

NÚMERO DE MÉDICOS EN URUGUAY

Elementos para un análisis

La vida es breve; la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas.
HIPÓCRATES siglo V a.C. (Aforismos, 1)¹

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

1. Artículos, informes y publicaciones

A través de su historia, el Sindicato Médico ha sostenido en sus publicaciones, ya desde la década del 30, que existía "plétora de médicos". Un trabajo en tal sentido presentado a la Primera Convención Médica Nacional por distinguidos gremialistas, incluye información estadística primitiva, entre los años 1915 y 1938 respecto de ingresos y egresos a la Escuela de Medicina².

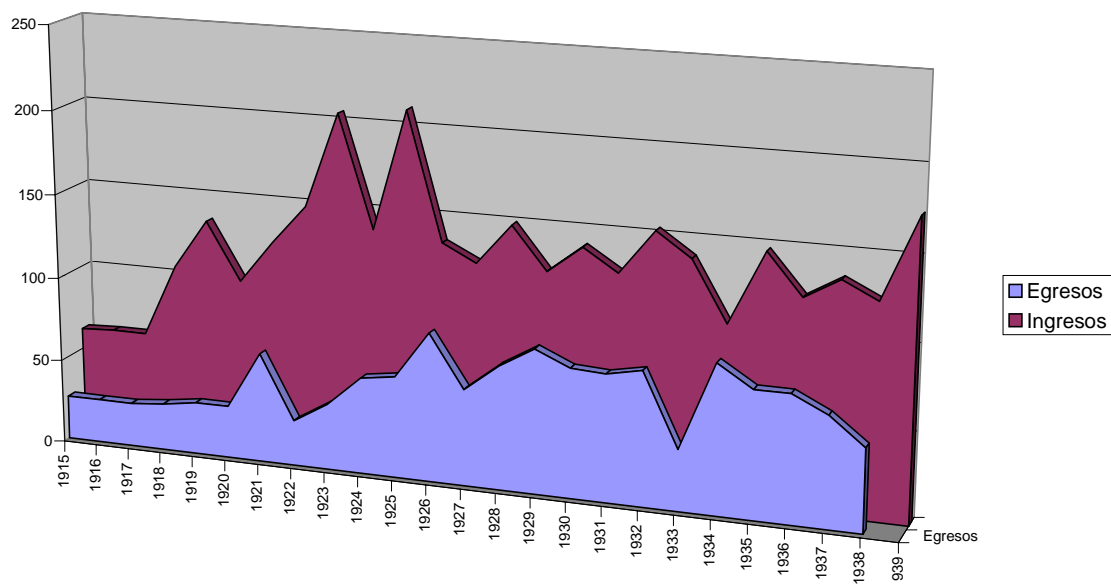
**CUADRO COMPARATIVO
FACULTAD DE MEDICINA
INGRESOS Y EGRESOS
Año 1915 al 1939**

AÑO	INGRESOS	EGRESOS
1915	62	26
1916	63	26
1917	63	26
1918	106	28
1919	135	31
1920	101	31
1921	126	65
1922	149	27
1923	205	39
1924	139	57
1925	210	60
1926	135	88
1927	125	57
1928	149	73
1929	124	85
1930	140	76
1931	127	75
1932	153	79
1933	139	36
1934	104	88
1935	147	75
1936	123	75
1937	135	65
1938	125	49
1939	174	

FUENTE: Saráchaga, Alejandro; Hormaeche, Estenio; Migliaro, José Pedro; Cassinoni, Mario; Cardoso, José Pedro y Yannicelli, Ricardo B., Primera Convención Médica Nacional, 1939

¹ TRATADOS HIPOCRÁTICOS, Editorial Gredos, Madrid, 1990, Tomo I, pág. 243.

**INGRESOS - EGRESOS
AÑOS 1915 - 1939
FACULTAD DE MEDICINA**



FUENTE: Sarachaga, Alejandro; Hormaeche, Estenio; Migliaro, Jose Pedro; Cassinoni, Mario; Cardoso, Jose Pedro y Yannicelli, Ricardo, Primera Convención Médica Nacional, 1939

En 1986 se publican los estudios de OPP realizados por el Economista Ricardo Meerhoff con un detallado estudio de la formación de recursos humanos médicos, que contenía proyecciones del Cuerpo Médico Nacional hasta el año 2030 según distintas hipótesis.

En 1987 se publica un trabajo,³ que fue conocido por el SMU, titulado "Análisis de una población médica en busca de empleo", donde se actualiza la información disponible sobre el fenómeno y se revisa la bibliografía internacional disponible.

² SARÁCHAGA, Alejandro, HORMAECHE, Estenio, MIGLIARO, José P., CASSINONI, Mario, CARDOSO, José Pedro y YANNICELLI, Ricardo B. "LOS MÉDICOS FUNCIONARIOS Y EL ESTADO" págs 31 a 34. Acción Sindical No. 24.

³ RIGBY, Mónica y TURNES, Antonio: Análisis de una población médica en busca de empleo, Montevideo, 1987 (edición de los autores). 51 páginas.

En 1991, se publica en la Revista Médica del Uruguay⁴ un artículo acerca de las demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional.

En 1992 una Comisión del SMU⁵ elabora un informe sobre NÚMERO, DISTRIBUCIÓN Y FORMACIÓN DE MÉDICOS, el que es presentado a la Comisión multi-institucional de Trabajo Médico que funcionó en la órbita del Ministerio de Salud Pública. El mismo fue analizado por una reunión efectuada en Balneario Solís en agosto de ese año, y presentado por la Comisión multi-institucional a la Facultad de Medicina en diciembre de ese año.

En 1995 se publica un suplemento de la revista NOTICIAS, con un análisis de los resultados obtenidos en la Encuesta efectuada por el SMU en 1994, exclusivamente en lo que hace a esta temática.⁶

En abril de 2000 se presentó un informe⁷ sobre la economía política de los recursos humanos, como parte de un estudio más amplio, centrado en los problemas de Uruguay, que resume la información disponible a lo largo del siglo XX, con raíces en el XIX y proyecciones al XXI. Constituye una interesante fuente de información para el abordaje de las soluciones a este grave problema, que desde luego, no es exclusivo del Uruguay, sino común a muchos otros países de América latina.

En septiembre de 2000, se produce por primera vez una irrupción con este escabroso tema en el ámbito político, a través de la presentación de una exposición en el Senado de la República.⁸ Se hace un examen pormenorizado de la situación en Uruguay, revisando los antecedentes disponibles en el país, y se efectúan propuestas. De la versión

⁴ RÍGOLI, Félix: Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional. Rev. Méd. Uruguay 1991; 7: 80-82.

