



## **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

# **INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE FACILITADORES Y OBSTÁCULOS SOCIO CULTURALES PARA LA RADICACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS EN EL INTERIOR DEL PAÍS**



**Financiado por ANII a través del Fondo Sectorial de Salud  
(Proyecto PR\_FSS\_2009\_1\_1691).**

**Noviembre de 2012**

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR.....  | 3   |
| <u>CAPÍTULO I.</u> DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....                         | 4   |
| I.I- Contexto de la investigación.....   | 4   |
| I.II- Problema de investigación.....   | 6   |
| I.III- Objetivos de Investigación.....   | 8   |
| I.IV- Fundamentación Teórica.....  | 9   |
| I.V- Metodología.....  | 15  |
| <u>CAPÍTULO II.</u> RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN  |     |
| II.I- El Centralismo Académico y sus consecuencias sobre la radicación de los Médicos..... | 22  |
| II.II- Rol de la Autoridad Sanitaria en el Campo de la Salud.....                          | 69  |
| II.III- Mercado de Trabajo Médico como Campo Social.....                                   | 94  |
| II.IV- El Interior del país como ámbito de ejercicio profesional médico.....               | 121 |
| II.V- Estratificación Simbólica entre los profesionales médicos.....                       | 151 |
| II.VI- El papel del estilo de vida en la decisión de radicación de los médicos             | 168 |
| II.VII- Estudiantes del Ciclo Introductorio.....   | 180 |
| <u>CAPÍTULO III.</u> EN SUMA.....  | 185 |

## IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El Equipo Investigador se conforma fundamentalmente por integrantes de la Unidad de Sociología de la Salud (USS) del Departamento de Medicina Preventiva y Social (DMPyS) de la Facultad de Medicina (FMED).

La USS da inicio a sus actividades en abril del 2008, siendo un espacio que recoge una amplia tradición docente en Facultad de Medicina y su vez, orienta su perfil de investigación y enseñanza al campo de la Sociología de la Salud.

Con el objetivo de aportar al conocimiento interdisciplinario en Salud Pública, desde el inicio se define como línea estratégica de trabajo el desarrollo de investigación sociológica aplicada al ámbito de la salud y fuertemente orientada a la toma de decisiones.

Junto con ello, desde lo metodológico se busca potenciar y profundizar el alcance de técnicas cualitativas en la investigación en salud.

En esta investigación participaron por la Unidad de Sociología de la Salud y el Depto. de Medicina Preventiva y Social:

- Soc. Rodolfo Levin Echeverri (Responsable Científico). Máster en Sociología, FCS-UDELAR. Profesor Adjunto (Gº3), responsable de la Unidad de Sociología de la Salud. Coordinador del Ciclo Introductorio, Dpto. de Educación Médica (FMED). Asistente Académico de Decanato-Facultad de Medicina. Entre 2010 y 2011 fue Director de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Soc. Alejandra Toledo Viera (Investigadora). Licenciada en Sociología, FCS-UDELAR. Asistente (Gº2) de la Unidad de Sociología de la Salud. Desde 2008 es Directora del Dpto. de Análisis Social en Salud, DIGESNIS-MSP.
- Dr. Mario Romero Aguilar (Investigador). Doctor en Medicina, FMED-UDELAR (2011). Asistente (Gº2) del Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Residente de 1º año de Pediatría.

# **CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## **I.I- Contexto de la investigación**

El Uruguay tiene actualmente una población total de 3.286.314 habitantes; la cual se encuentra distribuida heterogéneamente a lo largo de su territorio: 40% de sus habitantes (1.319.108) vive en Montevideo y el 60% (1.967.206) en el Interior del país, discriminado entre capitales departamentales y otras ciudades. La población estrictamente rural es un porcentaje mucho menor, alcanzando el 5.3 % del total de habitantes del país (175.613 habitantes) (INE, 2011).

Esta distribución desigual de la población convive con una de carácter inequitativo.

Esto se hace evidente en numerosos servicios y particularmente, en algunos como lo es la atención en salud. La concentración de los profesionales en las ciudades de mayor desarrollo es un fenómeno observado en muchos de los países de la Región. En aquellos que disponen de información, se observa una marcada inequidad en la distribución de los recursos humanos señalados, en detrimento de las zonas no urbanas de los países (Lazarov L., 2002).

