

OPS/op  
PAR-ARG 14

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION  
"Dr. JUAN C. GARCIA"  
OPS/OMS

## MERCADO DE TRABAJO Y MEDICOS DE RECIENTE GRADUACION

Susana Belmartino\*  
Carlos Bloch\*\*  
Irene Luppi\*  
Zulema T. de Quinteros\*  
María del Carmen Troncoso\*



Publicación N° 14

\* Investigador del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS),  
Asociación Médica de Rosario.

\*\* Director del CESS.

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Regional de la **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
Representación de Argentina, 1990.

© Organización Panamericana de la Salud, 1990

© Organización Mundial de la Salud, 1990

El análisis estadístico de la información correspondiente a la investigación, que solo se refleja parcialmente en esta publicación, fue realizado por un equipo de estadísticos integrado por Nora Arnesi, Gabriela Boggio, Nelba Cannelli y Cristian Godoy bajo la coordinación de Irene Luppi.

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

## INDICE

	Página
INTRODUCCION .....	5
DELIMITACION DEL PROBLEMA BAJO ESTUDIO .....	5
OBJETIVOS .....	8
Objetivo general .....	8
Objetivo específico.....	8
CONTEXTO DEL ESTUDIO .....	8
Mercado de trabajo médico y producción de servicios de salud .....	8
La organización de los servicios de atención médica .....	12
El subsector privado.....	12
El subsector público .....	16
Los efectores propios de las obras sociales.....	18
Mercado de trabajo y formación del recurso humano .....	19
METODOLOGIA .....	21
Diseño general .....	21
Población en estudio.....	23
RESULTADOS .....	24
Descripción de la cohorte .....	24
El proceso de inserción a lo largo de los seis años .....	28
Los primeros años.....	29
Los últimos años del período y la práctica especializada .....	36
El perfil de inserción cumplidos los seis años .....	39
La multiocupación .....	39
El problema de la subocupación .....	42
La relación de trabajo .....	44
El ingreso y la rentabilidad del trabajo.....	48
Una estrategia particular: el ejercicio profesional en varias localidades.....	54
REFERENCIAS .....	57
ANEXOS.....	59
Anexo 1. Definiciones conceptuales y operacionales .....	61
Anexo 2. Especialidades por áreas .....	65



## INTRODUCCION

El Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) presenta en este volumen los resultados recientes de una de sus líneas de investigación, la que procura un mejor conocimiento del mercado de trabajo médico.

Esta línea de trabajo, inaugurada en 1978 con el estudio sobre **Estructura y dinámica ocupacional del médico (1)**, cuyo objeto era formular un diagnóstico exhaustivo sobre las condiciones de trabajo profesional en la ciudad de Rosario, se orienta ahora al mejor conocimiento de las modalidades de inserción en el mercado de los egresados jóvenes. Las dificultades que ellos encuentran para integrarse en la red de servicios, las exigencias de capacitación y especialización que dicha inserción les plantea y las estrategias que desarrollan para potenciar sus posibilidades, fueron abordadas en una investigación realizada entre 1985 y 1988, oportunidad en que la preocupación del CESS coincidió con la definición de líneas prioritarias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este proyecto en particular, además de contar con el apoyo de la OPS dispuso de un subsidio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

La presente publicación reúne una síntesis de aquellos resultados obtenidos que pueden ser utilizados para efectuar un diagnóstico de las condiciones del mercado de trabajo en relación con esa fracción de la profesión y facilitar el diseño de políticas de formación de grado y posgrado y de utilización del recurso humano médico. El problema encarado se ubica, sin duda, en el centro de la actual polémica sobre la crisis de la Universidad, la relación entre formación y condiciones de la práctica, y el indispensable reordenamiento de los servicios de salud.

### DELIMITACION DEL PROBLEMA BAJO ESTUDIO

Dentro de la línea de investigación dirigida al mejor conocimiento de la estructura y la dinámica del mercado de trabajo médico en la ciudad de Rosario, el problema abordado en este estudio tiene características particulares que orientaron desde el primer momento la discusión de los objetivos y sus implicancias metodológicas.

Se trata de una problema complejo que, en líneas generales, remite a las dificultades que encuentran los egresados jóvenes para lograr una adecuada inserción laboral, las exigencias de capacitación y especiali-

zación que esa inserción les plantea, y las estrategias que desarrollan para potenciar sus posibilidades y satisfacer las expectativas de superación personal que los llevaron a estudiar medicina.

Este problema, cuya gravitación debiera ser tenida en cuenta en la conformación futura de los servicios de salud, e integrada a la polémica de índole más general relacionada con la Universidad, las condiciones de ingreso, la situación de las carreras de grado y las posibilidades de trabajo para los profesionales de reciente graduación en la Argentina contemporánea, se ha incorporado en los últimos años a la agenda de cuestiones socialmente relevantes abordadas por instituciones de diverso tipo vinculadas a la medicina, su enseñanza y su práctica. En particular las facultades de medicina y las organizaciones gremiales médicas han abordado esta problemática poniendo de relieve sus múltiples matices y abriendo un espacio de discusión sobre propuestas que aparecen como portadoras de escalas de valores enfrentadas en cuanto a la definición de prioridades sociales vinculadas a salud y atención médica.

La complejidad del problema planteado hace necesario delimitar algunos de sus ejes, aunque se trate de una distinción exclusivamente analítica, ya que en la práctica estos campos de posible diferenciación se encuentran en interacción dinámica.

Un primer campo problemático se relaciona con el número constante de egresados de las facultades de medicina que se agregan año a año a la población médica, y su vinculación crítica con una posible contracción del mercado de trabajo médico derivada de las dificultades financieras por las que atraviesan los servicios, tanto en el subsector público como en las obras sociales.

El segundo campo de relaciones se estructura en torno a las dificultades presupuestarias planteadas a la universidad por la política de ingreso irrestricto, y la real o supuesta vinculación entre el número incrementado de alumnos y las deficiencias detectadas en la formación de grado, que vuelven indispensable la capacitación de posgrado. En este nivel, la oferta formativa se dirige casi exclusivamente a facilitar el acceso a la especialidad, convertida en uno de los elementos de desarrollo del "imperativo tecnológico" en medicina, y promover una práctica que fracciona al ser humano paciente, obstaculizando su consideración integral y negando toda posible vinculación entre sus procesos de salud-enfermedad y las condiciones de su inserción social.

Estas consideraciones abren un tercer campo de análisis que se nutre del cuestionamiento al modelo de práctica vigente y su asociación con los contenidos de la currícula de grado y posgrado: la aparente o real contradicción entre la defensa de una estrategia de atención primaria en manos de un médico generalista o de un equipo formado en las especialidades básicas, y los "mensajes" orientadores de su formación y de su práctica, que el estudiante y el graduado reciben tanto del sistema prestador como de los centros vinculados a la capaci-

tación, que lo inducen a insertarse en una especialidad como instrumento óptimo para adecuarse a las demandas del mercado.

Las deficiencias en la formación del egresado y las reconocidas limitaciones del modelo prevaleciente de práctica para dar respuesta a necesidades sociales cada vez más imperiosas problematizan también las modalidades de inserción que el mercado ofrece: multiplicidad de instituciones empleadoras, variedad y ausencia de jerarquización de las funciones médicas, carencia de programas de educación y aun de oportunidades de capacitación en servicio, modalidades de práctica en jornadas agotadoras y heterogeneidad de trabajo médico, deterioro consiguiente de la relación médico-paciente y mercantilización de los servicios.

La consideración del mercado de trabajo médico como la relación entre oferta y demanda de recursos humanos subsidiaria a su vez del mercado de oferta y demanda de servicios obliga a una primera definición de límites impuesta por la complejidad y heterogeneidad del sistema de atención médica. La demanda de médicos por parte de servicios que presentan perfiles de complejidad diferentes según las regiones y localidades puede plantear incluso la posibilidad de identificación de distintos mercados.

Pensada desde la oferta de recursos humanos universitarios, la dimensión del mercado de trabajo médico resulta ser, por lo menos, de nivel nacional. Desde la demanda permite una delimitación más restringida en función de las características particulares del grado de desarrollo de los servicios que la condicionan.

El estudio del mercado a partir de los servicios significa el reconocimiento de los tres subsectores que lo conforman: público, privado y de obras sociales. Sin embargo, esta sola discriminación resulta insuficiente para abarcar la complejidad del sistema, en relación con el nivel logrado por cada subsector en función de la incorporación de tecnología y de las múltiples interrelaciones que difícilmente podrían abordarse en forma exhaustiva a partir del estudio de la demanda.

Aun particularizando el enfoque en las grandes áreas urbanas que son a su vez centros universitarios, existen diferencias. Estos centros producen anualmente un número importante de médicos nuevos que presionan por incorporarse al mercado enfrentándose con un fenómeno de concentración, en el cual la relación médico/habitante se aparta marcadamente del resto del país.

La magnitud y complejidad del fenómeno, a lo que se agrega la demanda de los egresados para encontrar una respuesta acorde a sus necesidades de formación de posgrado y de trabajo, plantea a la Universidad, al Estado y a las instituciones médico-gremiales la necesidad de considerarlo como un problema que debe ser encarado sin dilación.

Si a ello se agrega la manifiesta retracción de los servicios producto de la crisis, es lógico deducir que existen dificultades cada vez mayo-

res para ingresar al mercado por parte de las nuevas generaciones de médicos.

En términos de una delimitación del problema en estudio, las consideraciones anteriores conducen a plantear la cuestión de los médicos de reciente graduación tomando en cuenta, además de la perspectiva desde la oferta, las particularidades de un área urbana con su problemática específica de servicios de salud.

En este contexto, la necesidad de pensar la formación de posgrado y la inserción del joven profesional en el mercado de trabajo como procesos interactivos sometidos a múltiples determinaciones implica poner en marcha un estudio que comprenda las formas de incorporación al mercado, las opciones de capacitación de posgrado y las características de la práctica profesional.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Estudiar el proceso de formación y especialización de posgrado y la dinámica de inserción de los egresados recientes al mercado de trabajo médico, las características de la práctica y las condiciones laborales resultantes de esa interacción.

### Objetivo específico

Analizar la forma de incorporación al mercado de trabajo de los médicos de reciente graduación, en términos de:

- . las actividades conducentes a la formación de posgrado y especialización,
- . las características de la actividad laboral desde el egreso,
- . las condiciones de trabajo.

## CONTEXTO DEL ESTUDIO

### Mercado de trabajo médico y producción de servicios de salud

Consideramos mercado de trabajo médico la relación entre oferta y demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina. Dicha relación depende en forma muy estrecha de las características que asuman en cada sociedad concreta dos procesos sociales complejamente articulados: el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica).

Aunque íntimamente relacionados, dado que la educación médica tiene por finalidad exclusiva la formación del recurso humano técnico indispensable para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, ambos procesos son independientes y están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas, que hacen que no siempre el recurso humano resultante del proceso formativo se adecue ajustadamente a las necesidades de la producción de servicios. Los posibles desajustes suelen estar referidos no solo a cantidades, sino también a conocimientos, aptitudes y sistemas de valores incorporados, y son un elemento más entre los que dificultan la inserción del médico en el mercado de trabajo.

El sistema de producción de servicios médicos, por su parte, está conformado por un conjunto relativamente heterogéneo de procesos que constituyen vehículos de intermediación entre la disponibilidad de recurso humano médico y la demanda de atención por parte de la población. Se trata de un complejo sistema institucional que absorbe el recurso humano y lo canaliza hacia la oferta de servicios. En ese sistema habrá que contabilizar no solo los establecimientos "efectores" públicos, privados o de la seguridad social, sino también las instituciones que regulan la financiación social de las prestaciones y que, por ese hecho, intermedian incluso aquella relación entre médico y demanda poblacional que aparece como más directa: la que se establece en el consultorio del profesional con una práctica relativamente autónoma.

La complejidad de tal sistema no está exenta de anarquía: superposiciones en algunas áreas y falencias en otras constituyen obstáculos para el aprovechamiento integral de los recursos disponibles. Las dificultades para una asignación eficaz de los mismos, tanto materiales como humanos, se han asociado tradicionalmente a la existencia de tres subsectores bien delimitados pero no totalmente autónomos, independientes en cuanto a la jurisdicción a la que se adscriben los efectores, pero interrelacionados desde el punto de vista de las fuentes de financiación y otros aspectos vinculados con el funcionamiento del sistema.

De las necesidades de ese complejo conjunto de procesos de producción de servicios depende la demanda de recurso humano médico, expresada ya sea en un número determinado de cargos en los que el profesional es retribuido mediante salario, o un número variable de actos médicos retribuidos mediante honorarios, solventados directamente por la población, o de manera indirecta a través del sistema de seguridad social o de los seguros privados.

Tanto los cargos o puestos de trabajo médico como las diferentes prestaciones realizadas por profesionales autónomos o semiautónomos no pueden ser abordados desde el punto de vista meramente cuantitativo; por lo contrario, dependen de una compleja escala de estratificación, derivada principalmente de las diferencias en la calidad del

adiestramiento indispensable para efectivizar las prestaciones, pero que no se agota allí, sino que da lugar a muy diversos niveles de valoración social de la respectiva práctica y, consiguientemente, muy distintas escalas de retribución de las mismas.

Ese diferente nivel de adiestramiento que califica la oferta de trabajo médico en el mercado resulta de dos componentes con distinto peso según las especialidades: la formación de posgrado que posibilita el acceso al título de especialista y el consiguiente perfeccionamiento, y la antigüedad en la profesión.

El complejo problema de las especialidades médicas merece alguna puntualización. Los procesos que han determinado los cambios más relevantes en la atención médica en el mundo han sido el aumento del número de especialidades y subespecialidades y el trabajo en grandes instituciones. Consecuencia natural del desarrollo técnico científico, la diferenciación de especialidades médicas va unida a un proceso de crecimiento de la información que se traduce en una constante redefinición de los límites entre lo normal y lo patológico, un aumento de la capacidad de intervención en los problemas asociados con la enfermedad, y la necesaria división técnica del trabajo en el interior del cuerpo profesional (2).

Esa diferenciación de procesos de trabajo que suponen abordajes parciales de la unidad biopsicosocial que constituye el ser humano implica, como necesaria recomposición de dicha unidad, la complementariedad entre las diferentes especialidades y la dependencia recíproca entre especialistas, es decir, el trabajo en equipo. Tal circunstancia, unida a las necesidades derivadas del aumento y especialización del equipamiento, favorecería el trabajo en grandes organizaciones dirigidas a facilitar una atención integral.

Esta consideración de los aspectos técnicos del problema hace aparecer al proceso como dotado de una racionalidad interna que solo muestra sus contradicciones cuando se analizan los límites de la posible respuesta a las necesidades de salud de la población. Entre los problemas más evidentes se señala, en primer lugar, que la especialización y la consiguiente fragmentación del objeto de trabajo, aun en el plano biológico, no ha estado acompañada de un aumento sustantivo del trabajo en equipo, aunque la práctica se radique en instituciones complejas. En segundo término, la aceptación mecánica de los avances técnicos producidos en países centrales supone un énfasis en patologías que no siempre representan los problemas más relevantes en las sociedades donde esos conocimientos se trasplantan. Por último, el desarrollo de subespecialidades no siempre está asociado a la necesidad de dominar un cuerpo de conocimientos en continuo crecimiento; en ocasiones se trata del dominio de una técnica o la utilización de un aparato que por su rentabilidad justifican la dedicación exclusiva del profesional a su aplicación.

