



Detrás del mito

¿Cuánto ganan los médicos?

Como en el fútbol, algunas pocas estrellas ganan mucho dinero. Pero la mayoría de los médicos, especialmente cuando ejercen su profesión en el Ministerio de Salud Pública, tienen salarios que serían considerados miserables aun para un empleado de servicio

GILBERTO GUIMARAES

La mitad de los médicos que trabajan para el Ministerio de Salud Pública (MSP), poco menos de 2.000, ganaban hasta ahora sueldos realmente ridículos. Ese grupo logró un aumento de 1.500 pesos nominales después del largo conflicto que finalizó en setiembre (véase nota en páginas 16 a 18).

Algo menos de 2.000 médicos ganaban (antes del con-

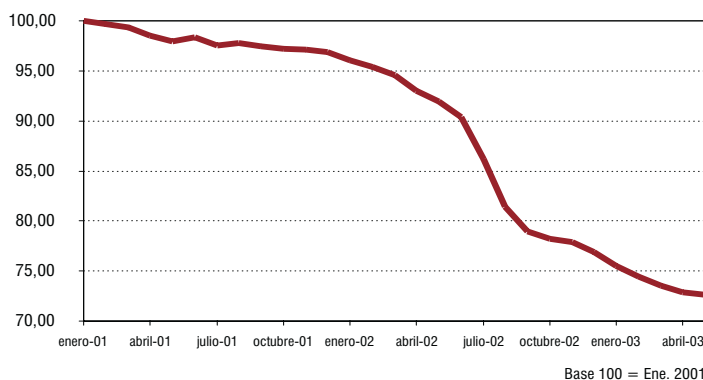
flicto) un sueldo nominal de 4.400 pesos en promedio. Y sin tomar en cuenta los beneficios que varían según el funcionario (por ejemplo, antigüedad y hogar constituido) percibían aun menos, 3.390 pesos. Esa franja, la más desfavorecida, no cobra los incentivos que la Administración de los Servicios de Salud del Estado canaliza a través de las comisiones de apoyo desde comienzos de la década de 1990, a pesar de que muchos médicos realizan las mismas tareas que otros que sí cuentan con el refuerzo de su sueldo.

El grupo de los médicos del MSP que cobra el sueldo oficial más un incentivo está compuesto por unos 1.500 funcionarios. Antes del conflicto su sueldo nominal era de unos 11.000 pesos en promedio.

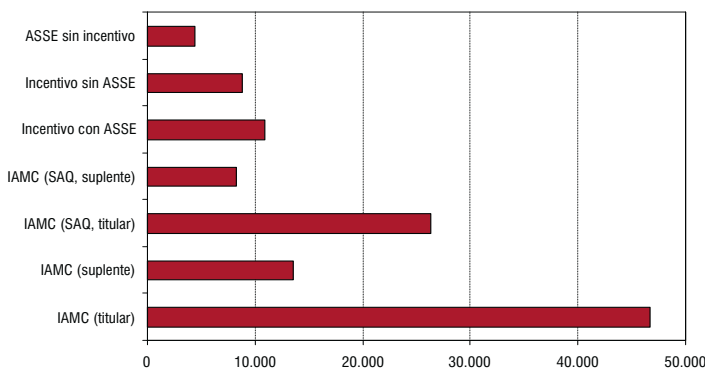
Un tercer grupo -dentro de los médicos del MSP- lo integran unos 550 profesionales que trabajan para el Ministerio sólo mediante el contrato de las comisiones de apoyo, pero sin ser funcionarios. Su sueldo promedio es de 8.800 pesos.

Estos ingresos son por un trabajo realizado sobre la base

EVOLUCIÓN DEL SALARIO REAL



RETRIBUCIÓN SEGÚN MODALIDAD



de entre 80 y 96 horas mensuales, unas cuatro horas diarias. No obstante, en estos 4.000 médicos (de los 19.000 funcionarios que en total tie-

ne la estructura ministerial) la situación no es exactamente igual.

Diversas funciones y especialidades, como la de los

intensivistas, anestesiastas y psiquiatras (estos últimos por economías surgidas luego del cierre del Hospital Musto y canalizadas a través del Patronato del Psicópata) tienen remuneraciones disímiles.