Para el año 2008 en el Uruguay, se encontraban en actividad un total de 14.009 médicos, llegando a una distribución de 42,02 médicos por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, al desglosar este indicador encontramos una relación inequitativa según el área geográfica. Del total de médicos en actividad, 3.324 residen en el Interior y 10.687 residen en Montevideo (SMU, 2008). Como resultado de esta distribución, la relación de médicos cada 10.000 habitantes es de 16,34 en el interior y de 80,21 en Montevideo. Tomando en cuenta los diferentes departamentos encontramos que Cerro Largo es el de menor proporción de médicos con 10,46 por 10.000 habitantes, y Maldonado es el de mayor proporción, excluyendo Montevideo, con 20,93 médicos por 10.000 habitantes.

Como resultado, nos enfrentamos a un escenario problemático en términos de equidad en salud, entendiéndolo por ello 'la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas' (Definición de Equidad en Salud del Equipo de Equidad de la OMS, Vega, J. et al, 2005).

A los efectos de empezar a dilucidar posibles respuestas frente a este escenario, distintos antecedentes cobran significación:

En el año 2009, la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina ofreció el ingreso a 236 cargos de Residencias. El 97.46 % de los residentes desempeñan su cargo en Montevideo y apenas un 2.54 % en el Interior, sólo en Paysandú y Tacuarembó. (Universidad de la República. Facultad de Medicina. Sección Concursos.

17.9.09. Llamados a Concursos de Pruebas para Cargos de Médicos Residentes R1.

[www.fmed.edu.uy/concursos/Residencias.2009/residenteLlamado2009.pdf](http://www.fmed.edu.uy/concursos/Residencias.2009/residenteLlamado2009.pdf)

Por otra parte, del total de cargos de Residencias correspondientes a las Especialidades Médicas Básicas, definidas por esta investigación, sólo el 3.33 % (6) de estas serán realizadas con actividad asistencial en el Interior del país.

A su vez, debe señalarse un aspecto particular respecto al perfil de ingreso del estudiante de Facultad de Medicina: en el año 2003 un 56 % de los estudiantes proceden del Interior del País y un 44 % de Montevideo (Macri, E; Noboa, L, 2003). Este comportamiento es más o menos estable año a año. De alguna forma esta situación es paradójica respecto a la distribución poblacional de médicos en el país, donde la hegemonía montevideana ya fue señalada párrafos atrás.

Las inequidades en salud vinculadas a la desigual distribución geográfica de los Recursos Humanos en Salud (en adelante RHS) es una problemática de larga data en nuestro país y en el mundo. No obstante, disponemos de escasa literatura científica nacional referida al fenómeno de la migración interna (Interior-Capital), salvo cuestiones más descriptivas que ya hemos mencionado.

En la 56ª. Sesión del Comité Regional de la OMS. (Washington, D.C., EUA, septiembre-octubre 2004) se afirma que, a pesar de la de gran variabilidad entre los países del continente americano, la situación de los RHS presenta desajustes profundos en su disponibilidad, composición y distribución. Tales desajustes suelen presentarse bajo la forma de: escasez aguda de personal de salud; distribución inapropiada de la fuerza laboral con respecto a las necesidades; inequidades en la composición de los proveedores de servicios de salud con relación a la población atendida. Estas situaciones, junto a la coexistencia de condiciones de trabajo en deterioro, sistemas inadecuados de incentivos y falta de estrategias apropiadas para el mantenimiento de las competencias laborales, suelen tener graves consecuencias para el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud.

Referencias bibliográficas.

BENIA W., MACRI M., BERTHIER R. (2008) Atención primaria de salud. Vigencia y renovación. Cap. 8. Temas de Salud Pública. Tomo 1. Oficina del Libro. FEFMUR. Montevideo.

GARCÍA-PÉREZ M., AMAYA C., LÓPEZ-GIMÉNEZ M., OTERO A. (2009) Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007. Fundación CESM. Madrid. Departamento de Medicina

Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma. Madrid. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 243-255 N.º 2 - Marzo-Abril 2009.

INE (2009) - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Uruguay en cifras

2009.<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2009/uruguay%20en%20cifras%2009.asp>

INFORME. 56.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. OMS. (Washington, D.C., EUA, 27 de septiembre-1 de octubre 2004)

LAZAROV L., LORENTE J.C., TURNES A. (2002) NÚMERO DE MÉDICOS EN URUGUAY. Elementos para un análisis.

LEÓN I., HERRERA M. (2008) Atención médica. Niveles de atención. Cap. 4. Temas de Salud Pública. Tomo 1. Oficina del Libro. FEFMUR. Montevideo.

MACRI.E, NOBOA.L. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA COHORTE 2003 QUE CURSO CICLO BASICO EN LA FACULTAD DE MEDICINA. DEM. FACULTAD DE MEDICINA. UDELAR.