Sin embargo, pese a la importancia que adquiere la especialización

como instrumento de inserción en el mercado de trabajo, no puede decirse que la capacitación que supone la posibilidad de utilizar determinados recursos técnicos para resolver un problema de salud sea el único componente de la diferente valoración del trabajo médico. También influyen una serie de elementos que se originan en pautas culturales y escalas de valores particulares, uno de los cuales, muy relevante, es la valoración otorgada al componente tecnológico de la atención, proveniente sin duda de la dependencia de modelos de práctica originados en los centros, donde el desarrollo científicotecnológico ha sido más dinámico y ha contribuido en mayor medida a configurar los servicios de atención médica como un área privilegiada de inversión de capital y realización de beneficio para las industrias subsidiarias, en particular las de medicamentos y equipos.

En lo referente a los cambios producidos por la incorporación de aparatología, es necesario señalar que si bien los servicios de salud han mostrado una decidida tendencia a incorporar las innovaciones tecnológicas a medida que aparecían en el mercado, ese proceso no supuso economía en la utilización del recurso humano.

Frecuentemente, la introducción de aparatología compleja da lugar a la conformación de nuevas unidades de servicios y a la introducción de subespecialidades médicas, en un proceso que puede caracterizarse como división técnica del trabajo en sentido horizontal (3). En forma complementaria, se ha producido también una cierta división técnica del trabajo que opera verticalmente, a partir de la redistribución de tareas entre personas de diferentes niveles de calificación, generando, por consiguiente, una importante demanda de personal auxiliar.

Mientras el primer proceso mencionado, la división técnica horizontal del trabajo, aumenta la complejidad y el costo del acto médico en razón de la intervención de un mayor número de profesionales altamente calificados, el segundo contribuiría a una mayor productividad, en el sentido de menor costo por unidad de trabajo, a partir de la introducción de personal menos calificado y con un nivel de remuneración más bajo. El costo global aumentaría por la adición de actos diagnósticos y terapéuticos, pero se producirían economías en la utilización de personal que redundarían en menor costo por práctica.

Es posible que tales procesos se estén desarrollando en nuestro medio de manera paralela a la incorporación masiva de tecnología producida en la última década; sin embargo, la abundante oferta de trabajo médico puede haber favorecido la incorporación a tareas auxiliares de profesionales con un nivel de calificación relativamente alto, determinando una situación de subocupación de buena cantidad de médicos jóvenes y no tan jóvenes, y una subremuneración de su trabajo que estimula la búsqueda del multiempleo.

La precedente descripción del conjunto de variables que inciden en las modalidades de absorción del recurso humano médico, aunque sin duda incompleta, ilustra suficientemente las dificultades asociadas con

la intención de definir un mercado de trabajo en términos de oferta y demanda, y analizar su posible elasticidad. Para proceder en forma ordenada parece indispensable, como paso previo, considerar el mercado de oferta y de demanda de atención médica del cual el mercado de trabajo médico es subsidiario.

### **La organización de los servicios de atención médica**

Es indudable que la incorporación de recurso humano médico al mercado de atención -la cantidad y calidad de profesionales requeridos para la efectivización de las prestaciones- depende de la manera particular mediante la cual en una sociedad concreta se organiza la respuesta social ante la enfermedad, más concretamente, de las características particulares que asume la organización de la oferta de atención médica. Del "modelo" de organización de los servicios adoptado, dependerá la cantidad y calidad del recurso humano a incorporar.

Como ejemplo de la posible diversidad de situaciones, puede pensarse en el tipo de recurso que absorben sistemas con "puerta de entrada", basados en el predominio de la atención primaria y las actividades preventivas, frente a otros que privilegian la atención de la demanda espontánea y el recurso directo a la consulta especializada.

Una manera de ordenar el análisis consiste en aceptar el supuesto -por lo menos a nivel de hipótesis- de que no existe un solo mercado de oferta y demanda de servicios, sino varios que se diferencian por la fuente de financiación y la accesibilidad resultante. Si la hipótesis resultara cierta, se podrían definir también distintos mercados de trabajo médico, cada uno con modalidades específicas de incorporación del recurso humano.

Una forma de aproximación al problema es considerar la situación por subsectores aun teniendo en cuenta, como ya mencionamos, que la relación existente entre modalidades de financiación y organización de los servicios en cada uno de ellos no es totalmente lineal. Sin embargo, la existencia de interconexiones, establecidas particularmente por los flujos de población, no niega la evidencia de que, por lo menos hasta el presente, existe una especificidad en la función desarrollada por cada uno de ellos. Dicha especificidad emana de los sectores de población que cubre, y tiene consecuencias muy importantes sobre las modalidades organizativas predominantes.

### **El subsector privado**

Las instituciones de atención pertenecientes al subsector privado absorben la demanda solvente, aquella con capacidad de pago directo o cubierta por alguna forma de seguro social (obras sociales, mutua-

lidades) o seguro privado, en general bajo las modalidades de libre elección del profesional y pago por prestación. Se puede afirmar, sin caer en generalizaciones abusivas, que el móvil de su actividad es la generación de un beneficio destinado a ser apropiado en forma privada, aunque se reconozca que en la práctica concreta ese beneficio puede asumir formas que van desde la retribución del trabajo personal hasta la valorización de un capital invertido en instalaciones, equipos o contratación de profesionales retribuidos con salario. Del mismo modo, la organización misma de la práctica puede variar desde el consultorio individual aislado hasta las grandes empresas médico-sanatoriales.

Tales diferencias internas no constituyeron obstáculo para que en el interior del subsector privado se esbozaran en los últimos años las tendencias que permitieron definir el llamado modelo médico hegemónico: una práctica fundamentalmente curativa, especializada e intensiva en la utilización de tecnología. Ese tipo particular de práctica constituye el nivel más alto de excelencia, tanto para los legítimos detentadores del "saber médico" como para la población en general. Dicha circunstancia, la generalizada aceptación del principio de libre elección, y la modalidad dominante del pago por terceros, influyen en la aparición de componentes mercantilistas y tienen importancia en la forma particular que adquiere la relación entre oferta y demanda de servicios. Esa relación asume características tan particulares que supone problematizar su condición de mercado, autorizando al menos a definirlo como **mercado atípico**.

Desde el lado de la oferta, no se trata de un servicio unitario, sino de una multiplicidad de servicios y bienes sumamente heterogéneos y de diferente nivel de complejidad: consultas, medicamentos, intervenciones, análisis, internaciones, prácticas diversas, remiten a procesos de producción altamente especializados, con muy diferente incorporación de recursos técnicos y materiales.

Se trata de un mosaico de entidades económicas separadas, con muy diferente significación en términos de costo, utilización de mano de obra y productividad (4), y enlazadas por una sola condición: la elección del servicio o bien a consumir no se define desde el lado de la demanda, sino que está determinada por una decisión que corresponde predominantemente al ofertante. El médico es quien prescribe y, por lo tanto, quien decide el tipo, calidad y monto de la intervención, quedando a la decisión del consumidor únicamente la oportunidad de la primera consulta. No solo no puede el demandante de atención decidir el contenido de su consumo, sino que tampoco tiene pautas para considerar con precisión la calidad de la atención recibida: carece de la posibilidad de evaluar si otro oferente podría haber prestado el servicio de manera más eficaz (5).

Por otra parte, la regulación del consumo por el lado de la oferta no está regida en forma exclusiva -como sucedería en un mercado

clásico- por el incentivo del beneficio. Intervienen también en este caso condicionamientos relacionados con las modalidades del saber médico y la ideología médica dominante: la necesidad de brindar al paciente la totalidad de las oportunidades que la ciencia ofrece para tratar su caso, independientemente de cualquier consideración de costo-beneficio, constituye una actitud de raíz técnico-ética por lo general aceptada y considerablemente difundida, conocida en la literatura especializada como "imperativo tecnológico".

El sistema de organización de los servicios influye también en la relación entre oferta y demanda. Un factor que adquiere importancia particular en la escasa transparencia de este mercado es la persistente índole artesanal de la práctica: aun en las organizaciones más complejas es todavía la pericia atribuida al profesional la que define la calidad (real o supuesta) del bien ofrecido. Esa situación obstaculiza el logro de una posible mayor productividad multiplicando los productores o tornándolos intercambiables. A lo sumo se obtiene una cierta ampliación del "círculo de prestigio", trasladando el aura de pericia desde el profesional prestigiado hasta su equipo de trabajo.

Si bien es indudable que en materia de consumo de atención médica la oferta modela la demanda, también esta tiene influencia sobre la primera. Es de sobra conocido que la organización de la seguridad social y el sistema de contratación con el sector privado a partir del pago por prestación como modalidad dominante de retribución permitieron la subsistencia en nuestro país de una práctica médica organizada bajo parámetros liberales, anulando paralelamente la consideración del factor costo en la toma de decisiones relacionadas con la atención del paciente.

En los últimos años, además, la regulación de esa contratación por parte del Estado ha convertido al Nomenclador de Prestaciones en un virtual mecanismo de estímulo para determinadas prácticas -aquellas que aparecen como más rentables- y para la aparición de una creciente gama de especialidades y subespecialidades generalmente orientadas a la utilización de aparatología compleja.

Por el doble camino del prestigio con que la especialización es considerada en el terreno académico, y de los incentivos económicos derivados de las modalidades de cobertura social, la condición de especialista se ha transformado en requisito indispensable para una buena inserción en el mercado de trabajo médico.

Llevando la observación a otro nivel, la elasticidad del mercado de oferta y demanda de servicios dependerá del comportamiento del gasto de la población destinado a solventar las prestaciones; investigaciones producidas en países centrales asocian el desarrollo de las especialidades y la incorporación de tecnología con un mayor número de prácticas -actos médicos- y, por consiguiente, un aumento del gasto global (6).

Para una caracterización más precisa del mercado es necesario

observar, además, que ese aumento del consumo por parte de la población no se distribuye de manera igualitaria entre los oferentes en el mercado de atención; por lo contrario, la información disponible permite apreciar una creciente concentración de la demanda en beneficio de determinados profesionales dentro de cada especialidad y de determinadas especialidades en el conjunto de las mismas.

Estas características peculiares del mercado de oferta y demanda de servicios médicos en el subsector privado influirán, como es obvio, en la demanda de recursos humanos para ese subsector. Si recordamos que las organizaciones dedicadas a la producción de servicios cubren un espectro sumamente diversificado que va desde la gran organización sanatorial hasta el consultorio privado individual, resulta indudable que esa circunstancia se traducirá en la práctica en una amplia gama de "puestos" de trabajo con exigencias diversas en cuanto a formación requerida, y también muy diferentes niveles de retribución para la oferta de fuerza de trabajo disponible en el mercado.

La expansión de la capacidad instalada tanto en recursos como en servicios especializados de diagnóstico y tratamiento supone un aumento de la demanda de diferentes cantidades y "calidades" de trabajo médico. Por una parte, médicos escasamente calificados (o por lo menos dispuestos a realizar una tarea de escasa calificación) para cubrir cargos de médicos de guardia y médicos internos; por la otra, médicos especialistas para cubrir un conjunto creciente de tareas que suponen nuevas subdivisiones del objeto de trabajo, y en muchos casos se relacionan con la incorporación de tecnología compleja: hemodiálisis, ecografía, TAC, etc. Puede resultar sobreabundante mencionar que los primeros reciben salarios exigüos para realizar tareas rutinarias en largas jornadas de trabajo, y los segundos se encuentran en condiciones relativamente mejores aun cuando se desempeñan también en relación de dependencia.

El problema del médico autónomo que trabaja en un consultorio, ya se encuentre este aislado o integrado en una institución, es distinto y posiblemente más complejo por la imposibilidad de trazar líneas de separación entre los dos mercados definidos al comienzo. Se trata en este caso de profesionales que, para solventar sus necesidades de subsistencia, deben atraer parte de la demanda efectiva de servicios de atención médica actuando en el mercado a través de la competencia por diferenciación de producto, es decir, procurando demostrar que el producto que ofrecen es mejor que el que son capaces de producir sus colegas. Este recurso humano médico se inscribe directamente en el mercado de oferta de servicios, compitiendo en él con las otras organizaciones que lo integran para captar parte de la demanda solvente.

Sin embargo, el estrechamiento del mercado producido por la reducción de la demanda solvente, como consecuencia de la crisis económica general y de la crisis financiera del sistema de seguridad,

ha servido de estímulo para que algunos grupos de profesionales sustituyan la competencia por la captación de la demanda a través de acuerdos dirigidos a establecer formas de distribución de esa demanda y obstaculizar el acceso a la misma por parte de nuevos especialistas. Este tipo de prácticas comienza a desarrollarse en aquellas especialidades que por diferentes razones todavía no han incorporado un número importante de profesionales. El relativamente reducido número permite la formulación de acuerdos dirigidos a obstaculizar la formación de nuevos especialistas, cerrar el acceso a cursos de actualización y organizar alguna forma de distribución del uso de la nueva tecnología: uno o varios profesionales adquieren un aparato o aprenden una técnica que supone una formación particular, y se dedican exclusivamente a aplicarla, recibiendo pacientes por derivación de sus colegas. El estrechamiento de la oferta también posibilita mejores condiciones de negociación con la seguridad social, o incluso, en algunos casos, la salida del sistema.

### El subsector público

La actividad del subsector público destinada a satisfacer demanda de atención médica por parte de la población tiene características que la diferencian de la desarrollada por el sector privado, en razón de que no se encuentra orientada a la percepción de un beneficio, sino a la realización de un servicio de índole social: dar respuesta a las necesidades de salud de la población de escasos recursos.

Paradójicamente, la actividad del sector no está en realidad determinada por aquellas necesidades que debería satisfacer, sino fundamentalmente por la disponibilidad de recursos financieros, es decir, por aquella parte de los recursos estatales que se destinan a dar respuesta a este tipo de necesidades sociales.

Esa disparidad entre necesidades de la población y oferta efectiva de servicios por parte del Estado se ha evidenciado particularmente en los últimos años. Las consecuencias sociales de la crisis económica han producido un aumento de la demanda de servicios en el sector público por parte de una población cuyas condiciones vitales se han visto sensiblemente desmejoradas y en la que se alinean, junto al tradicional indigente médico, sectores con cobertura teórica en obras sociales que no pueden utilizarlas en razón de que la importancia creciente de los coseguros se ha convertido en una barrera que limita la accesibilidad. Ante esa demanda acrecentada, la evolución de los servicios públicos se ha caracterizado por el agravamiento de las insuficiencias en cuanto a disponibilidad de recursos humanos y materiales y por el deterioro de las actividades de formación y capacitación en servicio del recurso humano disponible.

Como consecuencia de una evolución que dejó atrás la época en

que los efectores del Estado eran el lugar de radicación de la tecnología de punta, actualmente el médico hospitalario carece de los elementos mínimos indispensables para la atención. En algunas especialidades críticas se ha llegado a contratar prestaciones con el subsector privado, iniciando un proceso de privatización de la institución estatal que agrava todavía más sus dificultades financieras.

A pesar de esas deficiencias, el subsector público sigue constituyendo un área de capacitación particularmente valorada. Las escasas residencias disponibles para los egresados de la Facultad de Medicina que quieren acceder a la especialidad, constituyen situaciones de privilegio en términos de adiestramiento, si bien significan tres años de trabajo intensivo, con remuneraciones notoriamente insuficientes. El resto de los egresados, aquellos que no pueden ingresar a una residencia, se ven forzados a continuar su entrenamiento a través de las "conurrencias" que proporcionan una formación no sistematizada, de escaso valor práctico y sin ninguna remuneración.

En razón de brindar la principal oportunidad de formación de posgrado sistematizada y de valor reconocido, el sector público consigue ampliar su capacidad operativa por encima de las posibilidades ofrecidas por los recursos que se le destinan. Retribuyendo magramente el trabajo de los residentes, o utilizando el trabajo *ad honorem* de los concurrentes, consigue disponer de recursos que de otra manera no podría seguramente contratar. También el personal médico de su planta permanente está mal remunerado, situación que se compensa solo parcialmente con las oportunidades de continuar el proceso de capacitación, o el relativo nivel de prestigio que supone el ejercicio de un cargo hospitalario o la docencia de una cátedra universitaria. En los últimos años, el deterioro de las condiciones de operación del sector público se ha traducido en una pérdida relativa en cuanto a las posibilidades de capacitación en servicio de sus residentes.