⁵ GIAMBRUNO, Gonzalo (M.R.), BORTHAGARAY, Gustavo y TURNES, Antonio L.: Informe de la Comisión Especial NÚMERO, DISTRIBUCIÓN Y FORMACIÓN DE MÉDICOS: NOTICIAS DEL S.M.U. No. 59, setiembre de 1992, págs. 11 a 26.

⁶ SERRA, JOAQUÍN y TURNES, ANTONIO L.: NÚMERO, DISTRIBUCIÓN Y CALIDAD DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN URUGUAY. Suplemento Especial de NOTICIAS (órgano oficial del SMU: marzo de 1995, No. 73)

⁷ RÍGOLI, FÉLIX: LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LOS RECURSOS HUMANOS, abril 2000, 39 páginas.

⁸ POU de LACALLE, María Julia: REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS DEL ÁREA DE LA SALUD EN EL URUGUAY; Excesivo número de Médicos, escaso número de Enfermeras, Multiempleo Médico, septiembre de 2000.

taquigráfica de la Cámara de Senadores se desprende que salvo algunas manifestaciones aisladas de interés, el tema no provocó otros efectos fácticos. El Comité Ejecutivo del SMU, que recibió copia de dichas manifestaciones, como en otras ocasiones, tomó conocimiento.

Finalmente, en la publicación de la OPS "La Salud en las Américas" edición de 2002⁹ se brinda un panorama actualizado del desarrollo de Recursos Humanos, en el capítulo VII. Al respecto resume: *"Los recursos humanos constituyen uno de los factores decisivos para provocar cambios en los sistemas de salud acordes con las necesidades y demandas de la población; sin embargo, se reconoce que ha sido un aspecto olvidado por las agendas políticas de la reforma del sector, que ahora empieza a ganar prioridad. Este tema es una preocupación constante de las autoridades de salud, pues siguen sin solucionarse importantes problemas de distribución, migración, bajos salarios, e inequidades y desajustes entre la formación de personal y las necesidades del sistema de servicios, entre otros. La capacidad institucional de los sistemas de salud en la gestión de recursos humanos resulta insuficiente no solo para enfrentar los problemas del personal de servicios de salud, sino para asegurar las condiciones institucionales para que el desempeño del personal contribuya con efectividad, calidad y productividad al logro de los objetivos de dichos servicios. Los procesos de reforma originaron la superposición de problemas antiguos y nuevos. Entre los primeros se encuentran la alta participación del sector salud en la población económicamente activa (PEA) y el elevado porcentaje de gastos del Estado destinados al personal de salud; la falta de equilibrio en la disponibilidad de personal; las inequidades en la distribución geográfica de los recursos; los desequilibrios en la composición del equipo de salud; el escaso desarrollo de los sistemas de información, y la baja integración entre formación y servicios. Por otro lado, entre los problemas nuevos que plantean los procesos de reforma pueden mencionarse la descentralización y separación de*

⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Publicación Científica y Técnica No. 587, Vol. I, edición de 2002: LA SALUD EN LAS AMÉRICAS, págs. 373 a 421

competencias; la flexibilización laboral y la generalización del trabajo precario; las demandas de nuevas regulaciones; la creación de incentivos a la productividad y las demandas sociales de mejor calidad; los cambios en la oferta educativa, y los desafíos de capacitación para enfrentar las reformas.”

Baste destacar que en Uruguay, para el año 2000, el total de trabajadores de la salud es de 71.496 personas, representando el 5% de la PEA, con un 54% de fuerza de trabajo femenina.

2. Encuestas Médicas Nacionales y su evolución

En 1990, 1994, 1998 y 2001, el SMU organizó Encuestas Médicas Nacionales, donde incluyó un bloque de preguntas relativo a la opinión y percepción de los entrevistados acerca de la calidad y cantidad de los recursos humanos médicos formados por la Facultad de Medicina.

La primera encuesta fue realizada por AIM-Burke, la segunda por la propia institución, contratando el trabajo de campo (encuestadores) a un grupo externo. La tercera fue contratada a la consultora EQUIPOS MORI. La cuarta fue contratada a la consultora FACTUM.

En la ENCUESTA de 1990, el 52% de los encuestados consideraron que el número de médicos en el país era adecuado, pero debería mejorarse su distribución en el territorio nacional de acuerdo a la población. Un 21% consideró que el número estaba sobredimensionado (**en realidad debe decirse que la cantidad de médicos es excesiva, pues que “el número está sobredimensionado” quiere decir que es inexacto**) y la mejor solución sería limitar la matrícula. Un 11.5% consideró que el número estaba sobredimensionado y la mejor solución sería un mayor número de retiros. Un 10% consideró que el número estaba sobredimensionado y la mejor solución sería una mayor exigencia para que se recibieran los de mayor mérito. El 1% opinó que el número de médicos era menor del necesario. El 0.3% respondió que el número y su distribución eran adecuados. Un 4% no respondió.

En la ENCUESTA de 1994, el 48,4% de los médicos opinó que el número de médicos era excesivo, el 46.5% opinó que era suficiente, el 2.7% consideró que era insuficiente, y el 2,4% sin datos (no sabe, no

contesta). Es interesante consignar que en esta encuesta el 50,6% consideró que la evolución de la calidad de la formación, en los últimos cinco años **empeoró**, el 26.3% consideró que permaneció igual, el 13,3% que mejoró y el 9.8% sin dato (NS/NC). Con relación a la fijación de cupo al ingreso, el 56,1% se manifestaron por el sí, el 25,7% por el no; el 17.1% según el mecanismo de selección, y el 1,1% NS/NC. La opinión sobre la calidad de la formación de los egresados fue de regular en el 50.8%, de mala en el 20.7%, de buena en el 23,4%, de my buena en el 1,1%, de excelente en el 0.3%, y NS/NC el 3.7%.

En la ENCUESTA DE 1998, el 48% de los encuestados consideraron que el número actual de médicos era excesivo, siendo el pronunciamiento del 51% entre los profesionales más jóvenes. El 47% consideraba que era suficiente. Respecto a la restricción del ingreso a la Facultad, los dos tercios de los entrevistados coincidieron en la necesidad de limitar, con mayoría entre los más jóvenes.

En la ENCUESTA DE 2001, el 68% de los encuestados consideraron que el número de médicos era excesivo; el 31% lo consideró suficiente, y el 2% lo consideró insuficiente. Respecto a la fijación de cupos para el ingreso al pregrado, el 64% se manifestó de acuerdo; un 31% estuvo en desacuerdo; un 3% se manifestó "ni lo uno ni lo otro" y un 2% no supo responder.