SMU (2008) - SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. Demografía médica en el Uruguay. <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia.html>

SORKIN, A. (1977) Health Manpower. Lexington, MA, Lexington Books.

VANASSE A., SCOTT S., COURTEAU J., ORZANCO M. (2009) Canadian family physicians intentions to migrate. Associated factors. Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien Vol 55. April 2009.

VEGA, J et al. (2005) Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. Publicación disponible en [www.equidadchile.cl](http://www.equidadchile.cl)

## **I.II- Problema de investigación**

Lo descrito anteriormente deja en evidencia un importante problema de equidad en salud, el cual se expresa en indicadores contradictorios: en Montevideo, donde reside el 40% de la población, la relación médico cada 10.000 habitantes es 5 veces superior a la del Interior del país, donde reside el otro 60% de la población.

Ante este escenario, la pregunta clave que guía esta investigación es: ¿Qué factores socio-culturales obstaculizan o favorecen la radicación de los médicos de EMB en el Interior del país?

¿Cuál es la importancia de contestar esta pregunta? En ella reside la justificación del trabajo: en nuestro país, el cambio del Modelo de Atención y de Gestión que impulsó la Reforma del Sistema prioriza la estrategia de Atención Primaria de Salud; enfoque íntimamente vinculado al Derecho, la Equidad y la Solidaridad en salud (Benia, 2008). Se aspira a consolidar una forma de Atención Médica caracterizada por su: accesibilidad; equidad; eficiencia;

efectividad; integralidad; seguridad; legitimidad; aceptabilidad; continuidad; oportunidad; universalidad; suficiencia; satisfacción; humanidad (León, 2008).

De este modelo se desprende la necesidad de disponer de médicos de las especialidades básicas con radicación permanente en el ámbito geográfico donde ejercen su práctica.

La conformación de Equipos Básicos de Salud (en adelante EBS) con radicación permanente en su lugar de desempeño es un elemento fundamental para el desarrollo local de programas centrados en la estrategia de Atención Primaria de Salud. Según enfoques de este tipo, los EBS deberán adaptarse a las definiciones estratégicas que cada país haga en su Sistema de Salud. Tanto sus funciones como su integración deben ser definidas a partir de las características epidemiológicas y de la oferta de recursos de cada región.

En nuestro país, en el marco de la actual reforma aún no se ha definido explícitamente el EBS, ni cuáles deben ser los profesionales médicos que lo integren. No obstante, si se han esbozado algunas orientaciones homólogas según hemos revisado en los Contratos de Gestión de la JUNASA y el protocolo de Metas Asistenciales del MSP.

En términos operativos, en esta investigación tomé como profesionales de especialidades médicas básicas a:

Médico Generalista, Médico de Familia, Ginecólogo y Pediatra.

Recapitulando los antecedentes, presumimos que el escenario de distribución asimétrica capital-interior para los médicos en general, se reproduce a nivel de las especialidades médicas básicas.

Por todo ello, esta investigación pretendió identificar los elementos facilitadores y obstaculizadores de orden sociocultural para la radicación de los profesionales médicos con EMB en el interior del país, desde la perspectiva de diferentes grupos humanos que se encuentran en distintos momentos en su relación con la Carrera de Doctor en Medicina y en su tránsito por Facultad de Medicina:

- Estudiantes de 1º año de Facultad de Medicina
- Estudiantes de 8º año de Facultad de Medicina
- Residentes de Especialidades Médicas Básicas
- Médicos generalistas y con Especialidades Médicas Básicas

En particular, se pretendió encontrar evidencia que permita responder a las siguientes preguntas:

- ¿Por qué los médicos con EMB prefieren radicarse en Montevideo, inclusive aquellos que proceden del interior del país?
- ¿Qué factores favorecedores refieren aquellos que han elegido radicarse en el interior?
- ¿Qué factores obstaculizadores refieren aquellos que han elegido no hacerlo?
- ¿Qué papel tiene la centralización de la formación de pregrado en Montevideo?
- ¿Qué papel tiene la elección de la formación de posgrado y la oferta disponible?

- ¿Qué rol juegan las redes sociales y afectivas en esta decisión?
- ¿Cuánto inciden las posibilidades de inserción laboral?
- ¿Cuánto incide en la decisión la cuantía de la remuneración?
- ¿Cuánto incide las condiciones materiales de trabajo?
- ¿Se pierde prestigio profesional al radicarse en el interior?

