

EL TRABAJO MÉDICO A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS MÉDICAS NACIONALES

Dr. Antonio L. Turnes*

El Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior han colaborado para realizar mediciones del estado de opinión de los profesionales médicos, a nivel nacional, a través de las Encuestas Médicas Nacionales (EMN) en diversas oportunidades, desde 1985 hasta el 2004. Estas encuestas tenían por objeto investigar la situación socio-económica de los profesionales, así como algunos elementos de percepción acerca de la educación recibida en la Facultad de Medicina, su satisfacción con la profesión tal como era ejercida, las necesidades de actualización permanente del conocimiento y las condiciones de ejercicio, además de algunos aspectos coyunturales y específicos de cada momento.

Sin duda, el material generado por dichos estudios, realizados por destacadas consultoras o profesionales independientes, ha generado un volumen de información muy rica, que hasta ahora no había sido suficientemente aprovechada, por diversos factores. Entre otros, por la baja disposición a los cambios manifestada por las autoridades de la salud y de las administraciones anteriores, así como por prioridades y situaciones difíciles o catastróficas derivadas de las coyunturas económicas desfavorables (particularmente el cierre de mutualistas procesado a partir del año 2000, y la crisis del sector financiero en 2002, que determinó igualmente el cierre de numerosas fuentes

de trabajo, entre otras consecuencias perjudiciales para el sector salud).

Existen fuertes vínculos entre las alternativas de la economía nacional, la forma de organización del trabajo médico y de la prestación de servicios de salud. Desde hace décadas se reclama un Plan Nacional de Salud, que al presente todavía está ausente. Sin embargo, hay modificaciones legislativas, como la creación del FONASA, la descentralización de ASSE y la creación del SNIS, que son pasos afirmativos en esa dirección, aunque aún sus frutos no puedan apreciarse como maduros. El mentado cambio del modelo de atención, con énfasis en la atención primaria de salud, debería acompañarse de fuertes cambios en el régimen de trabajo médico, jerarquizando el primer nivel, pero sobre todo, cambiando radical o gradualmente, como se prefiera encarar, la formación de los recursos humanos necesarios para ese nuevo escenario. Hasta ahora la Facultad de Medicina ha puesto el acento en la especialización de los profesionales, y la propia situación económica de privilegio de sus mejores retribuciones (referido a los más especializados), hace que sea la meta obligada de cualquier profesional joven. Pocos elegían, hasta ahora, dedicarse a la Medicina General y Familiar. Y no existen, por otra parte, estímulos a la vista para que así ocurra.

La voluntad política de realizar ajustes y cambios en el sector salud,

largamente reclamados pero hasta ahora no realizados, ha consagrado que a lo largo de las décadas, el malestar de los médicos con el sistema de trabajo y de su remuneración fuera creciente. Por más que se realizaron importantes modificaciones a comienzos de la década de 1990, con un plebiscito que en aquel tiempo marcó la preferencia por un sistema mixto de remuneración, basado en un sueldo base y pago por acto médico, con el tiempo y los efectos propios y ajenos al sector, esta percepción fue perdiendo fuerza y generando nuevos factores para el descontento.

Por otra parte, en el mismo largo período de tiempo, de 20 años entre la primera y la última encuesta, se dio un deterioro progresivo de la relación médico-paciente, percibida no solamente por la sociedad y los usuarios del sistema, sino también por los propios profesionales. La que generalmente ha sido adjudicada a la fragmentación del acto asistencial, a la brevedad del contacto, a la falta de concentración del trabajo y a diversos factores vinculados a la organización de los servicios, que durante esos lustros fue muy difícil, por no decir imposible, pensar siquiera en modificar. Existen también factores de calidad en la formación del profesional en el pregrado, que no es el objeto de esta presentación analizar aquí, pero que sin duda complementan y agravan esta situación.

Una mirada actual a los resultados de la última encuesta, realizada en 2004, antes de la 8ª Convención Médica Nacional, permite situarnos con una visión de evidencia estadística respecto de los principales parámetros que hacen a la organización del trabajo, la corrección de sus principales falencias y las opciones por una retribución adecuada. Todos esos factores derivarán, además de otras condiciones, en mejorar la relación médico-paciente, la satisfacción del profesional con su trabajo, el retiro temprano si se corrigen las inequidades jubilatorias y otras medidas que inciden hacia la mejoría de uno de los factores más importantes del nuevo sistema de salud: el trabajo médico.

De ahí el valor de examinar, ahora con mayor detenimiento y reflexión, las conclusiones relativas a estos capítulos, de dichas Encuestas, como forma de iluminar una zona oscura del conocimiento, de los profesionales y las autoridades de salud, cuando llega la hora de buscar las mejores soluciones para encarar el futuro, con calidad en el empleo, seguridad en el trabajo, satisfacción de los profesionales, y mayor satisfacción de los usuarios. No son objetivos baladíes, sino de alta jerarquía, que debieran ser adecuadamente ponderados a la hora de proponer soluciones, discutir las y organizarlas. Con inteligencia, trabajo y voluntad, cimentada en el conocimiento de las percepciones y

datos relevantes, es posible modificar esta piedra angular del sistema. Cuyo cambio no es (o no debiera serlo) sólo una fórmula financiera o fiscalista, para recaudar dineros que van a parar a un agujero negro, sino que deberían procurar un mejor ordenamiento del gasto, para poner racionalidad en la carrera profesional, el progreso de la calidad de la atención y la adecuada actualización del conocimiento del médico. Todo lo cual debería hacerse en un nuevo marco de contrato de trabajo, como lo han practicado otros países, luego de estudiar su realidad y disponerse honestamente a buscar soluciones acordadas entre gobierno y asociaciones profesionales, como es el caso británico. Tal vez este sea el inicio de un nuevo camino, en el que debemos poner creatividad, tesón, esperanza y trabajar con los elementos ya disponibles, y los que se puedan generar en el futuro.

Cuando una encuesta se analiza globalmente, nuestra atención capta algún aspecto relevante, o que impresiona a primera vista como inesperado o novedoso. Tal fue lo que sucedió con los módulos relacionados con la salud de los médicos y su autocuidado, que provocaron alto impacto, en 2004. Es casi como leer un libro a una distancia tan corta que apenas permite distinguir el papel pero no las letras. Es necesario tomar cierta distancia, para hacer foco

en el texto. Por eso, tal vez, aspectos vinculados al área del trabajo profesional no fueron adecuadamente valorados en aquel momento, como hoy, que sí hay condiciones para producir cambios. Hizo falta el paso del tiempo, que es distancia focal, para que pudiera llegarse a este "tiempo operatorio". De ahí que debamos prestar particular atención a estos informes, que brindan claves para salir del pozo e informaciones de valor para plantear estrategias.