3. Plebiscitos efectuados por SMU y por FEMI

El 2 de mayo de 1995, las autoridades del SMU y de FEMI, informaron al Decano de la Facultad de Medicina de los plebiscitos que en forma independiente realizaron ambas organizaciones, para consultar a sus respectivos asociados, poniendo a su consideración las siguientes alternativas:

- A) Voto porque (el SMU – la FEMI, según correspondiera) respalde la adopción de medidas tendientes a planificar y racionalizar la formación de nuevos médicos según las necesidades asistenciales del país y la posibilidad de brindar una correcta formación.

B) Voto porque (el SMU – la FEMI, según correspondiera) apoye que se mantenga el ingreso irrestricto a la Facultad de Medicina.

En el ámbito de la FEMI, se emitieron un total de 1.045 votos, habiéndose expresado por la opción "A" 708 y por la opción "B" 314 voluntades. En blanco sufragaron 13 personas y fueron anulados 11 votos.

En el ámbito del SMU, participaron 4.547 médicos, lo que representó el 66% del total de los profesionales habilitados. De ellos manifestaron su adhesión a la opción "A" 2.497 médicos que representa el 54,9%; por la opción "B" votaron 1.496 profesionales, lo que representa el 32,9%, absteniéndose 554 votantes, lo que representa el 12,1%.

Las autoridades de ambas gremiales, en su comunicación precitada, consideraban que, apelando a un procedimiento de amplia participación e incuestionables garantías, ambas gremiales habían instrumentado la consulta plebiscitaria mencionada, en la misma fecha (jueves 27 de abril de 1995), cuyo resultado respaldaba ampliamente la adopción de medidas de regulación.

4. Una visión sobre la calidad de los recursos humanos médicos

En las *Jornadas de la Facultad de Medicina*, realizadas en Balneario Solís, del 27 al 29 de agosto de 1993, el entonces Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry¹⁰, manifestó:

En una encuesta que estamos realizando desde hace unos años entre los recién graduados del área metropolitana de Buenos Aires, se les pregunta: "Ahora que se ha graduado, ¿piensa que está capacitado para atender un paciente usted solo y sin posibilidad de consulta?" El 19% contesta que sí, 16% no lo sabe y 62% no se considera capacitado. Vale decir que un importante número de personas autorizadas a ejercer la medicina por el gobierno argentino no se

¹⁰ NOTICIAS No. 73, Suplemento, pág. 15-19

consideran capacitadas para hacerlo. Quienes responden hacen gala de una gran honestidad y su insatisfacción es lo que impulsa a la gran mayoría a perfeccionarse. Pero indudablemente ellos mismos se sienten poco y mal capacitados.

Esta pregunta tiene su contraparte en otra que dice así: "Hoy, ¿usted se haría atender por un médico de su promoción elegido al azar?". El resultado es casi idéntico: responde afirmativamente 20% y negativamente 77%.

En el Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por la OPS/OMS y la Facultad de Medicina, en Punta del Este, Uruguay, en octubre de 1994, el Prof. Dr. Luis Carbajal, Director del Departamento de Educación Médica de nuestra Facultad, relató en El caso de Montevideo, Uruguay, lo siguiente: En cambio, si bien el sector estudiantil –esta fue una encuesta anónima- comparte el fundamento doctrinario del plan, al referirnos a su aplicación (fig. 5) los resultados que se obtienen ya no son tan promisorios. Se manifiesta una fuerte tendencia a negar que se egrese con buena formación metodológica: he aquí una zona crítica, un punto muy débil en nuestro sistema actual de enseñanza ya que el estudiante percibe que, después de tantos años en la facultad de medicina, no tiene una sólida base metodológica, ingrediente esencial para capacitarlo, entre otras cosas, para la actualización permanente.¹¹

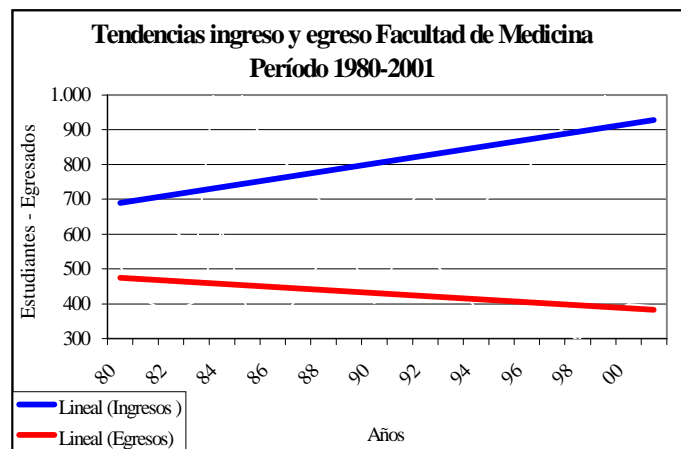
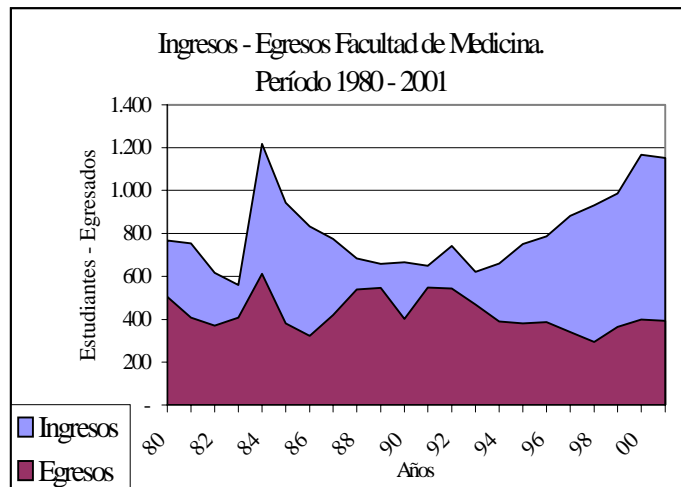
¹¹ ENCUESTRO CONTINENTAL DE EDUCACIÓN MÉDICA: OPS/OMS, Facultad de Medicina, Universidad de la República, octubre 1994, pág. 201

CAPÍTULO II. LA EVIDENCIA EMPÍRICA

1. Evolución de ingresos y egresos a Facultad de Medicina

En el cuadro y los gráficos que siguen, se presenta el flujo de ingresos y egresos a la Facultad de Medicina para las últimas dos décadas. Los ingresos muestran una caída entre mediados de los 80 y comienzos de los 90, adquiriendo a partir de ese momento un crecimiento continuo hasta el presente, marcando lo que refleja su tendencia para el período. Los egresos muestran una evolución relativamente estable, con una caída tendencial de pendiente bastante más suave que la que corresponde al incremento de los ingresos.