En síntesis, debemos señalar que la identificación y comprensión de los factores socioculturales vinculados a la radicación en el interior del país de los médicos con EMB, es un insumo estratégico para el diseño, planificación y reorientación de las políticas de RHS. Ésto, con el fin último de garantizar una mejor calidad en la atención de la salud, la cual depende en gran medida de la complejísima arquitectura organizacional que tendrá como uno de sus resultados lograr una relación numérica médico-usuario adecuada a las necesidades en salud de la población.

### **I.III- Objetivos de Investigación**

#### Objetivo General:

Identificar y comprender en profundidad los factores de orden socio-cultural que obstaculizan y/o desmotivan la radicación de los profesionales médicos de Especialidades Médicas Básicas (Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Pediatría) en el Interior del país, así como aquellos que la facilitan y/o estimulan.

#### Objetivos Específicos:

1) Identificar los factores obstaculizadores y/o facilitadores para la radicación de los profesionales médicos de Especialidades Médicas Básicas (Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Pediatría) en el interior del país, según la percepción de los siguientes grupos sociales:

- Estudiantes de primer año (Ciclo Introductorio) de Facultad de Medicina, UDELAR.
- Estudiantes de octavo año (internado Obligatorio) de Facultad de Medicina, UDELAR que al momento proyecten realizar en su formación de postgrado alguna de las especialidades médicas básicas.
- Médicos en formación (residentes y posgrados) en las especialidades médicas básicas.
- Médicos Generalistas y egresados de especialidades médicas básicas con residencia permanente en Montevideo o en el interior del país.

El proceso de identificación de los factores socioculturales estará orientado de acuerdo a las siguientes dimensiones:

- la oferta educativa de grado y pos-grado.
- la oferta de empleo: remuneración, calidad y posibilidades de desarrollo profesional.
- los lazos sociales y afectivos: familia, amigos y colegas.
- estilo de vida en la capital o en el interior del país.
- estatus y prestigio asociado al rol del médico.
- temas que sean emergentes y no hayan sido considerados previamente.

2) Comprender las representaciones de los actores en función de los contextos sociales donde habita y se transforma su discurso.

3) Elaborar “mapa de obstaculizadores y facilitadores” según las dimensiones relevadas y aquellas emergentes, identificando elementos de consenso, disenso y representaciones específicas entre y para cada grupo de interés analítico.

4) Difundir los resultados de investigación y los hallazgos técnico-metodológicos.

## **I.IV- Fundamentación Teórica**

Toda investigación de carácter sociológico precisa de un marco teórico o interpretativo y ello tiene una importancia decisiva cuando se decide transformar un problema de orden social en un problema de orden sociológico. Tal proceso supone indagar en cuestiones instaladas en lo social, en lo que usualmente denominamos “realidad”. Ocurre que esa realidad no responde por sí sola, sino que debe ser interrogada.

Así, lo que usualmente se entiende por un problema de Recursos Humanos en Salud (en adelante RHS) y que en el caso que nos ocupa afecta la accesibilidad en los Servicios de Salud se configura como el problema social que despertó la curiosidad investigativa

En términos de hipótesis dicho problema está generado por la asimétrica distribución de los médicos en el país. En este punto, la cuestión social, se transforma en una investigación sociológica cuyo objeto de estudio está delimitado por los **OBSTÁCULOS Y FACILITADORES SOCIO CULTURALES PARA LA RADICACIÓN DE LOS MEDICOS EN EL INTERIOR DEL PAIS.**

Para ello se tomaron las siguientes decisiones previas:

- 1) Construcción de un marco teórico para explicitar desde qué lugar del conocimiento científico se habrá de observar y analizar el problema
- 2) Definir un procedimiento técnico consistente internamente con el marco teórico y que permita “capturar” la evidencia empírica a ser analizada.

En este “iter” investigativo se tomaron opciones:

- Elección del lugar del conocimiento desde donde se transformará un problema social en un problema sociológico
- Construir un objeto de investigación que pueda contestar las preguntas del problema sociológico.
- Construir un dispositivo técnico que permita capturar la evidencia empírica según lo establecido por el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación (definición del método y elección de técnicas)

#### LOS SOPORTES TEÓRICOS Y EPISTEMOLÓGICOS

El enfoque de Peter Berger y Thomas Luckmann<sup>1</sup> (en adelante B&L) sobre *La construcción social de la realidad* habilita el marco interpretativo de una epistemología abierta y plural, donde las ideaciones de los individuos construyen realidad y ella es diversa, contradictoria y constituyente de otras realidades. Por su parte, incorporar a Pierre Bourdieu<sup>2</sup> y el concepto de CAMPO SOCIAL se dispuso a efectos de comprender el sentido práctico de los actores a la vez de dar cuenta de un territorio social de tensión y conflicto. Por último, se sumó la mirada de Anthony Giddens<sup>3</sup> y una de sus expresiones más visibles en la interacción social de la modernidad tardía: el sistema experto, alrededor del cual conocimiento experto y lego intercambian dialécticamente sus saberes y dan cuenta de procesos de decisión que son centrales en nuestro objeto de estudio: LOS FACILITADORES Y OBSTÁCULOS SOCIO CULTURALES PARA LA RADICACIÓN DE LOS MEDICOS EN EL INTERIOR DEL PAIS.