Hemos preferido para esta presentación realizar fundamentalmente una extracción de datos de las dos últimas EMN, realizadas en 2001 y 2004, porque las anteriores, aunque muy valiosas desde el punto de vista de la evolución histórica de la opinión de la profesión, estarían fuera de contexto y muy alejadas en el tiempo para las circunstancias actuales. Si hubiera que elegir, seguramente la última de 2004 sería la que mejor redondearía la información, ya que en su desarrollo tanto como en sus conclusiones finales, coteja cifras de opinión con sentido evolutivo, entre 1998 y 2004, con alguna determinación intermedia. Pero es posible que haya matices y elementos que tomó una y desechó la otra. Por eso en esta ocasión las veremos juntas. Sin embargo, incorporamos una mínima información de las Encuestas de 1990 y de 1998, en algunos aspectos relevantes o de conclusiones.

En consecuencia, de las mediciones de la opinión médica realizadas por las EMN de 2001 y 2004, surge con claridad la necesidad de cambios, sentidos y deseados, con mayores grados de precisión en algunos aspectos que en otros, en vinculación a la forma de trabajo médico, y su incidencia en la calidad de la relación con pacientes e instituciones. No se analiza en este caso la incidencia de la modalidad de trabajo que se ha venido consolidando en los últimos 50 años, respecto de la salud y calidad de vida de los médicos, pero puede adelantarse que las condiciones adversas constatadas sólo producen daño. Baste citar que desde 1965 se ha mantenido la condición de siete pacientes por hora, luego modificado a seis pacientes por hora. Pero la rica base de datos constituida por estas investigaciones sociales del colectivo médico, son insumos básicos para examinar propuestas de cambio en el sistema de trabajo profesional, en la forma de remunerarlo, y en otras variables que hacen a una mayor satisfacción y mejor calidad de sus servicios, así como de una calidad de vida de los profesionales que permita superar los inconvenientes deletéreos hallados en la modalidad de trabajo que ha prevalecido en los últimos 50 años.

Mucho se habla de cambios, pero para los médicos y sus pacientes, lo más importante es lograr nuevos

equilibrios en los factores que hacen a la relación, sin duda deteriorada en el transcurso de esos años. Sería inteligente utilizar estos datos para diseñar cualquier estrategia y generar cambios saludables en el futuro.

PANORAMA EN 1990

De la Encuesta realizada por AIM-Burke en 1990, que fue efectuada con una metodología diferente a las demás, mediante una encuesta autoadministrada, con 1.066 respuestas, consideramos conveniente rescatar el cuadro N° 69, que trata de las **CONDICIONES QUE MÁS LE AFECTAN AL MÉDICO EN SU**

LUGAR DE TRABAJO. Es posible que con el correr de los años algunas o muchas de estas condiciones se hayan corregido; pero es seguro que muchas otras persisten y son factores irritativos en el ánimo de los profesionales, que les perturban en su función y que podrían ser adecuadamente modificados en la nueva situación actual. Por eso lo referimos, ya que esa EMN evidencia una situación bien diferente en el subsector público y en el privado, si bien alguna de las variables es muy relacionada con la época. Pero nos señala una dirección a recorrer para remover algunas de las piedras del camino.

Condiciones que más le afectan en su lugar de trabajo (Cuadro N° 69)

CONDICIÓN DE TRABAJO	Subsector Público (*) %	Subsector Privado (**) %
Condiciones de trabajo no higiénicas para el buen desempeño de la actividad profesional	36	13
Hábitat poco adecuado	37	19
Disposición horaria y geográfica	10	12
Demasiados pacientes	26	25
Poco tiempo para dedicar a cada paciente	23	33
Carencias de equipos y/o materiales	62,5	24
Carencias de medicamentos apropiados	47	11,5
Tardanza en cobro de haberes médicos	14	40
Falta de homologación en los aranceles médicos	19	27
Realiza tareas médicas como retén no remuneradas, a destajo, obligando a estar períodos prolongados a la orden	9	16
Remuneración baja en relación al esfuerzo en su formación	68	66
Está sujeto a laudo	9,5	30
Está conforme con las condiciones en que trabaja	7	19
NS/NC/NR	4	14

(*) Base: Médicos que trabajan por sector público (702).

(**) Base: Médicos que trabajan por sector privado (849).

PANORAMA EN 1998

La EMN de 1998, realizada por Equipos Mori, fue ejecutada como las anteriores, exceptuada la de 1990, por la metodología de cuestionario en entrevista personal, a una muestra de 600 médicos en todo el país. Dejamos de lado los detalles del segmento de trabajo y remuneración médica, porque son objeto de cotejo en la Encuesta de 2004, donde la misma consultora examina las diferencias entre ambas encuestas en lo que respecta a estas materias. Pero transcribimos las conclusiones generales, porque ellas dan cuenta del estado del Cuerpo Médico en ese tiempo.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

1. Del estudio se desprende un crecimiento paulatino de la participación femenina en la profesión médica, participación que alcanza al 70% de los médicos de la muestra egresados a partir de 1990.
2. El análisis de algunas de las dimensiones tradicionalmente utilizadas para el estudio de la estratificación social revelan que los médicos presentan un estrato social ubicado en niveles considerablemente elevados de la estructura nacional, pero que presentan en su interior importantes heterogeneidades. De esta manera, el 83% de los entrevistados afirmó

ser propietario de la vivienda que habita, en tanto que otro 85% es propietario de algún automóvil. No obstante, cuando se desagregan los datos según la antigüedad del médico, los porcentajes tienden a reducirse sensiblemente entre los médicos recién egresados con respecto a los que presentan mayor antigüedad en el ejercicio de la profesión.

3. La información relativa a los ingresos totales de los profesionales también refleja situaciones muy distintas entre los médicos jóvenes con respecto a los profesionales con mayor antigüedad, indicando asimismo una situación remunerativa sensiblemente distinta entre los ingresos de las profesionales mujeres con respecto a los hombres. La desagregación de la información por el área de residencia del entrevistado también sugiere una situación de ingresos más positiva entre los médicos residentes en el interior con respecto a los residentes en Montevideo.
4. En cuanto a la formación profesional de los médicos de la muestra, el estudio refleja un porcentaje de especialización en Uruguay entre los mismos elevado –66% del total de los profesionales de la muestra–. No obstante, los resultados obtenidos sugieren un comportamiento heterogéneo entre

los distintos segmentos de profesionales, observándose una especialización más importante entre los médicos de mayor antigüedad en la muestra de estudio, así como entre los profesionales del sexo masculino y ligeramente superior entre los médicos del interior del país con respecto a los de Montevideo. No obstante, es interesante destacar que cuando se explora el perfil de los profesionales que se encuentran hoy buscando un título de postgrado, se observa una proporción más importante de médicos jóvenes en esta situación, así como de profesionales mujeres en esa situación.

5. Prevalece en la muestra de estudio un 20% de profesionales que ejercen alguna especialidad sin título habilitante, situación que parece más evidente entre las mujeres, así como entre los médicos del interior y los médicos jóvenes, es decir, en los mismos segmentos de profesionales que hoy se encuentran realizando un estudio de postgrado. Cuando se relaciona el ejercicio de alguna especialidad sin título, con la especialización actual de los profesionales, se observa que 44% de los médicos que ejercen sin título están hoy buscando su especialización.
6. Los médicos de la muestra manifiestan una elevada satisfacción con respecto a la elección de su

carrera médica, con juicios en general positivos en torno a la calidad de la formación básica que recibieron, registrándose sin embargo una posición algo más crítica con respecto a la adecuación de su formación básica al ejercicio profesional.