Año	Ingresos	Egresos
80	768	505
81	753	408
82	617	371
83	559	409
84	1.219	611
85	943	381
86	834	322
87	774	419
88	684	538
89	658	547
90	666	401
91	649	549
92	743	544
93	620	469
94	660	389
95	752	380
96	786	388
97	883	340
98	932	295
99	986	364
00	1.166	400
01	1.153	393
02	1.182	Sin tramitar Facultad

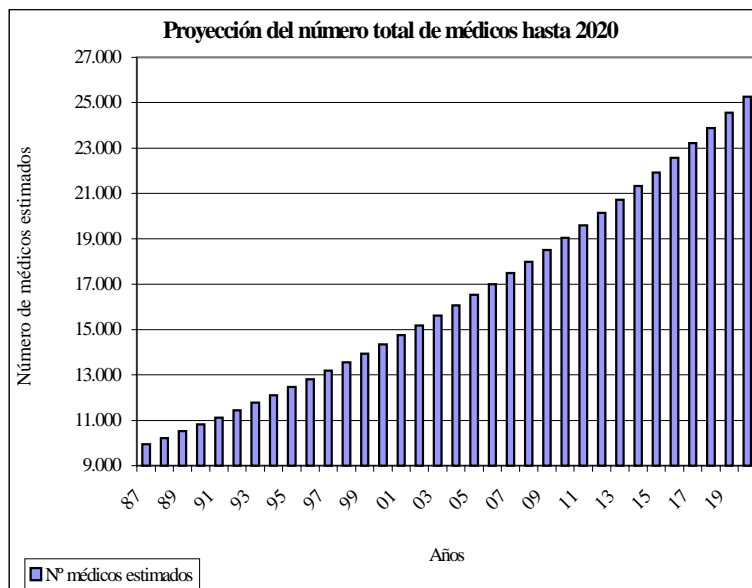


2. Número de médicos

- **Cantidad *total* de médicos**

El número de médicos total presenta un crecimiento promedio anual proyectado de un **2,8%**, tomando las observaciones para el período 1987-2002 del Padrón Médico Nacional. De mantenerse la misma tasa de incremento (para lo cual ninguno de los factores determinantes de este crecimiento debería alterarse), en el año **2020** se estaría superando los **25.000 médicos**, es decir, aproximadamente un **aumento del 66%** con relación a los existentes en la actualidad. A continuación se presenta un cuadro con datos históricos (período 1987-2002) y un gráfico con la proyección hasta el 2020:

Año	Nº Médicos Total
87	9.622
88	9.962
89	10.461
90	10.808
91	11.253
92	11.530
93	12.037
94	12.466
95	12.850
96	12.986
97	13.356
98	13.636
99	13.849
00	14.205
01	14.436
02	14.806



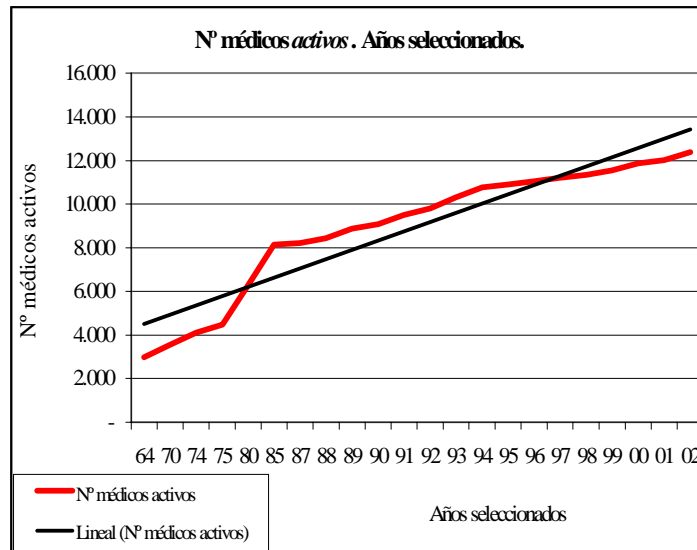
Nota:
Años 93, 94 y 95 estimados

- **Cantidad de**

médicos en actividad

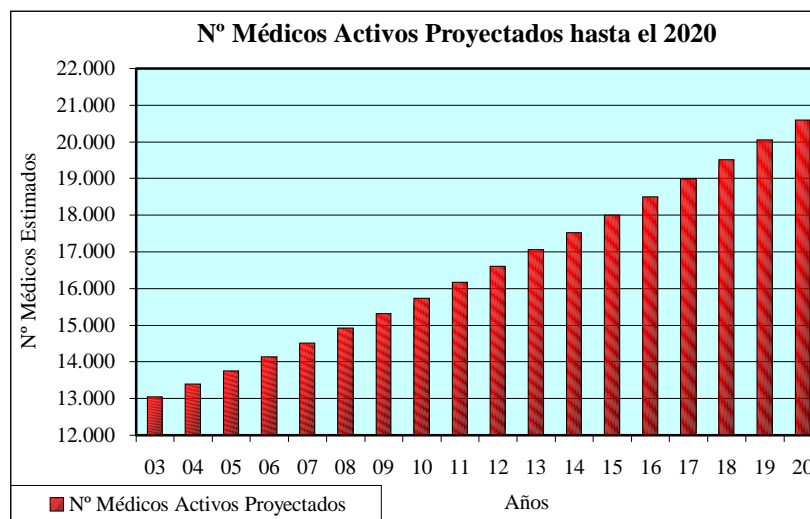
El número de médicos en actividad ha evolucionado en una tendencia también creciente en las últimas cuatro décadas, tal como surge del cuadro y el gráfico que siguen.

Años seleccionados	Nº médicos activos
64	2.976
70	3.542
75	4.471
80	6.274
85	8.141
90	9.093
98	11.353
99	11.540
00	11.878
01	12.011
02	12.388



Fuente: Padrón Médico Nacional y Suplemento Noticias Nº 73

Su proyección a futuro es la que se muestra a continuación.



3. Cantidad de médicos por habitante y la relación con otras profesiones de la salud.

- Cantidad de médicos por cada 10 mil habitantes

En el cuadro que sigue se recoge información para los cuatro países de mayor cantidad de médicos por habitantes de la región (Argentina,

Cuba, EEUU y Uruguay), según datos publicados por OPS en ediciones de La Salud en las Américas.