También dentro de la dinámica del acceso a la especialidad, es necesario señalar que los cambios sucesivos de los requisitos fijados por el Colegio de Médicos para obtener la acreditación correspondiente han repercutido en forma más o menos inmediata en las estrategias empleadas por los jóvenes profesionales en la búsqueda de oportunidades de capacitación. Por otro lado, las mayores exigencias introducidas a partir de la reglamentación de 1980 produjeron un efecto transformador sobre las concurrencias. Al perder su valor tradicional como antecedente, las numerosas concurrencias informales existentes fueron incorporando normas que fijaban derechos y obligaciones, algunas de las cuales se aproximan a las exigencias establecidas en el sistema de residencias.

Para el joven profesional médico, el mercado de trabajo en el subsector público se ha ido estrechando paulatinamente en los últimos años, como ya mencionamos, en razón del achicamiento de los recursos destinados al subsector. A la dificultad existente para ingresar en

la carrera médica hospitalaria debido al escaso número de vacantes, se unen las arbitrariedades que en ciertos períodos han dominado los mecanismos de selección del personal.

En el ámbito local se hace necesario distinguir entre la jurisdicción provincial, en la que existe una carrera normatizada que establece modalidades de selección para el ingreso y sistemas de promoción, y los efectores municipales, en los que se aplican las disposiciones generales del estatuto que regula la actividad del personal municipal. De manera general puede decirse que en los períodos de gobiernos *de facto* se han dejado de cumplir las disposiciones referidas a la periodicidad de los concursos de ingreso y de los destinados a cubrir funciones jerarquizadas. En esos períodos con mayor frecuencia, aunque también bajo gobiernos democráticos, los cargos hospitalarios suelen convertirse en instrumentos de recompensa para diferentes tipos de clientela: clientelas políticas para los funcionarios del Estado, clientelas conformadas por los discípulos y miembros del equipo de trabajo para los especialistas que dirigen las diferentes secciones y departamentos.

En los dos subsectores considerados, por consiguiente, ni el aumento de las necesidades de salud de la población ni el incremento de la demanda solvente significan una ampliación correlativa en la posibilidad de inserción en el mercado del recurso humano disponible. En el subsector privado por la creciente concentración del ingreso que beneficia a las especialidades y la capacidad instalada sanatorial, en el público por la contracción de los recursos del Estado o de políticas de disminución del gasto destinadas a paliar el déficit fiscal.

### Los efectores propios de las obras sociales

Con respecto al tercer mercado de trabajo, el correspondiente a los servicios "propios" de las obras sociales, se asemeja al subsector público en razón de que su actividad no tiene fines de lucro, orientándose a la prestación de servicios a los beneficiarios de aquellas instituciones que han optado por este sistema. Los profesionales se encuentran en relación de dependencia y son retribuidos mediante salario.

Se trata de un mercado de trabajo relativamente reducido en razón de la escasa capacidad instalada existente en este subsector, y en él domina más sistemáticamente que en el público la discrecionalidad política como sistema de selección entre los postulantes al ingreso.

En cuanto a las modalidades organizativas, las instituciones más antiguas, como el Hospital Ferroviario, por ejemplo, adoptaron las dominantes en el sector público, tanto en la infraestructura edilicia como en lo relacionado con la organización de la práctica médica. En épocas posteriores se comienzan a asimilar a las instituciones sanatoriales privadas, incorporando elementos de confort en cuanto a hotele-

ría y adoptando el modelo de práctica especializada, centrada en la atención de la enfermedad, con escasa o nula relevancia de las actividades de protección y promoción de salud. La organización es centralizada, con grandes unidades sanatorias donde se concentra la totalidad de la atención. La demanda de recursos humanos, por consiguiente, asume las mismas características que la derivada de las instituciones sanatorias privadas en razón de que la organización de la práctica es muy similar. En la ciudad de Rosario se ha producido en los últimos años una notable ampliación de los servicios ambulatorios, en un proceso que no ha sido posible cuantificar.

Este sistema tampoco ha mostrado elasticidad en relación al aumento de la población beneficiaria y la posible mayor demanda de atención. Podría suponerse que estas instituciones se encuentran en mejores condiciones para dar respuesta a las necesidades de salud de sus beneficiarios que aquellas que subcontratan con el sector privado, en razón de haber adoptado el sistema de prestación directa de servicios que excluye la generación de beneficio y todos los incentivos para la realización de una mayor cantidad de prestaciones centrados en expectativas de obtención de lucro. Sin embargo, puede afirmarse que, en general, se enfrentan también a una situación de escasez de recursos para hacer frente a la demanda de sus beneficiarios. Aun cuando existe una cierta diversidad de situaciones que invalida toda afirmación en términos absolutos, en la mayoría de los casos la ineficiencia en la administración y las consideraciones políticas que regulan la incorporación de personal agravan las dificultades financieras que amenazan la supervivencia de la totalidad del sistema.

### **Mercado de trabajo y formación del recurso humano**

Como ya se señaló, la oferta de trabajo médico está estrechamente relacionada con las condiciones de formación del recurso humano. De las características del sistema de educación médica dependerá el flujo de personal calificado hacia la oferta laboral. Entre dichas características pueden distinguirse las cuantitativas (matrícula, tiempo y costo del entrenamiento, índice de deserción) de las de carácter cualitativo (contenidos educativos, métodos pedagógicos). Todas dependen de la acción de una multiplicidad de factores, entre ellos la demanda social de educación médica.

Aunque la relación entre el sistema de educación médica y el sistema prestador de servicios puede considerarse sobre la base de una interacción recíproca, parece existir consenso sobre la existencia de una determinación más fuerte, que en última instancia supone que sea la práctica médica la que regula la formación del recurso humano. Frenk y colaboradores (7) distinguen tres niveles sobre los cuales se manifiesta dicha determinación. El primero resulta de la adopción de

un determinado currículum en respuesta a la demanda de las instituciones asistenciales por un determinado tipo de médico; el segundo estriba en la capacidad del sistema asistencial para hacer o no viables las reformas propuestas por el sistema educativo; el tercero se refiere al hecho de que el sistema de atención médica imprime sus modalidades específicas a los programas educativos al proveer los espacios para la práctica de los educandos.

En lo relacionado con la formación de pregrado, la situación actual puede caracterizarse de la siguiente manera: a) se otorga importancia particular al tipo de práctica que se realiza en las instituciones hospitalarias dedicadas a la atención de enfermedades agudas con baja prevalencia; b) se pone el énfasis en la función asistencial dirigida sobre las fases más activas de la enfermedad, relegando a segundo plano aspectos tales como rehabilitación, reinserción, seguimiento de crónicos, etc.; c) se privilegia la función curativa ignorando la importancia de promoción y prevención; d) no se tiene en cuenta los factores psicológicos, sociales y ambientales de la salud/enfermedad, ni se integran eficazmente al currículum los aportes de las ciencias sociales, las ciencias humanas y la epidemiología; e) se acentúan los aspectos memorísticos del aprendizaje, descuidando la capacidad de raciocinio y el desarrollo del criterio clínico para la evaluación de la condición del paciente (8).

Esta simple enumeración de características muestra de manera suficiente cómo el sistema formador proporciona las bases intelectuales de la reproducción del modelo médico hegemónico.

Considerando el problema desde el ángulo de la inserción en el mercado de trabajo, es necesario tener en cuenta que la complejización y tecnificación de la práctica y las notorias deficiencias de la carrera de grado, han convertido a la formación de posgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional. El tipo de carrera de posgrado al que el joven profesional puede acceder y la especialidad elegida se convierten en elementos diferenciadores en su posterior integración al mercado de trabajo.

Esto se traduce en que una adecuada inserción laboral exige una previa inversión en capacitación, en razón de las escasas posibilidades de formación de posgrado disponibles. Es en ese terreno donde las elecciones y las posibilidades individuales comenzarán a pesar en cuanto a la futura calificación y consiguiente definición de los límites de la competencia en el mercado para cada profesional.

En este aspecto de la formación de posgrado se interconectan el sector privado y público. Las instituciones estatales brindan prácticamente las únicas posibilidades sistemáticas de formación a través del sistema de residencias, las carreras y los cursos formalizados de posgrado, pero las condiciones de la enseñanza y la elección de los contenidos se rigen por las condiciones prevalecientes en el sector privado, que orientan también las expectativas de los educandos.

Las consideraciones desarrolladas hasta aquí parecen avalar la afirmación de la inexistencia de un mercado de trabajo médico que pueda definirse a partir de variables estrictamente económicas como oferta, demanda, precios, cantidades, productividad, etc. Habría que acordar, al menos, que se trata de un mercado atípico o, mejor aun, de varios mercados atípicos, diferenciados principalmente por el mecanismo financiador del proceso de producción de atención médica en el que el recurso humano se integra. Factores políticos y sociales, junto a otros que expresan el desarrollo del conocimiento teórico y aplicado, las transformaciones producidas en las expectativas de la población relacionadas con su salud, la respuesta de las instituciones al imperativo tecnológico, la mercantilización de la práctica, la transformación de la medicina en un área importante de valoración de capital, inciden de manera diferente en cada uno de los subsectores, determinando diversas posibilidades de absorción del recurso humano disponible y distintas opciones de carrera para los individuos que lo integran.

Por otra parte, la especial valoración acordada a la obtención de la especialidad otorga mayor importancia a las condiciones de acceso a la formación de posgrado. Las dificultades existentes para lograr la especialidad tendrán seguramente un peso significativo en el futuro profesional de las nuevas generaciones de médicos.

## METODOLOGIA

### Diseño general

La elección del diseño de investigación más adecuado para alcanzar los objetivos propuestos fue el primer problema metodológico enfrentado, entre otros, porque la modalidad operativa a elegir debía llenar algunos requisitos básicos:

- 1) Responder al interés por analizar la situación laboral de los médicos de reciente graduación.
- 2) Posibilitar la observación de la interacción entre las condiciones de la formación de posgrado y las modalidades de inserción en el mercado de trabajo.
- 3) Reconocer las múltiples formas de inserción propias de profesionales jóvenes en un sistema de servicios caracterizado por su complejidad: efectores con muy diferentes formas organizativas y niveles de complejidad, gran diversificación de funciones, relaciones laborales con características propias según subsectores y aun en el interior de cada subsector.
- 4) Verificar algunas hipótesis formuladas en virtud del conocimiento previo de las condiciones de la práctica médica en el mercado de trabajo local: multiempleo como estrategia para facilitar la inserción, largas jornadas de trabajo, inserción temprana en tareas especia-

lizadas, traslado a localidades vecinas como forma de ampliar las posibilidades de vínculo con la demanda, condiciones particulares de la mujer.

5) Reconocer el peso relativo de los diferentes subsectores, público, de obra social y privado, como demandantes de fuerza de trabajo médico.

Centrado el interés en las mayores o menores dificultades de inserción de las nuevas generaciones de médicos en el mercado de trabajo de Rosario, en cuanto fenómeno dinámico que se inscribe en una estructura de servicios y recursos, con características cambiantes, se optó por el estudio de una cohorte de egresados, lo que permitía una aproximación al tema desde el ángulo de la oferta sorteando la difícil tarea de identificar *a priori* y en forma exhaustiva las diversas posibilidades de iniciación laboral de los profesionales jóvenes.

Al mismo tiempo, el problema de construir un modelo para el seguimiento de dicho proceso en condiciones que garantizaran la comparación de instancias formativas y laborales a lo largo del tiempo podía ser satisfactoriamente resuelto con la metodología de los estudios de cohorte.

Para el abordaje del problema desde el ángulo de la oferta de fuerza de trabajo, es necesario tener en cuenta que la complejización y tecnificación de la práctica y las notorias deficiencias de la carrera de grado han convertido a la formación de posgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional. En forma paralela, el tipo de carrera de posgrado al que el joven profesional puede acceder y la especialidad elegida se convierten en elementos diferenciadores de su posterior integración al mercado de trabajo.

El estudio del CESS ya citado (1) mostró que el egresado con menos de cinco años de antigüedad es el que mayores dificultades tiene para incorporarse en forma activa al mercado de trabajo. Se comprobó también en el mismo una tendencia generalizada a lograr una especialidad, inscripta en la concepción dominante que la identifica como medio para lograr mayor prestigio y acceder a un mejor nivel de desarrollo profesional. En coherencia con lo anterior, los resultados mostraron al médico especialista en un mejor nivel relativo de inserción, independientemente de su antigüedad.

Estas consideraciones orientaron la elección de egresados de reciente graduación de modo de conciliar ambos aspectos: por un lado, estudiar a los médicos de reciente graduación, habiéndose probado que son los que presentan las mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo; por otro, incluir en el estudio a médicos con una relativa antigüedad, de modo que el sector seleccionado reuniera en sí mismo los diferentes matices que hacen a la capacitación de posgrado. Considerando el hecho de que las "residencias" y cursos formales de capacitación de posgrado tienen, en general, una duración de tres o cuatro años, y habida cuenta de la posibilidad de un período de

latencia entre el egreso y el comienzo de la especialización, se consideró una antigüedad de seis años.

Dada la dimensión del mercado potencial y la posible dispersión de los egresados de la Escuela de Medicina, la cohorte bajo estudio tuvo que limitarse al área de captación, la que incluyó a la ciudad de Rosario y su zona de influencia. En consecuencia, quedó constituida por los médicos con seis años de egresados y localizados en esa zona, siendo la unidad de análisis el médico.

### Población en estudio

La población en estudio fue definida como el conjunto de los egresados de la Facultad de Medicina de Rosario entre el 10 de junio de 1979 y el 31 de mayo de 1980 que a los seis años de su promoción tuvieran su residencia en Rosario o en un área a una distancia no mayor de 200 km (por vía terrestre) de esta ciudad. La selección de la cohorte se realizó compatibilizando la disponibilidad de recursos con la posibilidad de abarcar un número de médicos que permitiera el análisis y las restricciones que impone el diseño adoptado. Se consideró que en el lapso de un año los cambios propios del mercado de trabajo médico no se verifican en una magnitud tal como para invalidar el supuesto de que la totalidad de la población estuvo expuesta a las mismas condiciones.\*

De un total de 300 egresados en el lapso referido (junio 1979-mayo 1980) se localizaron 288 médicos, 236 de los cuales se encontraban dentro del límite predefinido a 200 km de Rosario; a la mayoría se los ubicó en esta ciudad y en localidades más próximas, a una distancia no mayor de 30 km. Los restantes se encontraban: 10 en el exterior, 3 en la provincia de Santa Fe, 25 en provincias limítrofes y 14 en otras provincias. Finalmente, la población de análisis en el momento de captación se redujo de 236 a 232 médicos a raíz de dos rechazos y dos localizaciones tardías vencido el plazo predeterminado.\*\*

\* El procedimiento elegido para la constitución de una cohorte de ninguna manera constituye un muestreo aleatorio de una población, en cuyo caso, se puede medir la probabilidad del error que se comete al realizar inferencias a partir de los resultados muestrales, inferencias, por otro lado, solo válidas dentro de los límites de la población de la que se extrajo la muestra. La cohorte definida puede concebirse, sin embargo, como una muestra de un universo hipotético infinito. Bajo esta concepción se realizan inferencias estadísticas a partir de los datos observados, considerando un universo infinito de pertenencia integrado por las cohortes que en condiciones similares podrían observarse al variar las dimensiones, tiempo y espacio. Por lo tanto, las conclusiones de este estudio son válidas para esta cohorte o cohortes de médicos de seis años de egresados en tiempo o espacios próximos, con características similares a la cohorte en estudio.