7. Casi la mitad de los profesionales de la muestra considera que la cantidad de médicos actual en el país es excesiva, registrándose una opinión mayoritariamente favorable en torno a la posibilidad de establecer un cupo de ingreso de estudiantes a la Facultad de Medicina.
8. En cuanto a la situación ocupacional de los médicos, del estudio se desprende que algo más de la mitad de los profesionales de la muestra presentan tres o más ocupaciones remuneradas al momento del estudio, con un promedio de 2,6 ocupaciones por médico. No obstante, también en este aspecto se observan comportamientos heterogéneos entre los distintos segmentos de profesionales, tanto en el promedio de cargos como en el ámbito de actividad, carácter del cargo e ingresos que perciben por dichos cargos.
9. Del análisis de las ocupaciones médicas se observa una concentración mayoritaria de las ocupaciones médicas en el sector pri-

vado (70% del total de las ocupaciones de los médicos), con una participación muy importante dentro de este fenómeno de las Instituciones de Atención Médica Colectiva, en las que presentan una concentración mayor de ocupaciones los médicos con mayor antigüedad en la muestra, así como los profesionales de sexo masculino. En cuanto al ámbito público, el análisis de las ocupaciones médicas permite constatar una concentración importante de cargos en el Ministerio de Salud Pública, por encima de otros ámbitos del sector público. Son los médicos más jóvenes de la muestra, así como los médicos del interior y las mujeres, los que presentan una participación del total de sus ocupaciones mayor en este ámbito específico.

PANORAMA EN 2001

En el año 2001 el SMU realizó una Encuesta Médica Nacional a través de la empresa consultora Factum, la que efectuó el trabajo de campo en el mes de mayo de ese año y luego de largas dificultades y cambios de referentes, entregó en noviembre la información compilada, sin análisis ni comentarios. En aquel momento preparamos para el Comité Ejecutivo una información sucinta, tratando de resumir resultados, que es

lo que a continuación se transcribe, y que puede encontrarse en el sitio Web del SMU⁽¹⁾.

De esa EMN, para el módulo de situación laboral y remuneración de los médicos, a nivel nacional, destacaremos solamente un ítem:

COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE REMUNERACIÓN MÉDICA

Para el 55% el sistema de remuneración médica más adecuado es el de salario básico más pago por acto médico y para otro 18% el de salario fijo más beneficios, como seguro por mala praxis, plan de retiro o plan de vacaciones.

PANORAMA EN 2004⁽²⁾

Cuadro 26: grado de acuerdo con fijar un cupo al ingreso de postulantes a Facultad de Medicina, según área geográfica, sexo, fecha de egreso de Facultad de Medicina, especialidad y lugar donde trabaja.

(1) http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/estad_med/una_primera_lectura_de_la_encues.htm

(2) Se puede consultar el texto completo en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No contesta	No sabe	Total
ÁREA GEOGRÁFICA								
Montevideo	32	35	8	13	8	0	4	100
Interior	32	32	6	22	3	0	4	100
SEXO								
Masculino	37	31	6	15	6	0	4	100
Femenino	27	37	8	17	7	0	4	100
FECHA DE EGRESO DE FACULTAD DE MEDICINA								
Antes de 1980	31	32	8	18	8	1	3	100
Entre 1981 y 1990	35	36	5	15	6	0	4	100
Entre 1991 y 2000	34	34	7	15	5	0	5	100
Después de 2000	25	34	15	15	6	0	6	100
ESPECIALIDAD								
Medicina general	23	36	11	22	5	0	3	100
Pediatría	19	37	7	23	11	0	4	100
Ginecología	45	34	8	8	0	0	5	100
Cirugía	35	31	6	16	8	0	4	100
Otras especialidades médicas	37	33	6	13	6	0	4	100
LUGAR DONDE TRABAJA								
No trabaja	33	33	27	0	0	0	7	100
Trabaja en instituciones públicas	27	28	14	15	6	0	9	100
Trabaja más en públicas que en privadas	28	48	0	20	0	0	5	100
Tiene la misma cantidad de cargos en públicas y en privadas	33	33	5	20	7	0	2	100
Trabaja más en privadas que en públicas	34	36	7	12	6	1	3	100
Trabaja en instituciones privadas	33	33	6	17	8	0	3	100
Total	32	34	7	16	6	0	4	100
(1) "Algunos colegas piensan que la Facultad de Medicina debería fijar un cupo al ingreso de postulantes a Medicina. ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esa opinión?"								

5. LA SITUACIÓN OCUPACIONAL DE LOS MÉDICOS

5.1. Situación ocupacional según indicadores: cargos en general, cargos médicos y autopercepción.

El estudio confirma el panorama detectado en estudios anteriores respecto a la dispersión del trabajo médico en un número relativamente importante. Esa imagen se construye a partir de un panorama bastante heterogéneo respecto a la distribución de cargos por profesional. Mientras que el estudio arroja sólo 2% de profesionales que no tiene ningún cargo de trabajo, casi dos de cada diez (18%) tiene sólo un cargo pago, casi tres de cada diez (29%) dice tener dos, una proporción algo menor (27%) tiene tres cargos y 16% tiene cuatro cargos. El extremo corresponde a 7% de los entrevistados que tienen cinco cargos remunerados o más. En general, la distribución de cargos remunerados no parece variar significativamente según el lugar de residencia o el sexo de los entrevistados. Sin embargo, parece verificarse una relación entre la fecha de egreso de Facultad de Medicina y la cantidad de cargos, que indica que quienes tienen más tiempo ejerciendo tienen, en general, mayor cantidad de cargos remunerados. Por otra parte, los datos sugieren que el multiempleo es un fenómeno bastante más extendido en el sector privado: quienes sólo traba-

jan en instituciones públicas tienden a tener sólo un cargo (58%) o dos (28%), mientras que entre quienes trabajan exclusivamente en centros privados la distribución es más dispersa (31% tiene un cargo, 36% tiene dos, 20% tiene tres y 10% tiene cuatro cargos).

La distribución de cargos estrictamente médicos es similar a la anterior: casi un quinto de la población entrevistada (19%) tiene un solo cargo, un tercio (32%) tiene dos, aproximadamente un cuarto (26%) tiene tres cargos, mientras que 15% tiene cuatro y apenas 7% tiene cinco cargos o más. También en este caso, la cantidad de cargos es muy similar en Montevideo y el interior, así como entre mujeres y hombres, y se mantiene la misma tendencia de concentración en uno y dos cargos entre quienes trabajan exclusivamente en el sector público (63% tiene sólo un cargo y 24% tiene dos) y de mayor cantidad de cargos entre quienes sólo ejercen en instituciones privadas (30% tiene un cargo, 37% tiene dos, 20% tiene tres, 10% tiene cuatro y 4% tiene cinco cargos médicos o más).

Las opiniones de los profesionales entrevistados en cuanto a la autopercepción sobre su situación laboral actual parecen estar bastante divididas: 46% se autopercebe como plenamente ocupado, 28% dice estar subocupado y, en contrapartida, 22% dice trabajar más horas de las razonables.