#### A) LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA REALIDAD y EL OBJETO DE ESTUDIO

La perspectiva teórica que sostienen B&L habilita a observar la forma cómo el conocimiento orienta la conducta en la vida cotidiana. La misma se presenta como una realidad

<sup>1</sup> Berger, P. & Luckmann, T. “La construcción social de la realidad”. Ed. Amorrortu. Madrid, 1979.

<sup>2</sup> Bourdieu, P. “Razones Prácticas: Sobre la Teoría de la Acción. (1998).

<sup>3</sup> Giddens, Anthony. “La constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la Estructuración”. Ed. Amorrortu. Madrid, 1994 & “Consecuencias de la Modernidad”. Ed. Alianza. Madrid, 1994.

interpretada por los individuos y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. Es un mundo que nace en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos.

La vida cotidiana de las personas es la vida real por excelencia sostienen los investigadores de la Escuela de Chicago, y ello, con toda su presencia del aquí y ahora. La vida cotidiana se capta como ordenada por una rutina, y como existente desde antes. La gente considera la realidad cotidiana como “su” mundo, importando menos el resto de las realidades. La realidad de la vida cotidiana se presenta también como un mundo intersubjetivo, no hay vida social sin interactuar con los demás.

En dicha interacción, en lo que suele denominarse relación “cara a cara” comienzan a funcionar esquemas tipificadores que afectan en forma permanente la relación entre las personas. Dichos esquemas son de “ida y vuelta”, recíprocos y por tanto, de fuerte contenido en la vida social de las personas, son constitutivos de la misma y suelen presentarse bajo dos formas más o menos regulares: Estereotipos y Estigmas.

Debe tomarse en cuenta que existen interacciones que no son “cara a cara” pero la realidad social de la vida cotidiana es aprehendida en un continuum de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del aquí y ahora de la situación cara a cara. Dicho continuum -del cara a cara al anonimato- es el componente esencial de la vida cotidiana y de las representaciones que los individuos se hacen de su lugar en el mundo y el de los demás. Es el proceso típico donde cristaliza la realidad que los sujetos construyen.

En este punto, en la inflexión epistemológica de nuestra investigación, hemos asumido que la forma de ingresar en el modo de conocimiento del objeto de estudio es a través de la indagación del sentido común de los actores, en la “reconstrucción social” de la realidad o (apelando a Moscovici) ingresar en el mundo de las representaciones sociales del universo en estudio.

## B) LA PERSPECTIVA DE PIERRE BOURDIEU

Incorporar la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu en el campo de los RRHH en Salud obliga, desde el anclaje disciplinario, referir al contexto actual de la reflexión sociológica signada por la emergencia de una multiplicidad de autores contemporáneos cuyos aportes habían quedado opacados por la intensa disputa entre diversas perspectivas estructuralistas, sobre todo la marxista y el estructural funcionalismo. De alguna manera agotada esta

disputa han tomado renovado interés autores que intentaron verter en nuevos modelos conceptuales las tradiciones clásicas de la teoría sociológica. Estos autores intentan, desde diferentes ángulos y con distintos énfasis, superar los dilemas teóricos entre lo objetivo y lo subjetivo, entre la estructura y el sujeto, entre lo teórico y lo empírico. Entre ellos destacan Giddens, Habermas, Beck y Bourdieu.

Bourdieu habrá de construir una concepción relacional del mundo social donde sus nociones más abstractas -y a la vez de mayor uso en la investigación aplicada- son las de CAMPO, HABITUS y CAPITAL. Es necesario reafirmar la profunda interdependencia de estas nociones abstractas y a la vez operativas. La idea de CAMPO remite a un espacio social formado en torno a hechos que condensan apuestas sociales. Las características del campo y de las prácticas que en él se dan varían en función de lo que está implicado, del estado relativo de las fuerzas sociales interesadas, de la naturaleza y magnitud relativa de los capitales en juego: Económico<sup>4</sup>, Social<sup>5</sup>, Cultural<sup>6</sup> y Simbólico<sup>7</sup> así como de la jerarquía y del grado de autonomía o dependencia de otros campos. Esta característica es particularmente significativa en el Campo de la Salud, donde a la multiplicidad de actores se le incorpora como resultado necesario, la multiplicidad de Campos.

