	100% (13)	100% (3)	100% (14)	100% (3)	100% (53)

V de Cramér's = 0,54

Cuadro 39: Cargo que ocupa según mecanismo de acceso

Cargo	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
Médico general	15%	76%	100%	64%	100%	71%
Especialista	55%	24%	0%	36%	0%	23%
Docente	10%	0%	0%	0%	0%	2%
Residente	20%	0%	0%	0%	0%	4%
Total	100% (20)	100% (13)	100% (3)	100% (14)	100% (3)	100% (53)

V de Cramér's = 0,38

Cuadro 40: Tipo de vínculo contractual según mecanismo de acceso

Tipo de vínculo contractual	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
A término	65%	62%	67%	71%	0%	53%
Efectivo	35%	23%	33%	7%	67%	33%
Unipersonal	0%	15%	0%	22%	33%	14%
Total	100% (20)	100% (13)	100% (3)	100% (14)	100% (3)	100% (53)

V de Cramér's = 0,38

Cuadro 41: Horas de trabajo según mecanismo de acceso

Horas de trabajo	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
Hasta 24	30%	46%	0%	78%	33%	37,4%
25 a 48	70%	54%	0%	22%	67%	42,6%
49 a 72	0%	0%	100%	0%	0%	20%
Total	100% (20)	100% (13)	100% (3)	100% (14)	100% (3)	100% (53)

V de Cramér's = 0,77

Segundo empleo

Cuadro 41: Subsector de actividad según mecanismo de acceso

Subsector	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
Público	83%	14%	0%	11%	50%	41%
Privado	17%	86%	100%	89%	50%	59%
Total	100% (12)	100% (7)	100% (2)	100% (9)	100% (2)	100% (32)

V de Cramér's = 0,60

Cuadro 42: Cargo que ocupa según mecanismo de acceso

Cargo	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
Médico general	17%	57%	100%	33%	50%	38%
Especialista	58%	43%	0%	67%	50%	53%
Docente	17%	0%	0%	0%	0%	6%
Residente	8%	0%	0%	0%	0%	3%
Total	100% (12)	100% (7)	100% (2)	100% (9)	100% (2)	100% (32)

V de Cramér's = 0,55

Cuadro 43: Tipo de vínculo contractual según mecanismo de acceso

Tipo de vínculo contractual	Mecanismo de acceso					
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	Total
A término	42%	57%	0%	67%	50%	47%
Efectivo	58%	43%	100%	33%	0%	50%
Unipersonal	0%	0%	0%	0%	50%	3%
Total	100% (12)	100% (7)	100% (2)	100% (9)	100% (2)	100% (32)

V de Cramér's = 0,75

Cuadro 44: Horas de trabajo según mecanismo de acceso

Horas de trabajo	Mecanismo de acceso					Total
	Concurso	Presentándose personalmente	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Otros	
Hasta 24	50%	57%	50%	44%	100%	53%
25 a 48	50%	29%	50%	33%	0%	38%
49 a 72	0%	14%	0%	22%	0%	9%
Total	100% (12)	100% (7)	100% (2)	100% (9)	100% (2)	100% (32)

V de Cramér's = 0,38

Tercer empleo

Cuadro 45: Subsector de actividad según mecanismo de acceso

Subsector	Mecanismo de acceso			Total
	Concurso	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	
Público	100%	100%	28%	61%
Privado	0%	0%	72%	39%
Total	100% (5)	100% (1)	100% (7)	100% (13)

V de Cramér's = 0,55

Cuadro 46: Cargo que ocupa según mecanismo de acceso

Cargo	Mecanismo de acceso			Total
	Concurso	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	
Médico general	40%	100%	28%	31%
Especialista	20%	0%	72%	54%
Docente	40%	0%	0%	15%
Total	100% (5)	100% (1)	100% (7)	100% (13)

V de Cramér's = 0,56

Cuadro 47: Tipo de vínculo contractual según mecanismo de acceso

Tipo de vínculo contractual	Mecanismo de acceso			
	Concurso	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Total
A término	40%	0%	100%	69%
Efectivo	60%	100%	0%	31%
Total	100% (5)	100% (1)	100% (7)	100% (13)

V de Cramér's = 0,75

Cuadro 48: Horas de trabajo según mecanismo de acceso

Horas de trabajo	Mecanismo de acceso			
	Concurso	Recomendación de familiares	Recomendación de colegas	Total
Hasta 24	40%	100%	57%	53%
25 a 48	40%	0%	43%	38%
49 a 72	20%	0%	0%	9%
Total	100% (5)	100% (1)	100% (7)	100% (13)