\*\* Se realizaron entrevistas a los médicos utilizando un mecanismo de captación en etapas sucesivas a lo largo de un año, inmediatamente después de haber alcanzado los miembros de la cohorte los seis años de graduados. Para la obtención de la información

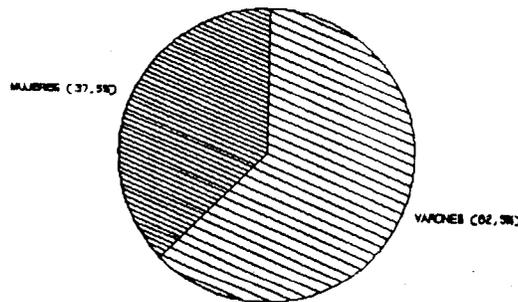
## RESULTADOS

## Descripción de la cohorte

La cohorte de médicos entrevistados está constituida por 87 mujeres y 145 varones (gráfico 1). Sin ánimo de establecer una comparación directa, esta proporción de mujeres se corresponde con el fenó-

Gráfico 1

*Médicos según sexo (N=232)*



meno de feminización de la profesión en los últimos años. Según datos del Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de la Provincia

se elaboró un cuestionario estructurado con su instructivo, incluyendo preguntas diagramadas en forma cronológica para la indagación de contenidos vinculados con la historia de actividades profesionales y del proceso de capacitación, de manera tal que permitiera deducir las variables para análisis por cortes transversales y longitudinales. El relevamiento estuvo a cargo de encuestadores con probada experiencia en técnicas de entrevista cuyo adiestramiento incluyó la realización de una prueba piloto para valorar la estructura y funcionalidad del formulario de encuesta. Se implementó un mecanismo de supervisión basado en la revisión de la encuesta en el momento de la recepción en forma inmediata a la realización de la entrevista. Cabe destacar que este procedimiento resultó ser apropiado, tanto para minimizar la no respuesta como para garantizar la calidad de la información. El procesamiento electrónico de la misma implicó tareas de control y detección de errores de codificación, graboverificación, mediante ejecución de programas de consistencia e incluso lectura directa de salidas. Una última etapa consistió en la generación de archivos derivados de los obtenidos con los datos de la encuesta de modo de respetar la unidad de análisis: el médico. La operacionalización de los conceptos centrales que condujeron al análisis en términos de variables se detalla en los anexos.

de Santa Fe, en el Departamento Rosario, sobre un total de 3297 inscritos en 1978, el 18% eran mujeres, en tanto sobre un total de 4634 en 1984, este porcentaje se eleva al 27%. En el grupo de médicos con menos de cinco años de antigüedad, la participación femenina asciende a 25% en 1978 y a 40% en 1984.

La mayoría de los egresados son jóvenes que cuentan entre 32 y 34 años (159,69%), edades previsibles teniendo en cuenta la duración de la carrera y la fecha de captación. Los demás, salvo excepciones, no superan los 40 años.

Las ocupaciones rentadas se clasificaron según estuvieran vinculadas o no al ejercicio profesional. Operacionalmente se las definió como actividades médicas y no médicas, excluyendo la consideración de las residencias que, si bien rentadas, constituyen una situación particular como mecanismo para la obtención de la especialidad. Como consecuencia de este concepto operacional, el número de profesionales registrado sin actividades médicas se eleva a cinco, tres mujeres y dos varones (tres especialistas y dos generalistas). Todos, de alguna manera, se encuentran en un momento de transición entre la finalización del período formativo y el comienzo del trabajo remunerado; tres de ellos por razones vinculadas a sus residencias (uno la terminaba, otro la cursaba y el tercero recién la comenzaba). Otro médico a la fecha de la encuesta no trabajaba por coincidir ese momento con su traslado a otra localidad, y el último contaba con un trabajo *ad honorem* y realizaba una concurrencia en un servicio público.

Del total de 227 médicos con ocupaciones rentadas a los seis años de su egreso, solo nueve, todos ellos varones, desempeñan simultáneamente actividades médicas y otras ajenas al ejercicio de la profesión. De ellos, tres son docentes en instituciones terciarias, cinco están vinculados con la actividad comercial o empresarial y uno se niega a considerar su actividad de "analista" como un trabajo médico.

Una de las características más destacables de la práctica médica es el peso que tiene la especialización en distintas áreas. Cuando se indagó a este respecto, los entrevistados se autocalificaron frecuentemente como especialistas al margen de su situación frente al organismo regulador del ejercicio profesional en el área.

Los colegios de médicos de las provincias son los organismos de ley encargados del reconocimiento y control de las especialidades médicas. Para ello, se establecen una serie de requisitos que deben cumplimentar los médicos para obtener su inscripción como especialistas en distintos campos de la práctica profesional reconocidos como especialidades, tanto por la comunidad científica como por los propios colegios.

Las leyes provinciales fijan la facultad que tienen los colegios para autorizar el uso del título de especialista. Por lo tanto, estos organismos son los que establecen las reglamentaciones que fijan la nómina de las especialidades reconocidas, quiénes las otorgan (comisiones de

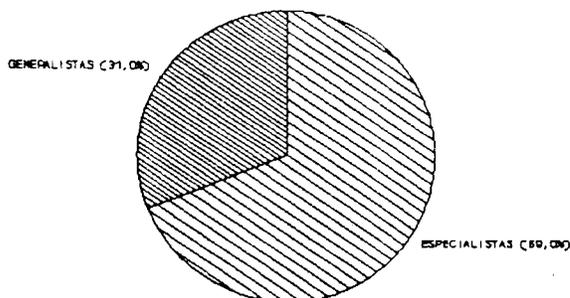
especialistas), los requisitos y el procedimiento, la duración del período de especialización, las afinidades, los derechos y deberes que se contraen con el título de especialista, los mecanismos de control, etc.

En el caso de los títulos de universidades del Estado o reconocidas por el Estado, estos son aceptados y el Colegio otorga directamente la certificación correspondiente. Por el contrario, cuando no existe tal diploma el postulante debe cumplir con todos los requisitos establecidos. Con anterioridad a 1980 el nivel de exigencias se limitaba a una constancia de concurrencia a cualquier servicio, a partir de esa fecha se modificó sustancialmente este sistema exigiéndose la acreditación de concurrencia a servicios que cumplen con los requisitos que determina el Colegio de Médicos e imponiéndose una prueba de evaluación teórico-práctica, para lo cual se constituyen tribunales formados por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Colegio, Facultad de Ciencias Médicas y Círculo Médico de Rosario.

Del total de médicos entrevistados a los seis años de egresado se autotitularon especialistas un 72% (166), cifra que se eleva a 82% si se incluyen todos aquellos que habiéndose reconocido como tales hicieron salvedad de adeudar el examen final habilitante para obtener la certificación respectiva. Solo 8% se reconocieron como médicos generales y 10% estaban aún en proceso de formación como especialistas.

### Gráfico 2

#### *Médicos según calificación formal*



Para los que se autotitularon especialistas, se analizó además si habían regularizado su inscripción como tales en el Colegio de Médi-

cos. Esta información se elaboró a partir de la obtenida de la encuesta y de la proveniente de los registros de especialidades. Se observó una apropiada correspondencia entre la primera y la segunda información, con excepción de dos situaciones:

- a) cinco médicos que se consideraron especialistas aun cuando estaban registrados como generales, y
- b) una médica que se autotituló especialista en una subespecialidad no reconocida en la provincia de Santa Fe (flebología).

En conclusión, el número de especialistas disminuye, según este criterio, a 160 médicos, de una proporción del 72%, para constituir el 69% de la cohorte (gráfico 2).

Analizando la calificación formal por sexo (cuadro 1), no se evidencia diferencia significativa como para concluir que existe relación entre ambas variables.

Con referencia a las especialidades elegidas por estos profesionales -34 de las 50 reconocidas por el Colegio de Médicos a la fecha de

**Cuadro 1**

*Médicos según calificación formal y sexo*

Calificación formal	Sexo					
	Varón		Mujer		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Especialista	98	67	62	72	160	69
General	48	33	24	28	72	31
Total	146	100	86	100	232	100

Test Fisher-Irwin. Valor observado: -0.64;  $p > 0.05$ .

captación-, las mayores frecuencias corresponden a Clínica Médica (23 médicos), Pediatría (23), Cardiología (14), Anestesiología (10), Dermatología (9), Traumatología (9) y Cirugía General (8). Agrupadas las especialidades por grandes áreas (véase anexos), se destaca que el 22% corresponde a Pediatría y Gineco-obstetricia, 6% a Diagnóstico y Tratamiento y 6% a Psiquiatría (cuadro 2).

Cuando se distingue la especialidad elegida según el sexo, se aprecia un comportamiento diferenciado, con una mayor participación de mujeres, principalmente en el área de la Clínica y la Pediatría, en tanto la participación de los varones es mayor en la de Cirugía.

Si se considera la información sobre las especialidades declaradas por los que se autotitularon especialistas, a pesar de no estar inscritos

**Cuadro 2***Médicos según área de especialidad y sexo*

Area	Sexo					
	Varón		Mujer		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Clínica	36	37	30	49	66	41
Cirugía	32	33	7	11	39	25
Pediatría	9	9	15	24	24	15
Gineco-obstetricia	9	9	2	3	11	7
Diagnóstico y trat.	5	5	5	8	10	6
Psiquiatría	7	7	3	5	10	6
Total	98	100	62	100	160	100

como tales en el Colegio de Médicos, los porcentajes anteriores casi no se modifican.

Un número de médicos especialistas nada desdeñable, considerado su escaso tiempo de egresados (24; 15%), declaró, además, estar cursando una segunda especialidad. De ellos, cuatro identificaron como tal una técnica particular o una práctica compleja que reconocieron como subespecialidad: perfusión extracorpórea, ecocardiografía y cirugía de cabeza y cuello.

#### **El proceso de inserción a lo largo de los seis años**

El eje integrador del análisis comprendió la percepción de la dinámica de inserción como resultante de la interacción de dos aspectos nodales: la historia formativa centrada en la especialización y la historia laboral.

Ambos procesos, lejos de contraponerse, resultan complementarios cuando la búsqueda de inserción se identifica con el logro de una especialidad. Este enfoque se vio ampliamente corroborado por los hallazgos obtenidos. Ello se expresa, por un lado, en la escasa incidencia de desocupación y; por otro, la generalizada prosecución de estudios de posgrado durante un tiempo considerable en residencias, concurrencias y otras modalidades de menor peso. El 79% de los médicos prolongaron de una u otra forma sus estudios durante cinco o seis años, en tanto solamente 10 egresados limitaron ese lapso a uno o dos, y un número igual no incursionó en las formas existentes de posgrado.

Lo acontecido a esta cohorte muestra un mercado con una alta

capacidad de absorción de profesionales recientemente egresados entre los que la ausencia de trabajo remunerado constituye una situación excepcional en el período. Solo en el primer año esta situación alcanza una relativa gravedad -21 médicos sin trabajo remunerado- (cuadro 3), cuya importancia se atenúa si se considera el internado rotatorio, el fenómeno de espera previo a los exámenes de ingreso a las residencias o el servicio militar obligatorio, sin descartar que un número de los que buscaban trabajo postergó su incorporación al mercado a la espera de una ocupación más adecuada a sus aspiraciones.

Cuadro 3

*Cohorte según situación laboral o formativa por año de egresado*

Año	Situación laboral o formativa					
	TMR(1)		Residente		S/TMR(2)	
	nº	%	nº	%	nº	%
1	143	61,6	68	29,3	21	9,1
2	149	64,2	71	30,6	12	5,2
3	151	65,1	71	30,6	10	4,3
4	165	71,1	61	26,3	6	2,6
5	204	87,9	24	10,3	4	1,7
6	225	97,0	5	2,1	2	0,9
*	227	97,8	1	0,4	4	1,7

(1) Con trabajo médico remunerado.

(2) Sin trabajo médico remunerado.

\* A la fecha de la encuesta.

### *Los primeros años*

En este período no se aprecia una clara diferenciación entre el momento formativo y el laboral. Puede decirse que la búsqueda de inserción se ensambla con el logro de una especialización en una interacción dinámica y continua entre ambas. No obstante, las residencias introducen una situación singular que permite cierta diferenciación a lo largo de los tres o cuatro primeros años, tiempo durante el cual un número considerable de miembros de la cohorte (31%) quedó parcialmente excluido del juego de la oferta y demanda de fuerza de trabajo médico. La residencia, a pesar de ser una modalidad de la oferta educativa, es también una fuente de trabajo remunerado con características particulares: oferta restringida, dedicación exclusiva, normas organizativas explícitas en cuanto a responsabilidades crecien-

tes en las tareas asistenciales, y cumplimiento de un programa de estudios que supone distintas exigencias en el transcurso de la misma.

Este grupo está formado por 72 médicos (26 mujeres y 46 varones) que en mayor número completaron la residencia en hospitales públicos en las especialidades de Clínica Médica, Pediatría, Cardiología, Traumatología y Anestesiología. Es destacable el hecho de que la participación de la mujer no muestra un acceso diferencial respecto a los varones. Durante esta etapa identificada en relación con las residencias, los que no optaron o no pudieron acceder a las mismas también buscaron alguna otra forma de capacitación de posgrado, aunque simultáneamente se incorporaran a la oferta de fuerza de trabajo.

La opción a la que tradicionalmente adhiere la mayoría es la concurrencia, modalidad que ha ido incorporando con el tiempo, a semejanza de las residencias, actividades programadas con obligaciones definidas, pero que, al no contar con presupuesto, no llegan a tener retribución económica y menos aún dedicación exclusiva.

Este trayecto fue recorrido por 132 egresados (59%), 75 en concurrencias estructuradas y 47 en otras más informales, las que en general carecen de programa pero tienen exigencias en cuanto a obligaciones de servicio. De ellos, 76 habían logrado el estatus de especialistas al finalizar el período de estudio; en mayor número en las especialidades ya señaladas para los residentes, a las que se agregan Dermatología, Radiología y Psiquiatría.

Existe una tercera modalidad de formación de posgrado que son las carreras universitarias. La oferta de este tipo en Rosario está limitada a solo cinco especialidades, con estructura académica que las aproxima a la formación predominantemente teórica propia de la carrera de grado. De la cohorte solamente cuatro médicos se especializaron a través de este mecanismo.

Estos egresados, cuya actividad formativa no les exigió excluirse totalmente del mercado, tuvieron como puerta de entrada al mismo una particular forma de la organización del trabajo en las instituciones asistenciales: la guardia de 24 horas. Catalogada como especializada o general, la guardia difiere en cuanto a las características del servicio y el monto de las remuneraciones. Esta forma de incorporación otorga al trabajo médico una laxitud que permite realizar múltiples actividades en una misma o distintas instituciones; a la vez, facilita al profesional una temprana compenetración de las alternativas que ofrece el mercado y le permite establecer vínculos personales que pueden redundar en ofertas de trabajo.