Es central- a efectos de comprender la lógica de los campos- acercarnos a la definición de HABITUS: comprende el sistema de predisposiciones corporales y cognitivas de los agentes sociales adquirido por medio del juego social, tanto pasado como presente. Actúa como un sentido de orientación que genera prácticas culturales, verbales y no verbales. Es individual en la medida en que es producto de la trayectoria personal del agente social. También en este punto es particularmente aplicable en el Campo de la Salud: a la multiplicidad de actores se agrega la referida multiplicidad de campos edificando un edificio de relaciones sociales particularmente complejo donde los actores ponen en juego su CAPITAL, entendido este como total y constituido por los capitales económico, cultural, simbólico y social.

---

<sup>4</sup> Acumulación de dinero y bienes.

<sup>5</sup> "... agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo" (Bourdieu, 1985, p. 248). "The Forms of Capital", en Richardson, J. (ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education), Greenwood, Nueva York.

<sup>6</sup> Conjunto de habilidades valoradas y de conocimientos adquiridos que los agentes sociales movilizan en la práctica social, en los campos en lo que su posesión (y acumulación) constituye un elemento en juego que otorga competencia, estatus y/o posición de poder. Es constitutivo y constituyente del habitus

<sup>7</sup> Acumulación e instrumentalización por los agentes sociales de valores considerados legítimos en los grupos a los que pertenecen y/o en los que participan (clases, colectivos, comunidad). Según el campo de aplicación, el capital simbólico se manifiesta con distintos grados y formas de reconocimiento social.

En este CAMPO de actores múltiples están- entre otros- las corporaciones profesionales, las organizaciones gremiales, las dirigencias de empresas públicas y privadas del sector, la autoridad sanitaria e instituciones académicas. Por otro lado existen elementos constitutivos del Campo de los RRHH en Salud: LA ATENCION, LA GESTION, LA PARTICIPACION y LA FORMACION. En cualquiera de estas dimensiones la siguiente afirmación: “se vuelve crucial comprender el Campo de los RRHH en salud como un espacio complejo a ser permanentemente cuestionado y construido, a fin de desarrollar estrategias y políticas... ”<sup>8</sup> remite a un concepto fundamental de Bourdieu sobre los agentes sociales quienes a la vez de ser “clasificados y clasificadores”, agencian dichas acciones desde la objetividad de sus posiciones sociales junto a las percepciones que tienen de ese mundo: “ El punto de vista es una perspectiva, una visión subjetiva parcial (momento subjetivo); pero al mismo tiempo es una visión, una perspectiva tomada desde un punto, desde una determinada posición en un espacio social objetivo (momento objetivo)”<sup>9</sup>.

#### C) EL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La correspondencia entre los conceptos de Campo y Habitus permite homologar las relaciones sociales en el sector salud como un espacio de propiedades sociales donde los diversos actores han puesto su capital en juego, allí se han sustanciado las Reformas del Sector, las políticas de RRHH, las decisiones políticas, a la vez que es el punto de intersección de otros campos donde se reproducen prácticas que complejizan aun más el sector salud. Incorporar la perspectiva teórica de Bourdieu tiene un objetivo instrumental explícito: Dar cuenta de la lógica de los actores e intentar comprender causas y consecuencias en la radicación de los profesionales de Especialidades Médicas Básicas entendido como un problema de RHS.

#### D) UNA INVITACIÓN DEMORADA: ANTHONY GIDDENS.

En la etapa de análisis en la investigación comenzaron a emerger indicios discursivos que ameritaron incorporar alguna de las aplicaciones teóricas del mencionado sociólogo inglés. Dichos indicios traducen procesos de interacción social donde el conocimiento reflexivo y los sistemas expertos (médicos e instituciones académicas) perfilan modos de acción identificables. En ellos puede advertirse que el saber experto y el saber profano conjugan un

---

<sup>8</sup> Rovere, Mario & Abramzon, Mónica. Recursos humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable. [www.econ.uba.ar](http://www.econ.uba.ar)

<sup>9</sup> Bourdieu, P. “Razones Prácticas: Sobre la Teoría de la Acción. (1998).

espiral dialéctico (figura teórica acuñada por Giddens)<sup>10</sup> explicativo de procesos de decisión en los profesionales médicos respecto a radicarse o no en el interior del país.