V de Cramér's = 0,71

Bibliografía

- Alaluf, M. (1997): Modernización de las empresas y políticas de empleo, en Villanueva, E. Empleo y Globalización, Buenos Aires, Universidad de Quilmes.
- Belmartino, S., Bloch, C., Luppi, I., Quinteros, Z., Troncoso, M. (1990): Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Rosario, OPS/OMS.
- Boado, M., Prat, G., Filardo V. (1996): Movilidad ocupacional, calificación y redes sociales: una aproximación al estudio de la circulación de mano de obra en el mercado de trabajo urbano de Montevideo. Documento de trabajo N°26. Montevideo, Departamento de Sociología. FCS/UDELAR.
- Bordigoni, M., Demazière, D., Mansuy, M. (1994): La inserción profesional en referencia a la juventud. Puntos de vista sobre las investigaciones francesas. París.
- Bourdieu, P. (1994): ¿Qué es lo que hace una clase social?. Acerca de la existencia teórica y práctica de los grupos. Asunción, Revista Paraguaya de Sociología N° 89.
- Bourdieu, P. (1991): El sentido práctico. Madrid, Taurus.
- Bourdieu, P. (1998): La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Madrid, Taurus.
- Brunet, I., Morell, A. (1998): Clases, educación y trabajo. Madrid, Editorial Trotta.
- Campbell R., Stanley L. (1997): Economía laboral. Madrid, Mc. Graw-Hill.
- Catan, A. D. (1996): Trabalho y Autonomía, Petrópolis, Vozes.
- Cea D'Ancona, M.A. (1998): Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid, Síntesis.
- Centro de Investigaciones y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay (1995): Encuesta Médica Nacional. Montevideo.
- Coleman, J. (1994): Foundations of Social Theory. Haward University Press.
- Degenne, A., Rose, J. (1999): Novedades en los estudios longitudinales, intercambio con la intermediación de Ch. Fournier. París, Revista Formation/emploi.
- Durkheim, E. (1993): La división social del trabajo, Barcelona, Planeta – Agostini.
- Equipos Mori/SMU (1998): La situación profesional y ocupacional de los médicos a nivel nacional. Montevideo.
- Espinoza V. (1998): Capital social: Antecedentes teóricos para su definición operacional. Monografía. Santiago de Chile.
- Factum/SMU (2001): Situación profesional y ocupacional de los médicos. Montevideo

- Filardo, V. (1999): Capital social y acceso a la ocupación. Revista de Ciencias Sociales N° 15. Montevideo, Departamento de Sociología, FCS/UDELAR.
- Filardo, V. (2000): Mecanismos de acceso al trabajo y movilidad ocupacional, de la fuerza de trabajo urbana de Montevideo. Documento de trabajo N° 53. Montevideo, Departamento de Sociología, FCS/UDELAR.
- Filgueira C. (1996): Sobre las revoluciones ocultas. La familia en el Uruguay. Montevideo, CEPAL.
- Gallart, M. A., Bertoncetto, R. (1993): Los estudios de seguimiento de egresados. Buenos Aires, Revista Educación y Trabajo, N° 2.
- Gallart, M. A. (1989): Algunas reflexiones sobre las temáticas y los ámbitos de la investigación en educación y trabajo. Buenos Aires, Mimeo.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. Alvira F. (1994): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, Alianza Universidad.
- Guerra, P. (1994): El empleo precario y el empleo atípico; revisión bibliográfica y propuestas para el debate. Documento de Trabajo número 105, Santiago de Chile, PET.
- Instituto Nacional de Estadística (2003): Encuesta continua de hogares 2002. Montevideo, página web (www.ine.gub.uy)
- Leal, M. (2002): Sistemas de pago y práctica médica: Teoría y evidencias empíricas, Belo Horizonte, OPS/OMS.
- Lechner N. (1998): Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. Santiago de Chile, PNUD.
- Lomnitz, L. A. (1987): ¿Cómo sobreviven los marginados? México, Siglo XXI.
- Maruani, M., Reynaud, E. (1993): Sociologie de l'emploi. Paris, La Decouverte,.
- Oficina del Censo, Universidad de la República (2003): Censo 2000. Página web (www.rau.edu.uy/universidad/censo2000)
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (1986): Investigación en personal de salud I. Egresados y cuerpo estudiantil de la Facultad de Medicina 1880 – 1986. Montevideo.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (1986): Investigación en personal de salud II. Proyección del cuerpo médico nacional 1986 – 2030. Montevideo.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (1988): Investigación en personal de salud III. El mercado de trabajo médico en el Uruguay. Montevideo.
- Organización Internacional del Trabajo (2003): página web (www.ilo.org).
- Organización Mundial de la Salud (2003): página web (www.who.int).
- Padua, J. (1994): Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Santiago de Chile, FCE.
- Petruccelli, J. L. (1978): El médico joven: situación ocupacional y social en el Uruguay. Montevideo, FCU.

- Pok, C. (1997): El Mercado de trabajo: implícitos metodológicos de su medición en Villanueva, E. Empleo y Globalización, Buenos Aires, Universidad de Quilmes.
- Requena Santos, F. (1997): Redes sociales y cuestionarios. Madrid, CIS.
- Requena Santos, F. (1991): Redes sociales y mercado de trabajo, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- Rey, R. (2002): La trayectoria laboral de los médicos: calificación y capital social. Informe final del Taller Central: Educación y Trabajo. Licenciatura de Sociología, Montevideo, FCS/UDELAR.
- Rigby M. y Turnes, A. (1987): Análisis de una población médica en busca de empleo. Montevideo.
- Schraiber, L. B. (1993): O médico e seu trabalho. Limites da Liberdade, Sao Paulo, Hucitec.
- Serra, J. (1998): Principales características de la profesión médica en Uruguay en Dibarboure, H. y Macedo, J. C. Introducción a la medicina familiar. Montevideo, Departamento de publicaciones UDELAR.
- Serra, J. (1992): Situación y perspectivas del trabajo médico en el sector privado. Revista Noticias, N° 59, Montevideo, SMU.
- Simmel, G. (1977): Sociología II. Estudios sobre las formas de socialización. Madrid, Editorial Castilla.
- Sindicato Médico del Uruguay (2002): Demografía médica del Uruguay, Montevideo, página web (www.smu.org.uy).
- Tedesco, J. C. (1987): Educación y empleo: un vínculo en crisis. Revista Planuic N° 5, Valencia.
- Toharía, L. (1983): Mercado de trabajo: teorías y aplicaciones, Madrid, Alianza Universidad.