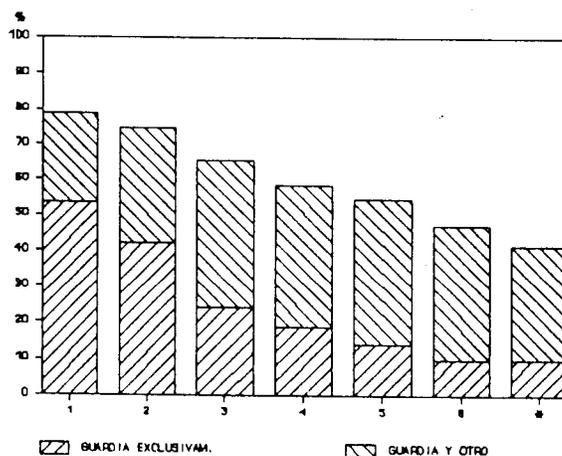
En efecto, como pudo apreciarse en el cuadro 3, del conjunto de los 143 médicos que de alguna manera ya están incorporados al mercado en el primer año, el 80% aproximadamente realiza guardias, 54% como única modalidad de trabajo. Esta situación se mantiene durante el segundo y tercer año de egresados, si bien disminuye el porcentaje de los que lo hacen en forma exclusiva (42% y 24%; gráfico 3). Al

mismo tiempo que disminuye el peso de la guardia en forma exclusiva, aumenta el correspondiente a la multiocupación que progresivamente abarca un espectro mayor de trabajos.

Si bien la multiocupación aparece tempranamente -en los tres primeros años-, el mayor peso relativo del trabajo en una sola actividad (43%, 37% y 27% respectivamente) estaría relacionado con la dedicación simultánea a actividades formativas y podría revelar en cierta

**Gráfico 3**

*Médicos ocupados con función guardia por año de egresado*



\* A la fecha de la encuesta.

forma la existencia de subocupación por tiempo. No obstante, para algunos (11%, 13% y 17%) la acumulación de ocupaciones rentadas llega a superar tres actividades distintas (cuadro 4).

La posibilidad de desarrollar a la vez varias actividades en su práctica profesional está condicionada y estimulada por la configuración del sistema de atención de salud que comprende tres subsectores administrativamente independientes: público, privado y de obra social.

El subsector privado\* comprende una amplia gama de organizaciones de complejidad muy diversa dedicadas a la producción de

\*Toda referencia a subsector privado debe entenderse como incorporando también la contratación de este con la Seguridad Social.

## Cuadro 4

*Médicos ocupados según cantidad de ocupaciones rentadas por año de egresado*

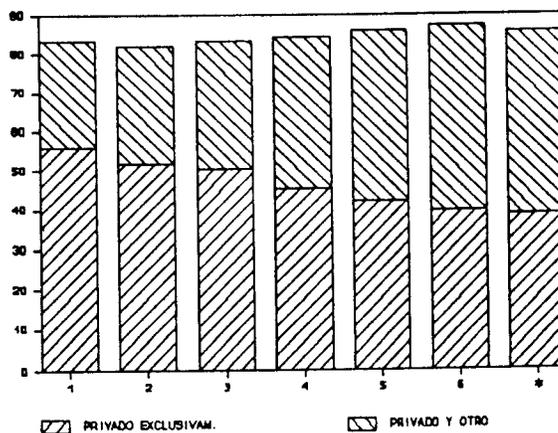
Año	Ocupaciones rentadas							
	1		2 ó 3		4 y más		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1	62	43	65	46	16	11	143	100
2	56	37	74	50	19	13	149	100
3	41	27	85	56	25	17	151	100
4	39	24	102	62	24	14	165	100
5	40	20	123	60	41	20	204	100
6	39	17	122	54	64	29	225	100
*	48	21	134	59	45	20	227	100

\* A la fecha de la encuesta.

servicios. A ello se agrega la expansión ocurrida en su capacidad instalada, lo que supone una importante demanda de fuerza de trabajo médico. Para la cohorte, en efecto, es fuente de trabajo para más del 80% ya en el primer año, y, entre ellos, superan el 50% quienes en forma exclusiva trabajan en este subsector (gráfico 4).

## Gráfico 4

*Médicos ocupados con uno o más cargos en el subsector privado según año de egresados*

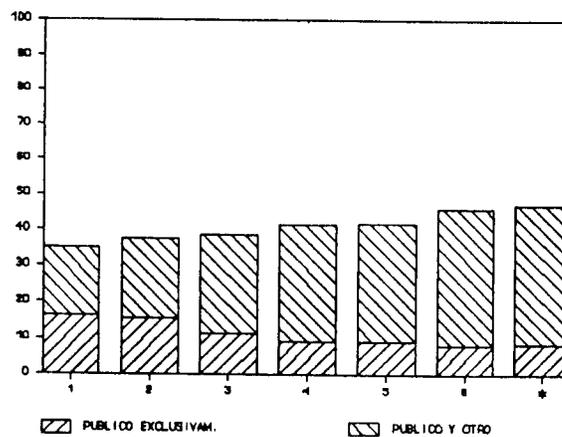


\* A la fecha de la encuesta.

A pesar de todas las deficiencias que presenta el subsector público, analizadas en la contextualización teórica previa, dicho subsector constituye un área particularmente valorada, tanto como lugar de capacitación, como por la posibilidad que brinda de un trabajo estable, con cobertura social y perspectivas de ascenso. La restricción presupuestaria infligida al mismo en los últimos años originó el estrechamiento paulatino de la oferta de puestos de trabajo, así como el deterioro de las remuneraciones. Sin embargo, entre el 35% y el 38% encontraron trabajo en este subsector en los tres primeros años de egresados. En forma exclusiva alrededor del 16% en el primero y segundo año, y el 11% en el tercero (gráfico 5). Aun más: si se incluye como fuerza de trabajo a aquellos profesionales que cursan residencias en hospitales estatales, la proporción de médicos de la cohorte que encuentra espacio en los efectores públicos supera ligeramente el 50%.

Gráfico 5

*Médicos ocupados con uno o más cargos en el subsector público, según año de egresado*



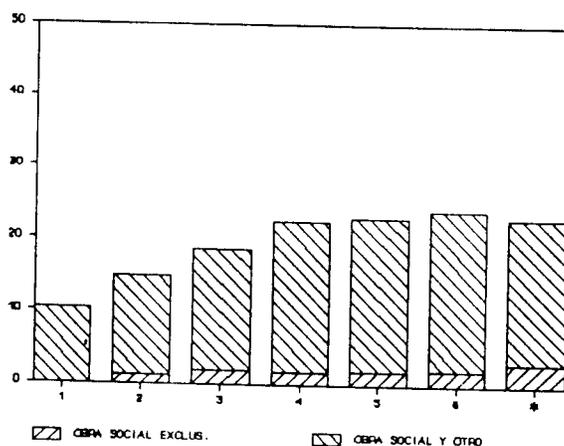
\* A la fecha de la encuesta.

El subsector de obra social a través de sus efectores propios configura un mercado de trabajo relativamente reducido. Con características en su organización similares a las grandes instituciones sanatorias privadas, incide en una demanda de fuerza de trabajo para tareas poco calificadas a las que incorpora médicos de reciente graduación. Esto explica que ya desde el primer año un 11% de los egresados estén

insertos en este subsector, proporción que se aproxima al 20% en el tercer año (gráfico 6).

**Gráfico 6**

*Médicos ocupados con uno o más cargos en el subsector obra social por año de egresado*



\* A la fecha de la encuesta.

Una descripción más completa del proceso de inserción al mercado de los jóvenes recién egresados impone incorporar al análisis, además de lo ya mencionado –configuración por subsectores y multiocupación en tareas diversas–, aspectos relacionados con las distintas formas que adopta la relación de trabajo y el peso de la carga horaria.

Una distinción importante en el análisis de la inserción laboral del médico de graduación reciente es la diferenciación de las relaciones que mantiene con los tres subsectores del mercado, como asalariado, y por ende bajo relación de dependencia, o retribuido por prestación o unidad de servicio, forma de relación que en el estudio se denomina autónoma.

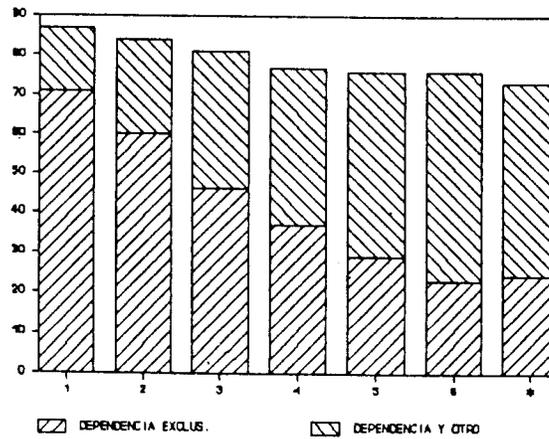
En la primera modalidad los profesionales son retribuidos por medio de un sueldo o salario. En la segunda, los médicos fijan el valor de la consulta y organizan la distribución de su tiempo de trabajo unilateralmente y en forma independiente. Son ellos los autónomos propiamente dichos (absolutos). Se agregan a estos profesionales aquellos que atienden a los beneficiarios de la Seguridad Social perci-

biendo una retribución por prestación estipulada por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y efectivizada directamente por las obras sociales o por intermedio de instituciones médico-gremiales. Son los denominados autónomos relativos, en razón de que están sujetos a mecanismos regulatorios y normas que restringen su libertad de prescribir prácticas y fármacos, y no tienen posibilidad de fijar el valor de la consulta; por lo tanto, la condición de autonomía se relaciona exclusivamente con el pago por prestación.

Las formas de relación de trabajo dependen de la organización de la tarea asistencial en los efectores de cada subsector. Puede apreciarse en el gráfico 7 el predominio de la relación bajo dependencia, que se explica, por un lado, porque es propio del subsector público y de obras sociales, y por otro, porque aun en el privado es característico del trabajo bajo el sistema de guardias. Por ello, no sorprende que en particular durante el primer año algo más del 70% se incorpore al mercado exclusivamente bajo esa condición, porcentaje que disminuye sin perder importancia en el segundo año al 60%, y en el tercero a poco menos del 50%. Si se consideran aquellos asalariados que simultáneamente trabajan en actividades retribuidas por acto médico, aquella proporción aumenta a 87 y 84% respectivamente en los dos primeros años, y a 81% en el tercero.

Gráfico 7

*Médicos ocupados con uno o más cargos bajo relación de dependencia, según año de egresado*



\* A la fecha de la encuesta.

La multiforme composición del mercado permite que incluso un 13% de la cohorte ya en el primer año trabaje exclusivamente bajo la forma de autonomía relativa en consultorios individuales o en instituciones privadas de complejidad variable. Esta modalidad aumenta en forma lenta pero progresiva en el segundo y tercer año (16% y 19%, respectivamente).

Otra manera de comprender las condiciones del acceso al mercado en el inicio de la vida profesional es a través de la valoración de la carga horaria que implica la forma de trabajo particular de estos médicos. No tomar en consideración esta variable podría ocultar un problema relacionado con la subocupación en términos de tiempo. Los resultados muestran una situación muy distante de este supuesto, probablemente debido al peso que tienen las guardias de 24 horas y a la multiplicidad de actividades laborales y formativas que realizan durante los tres primeros años. Solo en trabajos remunerados tienen más de 40 horas semanales el 42% en el primer año, 46% en el segundo, y 50% en el tercero (cuadro 5). Si a esta carga horaria se suma el tiempo dedicado a la concurrencia, más del 50% de estos médicos exceden las 60 horas semanales.

Cuadro 5

*Médicos ocupados según horas semanales por año de egresado*

Año	Horas/Semana									
	< 20		20 a 40		Más de 40		No preciso		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1	24	17	44	31	60	42	15	10	143	100
2	16	11	48	32	68	46	17	11	149	100
3	13	9	50	33	76	50	12	8	151	100
4	20	12	44	27	89	54	12	7	165	100
5	31	15	62	30	93	46	18	9	204	100
6	28	12	62	28	111	49	24	11	225	100
*	21	9	64	28	135	60	7	3	227	100

\* A la fecha de la encuesta.

*Los últimos años del período y la práctica especializada*

Las consideraciones anteriores, referidas a los primeros años de egresados, pueden generalizarse para aquellos médicos de la cohorte

que no se incorporaron a una residencia y desde su egreso de la Facultad engrosaron la oferta de fuerza de trabajo, aunque sin dejar de lado el hecho de que la mayor parte de ellos realizaba, además, actividades conducentes al logro de una especialización. Durante esos años, los que realizaban una residencia estuvieron, en términos generales, sujetos a una experiencia que los mantuvo apartados del mercado.

A partir del cuarto año, cuando comienza la incorporación plena a la oferta de trabajo en calidad de especialistas, cabría suponer modificaciones en el proceso de inserción en respuesta al nuevo estatus. Sin embargo, resulta difícil diferenciar cambios sustanciales en el quehacer laboral de la cohorte durante ese año y los siguientes, que no sean aquellos vinculados con la importancia creciente de la multiocupación. Se aprecia una disminución en las proporciones de médicos con una sola actividad (de 24% a 17%), en tanto el grueso de la cohorte cuenta con dos o tres ocupaciones (62%, 60% y 54%), y un número creciente tiene cuatro o más ocupaciones, totalizando en el último año el 29% de los médicos (cuadro 4).

El número de médicos con trabajo exclusivamente en el subsector privado mantiene una lenta tendencia declinante, reduciéndose al 40% de la cohorte en el sexto año. Dicha reducción no implica de ninguna manera un menor peso relativo del subsector como demandante de fuerza de trabajo en este conjunto de médicos. En efecto, más del 80% de estos profesionales tiene al menos una ocupación en dicho subsector (gráfico 4).

Con referencia al subsector público, no se aprecian variaciones importantes aun cuando ellas también reflejan en pequeña escala la disminución progresiva del trabajo en un único subsector a favor de una creciente combinación de situaciones laborales en más de un subsector. En el sexto año solo el 8% cuenta exclusivamente con cargos públicos, y 38% trabaja además en el subsector privado o de obra social (gráfico 5).

Por último, con relación al subsector de obra social no se aprecia prácticamente cambio alguno, manteniéndose en forma casi constante a partir del cuarto año alrededor de un 23% de profesionales con trabajo en el mismo. La mencionada capacidad limitada del subsector, junto con el carácter multiocupacional del ejercicio profesional de la cohorte, explica la mínima presencia de médicos con trabajo exclusivo en este subsector (2% en los tres últimos años del período; gráfico 6).

La importancia creciente del multiempleo, con vínculos en más de un subsector, se acompaña con una acentuada declinación del peso relativo del trabajo dentro del sistema de guardias en forma exclusiva (de 19% en el cuarto año pasa al 10% en el sexto). No obstante, en forma combinada con otras tareas, sigue siendo, al final del período, una fuente laboral de importancia (47%). En términos comparativos, es este en definitiva el mayor cambio observado en las modalidades de inserción de los egresados transcurridos los seis años (gráfico 3).

Estas modificaciones en el quehacer laboral explican el menor peso del trabajo exclusivamente bajo relación de dependencia en los tres últimos años (37%, 29% y 23%), que se complementa con un aumento progresivo de la forma combinada, con trabajos retribuidos por prestación y otros con salario (40%, 47% y 53%). Se mantiene prácticamente constante la importancia del grupo de médicos con una práctica autónoma (alrededor del 33% en los tres años). Cabe recordar el sentido amplio de esta denominación de la relación laboral no asalariada que comprende dos situaciones identificadas como de autonomía absoluta y relativa respectivamente, diferenciándose básicamente la primera de la segunda por no existir intermediación alguna en el pago. Para los miembros de la cohorte, esta última forma de relación constituye la excepción.

Por todo lo dicho, no es sorprendente la persistencia de una carga horaria de más de 40 horas semanales para la mayoría, que se extiende con frecuencia a más de 60 horas. Si a estas cifras se agregan las horas dedicadas a actividades formativas de posgrado realizadas paralelamente a su ejercicio profesional por un alto número de miembros de la cohorte en estos años, los valores obtenidos superan con amplitud lo aceptado corrientemente como normal en otros sectores.