Esa situación es bastante diferente al difundido mito según el cual los médicos ganan mucho dinero. En algunos casos, tal vez un par de cientos, la creencia generalizada es un reflejo de la

realidad. En ese reducido grupo, cuya desaparición no resolvería los problemas del sistema de salud, se ubican médicos especialistas (por ejemplo, cirujanos y anestesistas) que reciben una remuneración elevada con un fuerte peso del pago por acto, y ciertos médicos que actúan como empresarios, ofreciendo sus servicios profesionales en vinculación con alguna técnica específica.



El laudo establece, para una policlínica de unas 26 horas mensuales en una mutualista de Montevideo, una remuneración de unos 7.800 pesos. Para llegar a esa cifra la exigencia es que se atiendan unos 156 pa-

cientes, lo que lleva a un promedio de unos diez minutos por paciente.

La cifra varía según la mutualista de que se trate, aunque en los últimos tiempos aquellas IAMC que pagaban mayores salarios han ido optando por ceñirse al laudo. En el cuadro 2 también puede observarse cómo -al igual que en el resto de los asalariados- los médicos han visto descender sus ingresos reales en alrededor de un 30%.■

ESPACIO DE LAS AGRUPACIONES



La Asociación de los Estudiantes de Medicina desea saludar a todos los integrantes del colectivo médico y expresar su agrado por volver a contar, a través de la publicación de la revista **Noticias**, con este invaluable instrumento, que garantiza un vínculo entre el Sindicato Médico del Uruguay y sus socios, promoviendo y favoreciendo la formación médica continua mediante la difusión de la evidencia científica y de los eventos que convocan a la construcción de la profesión médica desde todas sus perspectivas. Sabemos que este espacio opera, además, como un importante foro, el cual hace posible el diálogo y la discusión que conducen a la elaboración del pensamiento médico fundamentado o consensado, tanto en el ámbito científico como gremial.

Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM)



Nuestra capacidad de enfrentar los retos de la medicina dependerá de la habilidad para derivar, de las ricas tradiciones intelectuales que la nutren, las definiciones y los proyectos integrales que guíen su futuro.

Más allá de los varios significados que las coyunturas políticas puedan imprimirle, la modernización debe entenderse, ante todo, **como un proceso de apertura.**

No se trata de una permeabilidad irreflexiva que pase por alto los avances del pasado sino, al contrario, de un esfuerzo por integrar tradición y progreso.

Tal es el sentido de las palabras del poeta mexicano Octavio Paz, contenidas en su discurso ante la Real Academia Sueca el día anterior a recibir el Premio Nobel de Literatura 1990:

(...) "entre tradición y modernidad hay un puente. Aisladas, las tradiciones se petrifican y las modernidades se volatilizan; en conjunción, una anima a la otra y la otra le responde dándole peso y gravedad".

La Convención Médica puede ser un hito estratégico importante, **pero depende de cómo se encare.**

Si lo encaramos como hasta ahora será otro **adorno petrificado.**

Para eso tenemos que tener claro que somos nosotros los únicos que tenemos que buscar una estrategia para poder dar respuesta a estas incertidumbres que nos arrastran y nos llevan a una confusión total, en donde vivimos en una época en que todo parece ser verdad.

Para eso, primero tenemos que ser autocríticos, si no la realidad nos pasa por arriba.

Tenemos que encarar el exceso de médicos, que lleva a que en Uruguay haya prácticamente un médico por familia.

Tenemos que encarar la asimetría de distribución entre Montevideo (8.000) e interior (2.000).

Tenemos que encarar complejidad estructural y desorganización de los efectores de Salud, desde la óptica de los convenios laborales, en los cuales por un laudo antiguo lleva a una forma de trabajo con multiempleo médico y a la severa segmentación inter e intrainstitucional, que frente a los cierres y crisis deja al desnudo lo precario del trabajo médico.

Tenemos que encarar el retiro médico seguro y la seguridad social del médico. Es necesario coordinar los servicios del Fondo de Solidaridad Social con la Caja Profesional y actualmente con Casemed: no tiene más sentido la necesidad de gestionar ante los tres organismos los mismos beneficios y subsidios que se fragmentan en sus posibilidades mayores.

Para que eso sea necesario es fundamental que las generaciones jóvenes se hagan presentes, no desde una falsa representatividad por dirigentes gremiales o de comisiones llamadas jóvenes, sino desde una óptica fermental, aglutinados por un espíritu crítico de esta realidad que todos sufrimos, pero que las generaciones nuevas la sienten más. **Sin esta voz auténticamente representada es imposible un proceso de cambio.**

UNIÓN GREMIAL MÉDICA