Incorporar a Giddens en el marco teórico de investigación hace necesario un breve señalamiento sobre uno de sus principales aportes en el debate sociológico actual: En el marco de la ambiciosa Teoría de la Estructuración señala que en la modernidad tardía<sup>11</sup> se abstraen tiempo y espacio, estableciendo allí lo que en su momento fue una innovadora visión de la sociedad actual, la noción de *desanclaje*: las relaciones sociales se separan del espacio territorial y el tiempo cronológico en la que están comprendidas. Espacio y tiempo se articulan de manera ordenada de forma de generar nuevas relaciones sociales. Definido el desanclaje como el despegue de las relaciones sociales de los contextos locales de interacción, identifica como su expresión genuina a las señales simbólicas y los sistemas expertos<sup>12</sup> donde la acción de los actores competentes reestructura el sistema social en lo que el propio Giddens llamará “reanclaje” de las relaciones sociales. Las señales simbólicas y los sistemas expertos serán intermediarios en esta reformulación de las prácticas sociales y asociados a ellos aparecen expresiones características de la modernidad radicalizada, uno de ellos es el de *fiabilidad*. En la modernidad tardía los sistemas abstractos (señales simbólicas y sistemas expertos) son los responsables de la fiabilidad (control parcial de los riesgos) y a su vez generadores de confianza. Por otra parte, sostiene que en la índole reflexiva de la modernidad -núcleo central de la Teoría de la Estructuración y que nada podría ser explicado sin ella- aparece la noción de doble hermenéutica expresada en la interacción entre el conocimiento lego y el científico y la consecuente apropiación reflexiva del mismo.

Como se planteó líneas atrás y, al igual que con Bourdieu, habremos de utilizar algunas categorías teóricas de Giddens (sistema experto, conocimiento lego y científico) con un objetivo de carácter instrumental: comprender los procesos de decisión en los actores vinculados a la radicación médica en el interior del país.

---

<sup>10</sup> Giddens, Anthony. “Consecuencias de la Modernidad”. Ed. Alianza. Madrid, 1994.

<sup>11</sup> Ídem

<sup>12</sup> Ídem

## I.V- Metodología

Al momento de definir la estrategia de investigación, toda opción metodológica suponía implícitamente un posicionamiento paradigmático acerca de la realidad y sus formas de conocimiento.

Según Guba y Lincoln, la definición de Paradigma surge de la interrelación de tres supuestos: el supuesto ontológico, acerca de cuál es la naturaleza de la realidad, el supuesto epistemológico, es decir, cómo es la relación entre el investigador y la realidad investigada, y el supuesto metodológico respecto a la forma de obtener conocimiento (Ortí, 1999).

El posicionamiento en uno u otro paradigma cuantitativo/cualitativo suponía respetar la coherencia interna o isomorfismo entre sus supuestos, por lo tanto, la elección de la metodología de investigación no es una elección arbitraria del investigador, sino que por el contrario, debe respetar los supuestos ontológicos y epistemológicos sobre los que se basa la construcción de su objeto de estudio.

Siguiendo la clasificación de Ortí (1996), se pueden identificar tres niveles de la realidad social según su naturaleza epistemológica:

- Nivel Fáctico: El campo de los hechos mensurables y capaces de cuantificación.
- Nivel Simbólico: Dimensión de la significación y el sentido de los procesos sociales. Universo de los discursos, las formaciones culturales e ideológicas.
- Nivel de las Motivaciones: La dimensión de la intencionalidad, el sentido consciente o inconsciente de las interacciones sociales. Procesos correspondientes al nivel estratégico de lo instituyente consciente y no consciente.

El objeto de estudio de esta investigación, es decir, los factores de orden sociocultural que facilitan y/o obstaculizan la radicación de los médicos en el interior del país, se inscribió dentro del Nivel Simbólico. Por lo tanto, éste reclamó para sí un abordaje cualitativo, posicionándose desde `una visión sociohermenéutica de la Sociología donde la interpretación no se plantea como un sistema hipotético deductivo que permite la verificación o falsación de un conjunto de categorías predeterminadas y codificables sino como un proceso de captación de productos discursivos reales para tratar de determinar, en ellos, el sentido real de la acción de los sujetos como sujetos sociales´ (Alonso, 1998).

En la vida social, cambiante, mudable y dinámica, los individuos son agentes activos en la construcción de la realidad, siendo vital conocer la perspectiva de los propios actores para comprender las situaciones y/o fenómenos investigados. Desde el paradigma cualitativo, se trató de comprender la experiencia de los individuos desde su propia perspectiva, tomándolos como sujetos portadores y productores de significado (Taylor & Bogdan, 1987).