Número de médicos por cada 10 mil hab.	1992	1997
Cuba	43,34	53,04
Uruguay	36,84	37,03
Argentina	26,83	26,84
EEUU	24,52	27,9

Fuente: OPS, "La salud en las Américas", ediciones: 98 y 99

La edición del año 2002 mencionada anteriormente hace referencia a los desequilibrios en la distribución de diferentes recursos humanos en salud entre los países. ***"En el caso de médicos, la amplitud de disponibilidad va desde 58 médicos por 10.000 habitantes en Cuba a alrededor de 3 por 10.000 en algunos países del Caribe y Bolivia, con un valor para la Región de 19,8 por 10.000 habitantes para 1999.***

Seleccionando un conjunto algo más amplio de países de la región para la comparación, Uruguay se ubica en ***segundo lugar*** con el mayor número de médicos por cada 10.000 habitantes después de Cuba. Los datos se presentan en el cuadro siguiente, para el año 1999, incluyendo la relación de distintos profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes:

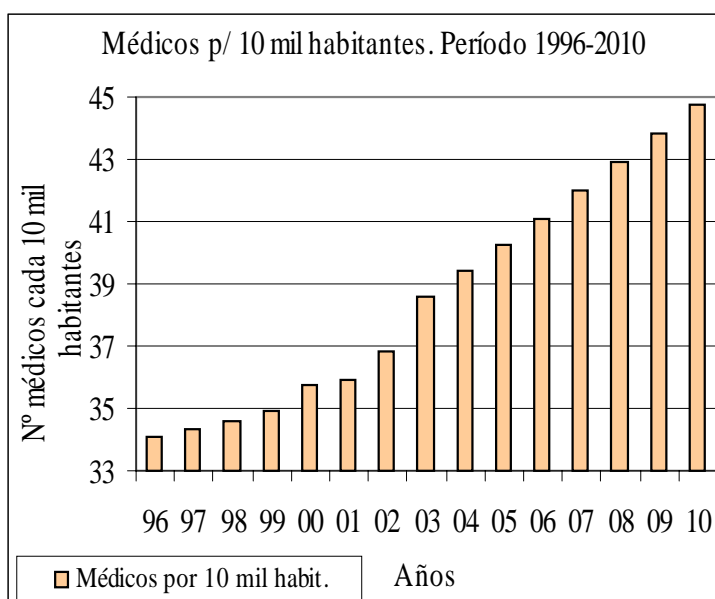
País	Médicos	Enfermeros	Odontólogos	Relación: Médicos por enfermero
Cuba	58	17	9	3,3
Uruguay	37	7	13	5,3
EEUU	28	97	6	0,3
Argentina	27	5	...	5,2
Canadá	23	90	6	0,3
México	16	11	1	1,4
Costa Rica	15	11	4	1,3

Brasil	14	5	9	3,2
Chile	13	10	4	1,3
Colombia	9	4	6	2,2
Paraguay	5	1	1	4,1

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Publicación Científica y Técnica No. 587, Vol. I, edición de 2002: LA SALUD EN LAS AMÉRICAS, página 403

A continuación se proyecta la tendencia del número de médicos en actividad por cada 10 mil habitantes, tomando en cuenta la proyección demográfica del INE para el período 1996-2010.

Años	Habitante por médico	Médicos por 10 mil habit.
96	293	34
97	291	34
98	289	35
99	286	35
00	280	36
01	278	36
02	271	37
03	259	39
04	254	39
05	248	40
06	243	41
07	238	42
08	233	43
09	228	44
10	223	45



- **Distribución de Recursos Humanos (Médicos, Enfermeras y Odontólogos) en las Américas**

El informe de la OPS comenta con relación a la distribución del personal de la salud:

“Los profesionales de enfermería presentaron una variación significativa en este período. De los 44 países con información, 45% presentan incremento en la razón de enfermeros por 10.000 habitantes. En 1999 la razón fue de 40,5 enfermeros por 10.000 habitantes, con una amplitud que va de alrededor de 1 en Haití y Paraguay a 97 por 10.000 habitantes en los Estados Unidos.”

“La disponibilidad de odontólogos en la región es baja y por lo general estos profesionales se concentran en las zonas urbanas. Agrava aún más la situación el hecho de que en la mayoría de países latinoamericanos hay pocas oportunidades de formación de personal técnico y de apoyo (técnico dental, higienista, auxiliares), lo que a la larga encarece la práctica y reduce las posibilidades de ampliar la cobertura en salud oral. En 1999 la razón para la Región fue de 5,5 odontólogos por 10.000 habitantes, con una amplitud de 0,1 por 10.000 habitantes en Haití a 12,6 en el Uruguay.”

Si se relaciona el número de médicos con el personal de enfermería, Uruguay es el país que tiene **más médicos por enfermeros** entre los países comparados, seguido prácticamente con el mismo número por Argentina.

4. Distribución de médicos según ubicación geográfica

Con respecto a la distribución geográfica de médicos en las Américas, la publicación de OPS establece:

La concentración de profesionales en las ciudades de mayor desarrollo es un fenómeno que se observa en la mayoría de los países de la Región. Entre los que disponen de información se observa una marcada desigualdad en el interior del país, como es el caso del Brasil, que, con una media nacional de 14,4 médicos por 10.000 habitantes, cuenta con 6 médicos por 10.000 habitantes en la región Norte, 8 por 10.000 en el Nordeste y 21 por 10.000 en el Sudeste. En Colombia, donde 57,3% de los médicos son generales, 26,4% de ellos trabajan en Bogotá, la capital del país. En Guatemala, por cada cuatro médicos que trabajan en la zona urbana solo hay uno en la zona rural. En la Argentina se registran en los puntos extremos la Ciudad de Buenos Aires, con 95 habitantes por médico, y Tierra del Fuego, con 962 habitantes por médico. La tendencia general del decenio de 1990 muestra que se mantiene sin mayores variaciones la razón de médicos por habitante en los países.”

En Uruguay, **más de tres cuartas partes** de los médicos activos se concentran en Montevideo. Tomando en cuenta la relación cada 10.000 habitantes, si bien la tendencia muestra cierta caída para el período considerado (1996-2002), igualmente se ubica en el entorno de los **cinco médicos en Montevideo por cada médico radicado en el Interior del país.**

En el cuadro que sigue se ilustra el fenómeno con datos para el período 1996 – 2002.

Ubicación geográfica de médicos en actividad en Uruguay										
Año	Montevideo			Interior			Total			Relación: p/hab. Mvdeo-Interior
	Nº	%	c/10 mil hab.	Nº	%	c/10 mil hab.	Nº	%	c/ diez mil hab.	
96	8.853	80	64	2.197	20	12	11.050	100	34	5,45
97	8.935	80	65	2.274	20	12	11.209	100	34	5,37
98	8.980	79	65	2.373	21	12	11.353	100	35	5,22
99	9.050	78	66	2.490	22	13	11.540	100	35	5,06
00	9.267	78	67	2.611	22	13	11.878	100	36	4,99
01	9.266	77	67	2.745	23	14	12.011	100	36	4,79
02	9.544	77	69	2.844	23	14	12.388	100	37	4,80

Fuente: Padrón médico nacional y publicaciones del INE.

