

*Comentario de Libros*

**LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS.  
LOS PRIMEROS AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL  
Y LA INCIDENCIA DEL CAPITAL SOCIAL**

**Por Rafael Rey Fau, de la Facultad de Ciencias Sociales,  
Monografía Final No. 3, octubre de 2004**

La FCS de la UDELAR ha publicado recientemente la Monografía de este autor, que trata de la incidencia del capital social en los primeros años de ejercicio profesional y la inserción laboral de los médicos.

Ha desarrollado con rigor un estudio descriptivo de la sociología del empleo médico, que ha motivado con anterioridad numerosos estudios desde otras ópticas, publicados tanto en el ámbito de la OPP, como en ambientes académicos, estudios realizados por el SMU, así como los datos de diversas Encuestas Médicas Nacionales que se han realizado desde 1985, proveyendo numerosas fuentes de datos que tal vez no han sido totalmente aprovechados.

Si bien el tema del número de médicos ha sido considerado en el Uruguay desde los años 20, cuando a partir de 1923 se habla de la “plétora médica”, no se había puesto hasta ahora el énfasis en las formas de vinculación para conseguir los primeros empleos de trabajo profesional, examinando mediante una encuesta específica a una muestra de una cohorte graduada en 1995, los medios de que se valen los colegas para ingresar al mercado laboral. Salvo los cargos de médico residente que convocan cada año el MSP y la FdeM, los cargos docentes en la FdeM, y algunos llamados a concurso que realizan pocas instituciones (entre las cuales el CASMU), los primeros puestos de trabajo son logrados por la red de contactos que cada persona va generando en su vida previa. Sea en su entorno académico y de formación, en su entorno laboral, por la realización de tareas vinculadas con la atención de salud durante la etapa de pregrado, o más adelante, por referencia de colegas de mayor experiencia que en los primeros escalones contribuyen a abrir caminos.

Analiza las cifras de encuestas médicas nacionales hasta el año 2001, donde registraban una desocupación del 3% y una subocupación del 23%, coexistiendo con el multiempleo (aquellos que tienen más de tres empleos simultáneos) situación en la que se encuentran el 49% de los indagados. También refiere al número de egresados en la última década, en el entorno de 400 médicos por año, una deserción estudiantil que supera el 50%, y un promedio de duración de la carrera de 11 años aunque curricularmente es de 8. A través del censo de estudiantes e 1999 se contabilizaron 8220 estudiantes de medicina, cuya Facultad destina el 11% del presupuesto universitario excluyendo las partidas para el Hospital de Clínicas.

El propósito u objeto del trabajo es intentar determinar los mecanismos a través de los cuales los médicos acceden a la ocupación, centrándose específicamente en los jóvenes graduados, a quienes todos los estudios apuntan como los que mayores dificultades laborales encuentran (desempleo, subempleo y precariedad), donde se enfrenta un fenómeno específico de los médicos jóvenes: las propias de todo nuevo profesional que se inicia y las aparentes reservas del mercado de salud para incorporar jóvenes graduados. Por ello procura controlar algunos de los factores que inciden en el proceso de asignación ocupacional, centrándose en la consideración de los recursos de capital social utilizados para ingresar al mercado de trabajo.

Luego de describir el sustento teórico, señala que 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.

Allí diferencia el *capital social*, centro de la tesis, del *capital humano*, de las concepciones clásicas (un enfoque economicista que considera que frente a una mayor inversión en educación se mejoran los niveles de productividad y por ende los ingresos, haciendo por tanto que las calificaciones académicas se ajustan a los requerimientos del aparato productivo y se sustenta en el supuesto de un mercado unificado y homogéneo, o sea, un mercado que iguala el producto marginal del trabajo con el salario. En tiempos recientes las dinámicas del mercado de trabajo y de la educación resultaron ser bastante autónomas, surgiendo

entonces los postulados *reproductivistas*, que le conceden mayor relevancia a las variables sociales para explicar la estructura del mercado de trabajo y de los ingresos. Se trata de los *capitales escolar y cultural*, promovidos por Bourdieu. El *capital escolar* sería la forma certificada del *capital cultural*, y el sistema educativo reproduciría en su seno las diferencias sociales, legitimándolas a través del desempeño escolar. De esta forma las desigualdades sociales quedarían encubiertas como si se tratara de diferencias educativas.

Surgen así, ante los conceptos del papel que juega la educación y más específicamente el sistema de titulaciones en el acceso al mercado de trabajo, otras explicaciones alternativas, que entienden 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 cuenta el individuo, la estructura familiar de la cual procede. Interesan particularmente al autor las *redes de relaciones, los contactos informales, los vínculos familiares*, aquello que los diversos autores han denominado *capital social, capital relacional o redes personales*. Y toma la definición de Bourdieu, que ensaya algunos enunciados concretos para definir al capital social: *“un capital de contactos sociales, honorabilidad y respeto”*, o también *“la red de relaciones que le permiten a un individuo colocarse en mejores condiciones en el espacio social”*; o aún *“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”*. O en la definición más reciente de Putman, la definición de capital social como las *“redes, normas y confianza social que facilitan la coordinación y cooperación en beneficio mutuo”*. Y define tres niveles de capital social: 1) las relaciones informales de confianza y cooperación; 2) asociatividad formal; 3) marco institucional, normativo y valórico.