En este caso, aparecen algunas diferencias que pueden considerarse relevantes. En general, quienes residen en el interior tienden a percibirse en mayor medida como plenamente ocupados (57% frente a 41% en Montevideo), mientras que los capitalinos se perciben en mayor proporción que los del interior como sobreocupados porque trabajan más horas de las razonables (25% frente a 17%). A la vez, la percepción de estar plenamente ocupados es significativamente más alta entre hombres (53%) que entre mujeres (39%), entre quienes egresaron de Facultad de Medicina antes de 1980 (55%), o entre 1981 y 1990 (52%), entre los pediatras (52%) y los ginecólogos (53%) y entre quienes tienen la misma cantidad de cargos en instituciones públicas y privadas.

Otro dato interesante se registra cuando se pregunta a aquellos que tienen cargos tanto en centros públicos como privados en qué ámbito consideran que desarrollan mayoritariamente su actividad considerando dos variables: la dedicación horaria y el ingreso. Los resultados indican que, al considerar la carga horaria, el porcentaje de quienes consideran que su principal actividad está en el sector privado es levemente mayor al de quienes consideran que ésta se desarrolla en el sector público (27% frente a 21%). Sin embargo, cuando el indicador que se toma es

el ingreso, las proporciones varían radicalmente: 40% considera que su principal actividad se desarrolla en el sector privado, frente a apenas 11% que señala que está en el sector público (Cuadros 27 a 31).

5.2. Principales características de los cargos médicos

5.2.1. Tipo de cargo

Dadas las características que adquiere en nuestro país el empleo médico, se analizaron también los resultados del estudio tomando en cuenta como unidad el cargo. Los datos indican que de un total de 603 médicos entrevistados es posible identificar 1.574 cargos, lo que resulta en un promedio global de 2,61 cargos por médico. Ocho de cada diez cargos son asistenciales: aproximadamente dos de cada diez (19%) son asistenciales hospitalarios, casi tres de cada diez (28%) son asistenciales sanatoriales, 25% son asistenciales ambulatorios y 8% son otro tipo de cargos asistenciales. Con porcentajes sensiblemente menores aparecen los de administración y gerencia (5%), docentes (4%), servicios de apoyo (3%) y otros cargos médicos (6%). La proporción de cargos asistenciales hospitalarios es levemente mayor entre quienes viven en el interior que entre los residentes en Montevideo (25% frente a 17%), así como entre quienes egresaron de Facultad de Medicina después de 2000

(33%). Por otro lado, el porcentaje de cargos asistenciales sanatoriales es levemente más alto entre quienes egresaron de Facultad de Medicina antes de 1980 (33%) o entre 1981 y 1990 (29%). Esto indicaría que, actualmente, el ingreso al mercado laboral se realiza en mayor medida a través de cargos asistenciales hospitalarios, mientras que para alcanzar los cargos asistenciales sanatoriales se requiere de cierta experiencia o tiempo de ejercicio. Estas diferencias no parecen ser tan importantes, sin embargo, en los cargos asistenciales ambulatorios, cuya proporción es relativamente similar en los diferentes grupos de egreso de Facultad de Medicina (Cuadro 32).

5.2.2. Tipo de funciones

Casi cuatro de cada diez cargos (38%) tienen como función la policlínica centralizada, 21% en urgencia descentralizada, 17% en policlínica descentralizada, 15% en internación, 12% en puerta de urgencia, 9% urgencia descentralizada y 8% guardia de piso. Otras funciones aparecen con proporciones menores, como radio (7%), sanatorio (7%) actividades quirúrgicas (7%), CTI adultos (5%), internación domiciliaria (3%), CTI pediátrico (2%), docencia (2%), administración (2%), laboratorio (1%) y consulta privada (1%). La policlínica centralizada –que es la función que aparece con mayor frecuencia–

es significativamente mayor entre quienes residen en el interior del país (49% frente a 33%), así como entre quienes egresaron de Facultad de Medicina antes de 1980 (45% frente a 37% entre quienes egresaron entre 1981 y 1990, 31% entre quienes lo hicieron entre 1991 y 2000, y 33% entre quienes egresaron después de 2000). En contrapartida, la función de puerta de urgencia tiende a ser asumida en mayor medida por quienes han egresado de Facultad en los últimos cuatro años (33%) en comparación con las otras cohortes (el porcentaje que trabaja en puerta de urgencia es de 19% entre quienes egresaron entre 1991 y 2000, 9% entre los que lo hicieron entre 1981 y 1991 y apenas 5% entre quienes egresaron antes de 1980) (Cuadro 33).

5.2.3. Ámbito institucional

Algo menos de dos tercios de los cargos de los médicos entrevistados (63%) están en el sector privado, de los cuales poco más de la mitad (37%) se encuentran en IAMC. Con proporciones significativamente menores aparecen los cargos en emergencias móviles (7%), IMAE (5%), consultorios y clínicas privadas (3%), ejercicio liberal de la profesión (3%), seguros parciales (2%), otras instituciones de servicios médicos (2%) y sanatorios privados (2%). En el sector público se encuentra algo más de un tercio del total de cargos (36%),

de los cuales la mitad (18%) están en el Ministerio de Salud Pública. El resto se distribuye en proporciones mucho menores en la Universidad (5%), sanidad policial o militar (5%), entes autónomos o servicios descentralizados (2%), otras instituciones públicas (2%) y policlínicas del BPS (1%). En consistencia con lo señalado en el punto anterior, la proporción de quienes trabajan en IAMC es claramente mayor entre los médicos con más años de ejercicio, mientras que entre los jóvenes se registra una mayor dedicación en cargos del Ministerio de Salud Pública y en emergencias móviles (Cuadro 34).

5.2.4. Carácter

Algo más de cuatro de cada diez cargos relevados (43%) son titulares y con relación de dependencia en forma estable, casi dos de cada diez (18%) son titulares y dependientes pero contratados y 12% son suplentes. A su vez, la proporción de quienes son socios es relativamente baja: 6% son socios cooperativistas, 4% son socios empresarios y 2% son socios de una sociedad de producción sanitaria. Finalmente, 7% son independientes contratados y 6% independientes sin contrato. En el caso de los dependientes, la estabilidad es mayor entre quienes tienen más años de ejercicio en la profesión así como entre quienes trabajan mayoritariamente en instituciones públicas.

Adicionalmente, es particularmente importante la diferencia registrada en los porcentajes de quienes declaran ser socios cooperativistas en Montevideo (2%) y en el interior (16%), lo que muestra el peso de estructuras de servicio de salud de características diferentes (Cuadro 35).

5.2.5. Formas de remuneración

Aproximadamente más de la mitad (52%) de los cargos relevados en el estudio son remunerados en el formato de destajo por hora, uno de cada diez (10%) es remunerado con destajo por acto médico, y proporciones similares son remuneradas con sueldo más destajo por acto médico (10%) y sueldo más destajo por hora (11%). Con porcentajes mucho menores aparecen los cargos remunerados por laudo de FEMI (4%), honorarios por hora (3%), honorarios por acto médico (3%), honorarios profesionales por servicio (1%) y sueldo (1%). La remuneración de destajo por hora tiende a ser más frecuente en el interior (62%) que en Montevideo (48%), entre quienes ejercen la medicina general (62%), así como entre quienes trabajan exclusivamente en instituciones públicas (79%) y entre quienes trabajan mayoritariamente en ellas (63%). Entre quienes trabajan exclusivamente en instituciones privadas, si bien el destajo por hora sigue siendo la modalidad más utilizada (37%), otras

modalidades como el sueldo más destajo por hora (15%) parecen tener un peso más importante comparado con quienes tienen otras inserciones institucionales (Cuadro 36).