5. Distribución de médicos generales y especialistas

Con relación a la especialización, tomando el número de médicos generales y el número de especialistas (computando hasta un máximo de tres especialidades por médico), la distribución es por mitades, tal como se refleja en el cuadro que sigue.

Año	Medicina general		Especialistas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
98	6.526	52	5.968	48	12.494	100
99	6.730	52	6.091	48	12.821	100
00	6.781	53	6.080	47	12.861	100
01	6.969	53	6.110	47	13.079	100
02	7.104	54	6.151	46	13.255	100

Nota: se incluyen hasta 3 especialidades por médico

6. OCUPACIÓN Y TENDENCIAS DEL MERCADO DE TRABAJO

Esta oferta profesional se vuelve insostenible con relación a la demanda de trabajo, teniendo en cuenta las perspectivas del país y el sector.

• La situación del país

En el presente contexto, el país sufre una brutal contracción económica, la cual se refleja en los indicadores que se presentan en el cuadro que sigue.

Años	PBI ¹		Desempleo % de la PEA ²	Salarios ³ Variación %	Inflación IPC %
	Millones US\$	Variación real %			
1.998	22.371	4,5	10,1	1,8	8,6
1.999	20.912	- 2,8	11,3	1,6	4,2
2.000	20.075	- 1,4	13,6	-1,3	5,1
2.001	18.661	- 3,1	15,3	-0,3	3,6
2.002	S/d	- 8,0 *	19,2 **	-9,1 ***	33,7
2.003	S/d	- 3,1 *	S/d		34,5

1 - Mide el resultado del esfuerzo productivo del país

2 - Población Económicamente Activa

3- Variación del Poder Adquisitivo

* Estimación: Claves & Tendencias, CINVE, N°4, Septiembre 2002.

** INE, último trimestre móvil, agosto – octubre 2002

*** Enero – Octubre de 2002.

El PBI viene cayendo desde hace tres años consecutivos y se pronostica que también disminuirá en el 2002 y 2003, con la particularidad que para el 2002 se estima un porcentaje de caída del 8%, superando en más del doble a la mayor de las disminuciones anteriores. Si bien la caída estimada para el año 2003 es inferior, lo que presupone cierta recuperación en el nivel de actividad, el país continuará su contracción económica. La finalización del período de crisis por el que se atraviesa parece difícil de pronosticar.

El desempleo global muestra una tendencia creciente para el período 1998-2002, habiendo superado ya el 19% de la PEA para el país urbano, sin que existan argumentos para creer que no superará la barrera del 20% en el corto plazo.

El poder adquisitivo de los salarios (públicos y privados) muestra una caída algo superior al 9% en lo que va del año. Si bien no muestra una disminución tendencial tan preocupante como en las variables anteriores, la caída acumulada en 2002 es altamente significativa.

A todo ello debe agregarse una inflación estimada para este año y el siguiente que se multiplica por 10 con relación a la del año anterior. Las políticas de estabilización aplicadas en la historia reciente tendientes a contener el proceso inflacionario suelen traer consigo una mayor depresión del consumo.

En síntesis, la contracción económica presente y proyectada, con un nivel de desempleo en crecimiento, una caída en el poder adquisitivo de las familias y una inflación en alza dibujan un escenario de crisis presente y para el futuro próximo, con una encrucijada económica y social que podría calificarse como altamente delicada.

- **La situación del mercado de trabajo médico**

Si se toman como base los cargos ocupados por los médicos en su actividad en las IAMC a comienzos del año 2000, la tendencia decreciente de la ocupación se inicia con el cierre de CEMECO y Uruguay España, lo que acarrea una importante pérdida de fuentes de trabajo.

Para los años 2001 y 2002, no sólo se pierden cargos por el cierre de IAMC (MIDU y COMAEC), sino que un **20,7%** de los médicos ocupados corre riesgo de quedar sin su actividad¹², siendo estas parcialmente remuneradas o en muchos casos directamente no remuneradas. Existen deudas que superan en ciertas instituciones los 6 meses de antigüedad, en un proceso que se tiende a consolidar dado que la deuda en lugar de amortizarse se acrecienta con el tiempo.

En el cuadro que sigue se agrupa al número de médicos que trabajaban en IAMC cerradas en el 2001 y que trabajan en entidades con distinta intensidad de riesgo de cierre al presente.

¹² Datos a marzo de 2001

IAMC MONTEVIDEO 2001	Nº Médicos
Grupo 1: Cerradas 2001 (MIDU – COMAEC)	344
Grupo 2: Alto riesgo de cierre (cuatro IAMC)	1.724
Grupo 3: Riesgo de cierre (una IAMC)	182
Sub-Total 1: Grupo1 + Grupo 2 + Grupo 3	2.250
Sub-Total 2: Grupo 2 + Grupo 3	1.906
Total Médicos IAMC Montevideo	9.574
Total Médicos IAMC Montevideo - Grupo 1	9.230
Porcentaje en riesgo: (Grupo 2 + Grupo 3) / (Total Médicos IAMC Mvdeo. - Grupo 1)	20,7%

Fuente: MSP, DICOCA, marzo 2001

En consecuencia, se puede afirmar que el multiempleo en el sector IAMC viene decreciendo, con una fuerte tendencia a desaparecer.

Los conflictos como los de UCM presionan adicionalmente sobre la ocupación médica, habiéndose perdido sólo en esta empresa 100 cargos médicos, a lo que habría que agregar la concentración de horas de trabajo en un grupo de médicos de la empresa, y la consecuente pérdida de horas para un número mucho mayor de profesionales que mantienen su actividad.

En las emergencias móviles se acrecienta el riesgo de pérdida de fuentes de trabajo: en la emergencia EMME que se encuentra en conflicto, en SUAT a partir del veredicto contrario del TCA por los aportes al BPS y en Alerta Médica, cuyo conflicto lleva más de cuatro meses de duración.

La precarización del trabajo médico constituye un fenómeno adicional que caracteriza al escenario actual, reflejado particularmente en la creciente contratación fuera de la relación de dependencia.

A su vez, se constata una progresiva disminución de la retribución horaria, cuyo ejemplo más evidente es el valor hora que paga la Emergencia UNO, equivalente aproximadamente al precio de un acto médico de policlínica en las IAMC, actividad para la cual el Laudo prevé seis actos en la hora.

Persisten en el sector diferencias de remuneración para idénticas funciones. Esto ocurre por ejemplo, cuando la misma actividad se desarrolla en ASSE y en las IAMC, e incluso para la misma función desempeñada por médicos con y sin "incentivo" en distintas dependencias de ASSE. El número de médicos de las diferentes especialidades constituye un factor relevante para la persistencia de este fenómeno.