Esta forma particular que adopta el ejercicio profesional, con acumulación de actividades diversas generalmente en distintas instituciones y subsectores, si bien puede ser considerada propia del mercado de trabajo médico, por lo común, en el caso de los egresados recientes, puede estar relacionada con la búsqueda de nuevas opciones laborales en una dinámica que no siempre implica el reemplazo de un cargo por otro en el corto plazo. En efecto, el ejercicio incipiente en la profesión se acompaña de sucesivos cambios de ocupación en los seis años a un ritmo promedio de cinco ocupaciones nuevas por dos abandonadas. Esta situación de cambio, que tiende a mantener las ocupaciones previas, particularmente al final del período, expresaría una permanente estrategia en pos de mejores oportunidades que permitan disminuir el número de guardias a la semana, realizar tareas acordes con la especialización recientemente lograda, o bien acceder a otras mejor rentadas, desarrollando de este modo una práctica donde la característica es la combinación de relaciones laborales, con relación de dependencia solo en algún cargo.

Las múltiples opciones que indudablemente ofrece el mercado a los recién egresados, que no solo minimizan la desocupación plena sino que también permiten incursionar con cierto grado de rapidez en distintas ocupaciones, no siempre se corresponden, sin embargo, con la calificación alcanzada. Una situación hartamente frecuente es la que se suscita a raíz de la discordancia que se plantea entre la función que deben cumplir y su formación, lo que hace que la práctica pueda ser considerada inadecuada por dos situaciones opuestas, la de médicos generalistas con tareas pertinentes a una especialización, o bien la de

especialistas que cumplen tareas de médico generalista, en una subutilización de su calificación como expresión de un fenómeno de subocupación.

Desde esta perspectiva de análisis de la práctica en términos de la adecuación o no de la calificación del médico y las funciones que realiza en su ejercicio profesional, los hallazgos referidos al período en estudio son elocuentemente ilustrativos de la manera en que el mercado, por fuera de toda norma, utiliza profesionales recientes con una mínima capacitación en tareas propias de especialistas. Dicha inadecuación se deriva, en última instancia, de las características de la oferta de servicios de atención organizados según una división técnica del trabajo basada en una lógica de maximización de beneficios a través de la utilización de tecnología más que por una división según áreas disciplinarias del conocimiento médico. En el primer año de egresados, ya el 45% de los médicos ocupados ejercían como especialistas, 55% en el segundo y 70% en el tercero, cuando ninguno había cumplido con los requisitos exigidos para su reconocimiento formal. Es recién después del cuarto año cuando comienza un franco descenso del número de aquellos que ejercen como especialistas sin contar con la correspondiente autorización por parte del Colegio de Médicos (31% y 19% en los dos últimos años). Por otra parte, en ese momento se registra un número de médicos cuya práctica resulta inadecuada porque continúan ejerciendo como generalistas a pesar de haber alcanzado una especialización (13%).

En un nivel de mayor detalle, pudo observarse que son las guardias especializadas las que contribuyen principalmente a que exista inadecuación (las más frecuentes son las guardias en unidades de cuidados intensivos). Por ejemplo, de 64 médicos que trabajaban como especialistas en el primer año, 40 realizaban guardias especializadas, 25 de ellos en terapia intensiva; de 82 en el segundo año, 42 trabajaban en guardias especializadas y 24 en terapia intensiva.

El peso de las guardias especializadas, y más aún en cuidados intensivos, puede considerarse un problema serio de inadecuación entre la capacitación adquirida y las exigencias de la práctica en detrimento de la calidad de atención.

### **El perfil de inserción cumplidos los seis años**

#### *La multiocupación*

Transcurridos los seis años, el perfil ocupacional de estos jóvenes responde al modelo prevaeciente en el mercado, cuya multiplicidad de modalidades de absorción del recurso humano médico dinamiza y propende a la multiocupación. A esta altura de su vida profesional, el carácter polifuncional de la práctica alcanza al 79% de la cohorte

(cuadro 4), distinguiéndose en forma sobresaliente el grupo con cuatro o más ocupaciones (20%). Cabe señalar que en este último grupo la participación femenina es significativamente menor: solo el 15% de las mujeres cuenta entre cuatro y seis trabajos, 14% tiene tres, y el resto uno o dos. En cambio, en escaso número los varones tienen una sola ocupación (14%), el 64% dos o tres y el 22% más de cuatro; entre estos últimos figuran como casos extremos dos médicos con nueve y quince ocupaciones, respectivamente.\*

La inserción laboral en más de una institución los relaciona con más de un subsector, si bien estos aparecen con distinto peso relativo en su condición de empleadores. El subsector privado cubre un espectro sumamente diversificado de oportunidades laborales que va desde los grandes sanatorios hasta el consultorio privado individual, ofreciendo un gran número de puestos de trabajo. En la cohorte, ello se refleja en que el 39% trabaja en servicios privados en forma exclusiva y 47% combinando con ocupaciones en otros subsectores (gráfico 4).

Le sigue en importancia el subsector público, que a pesar de las graves deficiencias en lo que se refiere a disponibilidad de recursos en los últimos años, nuclea el 47%. Sus bajas remuneraciones explican obviamente que solo el 8% trabaje en forma exclusiva en el mismo (gráfico 5).

Por último, el subsector de obra social comprende el 23% de la cohorte, 3% en forma exclusiva (gráfico 6).

La diversidad de organizaciones dedicadas a la producción de servicios modela una demanda de fuerza de trabajo con muy diferentes niveles de retribución y "calidad" de trabajo, y que prioriza las tareas en prácticas especializadas.

A los seis años de su graduación, 151 médicos realizaban tareas exclusivamente de especialistas y 41 alternaban con otras de la medicina general; en conjunto ambos grupos representan el 85% del total. Esta práctica predominantemente especializada comprende ocupaciones que suponen subdivisiones del objeto de trabajo, en muchos casos vinculadas con la incorporación de tecnología o con la organización de la prestación de servicios. Entre ellas, las guardias, que suponen mayores exigencias horarias y en general menores niveles de retribución, constituyen una opción que si bien disminuye en importancia a través de los años, permanece aún vigente en este momento para el 41% del grupo. De ellos, algo más de la mitad realizan guardias en unidades de atención especializada. Un aspecto interesante a señalar es la importante participación femenina en estas tareas.

Si bien los hallazgos mostraron una proporción mayor de varones que de mujeres (45% y 35% respectivamente), no pudo verificarse esta

\* Test Ji Cuadrado. Se agruparon las categorías de más de cuatro ocupaciones. Valor observado: 16.628;  $p < 0.05$ .

diferencia como significativa.\* Sin embargo, cuando se analiza el número de horas semanales de trabajo, se observa que son los varones quienes mayoritariamente desarrollan una actividad que implica elevadas cargas horarias, que con frecuencia superan las 62 horas (40%), y solo 27% trabaja 40 horas o menos; esta dedicación horaria se aparta en forma significativa de la de las mujeres,\*\* quienes, en su mayoría (56%), trabajan 40 horas o menos, y solamente el 14% excede las 62 horas (cuadro 6).

Cuadro 6

*Médicos según total de horas semanales y sexo*

Horas	Sexo					
	Varón		Mujer		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 62	83	58,0	68	80,9	151	66,5
> 62	57	39,9	12	14,3	69	30,4
No preciso	3	2,1	4	4,8	7	3,1
Total	143	100,0	84	100,0	227	100,0

Estas elevadas dedicaciones, consecuencia indudable de la multiocupación, se relacionan en particular con el trabajo bajo el sistema de guardias. Ciertamente, los profesionales que realizan dicha tarea registran las situaciones extremas. De los 93 médicos que realizaban guardias en el momento de la entrevista, la mitad trabajaba más de 64 horas semanales, sobrecarga que para 22 médicos implicaba un total superior a las 81 horas.

En relación al supuesto de una participación diferencial por sexo en el mercado, puede señalarse que un análisis multivariado de los resultados que tuvo en cuenta simultáneamente el sexo, el número de ocupaciones, la carga horaria y el tipo de tareas (guardia *versus* otras), confirmó las asociaciones señaladas al mostrar un comportamiento diferencial para las mujeres caracterizado por un menor número de ocupaciones y carga horaria que, sin embargo, no implica un acceso diferente a las tareas de guardia.\*\*\*

\* Test Fisher-Irwin. Valor observado: -1.50;  $p > 0.05$ .

\*\* Test Wilcoxon. Valor observado: 5.60,  $p < 0.05$ .

\*\*\* El modelo log-lineal jerárquico de ajuste elegido excluye del modelo completo de segundo orden la interacción sexo-tipo de tareas.

### *El problema de la subocupación*

Vinculada con la dedicación horaria semanal, una preocupación en los estudios de mercado es establecer la magnitud de la subocupación por tiempo.\* En el estudio se consideraron subocupados los 89 médicos (39%) que, interrogados sobre si estaban buscando aumentar sus horas de trabajo a la fecha de la entrevista, respondieron afirmativamente; en su gran mayoría orientaban esa búsqueda hacia tareas propias de su especialidad. Podría suponerse que la respuesta afirmativa por parte de este grupo, integrado por varones y mujeres en proporciones similares, está relacionada con el problema de los ingresos y el número escaso de horas de trabajo. Sin embargo, no parece ser así a la luz de los datos. Solamente algunos de ellos (33) trabajaban menos de 36 horas semanales y, por consiguiente, pueden ser considerados subocupados en una concepción más generalizada del término.

Esta búsqueda de más horas de trabajo tampoco mostró estar relacionada con factores tales como la calificación alcanzada, la relación de trabajo, el número de ocupaciones, etcétera.

Por lo dicho, cabe pensar que este fenómeno apunta a señalar una dimensión más subjetiva de valoración del trabajo, justamente por la particular etapa considerada. El fenómeno revelaría, más que un problema de subocupación por tiempo, un grado de insatisfacción con la situación laboral o niveles de ingreso (a pesar de que estos últimos no difirieron significativamente de los obtenidos por el resto de la cohorte). Otras dimensiones, vinculadas con las expectativas y aspiraciones del médico joven frente al modelo profesional hegemónico en el mercado; podrían contribuir a comprender el fenómeno con mayor profundidad.

Completa esta línea de abordaje de la problemática de inserción en términos de subocupación, el estudio de los desajustes entre la calificación de los profesionales y las exigencias para un desempeño eficaz en sus tareas. En este sentido, el 70% de la cohorte realizaba una práctica adecuada a su calificación a los seis años de graduados (cuadro 7). El 30% restante (67 médicos), que integra la categoría identificada como inadecuada, corresponde por un lado a 26 médicos que, siendo especialistas, realizaban tareas que no requieren ese nivel de calificación (ya sea en todas o en algunas de sus ocupaciones), y, por

\* La concepción y estipulación de un valor normal de horas de trabajo, al que posiblemente resulte más fácil arribar al referirse a otros sectores de trabajadores, con ocupaciones más homogéneas, constituyó un tropiezo para la operacionalización de este concepto. Dudándose a priori de la propiedad y validez de un patrón horario único, se prefirió limitar la definición a la sola circunstancia de estar buscando a la fecha de la encuesta otra actividad adicional. Además, se inquirió en ese caso si esa búsqueda estaba vinculada con el tipo de práctica a realizar como médico general o especialista o en forma indiscriminada.

otro, a 41 médicos que ejercían como especialistas (en al menos alguna de sus ocupaciones) sin contar con el reconocimiento formal. Esta cifra se vería atenuada si se contempla que 26 egresados se autotitulaban generalistas pero próximos a legitimar su condición de especialistas, pasando a engrosar la categoría adecuada.

Cuadro 7

*Médicos según adecuación de la práctica y sexo*

Práctica profesional	Sexo					
	Varón		Mujer		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Adecuada	98	69	62	74	160	70
Inadecuada						
especialista c/ generalista o combinado	18	12	8	9	26	12
generalista c/ especialista o combinado	27	19	14	17	41	18
Total	143	100	84	100	227	100

Según el concepto corrientemente empleado en economía para medir subocupación por calificación, los resultados anteriores indican que solo 26 profesionales, el 12% de la población en estudio, se encontraban subocupados por calificación.

Estas cifras hablan sin duda de un mercado en el que la sobrevaloración de las especialidades y subespecialidades conduce a una fragmentación de la práctica con la consiguiente desarticulación de la atención, situación reconocida por estos médicos jóvenes que mayoritariamente se vuelcan a capacitarse en áreas determinadas, reconociendo en ellas la forma de acceder al abanico de ocupaciones "especializadas" que brinda la oferta.

Los resultados presentados en el cuadro 7 muestran un aparente predominio de mujeres en la categoría inadecuada, que, sin embargo, no resultó estadísticamente significativo.

Por último, cabe agregar que las situaciones de desajuste entre la formación y el tipo de tareas se verificaron empíricamente con mayor peso en el grupo de médicos que realizaban guardias, por lo general ubicado entre los de más bajos ingresos.

### La relación de trabajo

La relación de trabajo es una dimensión importante que debe tenerse en cuenta en el análisis de la situación laboral de los médicos, puesto que permite una valoración más completa de la misma.

Como se mencionó, la multiactividad supone generalmente diferentes relaciones de trabajo, no solo según el subsector con el que se vinculan, sino incluso en el interior de ellos, como ocurre con el privado, que nuclea una gama de situaciones laborales con diferentes formas de pago, determinando distintas relaciones contractuales. En la cohorte, el 24% (54 médicos) trabajaba a los seis años de su graduación exclusivamente bajo relación de dependencia, porcentaje que se eleva al 73% si se considera la totalidad de profesionales bajo esa condición en al menos una de las instituciones donde trabajaba (165 médicos; cuadro 8).

Análisis marginales en relación al sexo y calificación formal permitieron identificar solo esta última variable como factor diferencial en cuanto al hecho de trabajar bajo relación de dependencia en forma exclusiva o parcial. En los cuadros 8 y 9, si bien se observa que la primera modalidad de trabajo es más frecuente entre las mujeres y los médicos generalistas, la diferencia observada por sexo no es significativa.

En el caso de los médicos bajo dependencia exclusiva, el reducido número de casos constituye, como es obvio, una limitación en el análisis de la información para distinguir comportamientos regulares de situaciones erráticas, frente a la multiplicidad de combinaciones de modalidades de trabajo diferentes que surgen de la multiocupación. Aun así, sin pretender enunciar comportamientos definidos, puede ser

**Cuadro 8**

*Médicos bajo relación de dependencia parcial o exclusiva según sexo*

Relación de trabajo	Sexo				Total	
	Varón		Mujer		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%
Dependencia exclusiva	28	27	26	43	54	33
Dependencia parcial	76	73	35	57	111	67
Total	104	100	61	100	165	100

Test Fisher-Irwin. Valor observado: -1.90;  $p > 0.05$ .

útil precisar algunos aspectos que, a pesar de su carácter puntual, revelan rasgos particulares de la fisonomía laboral de la cohorte y pueden servir como puntos de partida para la comprensión de las estrategias de inserción de los egresados de reciente graduación.

### Cuadro 9

#### *Médicos bajo relación de dependencia parcial o exclusiva según calificación formal*

Relación de trabajo	Calificación formal				Total	
	Especialista		Generalista			
	nº	%	nº	%	nº	%
Dependencia exclusiva	29	25	25	49	54	33
Dependencia parcial	85	75	26	51	111	67
Total	114	100	51	100	165	100

Test Fisher-Irwin. Valor observado: -2.80;  $p < 0.05$ .

El hecho de contar exclusivamente con ocupaciones bajo relación de dependencia representa para el médico condiciones desfavorables en lo relativo a régimen de trabajo y remuneración.

Los 54 profesionales (24%) asalariados también se caracterizan por desarrollar una actividad múltiple cuyo desempeño requiere largas jornadas de trabajo (29 contaban con dos ocupaciones y 7 entre tres y cinco). Algo más de la mitad de estos médicos supera las 45 horas por semana, lo cual en algunos casos significa una dedicación superior a las 65 horas.