5.2.6. Horas

Un quinto de los cargos (20%) tienen una dedicación de menos de 10 horas semanales incluyendo guardias, otro tanto (19%) son cargos de entre 10 y 20 horas y la misma proporción (20%) son de entre 21 y 30 horas semanales. Los cargos de entre 31 y 40 horas constituyen el 7%, mientras que los de entre 41 y 50 horas semanales alcanzan el 6% de los cargos relevados. Apenas 5% son cargos con más de 50 horas a la semana. En general, se observa una mayor proporción de cargos con baja carga horaria (menos de 10 horas a la semana) entre quienes trabajan en centros privados (24% entre quienes tienen dedicación exclusiva y 25% entre quienes mayoritariamente trabajan en ellos) que entre quienes lo hacen en públicos (3% entre quienes tienen dedicación exclusiva y 12% entre quienes trabajan mayoritariamente en el ámbito público).

La distribución de las horas semanales sin incluir retén es relativamente similar a la anterior, aunque en este caso parece existir un mayor número de entrevistados que no saben o no contestan la pregunta. Los cargos con menos de 10 horas sema-

nales constituyen el 17% del total, mientras que los de entre 10 y 20 son el 16% y los de entre 21 y 30 alcanzan al 14%. Con proporciones menores aparecen los cargos de entre 31 y 40 horas (5%) y los de entre 41 y 50 horas (3%), mientras que los de más de 50 horas apenas constituyen el 1% del total (Cuadros 37 y 38).

5.2.7. Ingresos percibidos

La medición del ingreso fue uno de los temas incluidos en el estudio, aunque la información debe ser manejada con cautela porque las preguntas realizadas en este tipo de estudio suelen tener un nivel relativamente alto de subdeclaración. De hecho, los indicadores de ingreso pueden ser considerados en mejor forma como indicadores relativos –que permiten ver las diferencias en los niveles de ingreso por tipo de profesional– que como indicadores absolutos –que permiten evaluar con propiedad el nivel de ingreso percibido.

Tomando en cuenta estas consideraciones, los datos de ingreso por cargo indican que casi uno de cada diez cargos (9%) genera un ingreso de menos de 2.000 pesos, 15% entre 2.000 y 4.000 pesos, 17% entre 4.000 y 6.000 pesos, 14% entre 6.000 y 8.000 pesos, 11% entre 8.000 y 10.000 pesos y 14% entre 10.000 y 15.000 pesos. Con porcentajes algo menores aparecen los cargos que generan ingresos entre 15.000 y 20.000

pesos (9%), entre 20.000 y 25.000 pesos (4%) y más de 25.000 pesos (7%). Entre quienes trabajan exclusivamente o mayoritariamente en instituciones privadas las proporciones de cargos con remuneración por encima de los 10.000 pesos son claramente mayores que entre quienes trabajan exclusivamente o mayoritariamente en instituciones públicas. A su vez, en este sentido, destaca entre las demás especialidades la cirugía con 12% de cargos que perciben un ingreso superior a los 25.000 pesos. Un promedio por categoría muestra las diferencias existentes: un promedio superior de ingreso por cargo entre los hombres, fuertes diferencias por el ingreso por cargo según año de egreso (que llegan a ser tres veces más altos entre los egresados antes de 1980 que entre los egresados después del 2000), remuneraciones más altas para los cargos que ejercen quienes tienen especialidades –bastante más altas que el promedio en el caso de los cirujanos– y niveles más bajos entre quienes tienen empleo exclusivamente en el sector público y más altos entre quienes tienen empleo en el sector privado.

Con una lógica similar –y problemas también parecidos– se calculó una estimación en ingresos totales según la suma de ingresos declarados por cargos. La media de ingreso total se ubica algo por encima de los 26.000 pesos, pero el nivel de dis-

persión es muy alto. Los resultados muestran diferencias que van en el mismo sentido que las que exhiben los cargos médicos, aunque en algunos casos se hacen todavía más notorias (por ejemplo, el ingreso medio de los profesionales hombres superan los 33.000 pesos y el de las profesionales mujeres apenas está por encima de los 20.000 pesos) (Cuadros 39 a 42).

5.2.8. Lugar de ejercicio

El análisis también permite considerar que existe un nivel importante de concentración de los cargos en Montevideo, aunque el mismo se corresponde, de alguna manera, con una concentración del personal médico en la capital del país. Considerados los cargos por su lugar de ejercicio, casi dos tercios (65%) se ejercen en Montevideo, frente a un quinto (21%) que se ejercen en capitales del interior, 13% que se ejercen en otras ciudades del interior y apenas 2% que se ejercen en pueblos (Cuadro 43).

6. INDICADORES DE PERCEPCIÓN Y OPINIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA SITUACIÓN LABORAL

6.1. Juicios sobre la evolución de las remuneraciones

El estudio también investigó la percepción de los médicos sobre la evolución de su poder adquisitivo.

Tomando como referencia sus cargos médicos, se buscó elaborar una comparación sistemática con el nivel de ingresos que tenían en julio de 1998. La comparación no es, en términos estrictos, una medición rigurosa de ingresos antes-después, sino que está enfocada a una evaluación basada en las visiones de cada profesional. La información recogida indica que algo más de la mitad de los entrevistados (55%) consideran que su poder adquisitivo hace seis años era mucho mayor que en la actualidad y 13% dicen que era algo mayor que el actual. En contrapartida, 4% señala que era igual al actual, mientras que 6% dice que era menor al que tienen actualmente, y 4% que era mucho menor al de este momento. Esta visión predominantemente negativa del poder adquisitivo actual respecto al del mismo mes de 1998 tiende a ser aun más fuerte entre los médicos del interior (73% señalan que el de 1998 era mayor o mucho mayor al actual), los hombres (76%), los que egresaron de Facultad de Medicina antes de 1980 (90%), los pediatras (85%) y cirujanos (77%), y los que trabajan en el sector privado, tanto de forma exclusiva (78%) como en forma predominante (77%).

Las evaluaciones del poder adquisitivo actual no son tan enfáticamente negativas cuando los entrevistados las comparan con el poder adquisitivo de sus cargos médicos en

julio de 2000. Pero, de todas maneras, predominan las opiniones que muestran una evolución claramente desfavorable: un tercio (31%) declara que el poder adquisitivo de hace cuatro años era mucho mayor que el actual y otro tanto (33%) dice que era mayor, mientras que 9% dice que era igual, 10% que era algo menor y 4% que era mucho menor al actual.

Finalmente, cuando la comparación se realiza con el poder adquisitivo de julio de 2003 las tendencias cambian, y casi cuatro de cada diez (39%) señalan que era igual al de julio de 2004, dos de cada diez (22%) dice que era mayor al poder adquisitivo actual y aproximadamente tres de cada diez (31%) señala que era menor al que tienen actualmente.