La posibilidad de "generar" nuevos cargos en el sector es poco factible. Ejemplo de ello sería la opción de fraccionar aún más los cargos para la actividad de policlínica. Si se tiene en cuenta la atomización horaria en el Laudo vigente (26 horas mensuales), es prácticamente imposible lograr una mayor división, máxime en las circunstancias que atraviesa el sector salud.

En síntesis, se constata una tendencia decreciente de la ocupación médica evidenciada por el cierre de instituciones (IAMC), conflictos en empresas que concluyen con pérdidas de fuentes de trabajo y entidades consideradas "de riesgo" para los cargos existentes al presente, sin que se vislumbren opciones de fragmentación de cargos que "generen" nuevas posibilidades de trabajo sostenibles en el tiempo.

Con la crítica situación económica y social por la que atraviesa el país y la delicada situación del sector salud, se puede concluir que el número de médicos proyectado crece a una tasa tal que los demandantes de trabajo médico no podrán absorber, haciendo caer aún más la ocupación, llevándola a guarismos históricamente desconocidos.

CAPÍTULO III. UNA PROPUESTA ANTE LA SITUACIÓN RESEÑADA

1. Aclaración previa.- Sobre este tema se han realizado distintos análisis y evaluado soluciones diversas que tienen como punto en común su aspiración de buscar soluciones a la problemática que surge de los capítulos anteriores de este documento. La propuesta que se presenta a continuación, es sólo eso, una propuesta que pretende servir como base para el análisis del Comité Ejecutivo.

Problemas a solucionar.- Existen dos problemas fundamentales a solucionar: (1) El desnivel de los alumnos al ingresar a la Facultad, como consecuencia de la actual organización de Enseñanza Secundaria con sus deficiencias provenientes de limitaciones y diferencias de organización. Este fenómeno, que no es nuevo, pero se vio incrementado en forma alarmante en los últimos años.¹³ ¹⁴(2) La necesidad de evitar frustraciones de estudiantes, que al culminar su carrera se encuentren sin posibilidades de ejercer, por un número excesivo de profesionales, lo que lleva a la precarización del trabajo profesional y envilecimiento de sus retribuciones.

Organización de la Facultad de Medicina actual. La Facultad, es un órgano único dependiente de la Universidad de la República, aunque en los hechos está organizada como una suma de "Escuelas" en la que se forman distintos profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, parteras, tecnólogos, etc.)

¹³ En la Memoria del Decanato, del Dr. Mario A. Cassinoni, correspondiente a los períodos 1949-1950 y 1950-1953, se describen los orígenes de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. En la sesión del 10 de mayo de 1951, el Decano Cassinoni presentó al Consejo un proyecto de la Escuela de Graduados, expresando entre otros términos: "*Señores Consejeros: Toda escuela profesional para cumplir debidamente su trascendente cometido, debe fijar su atención sobre tres ciclos de la enseñanza: a) En primer lugar, sobre aquel que realiza la preparación del alumno, previa al ingreso a Facultad. La enseñanza secundaria y preparatoria y muy especialmente ésta última, deben preocuparle seriamente. Del grado de capacidad y eficiencia que adquiere el alumno en ese ciclo, dependen la extensión y profundidad de los programas de enseñanza, sobre todo en los primeros años de Facultad. La separación del Instituto de Enseñanza Secundaria y Preparatoria del seno de la Universidad y su desvinculación casi absoluta en los hechos, no obstante el buen propósito de sus actuales dirigentes, fue, podemos ahora juzgarlo sin apasionamiento, un tremendo error, cuyas consecuencias negativas pueden ser cada día mayores, en perjuicio de una eficiente enseñanza en las dependencias universitarias...*"

¹⁴ SALAMANO, Ronald: Nota enviada en noviembre de 2002 a los Claustros de la Facultad de Medicina, haciendo énfasis en la necesidad de nivelar el conocimiento que manifiestan a su ingreso a Facultad los estudiantes que proceden del ciclo secundario.

2. Exigencias al ingreso.- El ingreso a todas las "Escuelas" hoy, no es ilimitado, variando según cada una de ellas. La exigencia académica es la aprobación en forma completa del Ciclo Básico y Bachillerato Diversificado (Orientación Biológico). Además algunas de ellas, fijan un cupo determinado de ingresos para el cual se realiza un concurso, a través del cual pueden o no acceder al ingreso.

3. Problemas del concurso y número de cupos para el ingreso.- La solución a que hacemos referencia en el numeral anterior, practicado en la Facultad por algunas "Escuelas", elimina uno de los problemas (número excesivo de profesionales), pero resulta inequitativo para quienes ingresan con distintos niveles de formación, por deficiencias del sistema y no propias, dejando de esta manera pendiente el segundo de los problemas planteados.

4. Igualdad de oportunidades.- Lo expresado en el numeral anterior exige la necesidad de una nivelación común a los estudiantes que ingresan a la Facultad con destino a las distintas "Escuelas". En tal sentido parte de la propuesta que presentamos, hace necesario incorporar un curso de Introducción y Nivelación, de los distintos estudiantes que ingresan a la Facultad para cualquiera de las profesiones y disciplinas impartidas por esa casa de estudios. Este curso podría no ser obligatorio, de manera de no exigir a quienes consideran que tienen un nivel adecuado a concurrir. Con esto se aspira a solucionar uno de los problemas planteados en el numeral 3 (1).

5. Prueba de evaluación y ordenamiento.- Finalizado el curso que permita una nivelación común de los estudiantes, el segundo aspecto de esta propuesta incluye una prueba general de todos los estudiantes ingresados, que permita evaluar los conocimientos adquiridos durante el curso de Introducción y Nivelación y establecer un ordenamiento de los mismos.

6. Número de estudiantes por "Escuela".- La Facultad deberá estudiar y establecer el número de estudiantes que podrán ingresar a cada una de las "Escuelas" y la oportunidad o periodicidad (anual, bienal, etc.) teniendo en cuenta diversos elementos (necesidades

proyectadas de cada una de las profesiones, capacidad docente de cada "Escuela", etc.) tal como hace hoy la Escuela de Graduados.

7. Elección de "Escuela".- Los estudiantes, de acuerdo al orden surgido de la prueba de Evaluación y Ordenamiento y hasta el número de lugares de cada "Escuela", podrá elegir libremente el destino de su formación profesional. Con lo reseñado en los numerales 7, 8 y el presente, se pretende dar solución al problema planteado en 3 (2).