Con referencia al subsector, y sin tener en cuenta si trabajaban en forma parcial o exclusiva, se aprecia en este grupo asalariado un marcado predominio del trabajo en el subsector público (39 -72%-). No deja de ser relevante, aunque en menor grado, la relación con el subsector privado: 23 de los 54 profesionales pertenecen a este subsector en forma única o simultánea con los otros, y, por último, figura el subsector de obra social con 14 médicos.

Esta forma de relación significa para la mayoría la práctica de guardias (35 realizan guardias, 16 en forma exclusiva). Los demás profesionales, que presumiblemente se encontrarían en una mejor situación relativa por el hecho de no realizar guardias, no perciben, sin embargo, mayores ingresos promedio por hora, y la mayoría son mujeres (13 sobre 19).

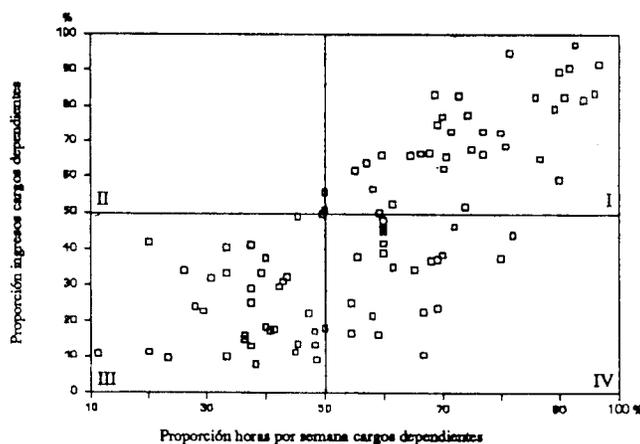
Asimismo, juzgada la función por el hecho de pertenecer o no al dominio de una especialidad, puede apreciarse en este grupo un mayor peso relativo de la práctica como generalista (24%) frente al señalado antes para la cohorte en general.

Según pudo apreciarse en los cuadros 8 y 9, 111 egresados con ocupaciones bajo salario también ejercían una práctica retribuida mediante pago por prestación (identificada en el estudio como autónoma, absoluta o relativa). Este grupo de médicos, complementario del que se describe antes, está integrado por un mayor número de varones y de especialistas. Con relación al trabajo asalariado en los diferentes subsectores, los resultados señalarían un menor peso relativo del público con relación al grupo anterior (59 -53%-).

Esta forma combinada de relación de trabajo, con algunas ocupaciones tanto a sueldo como con otras formas de pago, engloba indudablemente situaciones disímiles en función de la importancia relativa de la o las ocupaciones bajo relación de dependencia dentro del conjunto de actividades. Para algunos, el trabajo dependiente constituye la fuente principal de ingresos, insumiéndoles gran parte de su dedicación global, por lo que su situación en el mercado se aproximaría a la de los médicos bajo dependencia en forma exclusiva. Para otros, en cambio, con ocupaciones predominantemente retribuidas por prestación, el trabajo con relación de dependencia podría no solo significar un complemento para acercarse a un nivel de ingresos que se adecue a sus necesidades, sino representar la posibilidad de conectarse con centros asistenciales de cierta complejidad tecnológica, con fines de perfeccionamiento o como medio para acceder a formas de trabajo no asalariadas.

En este sentido, se analizaron en particular las condiciones laborales de los cargos dependientes teniendo en cuenta su importancia relativa en función de la proporción de horas y de ingresos. Como puede apreciarse en el gráfico 8, un número de médicos (37; primer cuadrante) trabajaba más del 50% de su tiempo bajo relación de dependencia, obteniendo de este modo más de la mitad de sus ingresos. A este grupo se aproximan aquellos que, a pesar de figurar con proporciones de horas similares (por encima del 50%), no alcanzan igual proporción de ingreso (22 médicos; cuarto cuadrante), si bien estos últimos configuran un grupo heterogéneo en el que algunos médicos se apartarían de los mencionados en primer lugar, por la menor incidencia de la retribución obtenida en sus cargos asalariados en relación a su ingresos total. Por último se distinguen 34 profesionales (tercer cuadrante) para los que el trabajo con relación de dependencia tiene una menor significación, tanto en términos del tiempo como del ingreso. En definitiva, los hallazgos obtenidos permiten comprobar que el peso del trabajo asalariado es mucho mayor que el señalado y llevan a concluir que la proporción de médicos predominantemente dependientes en la cohorte se eleva al 40%.

Gráfico 8

*Médicos bajo relación de dependencia parcial*

Aunque con una menor incidencia en el conjunto de trabajos asalariados, merece señalarse la docencia universitaria. Esta actividad constituye una vía laboral de escaso peso relativo en este conjunto de egresados a los seis años de antigüedad (12%). Sin embargo, se perfila su mayor importancia si se cuentan también los que se desempeñaban con carácter *ad honorem* (11%) y se contempla su condición de médicos jóvenes.

Para aquellos médicos que a los seis años de su graduación trabajaban bajo relación de dependencia en el subsector privado y de obra social, interesó analizar la tenencia de contratos o nombramientos que formalicen su vinculación con las instituciones empleadoras, la cobertura de riesgos sociales y laborales y las facilidades que brindan para realizar actividades formativas. De los 106 médicos con cargos a sueldo en el subsector privado y de obra social, 50 (47%) no contaban con contrato en ninguno de sus empleos, a los que se suman 11 (10%) que poseían una designación explícita solo en alguno de ellos. Desde otro enfoque, este conjunto de médicos totalizaron 144 cargos con relación de dependencia, que en un 52% se desempeñaba bajo un simple acuerdo verbal de partes.

Con referencia a la cobertura social, 18 profesionales no contaban con ninguna protección (17%), cifra que se eleva a 36 (34%) si se agregan aquellos con cobertura solo en alguno de sus trabajos. En términos de cargos, el 32% no tenía cobertura de riesgos sociales (46 de los 144).

Aun cuando en la encuesta se indagaba sobre las características

contractuales de cada uno de los trabajos, las respuestas no permitieron elaborar conclusiones al respecto, dado el frecuente desconocimiento de los médicos sobre los términos en que se establece la retribución de su trabajo.

En la cohorte se distingue un grupo que trabajaba exclusivamente en ocupaciones retribuidas por prestación (62 médicos), a los que se denominó autónomos absolutos o relativos, según el pago estuviera mediatizado o no por terceros. Este conjunto de profesionales, integrado por 39 varones y 23 mujeres, se aproxima en su perfil ocupacional al de la cohorte en su conjunto en todos sus aspectos: multiocupación, predominio de especialistas, etc. La sola excepción pasa por el hecho de que su práctica, predominantemente especializada, no incluye el trabajo en guardias, lo que se deriva en una carga horaria sensiblemente menor que la de los restantes médicos estudiados, y se aproxima a pautas laborales corrientes, trabajando la gran mayoría a lo sumo 48 horas por semana.

Dado el sentido atribuido a la identificación de la forma de trabajo no asalariada, es oportuno distinguir dentro de esta categoría a médicos que reciben pago por prestación mediatizado por alguna institución médico-gremial u obra social, de aquellos que estipulan su valor directamente con el paciente y administran su ejercicio profesional en forma independiente. En esta última condición figuran solo dos médicos (un psiquiatra y un anestesista), de modo que los 60 restantes son autónomos relativos.

Esta práctica no asalariada se desarrolla en instituciones privadas y en consultorios particulares. Si se consideran ahora todos aquellos médicos con al menos un trabajo retribuido por prestación a los seis años de su graduación (76%), es decir prescindiendo de que los mismos cuenten o no con alguna actividad bajo relación de dependencia, puede apreciarse que un número considerable desarrollaba su práctica profesional en consultorios unitarios fuera de una institución (33%). Esta cifra se reduce notablemente si se cuentan solo aquellos para los que el trabajo en un consultorio privado constituye su única actividad. Con esta modalidad se registraban solo 13 casos (6%), en su mayoría médicas (nueve) con consultorios ubicados en Rosario (salvo una). Los varones en cambio (cuatro), trabajaban en otras localidades dentro del área.

#### *El ingreso y la rentabilidad del trabajo*

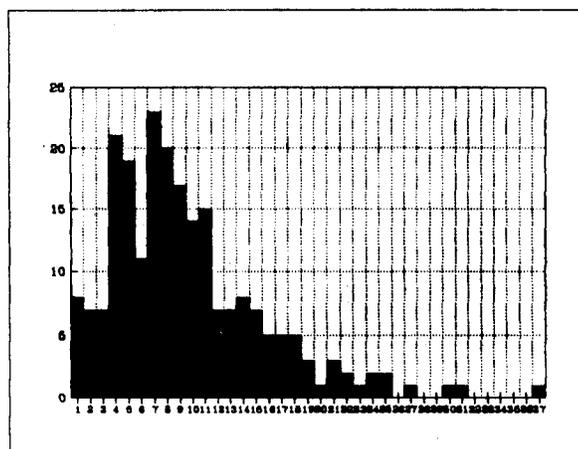
El perfil ocupacional descrito queda incompleto si no se contempla un rasgo diferenciador en el mercado como es el ingreso. No puede dejar de señalarse que la gran colaboración prestada por los profesionales entrevistados, hecho que incidió notablemente en la calidad de la información recabada, se puso en evidencia particu-

larmente en esta cuestión, siendo solo tres los médicos que rehusaron precisar sus ingresos mensuales.\*

Los hallazgos revelan grandes diferencias en los ingresos, que varían desde menos de 1 unidad de salario mínimo (usm) hasta 36.9 usm, si bien las mayores frecuencias corresponden al tramo que va de 3 a 11 usm (gráfico 9). Resulta particularmente interesante la marcada disminución que sufren estos valores al analizarlos teniendo en cuenta el sexo. Los varones aparecen en una condición más ventajosa en el mercado en términos de ingreso, percibiendo algo más del 50% sumas superiores a las 9.70 usm en tanto para las mujeres dicho porcentaje se reduce a 13%.

Gráfico 9

Médicos según ingreso en usm  
(N=224)



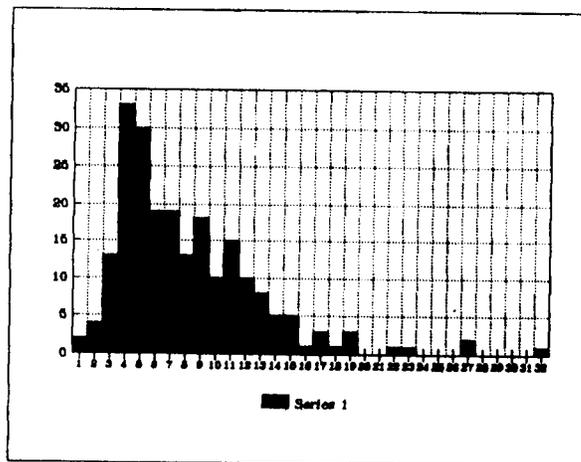
\* Teniendo en cuenta el procedimiento utilizado para la realización de entrevistas a la cohorte, en rondas sucesivas a lo largo de un año (junio 1985-mayo 1986), esta variable que se obtuvo en australes por mes se expresó luego en unidades de salario mínimo (usm). Se adoptó esta unidad de medida en razón de su generalizada utilización a nivel internacional, y porque brinda la posibilidad de comparar distintas categorías de trabajadores. Al mismo tiempo, esta expresión del salario en términos de salario mínimo permitía mantener la información a valores constantes superando los problemas derivados del proceso inflacionario argentino. El periodo de captación coincidió con la implantación por parte del Ministerio de Economía del llamado Plan Austral y, en virtud del mismo, en el periodo mencionado el salario mínimo varió escasamente (junio 1985 = A 59.365 - enero 1986 = A 70.000 y abril 1986 = A 80.000 equivalentes a 77.31, 87.39 y 92,92 US\$). La posibilidad de mantener los datos a valores constantes se desvirtuó posteriormente por las políticas gubernamentales que se tradujeron en sucesivos y acentuados incrementos en el salario mínimo por encima del salario medio.

La gran variación de los ingresos percibidos no se explica solo en base a la carga horaria; es más, los resultados obtenidos revelan escasa relación entre estas variables.\*

Sin embargo, en la búsqueda de un indicador que permita comparar distintas situaciones en función de su ingreso, se tomó en cuenta la renta promedio sobre un patrón común de 40 horas semanales. Eliminadas las diferencias atribuibles a las horas de trabajo persisten, no obstante, discrepancias notables de rentabilidad –que varían desde un valor mínimo de 1 usm hasta un máximo de 31 usm–, que señalan una gran dispersión en la modalidad del trabajo (gráfico 10). Los resultados pueden sintetizarse expresando que en 40 horas de trabajo sema-

Gráfico 10

*Médicos según rentabilidad (N=217)*



nal, 9% percibiría menos de 3 usm; 29% salarios mayores o iguales que 3 y menores que 5; por encima de ellos, y hasta menos de 10 usm 36%. El 26% restante ganaría en esa cantidad de horas 10 o más usm, 12 de ellos con cifras particularmente elevadas (entre 16 y 32 usm). Se mantiene lo señalado sobre la situación desventajosa de las mujeres en relación a su retribución (el 50% percibiría menos de 5 usm). Asimismo, este análisis permite una justa valoración de la disminución que sufren los ingresos cuando se trata de médicos que trabajan en guardias, con un sueldo o salario estipulado por el valor de la hora médica

\* Coeficiente de determinación:  $R^2 = 0.39$ , regresión lineal log ingreso–log horas.

o por duración de la misma. En este caso es excepcional que se superen las 10 usm de rentabilidad y el 50% no logra alcanzar las 4,5 usm.

La complejidad de la problemática abordada, dirigida al logro de un mejor conocimiento del mercado de trabajo médico en relación a las dificultades que enfrentan los egresados jóvenes en su acceso al mismo, llevó a la identificación de situaciones diferenciales que a la vez que condujeran a una formulación de la categoría seleccionada como central -inserción en el mercado de trabajo-, permitieran arribar a una valoración de las mismas.

El proceso de dilucidación teórica en contraste con los referentes empíricos obtenidos condujo a identificar como dimensión de mayor significación la rentabilidad del trabajo. En la cohorte se identificaron 56 médicos que bajo un patrón común de 40 horas semanales percibían ingresos superiores a las 10 usm, grupo con una posición si no privilegiada, relativamente mejor, que parece definirse en función de ciertos rasgos que se verificaron empíricamente como significativamente diferentes respecto del resto de la cohorte. Integrado por un escaso número de mujeres (27%), cuenta con solo 10 médicos generalistas (18%), y su práctica incluye el trabajo en guardias como excepción (cinco médicos). Similares, sin embargo, al resto en cuanto al carácter polifuncional de su actividad, mantienen vínculos con más de un subsector, con primacía del privado aunque ello no significa que un número importante no cuente con cargos públicos. Como consecuencia, compiten en el grupo el peso del trabajo autónomo con el de la forma combinada.

No obstante, esta valoración del grado diferencial de inserción en el mercado, basada exclusivamente en la renta promedio, resulta insuficiente en tanto no se consideren situaciones particulares dadas por las diferencias en las cargas horarias o en el monto del ingreso percibido. No puede obviarse la magnitud de este último como indicador del poder adquisitivo que expresa no solo la capacidad reproductiva cotidiana, sino también la capacidad potencial para el desarrollo profesional.

Es importante destacar que también estos profesionales conforman un grupo heterogéneo en relación a sus variadas cargas horarias que expresan diferentes situaciones en la medida en que la mayoría se ubica en un rango que va de 35 a 90 horas. No ofrecen en cambio un grado de variabilidad similar sus ingresos, que para todos aquellos con una dedicación horaria superior a las 40 horas es de 10 usm o más.