Al ser preguntados sobre en cuál de estos cuatro momentos (julio de 1998, julio de 2000, julio de 2003 y julio de 2004) su poder adquisitivo por sus cargos médicos ha sido mayor, dos tercios (66%) señalaron que en julio de 1998, 9% en julio de 2000, apenas 6% en julio de 2003, y 10% en julio de 2004 (Cuadros 44 a 47).

7. SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

7.1. La satisfacción con diferentes dimensiones del trabajo

En términos generales, los médicos aparecen como profesionales relativamente satisfechos con su trabajo, aunque varía el grado en que las

diferentes dimensiones del mismo les producen satisfacción. El aspecto que, en promedio, los encuestados declaran les produce mayor grado de satisfacción en su vida profesional, es la satisfacción profesional que le genera su trabajo como médico (4.1). En un segundo lugar aparece la oportunidad de aplicar los conocimientos que tiene (4.0), seguido de la dedicación horaria (3.5), la posibilidad de desarrollo profesional (3.5), la satisfacción con el número de cargos (3.4) y la satisfacción con las posibilidades de actualizarse (3.4). El ítem que parece generar más insatisfacción son los ingresos, con un promedio de 2.7 en una escala de 1 a 5. Los niveles promedio de satisfacción con cada una de las dimensiones no son tan diferentes como cabría esperar a la luz de otras informaciones que surgen del estudio. En términos globales, hay mayores niveles de satisfacción entre los profesionales del interior, los hombres y los egresados más antiguos, aunque es menos claro el nivel de asociación entre los niveles de satisfacción y la especialización y el ámbito institucional (Cuadro 48).

7.2. Aspectos que generan mayor satisfacción e insatisfacción

Claramente, dos factores aparecen como los principales al momento de identificar aquellos que causan mayor satisfacción con la profesión: cuatro de cada diez entrevistados

(41%) menciona la relación médico-paciente y dos de cada diez (22%) el hacer lo que le gusta. Con proporciones menores aparecen el curar (9%), la aplicación de conocimientos (4%), el desarrollo y profundización de conocimientos (4%), el ayudar a la gente (4%), la libertad de acción y creatividad (2%) y el prestigio o reconocimiento (2%). En contrapartida, entre los aspectos que los entrevistados menos aprecian de su vida profesional destacan la carga horaria y el exceso de trabajo (17%) la mala remuneración (16%), la escasez de materiales (9%) y la falta de reconocimiento hacia los médicos (6%) (Cuadros 49 a 50).

8. CUESTIONES DE REMUNERACIÓN, REESTRUCTURA Y RETIRO LABORAL

8.1. La visión de las modalidades de remuneración

El estudio también investigó sobre la opinión de los médicos respecto al actual sistema de remuneraciones en el sector. Aunque hay cierto nivel de división en las opiniones, entre la mayoría predomina un juicio claramente negativo: algo más de la cuarta parte (27%) declaró estar de acuerdo o muy de acuerdo con el actual sistema de remuneraciones médicas, casi uno de cada diez (9%) dijo tener una postura neutra frente al tema, mientras que casi seis de cada diez (57%) decla-

raron estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con el mismo. El nivel de desacuerdo tiende a ser mayor entre quienes residen en Montevideo (62% frente a 47% de quienes viven en el interior), así como entre los médicos que egresaron hace más tiempo de Facultad de Medicina. Lo que también parece claro es que el nivel de consenso respecto a una forma de remuneración es bajo. Preguntados sobre cuál es la forma de remuneración médica más adecuada, 22% de los entrevistados señaló el salario fijo más pago por acto médico, 20% dijo la capitación con pago asociado a actividad, resultados y otros factores, 17% mencionó el salario mejorado con complementos, 7% dio como opción la capitación con pago asociado a la actividad y los resultados, 6% señaló el pago por acto médico con distintos precios, y 5% el salario puro sin remuneración por acto. Apenas 2% de las opiniones se inclinaron hacia la opción de pago por acto médico puro sin salario mínimo y 1% hacia la de capitación pura o pago per cápita (Cuadros 51 y 52).

8.2. El multiempleo, efectos y posibles soluciones

La opinión mayoritaria entre los médicos es que el multiempleo afecta la calidad de su trabajo. Más de la mitad (56%) de los entrevistados tiene esa opinión, frente a 24% que dijo que no disminuye la calidad y 18%

que señaló que disminuye en algunas ocasiones y en otras no. La proporción de quienes opinan que la calidad se ve disminuida tiende a ser más alta entre quienes trabajan en instituciones públicas que entre quienes ejercen en instituciones privadas.

Por otro lado, la forma en que debería mejorar la relación médico-paciente parece estar lejos del consenso. Mientras que 23% de los encuestados considera que ésta se debería mejorar a través de una mayor preocupación por el paciente, una proporción idéntica (23%) señala que debería mejorarse mediante una mejora en el trato. A su vez, otro grupo casi igual (22%) opina que la forma de mejorar la relación médico-paciente es reduciendo el multiempleo, en tanto 16% menciona que la mejora debería lograrse extendiendo el tiempo de consulta y 12% concentrando el trabajo médico.

Sobre este último en particular, siete de cada diez encuestados (70%) señalaron que seguro estarían de acuerdo con la posibilidad de concentrar su trabajo como médicos, frente a 16% que dice que quizá estaría de acuerdo y 13% que declara que no estaría de acuerdo con esa posibilidad. El grado de acuerdo con la posibilidad de concentrar las horas es levemente más alto en Montevideo que en el interior, así como entre quienes trabajan en forma exclusiva en instituciones públicas o privadas.

Esta disponibilidad a la concentración del trabajo médico está sujeta, para 51% de los entrevistados, a condiciones de estabilidad en el empleo. A su vez, 16% señala que estaría dispuesto a hacerlo mejorando su nivel de ingreso, 14% mejorando sus condiciones laborales y 4% mejorando su jornada laboral (Cuadros 53 a 56).

8.3. Regulaciones al trabajo médico

Más de nueve de cada diez médicos encuestados (91%) están en desacuerdo o muy en desacuerdo con la idea de que *“El empleo entre los médicos en Uruguay se encuentra bien distribuido”*, frente a apenas 6% que muestra algún grado de acuerdo con la misma. Sin embargo, no es tan claro el consenso cuando se pide que tomen posición frente a la posibilidad de establecer topes salariales máximos y mínimos para los médicos y utilizar esos recursos para redistribuir el empleo médico. En este caso, casi dos de cada diez (18%) dicen estar muy de acuerdo con la idea y poco más de un tercio (35%) señala estar de acuerdo. En contrapartida, 15% dice estar más o menos de acuerdo, 20% está en desacuerdo y 9% muy en desacuerdo con la idea. El desacuerdo con el planteo tiende a ser más alto entre quienes ejercen la ginecología (48%) y la cirugía (41%) que entre quienes ejercen la medicina general (14%) o la pediatría (24%).

A su vez, es más alto cuanto antes hayan egresado los entrevistados de Facultad de Medicina.