Dentro de este marco teórico rescata una descripción de Degenne que refiere en la noción de capital social *“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."*

En el Tercer capítulo estudia la estructura de la demanda en el mercado de trabajo médico, afirmando que 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, y actualmente es totalmente irrelevante. Pasando así de una situación anterior donde el profesional 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. Pero en general sin poder escoger a su médico, sin siquiera saber quien lo va a atender y cómo. Se interpone entre ambos 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 profesional y debilita la necesaria confianza en el vínculo médico paciente. La organización del trabajo médico se asemeja cada vez más al sistema *taylorista – fordista*. Y así se fragmenta el abordaje médico en el mundo de hoy en más de cien especialidades médicas, que abarcan el mayor número de aspectos posibles de ser incorporados a su consideración.

Analiza con detenimiento el mercado de trabajo médico en Uruguay, descomponiéndolo en sus grandes dos subsectores: el público y el privado y los diferentes métodos de selección y reclutamiento de sus médicos que hace cada cual. Así, en las estructuras del Estado, particularmente en

ASSE, pese a que la Ley Orgánica del MSP Nro. 9202 del 12 de enero de 1934, establece en su artículo 35 que el ingreso a un cargo técnico se hará mediante concurso de oposición entre los aspirantes, al igual que los ascensos, en los hechos esto no ocurre hace más de 25 años. Las autoridades de ASSE argumentan, según el autor, 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 este sector, generando que no se cubrieran todas las vacantes, lo que es objetado desde el ámbito sindical que reclama la vuelta a los concursos. Los médicos presupuestados cuentan con la inamovilidad, aunque sus retribuciones vienen por la vía presupuestal y son bajas, en general, hasta que aparecen necesidades específicas, como las de los CTI, que para retener personal calificado y hacer que el MSP no pierda dinero contratando fuera de su ámbito servicios al sector privado, debe desarrollar un sistema vicariante de incentivos, porque en la manifestación del ministro Fraschini *“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”*.

Se hace énfasis en la existencia de *numeras clausus* en la formación de la mayoría de las especialidades a través de la Escuela de Graduados, cuando el ingreso a la Facultad es irrestricto, constatando que la totalidad de los egresados cursa una o varias especialidades para mejor adecuarse a la demanda laboral.

Realizando entrevistas con varios gerentes de personal de las emergencias móviles, empresas que se han desarrollado en los últimos 25 años, y que mucho han contribuido a través de la competencia para modificar el mercado de trabajo para los médicos jóvenes, éstos manifiestan que la formación médica en 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 una tendencia “excesiva” a la derivación al hospital. Incorpora este sector abundante

personal de carácter zafral, sobre todo en el invierno. Obviamente todo esto resulta muy opinable, según el autor, lo que excede las aspiraciones de su trabajo. Analiza también al pasar el trabajo en las IAMC, con sus peculiares definiciones de cargos médicos con 26 horas de trabajo mensual en consultorio, en seis horas por semana en tres consultas de 2 horas, y las modalidades de remuneración por sueldo base más actos médicos.

Pero el cambio que plantean los sistemas de Emergencias Móviles es la modificación de la calidad del empleo médico, precarizándolo, y haciendo que el valor hora que pagan promedio ronda los 35 pesos uruguayos para los médicos generales y 120 pesos para los especialistas, generalmente fuera de la relación de dependencia, y por sistema de facturación de honorarios, para hacer más flexible el ingreso y egreso del personal, base de esta precarización. Los valores máximos, acotamos nosotros, han descendido a un tercio de su valor original, por la sobreoferta médica.

Entonces, en el sector privado, y sobre todo en el de las Emergencias Móviles, el sistema de referencias personales que el aspirante debe presentar, de médicos que acrediten su competitividad y su actitud frente al trabajo, resultan claves a la hora de evaluar los candidatos, además de sus credenciales académicas y antecedentes laborales. Y en cierta medida se institucionaliza el acceso al empleo por mecanismos relacionales.

El Capítulo IV analiza la evidencia empírica: el caso de los médicos de reciente graduación, que era la cohorte graduada en 1995, que dio lugar a trabajos previos del mismo autor. Describe las características etéreas, círculos de pertenencia, estructura familiar, donde se señala que la tercera parte de los padres y madres cuentan con formación universitaria, asignando especial relevancia al dato que los padres médicos representan el 50% del total de padres con estudios terciarios; en tanto las madres constituyen el 30%.

Los médicos jóvenes (hasta 6 años de graduados) en un 58% son casados o viven en unión libre, con otros universitarios. En la ocupación de sus padres la mitad tiene o tuvo su principal actividad en el sector privado como asalariado (obrero o empleado), representando las madres en su tercera parte la misma condición. El 30% de los padres son funcionarios



públicos; y el 11% de las madres. Los medianos y grandes empresarios tienen un 13% entre los padres y un 4% entre las madres. Los trabajadores cuentapropistas llegan al 6% entre los padres y al 7% entre las madres. Pero las madres, en un 44% se dedican únicamente a tareas del hogar.