Bajo el supuesto de que la mejor situación relativa de este grupo en el momento de la encuesta podría ser explicada por una trayectoria particular desde el egreso de la Facultad, se intentó profundizar el análisis en función de sus antecedentes formativos y laborales.

El prestigio de las residencias de posgrado indujo a pensar que pudiera existir un reconocimiento equivalente en el mercado laboral, lo que permitiría a los ex residentes acceder a ocupaciones más renta-

bles. Esta situación no pudo verificarse a la luz de los resultados obtenidos (cuadro 10), lo que podría explicarse teniendo en cuenta las diferencias señaladas de la historia ocupacional del grupo de residentes, excluidos del mercado durante tres años o más.

Cuadro 10

*Médicos según rentabilidad y antecedente formativo*

Rentabilidad	Realizaron residencia					
	Sí		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Menor o igual a 10 usm	50	75	111	74	161	74
Mayor a 10 usm	17	25	39	26	56	26
Total	67	100	150	100	217	100

Test Fisher-Irwin. Valor observado: -0.07;  $p > 0.05$ .

Cabe señalar que tampoco pudo verificarse el supuesto de asociación entre un nivel de rentabilidad con una mayor antigüedad en el cargo para los profesionales del grupo que no registraba el antecedente de una residencia. Para estos médicos, que totalizaban 121 cargos en ese momento, la heterogeneidad de situaciones se manifiesta claramente en contradicción con la hipótesis formulada (cuadro 11).

Por otra parte, independientemente de la modalidad de acceso a la especialización, tampoco el haberlo logrado en el lapso mínimo exigido por el Colegio de Médicos pudo ser vinculado con un mayor nivel de renta (cuadro 12).

Con respecto a la trayectoria ocupacional, tampoco se encontraron elementos diferenciadores de importancia al intentar elucidar si este grupo particular tuvo un comportamiento que lo distinguiera de la tendencia general del conjunto en el período. Solamente se observó una ligera precocidad en el peso del trabajo combinado, con algunas tareas bajo relación de dependencia y otras retribuidas por prestación. Desde otra perspectiva, tratando de identificar a nivel individual historias de inserción diferentes, se realizó un seguimiento de carácter longitudinal respetando historias individuales. El hallazgo principal fue la ausencia de predominio de perfiles definidos, siendo lo típico la heterogeneidad de historias. Así, frente a algunas situaciones puras -nunca realizaron trabajos asalariados- se presentan otras más híbridas

con distintas combinaciones en la secuencia de las modalidades, por ejemplo primero una relación de dependencia, luego combinada y, finalmente, pago por prestación o, a la inversa, de la relación de autonomía se pasa a la combinada, etc.

**Cuadro 11**

*Cargos ocupados a la fecha de la encuesta por los médicos con rentabilidad alta (>10 usm) que no registran el antecedente de una residencia según antigüedad (en años).*

Antigüedad (en años)	Cargos n°
menos de 1	2
1	23
2	27
3	24
4	14
5	14
6	17
Total	121

**Cuadro 12**

*Médicos especialistas según rentabilidad y fecha de inscripción en el Colegio de Médicos*

Rentabilidad	Fecha de inscripción				Total	
	Antes de finalizar el 4º año		Después del 4º año			
	nº	%	nº	%	nº	%
Menor o igual a 10 usm	27	77	72	68	99	70
mayor a 10 usm	8	23	34	32	42	30
Total	35	100	106	100	141	100

Test Fisher-Irwin. Valor observado: 0.82;  $p > 0.05$ .

*Una estrategia particular: el ejercicio profesional  
en varias localidades*

La ausencia de una clara diferenciación en las modalidades y condiciones laborales a la fecha de la encuesta constituye en resumen el rasgo característico de la cohorte. Por el peso importante de la multiocupación, presente desde el egreso, el carácter dominante del grupo es la heterogeneidad de situaciones y la no linealidad de las historias que en definitiva no permiten vislumbrar modelos o estrategias definidas de comportamiento.

En esta miscelánea de situaciones surgió una modalidad particular de trabajo, que resulta relevante más allá de su incidencia en el grupo. Se trata de los médicos con trabajo simultáneo en Rosario y en otras localidades, que no siempre se encuentran en las cercanías de esta ciudad. Efectivamente, de los 43 médicos en esta situación, solo 14 trabajaban a menos de 30 km de Rosario, lugar de mayor concentración de la cohorte; los demás realizaban periódicamente trayectos más largos que en los casos extremos superan los 150 km, llegando incluso uno de ellos a una localidad fuera del área de captación (mapa).

Para valorar qué significa esta práctica se midió el peso de los trabajos fuera de la ciudad en términos de las horas y los ingresos obtenidos en los mismos. Los resultados permitieron identificar dos situaciones. Por un lado, un conjunto de profesionales con una menor dedicación horaria relativa fuera de Rosario logran incrementar la renta promedio de su trabajo médico realizando una práctica especializada en efectores privados o de obras sociales. Acceden así a una mejor situación relativa a expensas de largos trayectos que se suman a las elevadas cargas horarias semanales mencionadas. En menor número figuran otros médicos con mayor cantidad de horas e ingresos fuera de Rosario; posiblemente el trabajo en esta ciudad responde a otras razones no relacionadas en forma directa con factores económicos.

Esta estrategia de inserción remite a la existencia de un mercado ampliado gracias a cambios sufridos en los últimos años en la oferta de atención médica en otros centros urbanos del área. El desarrollo de las especialidades y la complejización de los servicios privados en los mismos impulsó la demanda de fuerza de trabajo médico especializada abriendo nuevas opciones laborales a los profesionales jóvenes.

Desde una visión opuesta, también cabe interrogarse acerca de si estos egresados recientes mantienen su trabajo en Rosario por razones que responden a otras necesidades, más allá de las económicas, como la de mantenerse en contacto con sus referentes científicos, en centros asistenciales que les permiten continuar el proceso de formación y perfeccionamiento en un área específica.





## REFERENCIAS

- (1) Bloch, C. *et al.* Estructura y dinámica ocupacional del médico: Rosario, 1978. *Cuad med soc (ROS)*. Número especial, octubre de 1980.
- (2) Donnangelo, M. C. *Medicina e sociedade (O medico e seu mercado de trabalho)*. Sao Paulo, Livraria Prioneira Editora, 1975.
- (3) Passos Nogueira, R. A força de trabalho en saúde. *Revista de Administração Publica* 3(17):61-70, 1983.
- (4) Michel, C. La consommation de soins médicaux en France. *Revue Internationale de Sécurité Sociale* 24(4):465-484, 1981.
- (5) Katz, J. y Muñoz, A. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires, Bibliotecas Universitarias, Centro Editor de América Latina-CEPAL, 1988.
- (6) Faure, H. y Sandier, S. L'évolution des couts hospitalieres Hopitaux Publics, 1965-1977. *Consommation* 1:3-38, 1979.
- (7) Frenk, J., Hernández Llamas, H. y Alvarez, K. *El mercado de trabajo médico*. México, UAM, 1980.
- (8) Centro de Análisis y Programas Sanitarios. *Sistema sanitario y personal médico (1970-1990)*. Barcelona, 1985.



**ANEXOS**



## ANEXO 1

**Definiciones conceptuales y operacionales**

**Trabajo remunerado:** se incluye cualquier ocupación rentada vinculada o no a la profesión, excepto las residencias que si bien son rentadas se consideran dentro de las actividades formativas de posgrado.

**Actividades médicas:** trabajos que los médicos están habilitados para realizar por su condición de tales. Incluyen práctica médica, docencia universitaria, investigación y otras actividades. Entre estas últimas, las prácticas de Salud Pública, de jefatura o dirección de instituciones o servicios asistenciales, de médicos legistas, auditores, asesores. Se excluye docencia no universitaria.

**Especialidad:** todo campo específico de la práctica médica reconocido como tal por el Colegio de Médicos.

**Especialización:** es la orientación o campo específico de la práctica médica identificado por el profesional como área de trabajo, esté reconocido o no como especialidad por el Colegio de Médicos.

**Autocalificación:** autotitulación por el médico en especialista o médico general, al margen de la condición que reviste para el Colegio de Médicos.

**Calificación formal:** condición que revista en el Colegio de Médicos, como especialista o médico general, por haber cumplido con todas las exigencias establecidas.

**Lugar de trabajo geográfico:** según localidad en la cual ejerce su práctica.

**Institución en que ejerce la práctica médica:** se define como institución al lugar de trabajo del médico. Se incluyen empresas sanatoriales privadas que ofrecen prestaciones médicas de internación y/o ambulatorias, hospitales públicos y privados, centros de salud, efectores propios de obras sociales y de mutualidades, empresas no asistenciales (fábricas, comercios, instituciones deportivas, etc.). Este concepto también comprende el consultorio particular, que es el ámbito de trabajo donde el médico atiende pacientes privados o de la seguridad social, instalado fuera de toda institución. No incluye el ámbito físico donde el médico desarrolla su actividad en instituciones como clínicas, instituciones con internación -en el área de consulta externa-, etc.

Subsectores en los cuales ejerce la práctica profesional: son las distintas áreas del mercado de trabajo médico con las que se relaciona el profesional. Este vínculo se define por el tipo de institución (hospital público, sanatorio privado, etc.) en la que el médico ejerce su práctica. Se diferencian tres subsectores: público, privado y de obras sociales y mutualidades.

. Subsector público: está integrado por las instituciones asistenciales nacionales, provinciales o municipales como hospitales, centros de salud, etc.

. Subsector privado: en él se incluyen:

- empresas sanatoriales privadas que ofrecen prestaciones médicas de internación y/o ambulatorias,

- hospitales privados que en el caso de Rosario son los hospitales Italiano y Español,

- empresas de prepago con fines de lucro, que ofrecen un seguro de enfermedad a los individuos que se suscriben mediante una cuota mensual,

- empresas no asistenciales (fábricas, comercios, instituciones deportivas, etc.) que por disposiciones legales o por necesidades emanadas de las actividades que realizan deben contar con el trabajo médico destinado a hacer control de ausentismo, exámenes de salud, peritajes medicolegales, etc., y

- consultorio particular en el que atiende a pacientes.

. Subsector de obras sociales y mutualidades: abarca ambos tipos de instituciones:

- efectores propios de obras sociales, que son de afiliación obligatoria para todo trabajador en relación de dependencia y brindan prestaciones médicas al afiliado y a su grupo familiar. Comprende también aquellas obras sociales mixtas que nuclean, además, a personal jerárquico y autónomos, estos últimos de afiliación voluntaria;

- mutualidades, que son las asociaciones de afiliación voluntaria que por mecanismos de solidaridad grupal (por nacionalidad, oficio, etc.) prestan servicios sociales entre los que se incluye la atención médica a sus afiliados.

Relación de trabajo: se discrimina en dependiente y autónoma, y dentro de esta última si es relativa o absoluta. La relación de trabajo es de dependencia cuando el médico percibe un sueldo o salario. Ello supone una subordinación jurídica del médico con la institución que lo emplea, lo que implica el cumplimiento de determinado horario, la atención de pacientes con características de habitualidad (número de días por semana) y exclusividad en esa actividad (solo él lo debe hacer), bajo condiciones establecidas por el contrato; este puede ser explícito o no. La relación es de autonomía cuando no existe una subordinación jurídica. La autonomía es absoluta cuando el médico fija las condiciones de la prestación y el tipo y monto de la retribu-

ción, siendo el pago efectuado directamente por el paciente. La autonomía es relativa en el caso de los profesionales que atienden a los beneficiarios de la Seguridad Social, percibiendo una retribución por prestación estipulada por el INOS y efectivizada directamente por las obras sociales o por intermedio de instituciones medicogremiales.

Carácter de la función involucrada en la actividad profesional: se refiere a las obligaciones y responsabilidades emanadas del (los) cargo(s) o actividad(es) que desempeña y que se deducen de las diferentes categorías o jerarquías ocupacionales utilizadas habitualmente en el mercado de trabajo. Se reconocen las siguientes modalidades en sus formas puras o combinadas:

- médico interno o de guardia general: el que desarrolla su práctica profesional durante jornadas completas en una institución asistencial, entendiéndose por jornada completa el trabajo u obligación asistencial durante ocho horas o más en un día,

- médico interno o de guardia especializada: el que desarrolla su práctica profesional durante jornadas completas en una institución asistencial, entendiéndose por jornada completa el trabajo u obligación asistencial durante ocho horas o más en un día, con funciones en servicios especializados como, por ejemplo, terapia intensiva, unidad coronaria, unidad renal, pediatría, neonatología, psiquiatría, etc.,

- médico especialista: incluye a los médicos cuya actividad está limitada por la especialidad,

- médico general: incluye a los médicos cuya actividad no se encuadra dentro de una especialidad,

- otro: docencia universitaria, investigación, control de ausentismo, control de salud, etc. Esta modalidad se estipuló solo en su forma pura y no se la consideró discriminatoria en las situaciones combinadas.

Total horas semanales: suma total de las horas semanales declaradas en cada una de las ocupaciones médicas.

Ingreso mensual: suma total de los ingresos mensuales declarados para cada una de las ocupaciones médicas, expresado en unidades de salario mínimo.

Subempleado por tiempo: todo médico que en el momento de la encuesta manifiesta que busca incrementar sus horas de trabajo, cualquiera sea su dedicación.

Rentabilidad: indicador que estima el ingreso total con base en el ingreso medio por hora y una carga horaria semanal hipotética de 40 horas:

$$\text{rentabilidad} = \frac{(\text{ingreso total})}{\text{horas/semana}} \times 40 \text{ horas}$$

Formación de posgrado: se refiere al proceso de aprendizaje del médico dirigido a la profundización en un campo específico del conocimiento y a la adquisición de habilidades y destrezas para el ejercicio de una práctica médica especializada.

**Actividades formativas:** comprenden residencias universitarias o no, nacionales o extranjeras, carreras universitarias de posgrado y concurrencia a servicios. Entre estas últimas se distinguen las estructuradas -con un programa y obligaciones-, semiestructuradas -sin programa y con obligaciones-, e informales -sin programa ni obligaciones-. Se incluyen también los cursos con evaluación final y duración mínima de 40 horas, o en su defecto de dos o más años de duración.

**Actividad formativa principal:** es la actividad de mayor reconocimiento en el siguiente orden: residencia, carrera universitaria de posgrado, concurrencia con programa y obligaciones, concurrencia sin programa y con obligaciones, concurrencia sin programa ni obligaciones; admitiéndose entre estas últimas las que se hubiesen llevado a cabo en forma completa o como mínimo a lo largo de tres años. En todos los casos, en la especialidad en que el médico figura inscrito en el registro de especialistas del Colegio de Médicos, o, en su defecto, en la que identifica como propia.

**Tiempo dedicado a actividades formativas:** igual al número de años en cuyo transcurso el médico haya realizado una o más actividades formativas. Se excluyen los años en los que la actividad se limitó exclusivamente a la asistencia a cursos.

ANEXO 2

**Especialidades por áreas**

Area clínica: Clínica médica, Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Nefrología, Hematología, Infectología, Medicina del trabajo, Neumonología, Oncología médica, Terapia intensiva.

Area cirugía: Cirugía general, Anestesiología, Angiología, Neurocirugía, Cirugía plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología.

Area pediatría: Pediatría, Neonatología.

Area gineco-obstetricia: Ginecología, Obstetricia, Tocoginecología.

Area diagnóstico y tratamiento: Anatomía patológica, Bacteriología, Hemoterapia, Radiología, Fisiatría.

Area psiquiátrica: Psiquiatría, Psiquiatría infantil.



Esta edición  
se terminó de imprimir en  
RIPARI S.A.  
General J.G.Lemos 248, Buenos Aires  
en el mes de agosto de 1990