Sí parece haber más homogeneidad en las opiniones sobre el acceso al mercado laboral. Preguntados sobre su grado de acuerdo con la frase de que *“El acceso al mercado laboral debería realizarse por concurso de aspiración libre, tomando como único criterio la formación profesional”*, tres de cada diez entrevistados (30%) dijeron estar muy de acuerdo, cuatro de cada diez (40%) señalaron estar de acuerdo y 12% más o menos de acuerdo. Apenas 12% señaló estar en desacuerdo y 5% muy en desacuerdo (Cuadros 57 a 59).

8.4. Situación y expectativas frente al retiro laboral

Aproximadamente siete de cada diez encuestados (69%) declara realizar aportes al BPS, casi ocho de cada diez (77%) a la Caja de Profesionales Universitarios, 4% a la Caja Policial y 5% a la Caja Militar. Por otro lado, casi algo más de la mitad (56%) hace aportes a alguna AFAP, mientras que 15% aporta a un seguro de retiro.

Esos aportes se combinan con una visión negativa sobre el futuro retiro, al menos en términos económicos. En lo que refiere al monto de la jubilación que percibirán, casi ocho de cada diez entrevistados (78%) dice estar insatisfecho, frente apenas a 4% que declara estar satisfecho. Por otro

lado, preguntados por su disposición a retirarse de la actividad profesional cuando configuren causal jubilatoria, poco más de cuatro de cada diez (42%) declaran que están totalmente dispuestos a jubilarse alcanzada la causal de jubilación, mientras que tres de cada diez (31%) dicen estar parcialmente dispuestos. En contrapartida, 16% señala no estar dispuesto a jubilarse llegado ese momento.

Este grupo que no está dispuesto a jubilarse alcanzada la causal jubilatoria expresa diferentes motivos, entre los que destacan el hecho de que el ejercicio de la profesión les resulta gratificante (10%), cuestiones económicas (7%), el deseo de continuar la formación y actualización (5%), la necesidad de sentirse útil (3%) y el deseo de no perder contacto con la gente (2%).

A este grupo que no pensaba retirarse se le planteaba en el estudio una serie de preguntas destinadas a evaluar diferentes modalidades de jubilación para testear si su indisposición a retirarse podría verse modificada. En este sentido, del 16% que constituye el grupo, 6% declaró que se retiraría si además de la jubilación recibieran un complemento monetario, 5% dijo que lo haría si el complemento monetario fuera una renta mensual vitalicia, mientras que ninguno mostró interés en retirarse si el complemento monetario fuera un monto fijo otorgado por única vez.

Otro dato interesante es que aproximadamente un quinto de los entrevistados (19%) dice que la frase *“Los médicos se jubilan cuando logran la causal porque prefieren recibir un ingreso fijo a cobrar ingresos variables como resultado de su actividad profesional”* refleja en gran medida sus planes futuros, frente a un tercio (32%) que dice que los refleja parcialmente, y cuatro de cada diez (40%) que señalan que no los refleja de ninguna manera.

Finalmente, casi tres cuartas partes de los entrevistados (72%) señalan que las organizaciones gremiales médicas deberían garantizar empleo estable y seguro, y una proporción casi idéntica (71%) indica que deberían garantizar retiro con ingreso jubilatorio equivalente al último ingreso en actividad. También existe consenso cuando se pregunta por si deberían garantizar un nivel de ingreso estable: 85% indica que sí deberían garantizarlo. Por último, se constata un menor consenso respecto a la posibilidad de garantizar una jornada laboral que no supere las seis horas diarias: cuatro de cada diez (38%) señala que deberían garantizarlo siempre, frente a una proporción idéntica (38%) que indica que no tienen por qué garantizarlo. En una postura más neutra, dos de cada diez (20%) señalan que la jornada laboral de seis horas debería ser garantizada sólo en algunas ocasiones. Las opiniones sobre este último punto tienden a variar cuando

la información es analizada según algunas variables. Por ejemplo, las visiones que sostienen que los gremios médicos no deberían garantizar la jornada laboral de seis horas son más fuertes entre quienes residen en Montevideo, los que tienen más años de ejercicio profesional, así como entre quienes trabajan exclusiva o mayoritariamente en instituciones privadas (Cuadros 60 a 81).

12. A MANERA DE CONCLUSIÓN

El estudio muestra que la población médica nacional podría considerarse como un subconjunto de personas caracterizables como un subconjunto similar al de las personas adultas de los sectores medio-alto urbanos en Uruguay: es una población dividida de manera similar entre hombres y mujeres, predominantemente integrantes de hogares nucleares con tres o cuatro integrantes, siendo personas que en su mayoría ejercen la jefatura del hogar o son parejas del jefe de hogar, distribuidos en los diferentes tramos etarios que abarcan la edad adulta activa, principales soportes económicos de su hogar o aportantes importantes en el conjunto del ingreso familiar, y habitantes en viviendas con un nivel de equipamiento y confort y algunas pautas de estilo de vida que pueden considerarse

claramente superiores a las de la media de la población nacional.

Los profesionales representan un conjunto heterogéneo en términos de sus niveles de formación y trayectorias educativas. Dos tercios comenzaron a estudiar Medicina hace más de dos décadas, casi tres cuartas partes tienen algún estudio de posgrado y una proporción aun más importante ejerce algún tipo de especialidad, incluyendo aquellos que lo hacen sin título habilitante. Una proporción relevante ha estado involucrada en algún tipo de investigación científica en los últimos cinco años, más de la mitad ha participado en eventos de perfeccionamiento profesional, casi cuatro de cada diez ha publicado algún artículo en revistas de especialidades de Medicina y la gran mayoría declara dedicar con regularidad algún número de horas mensuales al estudio de temas médicos, por lo que puede considerársela como una comunidad profesional activa en términos de su formación.

Esta visión parece estar relacionada con el reconocimiento de la necesidad de avanzar en el perfeccionamiento continuo, lo que incluye un acuerdo relativamente extendido con el requisito de la recertificación periódica.

Si bien no pueden vincularse directamente, es razonable pensar que estas opiniones no están aisladas de lo que se considera como un número suficiente o incluso excesivo de médi-

cos en el país, el que además está mal distribuido por áreas geográficas, lo que lleva a aceptar la consideración de ciertas medidas de limitación al ingreso a la carrera profesional.

El estudio confirma el panorama detectado en estudios anteriores respecto a la dispersión del trabajo médico en un número relativamente importante de cargos. El promedio es superior a los dos cargos por profesional, pero la dispersión en el número de cargos es importante, y está relacionada con variables como la fecha de egreso y la concentración del trabajo en el sector privado.

Esa situación permite constatar realidades diferentes en la propia autopercepción de los médicos sobre su situación laboral actual, donde aparecen desde los que se consideran claramente subocupados hasta los que creen que están sobreocupados.