CONSIDERACIONES GENERALES

1. La Salud, con todos sus componentes, entre ellos y de una manera muy destacada, las políticas sobre Recursos Humanos, está esperando ser considerada como Política de Estado, desde hace muchos años. Todos los precandidatos presidenciales a lo largo de los últimos diez años, se manifestaron ante el SMU, cuando fueron convocados, en ese sentido. Sin embargo, y a pesar de alguna manifestación aislada, este tema sigue en la agenda de "pendientes".
2. El Padrón Médico Nacional (una base de datos de todos los médicos habilitados para el ejercicio en el país, que mantiene el SMU desde 1974, con el que se ha efectuado un registro sistemático al 30 de junio de cada año) muestra para 2002, que Uruguay dispone de 14.806 médicos autorizados para ejercer, de los cuales 12.388 en actividad, 905 jubilados, 1.118 en el exterior, 33 que no ejercen y 362 que no se ubican (correspondiendo estos últimos a egresados extranjeros que en su mayor parte han retornado a sus países de origen una vez finalizada su formación curricular).
3. No existe una política nacional, universitaria, o de cualquier otro nivel, que determine una orientación futura respecto al ingreso al pregrado. Esta carencia permite el libre acceso irrestricto al sistema educativo superior en Medicina, y cursar hasta el egreso. En ese momento sí aparece una restricción, desde hace diez años.
4. Se han implementado políticas de regulación del acceso a los posgrados, desde el comienzo de la década del 90, tanto por la

Facultad de Medicina, como por la Escuela de Graduados dependiente de la misma.

5. Un examen más detallado de la distribución por especialidades, permite comprobar que el crecimiento de las diferentes disciplinas no es homogéneo, registrándose un ritmo sensiblemente menor para las de naturaleza quirúrgica, y un crecimiento muy destacado de unas pocas disciplinas médicas, tales como nefrología, medicina intensiva, pediatría y psiquiatría, entre otras. Existe una tendencia clara a la sobre-especialización, siendo muy reciente el reconocimiento por la Escuela de Graduados de la Medicina Familiar como disciplina llamada a jugar un importante papel en la reorganización del sistema de atención de la salud.
6. Respecto de la distribución territorial, los médicos en actividad se concentran en Montevideo, donde existen 9.544, mientras que en el resto del país radican 2.844. Esta concentración de casi 4 a 1, se mantiene a lo largo de las décadas, desde 1974.
7. La profesión tiende sostenidamente a feminizarse, alcanzando en los ingresos a la Facultad de Medicina el 70%, como viene sosteniéndose desde la década del 80.
8. Algunos autores sugieren que el sobredimensionamiento de la masa de médicos, al menos en Montevideo, produce severas distorsiones del mercado de trabajo, y de la calidad de la atención médica, incrementando artificialmente los costos asistenciales.
9. Las Encuestas de opinión efectuadas entre los médicos de todo el país por el SMU, desde 1990, muestran una percepción creciente de la expresión de este fenómeno, así como de la evolución de la opinión favorable a implementar políticas para encauzar este crecimiento de la matrícula en el pregrado. Este sentimiento es muy patente en la Encuesta de 2001.
10. Los profesionales médicos más jóvenes encuentran cada vez mayor dificultad para ingresar al mercado de trabajo, produciéndose en los últimos años un deterioro marcado de sus remuneraciones en los cargos de mayor demanda (las horas de trabajo en servicios de emergencia móvil), de sus condiciones laborales (con pérdida de beneficios sociales y precarización del

- empleo), y actualmente asomándose a un quiebre en el sistema de salud, tanto en los subsectores público como privado.
11. El incremento de los ingresos a la Facultad de Medicina, con cifras cercanas a los 1200 alumnos en los últimos años, luego de un período estacionario e incluso descenso de su número, hace abrigar serias dudas sobre la posibilidad de que encuentren inserción laboral en el país.
 12. Son escasas o nulas las posibilidades de insertarse en los mercados de trabajo de los países del Mercosur, y quienes emigren deberán orientarse hacia los Estados Unidos o algunos países de la Comunidad Europea que han señalado su carencia de médicos generales (Reino Unido).
 13. Los empleadores principales, tanto a nivel público como privado, manifiestan su inquietud por este fenómeno de sobreoferta de recurso humano médico, que impide una concentración del trabajo profesional, mayor número de horas de consulta, con mejora de su eficiencia y mayor satisfacción en la calidad de la relación médico-paciente.
 14. Se han realizado importantes modificaciones en la accesibilidad para los graduados a la formación en las especialidades. Todas las disciplinas de naturaleza quirúrgica (que requiere incorporar habilidades y destrezas para su práctica segura) pueden alcanzarse a través únicamente de la Residencia, con un número limitado de plazas. Para las restantes, además de la Residencia, puede accederse a un cupo limitado de plazas para cursar el post-grado. Este hecho, que posiblemente está vinculado a un deseo de mejorar la calidad de la formación profesional, encierra una profunda inequidad, al establecer una limitación al egresar de la Escuela de Medicina, luego que se le permitió al pregrado ingresar y cursar la totalidad de sus programas durante ocho años y medio.
 15. Si alguna o varias de las propuestas efectuadas en muchos de los trabajos y reflexiones mencionados en este trabajo, hubieran sido discutidas e implementadas, se habría dado un paso gigantesco para procurar un sano equilibrio, entre el número de profesionales que están sin expectativas de empleo, y aquellas otras profesiones que están ampliamente en carencia, siendo recursos fundamentales para la administración de la atención de

salud. Y lo que es más importante, se habría ganado tiempo, ahorrado recursos invertidos en la formación, y **disminuído** el gasto realizado en el sector salud.

16. Parece necesario adoptar algunas decisiones de lógica elemental para modificar estas situaciones, asegurando una formación de buena calidad a los pregrados y posgrados, con formas de conectarse con el mercado de trabajo a través de procedimientos que garanticen la competencia y calidad de los recursos humanos. Esto está vinculado con el uso de las potestades que la Ley de Residencias Médicas otorga para que las organizaciones privadas puedan incorporarlas, y tal vez, como primer paso en la iniciación de nuevos profesionales en la carrera profesional para el sistema de salud.
17. En los hechos, si los organismos formadores no buscan equilibrar el sistema, tendrán predominio las visiones corporativas que autolimitarán el acceso a las áreas especializadas, como viene ocurriendo ya en otros países.

EN RESUMEN: El diagnóstico hace décadas que está hecho. La circunstancia de no adoptar decisiones y políticas al respecto, consistentes, sistemáticas y duraderas, hace que esta situación no varíe, y continúe creciendo el cuerpo médico nacional, sin proporción al crecimiento poblacional, contribuyendo en medida importante al incremento de los costos en salud del país.