En cuanto a sus orígenes de formación secundaria, el 54% proceden del sistema público, y el 46% del sistema privado, cuando hace 20 años, estudios de CEPAL informaban que el sistema privado matriculaba al 22% de los estudiantes de bachillerato para los estratos medios bajos, en tanto que los estratos altos asistían a instituciones privadas en un 50%. El fuerte peso de la formación en institutos privados entre los encuestados, estaría indicando que provienen de estructuras familiares con niveles de ingresos altos.

La participación en organizaciones como un caso especial de capital social, caracterizado por el contacto en base a intereses con personas más alejadas del círculo de relaciones primarias de la familia, están dadas por la pertenencia a la AEM (31%), al SMU (54%) o a las Sociedades Científicas (44%) mientras no pertenecen a ninguna el 22%, a partidos políticos el 9%, a religiones el 4%, destacando la fuerte pertenencia al sindicato de los médicos, por sus connotaciones laborales potenciales, tanto en el CASMU como en su sistema de Emergencia Móvil. 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%.

La vinculación laboral durante los estudios, también forma parte del capital social, y en base a estudios propios, el autor señala que el 42% de los encuestados habían trabajado en tareas no vinculadas a la salud, el 37% lo habían hecho como practicantes, el 10% cuidando enfermos, el 4% como administrativos en empresas de salud, el 4% también como docentes en la Facultad de Medicina, y el 3% como auxiliares de enfermería, lo que les facilitó en cierto modo esa red de contactos generados informalmente válidos para su empleo posterior como médicos. El 63% de los médicos trabajó durante sus estudios.

Señala que cada vez es más generalizada la opción de trabajar y estudiar simultáneamente, sabiendo el descenso del rendimiento de este tipo de

inversión, debido a la masificación de las titulaciones universitarias, por lo que 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.

La formación de postgrado, muestra que el 59% de los médicos consultados ya contaban con especialización al momento de ser encuestados (6 años de egresados) en tanto el resto se encontraban cursando estudios de especialización. No encontró el autor ningún caso de médicos que hayan optado por la no realización de estudios de postgrado. Un 2% de los consultados se encontraban cursando una segunda especialización, lo que confirma la denominada *fuga hacia delante*, producto de la sobreoferta de médicos generalistas y las mejores oportunidades laborales que ofrece el campo de la especialización médica.

El multiempleo, modalidad usual en nuestro régimen laboral profesional, lleva a una sobrecarga horaria, con jornadas laborales muy prolongadas, considerando sobreocupados a quienes trabajan un 25% por encima de una jornada laboral estandar, incluyéndose a los médicos que trabajan más de 72 horas semanales, cuando la legislación uruguaya autoriza hacerlo 48 horas semanales, lo que superaría dicho límite en un 50%, lo cual es característico del sector de la salud y de la profesión médica, y hace compromisos institucionales y profesionales más débiles.

Un 62,3% de los jóvenes médicos cuenta con más de un empleo, e incluso se encuentra casi una cuarta parte que a los 6 años de graduado trabaja simultáneamente en tres lugares distintos en el sistema de salud, permaneciendo a lo largo de las diferentes EMN en 2,6 cargos por médico como promedio. Señala el autor que quien realice más de una guardia a la semana incrementa su horario de trabajo a un ritmo de 24 horas por guardia, indicando que el incremento de horario en el sector de la salud, cuando ocurre, es exponencial. A los 2 años de graduados un 20% tienen una carga horaria mayor a 72 horas; a los cuatro años el 33%, descendiendo a los seis años al 28%. Así mientras una cuarta parte de los indagados no logra trabajar más de 24 horas por semana, otra cuarta parte trabaja más de 72 horas, registrando una diferencia porcentual entre el segmento de menor carga horaria y el mayor de un 200% en términos horarios.



**En definitiva:** Este estudio pone énfasis en aspectos hasta ahora no analizados de las modalidades de vinculación laboral al primer empleo del médico joven, y señala una preocupación encomiable del autor por temas que son poco frecuentados en nuestro medio: la sociología de la salud y en particular de la profesión médica. La tesis que describe prolijamente la metodología empleada y que combina el estudio de fuentes bibliográficas clásicas y modernas, incluyendo bibliografía nacional y estudios de campo efectuados por el SMU, con sus propias indagaciones y la encuesta a los profesionales egresados en la promoción de 1995 mencionada, lo hace un recurso muy estimable para conocer mejor nuestra realidad a la hora de tomar decisiones, tanto las autoridades de salud, como quienes determinan las políticas universitarias o gremiales. Habrá que prestar atención a la producción de este autor, que sin duda en el futuro podrá hacer nuevos aportes a un sector que necesita refrescarse en las miradas y estudios académicos sobre los factores que condicionan su deterioro, actual o futuro, de no mediar cambios que tomen en cuenta estos factores de distorsión.

Muchas gracias.