Adicionalmente, se muestra la heterogeneidad de las situaciones en los indicadores de condiciones de trabajo e ingreso. Los diferenciales son notorios entre algunos grupos de profesionales, como es el caso de las variaciones que se encuentran por género, por fecha de egreso o por inserción laboral prioritaria en el sector público o privado. Las variaciones no se limitan a los aspectos mencionados antes, sino que comprenden también aspectos esenciales en la definición de la situación laboral, como es la forma de remuneración. Sobre

este aspecto hay una clara disconformidad, pero no existe un consenso respecto a cuál sería la forma más adecuada, lo que muestra también los diferentes intereses provenientes de un cuerpo profesional, como ya se dijo, heterogéneo.

Esas variantes no evitan, sin embargo, una fortísima percepción generalizada de desmejoramiento de la situación laboral en los años recientes –especialmente en el último quinquenio. La evaluación supone una caída en los niveles de ingreso y en las condiciones de trabajo, y casi no distingue grupos de profesionales, lo que habla de la magnitud e intensidad de los cambios.

Eso no deja de hacer a la comunidad médica un grupo esencialmente satisfecho con las posibilidades de realización profesional que le brinda su trabajo como médico. El punto es que algunos aspectos de su profesión aparecen como áreas de menor satisfacción relativa (la oportunidad de aplicar conocimientos, la dedicación horaria, las posibilidades de desarrollo profesional) o, directamente, de insatisfacción (el nivel de ingresos percibido por la tarea). Todo sugiere que en estos aspectos influye de manera decisiva el tema del multiempleo y la dispersión de la inserción laboral en diferentes cargos. Aunque está claro que los diferentes lugares de empleo se han constituido en una estrategia laboral extendida, muchos

de los profesionales consideran que esa forma de trabajo tiene costos en términos de la calidad de la atención que pueden brindar, e incluso en términos de su propia calidad de vida. Por esta razón, existe una tendencia bastante clara de apoyar alguna alternativa que permita concentrar el trabajo médico, aun con la inclusión de mecanismos que limiten parte del salario percibido, al menos por algunos grupos de profesionales.

La situación laboral actual lleva también a que muchos profesionales estén considerando alargar su vida activa como forma de no perder ingresos líquidos y/o calidad de vida. Existen expectativas sumamente negativas sobre el grado en que podría variar los ingresos en el momento de pasar a la condición de pasivos. Eso mismo determina también expectativas importantes de los médicos sobre la acción que deberían cumplir las gremiales que los representan.

La misma situación laboral antes descrita tiene efectos sobre la situación sanitaria, física y psicológica de los médicos. Los indicadores del estudio muestran algunos niveles de prevalencia importantes de algunas enfermedades, y también un comportamiento no demasiado proclive al autocuidado de la propia salud.

Estas cuestiones están también relacionadas con lo que parece ser un nivel importante de tensión entre el trabajo profesional y la vida coti-

diana. Una parte importante de los médicos dice que no le resulta fácil conciliar ambas dimensiones, y ello se manifiesta, seguramente, en varios de los indicadores de insatisfacción relativa que aparecen en otras partes del estudio.

Finalmente, la investigación también muestra que existen expectativas importantes de los médicos respecto a la reestructura del actual sistema de salud. Aunque las preguntas incluidas en este estudio sólo pueden considerarse aproximaciones muy primarias a este tema, está claro que hay una opinión predominante respecto a la necesidad de buscar alternativas al actual sistema o, al menos, de aspectos esenciales de su funcionamiento actual.

Estas líneas no pretenden resumir totalmente el conjunto de la información presentada ni agotar las interpretaciones sobre ella. En todo caso, operan como una referencia general que intenta resaltar algunos de los aspectos más importantes identificados en el estudio. Pero de alguna manera permiten afirmar que se puede percibir a una profesión en cambio, inserta en un mercado de trabajo en cambio, en un mercado de salud en cambio y en un país en cambio.

La afirmación no es un mero juego de palabras.

Existe razonable evidencia como para afirmar que se están procesando cambios en la dimensión del padrón

médico, en su composición interna, en sus características profesionales, en la extensión de la vida laboral y en los patrones del trabajo médico.

También, para observar que hay y habrá cambios en las características de los puestos de trabajo, en los modelos de vinculación, en los sistemas de cobertura social, en las modalidades de contratación y en las modalidades de remuneración.

Asimismo, para pensar que también influirán en este escenario los cambios que se están procesando en el peso relativo de los sistemas de salud, en las modalidades de cobertura, en los tipos de financiamiento de las prestaciones, en los niveles de competencia y en la participación del Estado en el sistema.

Y que todos estos procesos no serán ajenos a cambios sociales más generales, que tienen que ver con aspectos tales como los cambios en los niveles y los tipos de empleo, en la estructura social del país, en la distribución de la población en el territorio y poblacional y en la percepción social sobre la salud.

Para el análisis de estas cuestiones y la evaluación de futuras líneas de acción, la Encuesta Médica Nacional representa un insumo de trabajo cuyos primeros elementos se resumen en este informe, pero que pueden ampliarse y explotarse con mucho más rendimiento a partir de la base de datos que se ha generado, agre-

gando la experiencia de los propios profesionales médicos y las organizaciones que los representan en ese proceso.

COMENTARIOS FINALES

De la información presentada surgen con claridad algunos elementos para tomar en consideración a la hora de plantearse reformas en el sistema de trabajo y retribución de los profesionales. Tanto en el subsector público como en el subsector privado. Atendiendo a la vez aspectos que hacen a la calidad de su desempeño, como el desarrollo profesional médico continuo, la concentración del trabajo, el direccionamiento de la formación profesional por la Escuela de Medicina, y la evaluación continua.

El cambio de modelo asistencial debe correlacionarse con una modificación sustancial en el modo de relacionamiento de los profesionales de la salud con las organizaciones y los usuarios, buscando nuevas metas que mejoren la vinculación, que provean satisfacción a quien brinda y a quien recibe los servicios, y que proteja adecuadamente la integridad psicofísica de los cuidadores. Estos problemas sistémicos no pueden atenderse controlando uno solo de los múltiples factores que intervienen, sino considerándolos y resolviéndolos globalmente. En aquellos países que con otra tradición institucional

y cultural han realizado reformas de los sistemas de salud, han procurado atender también estos componentes, que resulta la piedra angular para alcanzar buenos resultados. Eso es posible en un plazo razonablemente adecuado, con especial atención para los períodos de transición, que atiendan, sin perjudicar, los legítimos derechos adquiridos por quienes vienen trabajando hace décadas, y están más cerca de su retiro, al mismo tiempo que modificando y concentrando la tarea en aquellos que ingresan al sistema, los profesionales más jóvenes, y generando opciones más favorables para los que se encuentran en los tramos intermedios.

Del acierto o el error con que se articulen todos estos elementos dependerá en gran medida la satisfac-

ción de los profesionales y usuarios, y el éxito que se alcance con el cambio del sistema de salud. Lo demás es apostar a meros cambios cosméticos, que no irán al fondo del asunto, y postergarán un malestar que conspira soterradamente contra los objetivos explicitados como deseables, a la vez que destruye el equilibrio necesario en los seres humanos que son encargados de proveer esos servicios. Es una buena oportunidad para profundizar en esos cambios, atendiendo los datos que la realidad nos viene mostrando a gritos desde hace muchos años. Proceder de espaldas a esta realidad sería cometer un error histórico inexcusable.

* **Médico, escritor, miembro del CES.**