Tal como plantea Beltrán (1992) la realidad social está constituida por significados que son compartidos intersubjetivamente, idea en la que se basan los abordajes cualitativos en investigación social.

Para dar respuesta a las preguntas formuladas, se trabajó desde un abordaje cualitativo, buscando profundizar en los sentidos y significados que dieran respuesta al por qué los profesionales médicos con EMB no eligen el Interior como lugar para radicarse y ejercer la práctica de la medicina.

La elección de un diseño cualitativo supuso una opción metodológica que permitiera conformar evidencia empírica a partir de las representaciones sociales de los actores.

El concepto de representación social como formulación teórica es relativamente reciente y debe atribuirse a Serge Moscovici. Su finalidad fue la de reformular en términos psicosociales el concepto durkheimiano de representación colectiva. Para Durkheim las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a la psicología individual (DURKHEIM, E. 1982). Según Moscovici el concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico: las representaciones no son sólo productos mentales sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales. No tienen por tanto un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones.

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social.

Las representaciones sociales son características de una sociedad informacional, la cual está fuertemente marcada por la abundancia de informaciones circulantes, por su vigencia relativamente breve como opiniones y la consecuente improbabilidad de estructurar tantas ideas en un esquema teórico permanente. Es decir, el sentido común se impone como la explicación más extendida y determinante de las relaciones de intercambio social, 'las funciones de las representaciones son hacer familiar lo extraño y volver perceptible lo invisible'.

El análisis de las representaciones sociales se realizó a partir de la producción discursiva emergente en las instancias de grupalidad (Grupo de Discusión), que supuso el análisis de los relatos sociales en tanto indicios de un contexto situacional determinado.

La utilización de este enfoque analítico supuso la adscripción a la perspectiva sociohermenéutica: análisis de textos en contextos o expresado bajo la idea más refinada del

análisis de relatos sociales en contextos sociales. Este procedimiento es el que Luís Enrique Alonso denomina el proceso de abducción. Es una forma de establecer que el texto está vinculado con el contexto. Es el lugar donde habita el discurso de la gente.

### Técnicas de Investigación

Esta investigación se valió del discurso como fuente de información, buscando a través de ellos poder profundizar en las percepciones sobre los aspectos, de distinta naturaleza, que inciden en la propensión de los profesionales médicos con EMB a radicarse o no en el interior del país.

Dentro de las técnicas cualitativas de tipo conversacional, el equipo de investigación consideró adecuado la aplicación del Grupo de Discusión, en tanto que `su objetivo fundamental es el estudio de las representaciones sociales que surgen a partir de la confrontación discursiva de sus miembros´ (Alonso, 1998).

A partir de la aplicación de esta técnica se pretendió, frente al estímulo de un escenario prospectivo, la reconstrucción del sentido colectivo asociado a la radicación de los profesionales médicos con EMB en el interior del país. Cada una de las instancias grupales tuvo como objetivo `reproducir el discurso ideológico cotidiano o discurso básico sobre la realidad social de la clase social o estrato, representado por los sujetos reunidos, para mejor interpretar en su contexto la valoración motivacional afectiva (y lo más profunda posible) del tópico investigado por el grupo, sus creencias y expectativas sobre el mismo, así como, en último término, la proyección de sus deseos, resistencias y temores conscientes e inconscientes; etc.´ (Ortí, 1996).

### Actores de interés analítico: hacía la conformación de los grupos.

La investigación se propuso profundizar en el espectro de significaciones vinculadas a los facilitadores y obstáculos hacia la radicación de los médicos con EMB en el Interior, desde la perspectiva de diferentes grupos humanos que se encuentran en distintos momentos en su relación con la Carrera de Doctor en Medicina y su tránsito por Facultad de Medicina.

En primer lugar, aquellos estudiantes de primer año de Facultad de Medicina, UDELAR.

En segundo lugar, aquellos estudiantes de Facultad de Medicina, UDELAR que hayan manifestado intenciones de realizar residencias o postgrados de las especialidades médicas básicas y que se encuentren cursando el último año de la carrera.

En tercer lugar, médicos que al momento se encuentren realizando la Residencia o Postgrado de alguna de las Especialidades Médicas Básicas: Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Pediatría.

Por último, médicos generalistas y médicos con alguna especialidad médica básica, con residencia permanente en Montevideo o en el interior del país.

Finalmente los 18 Grupos de Discusión realizados quedaron conformados de la siguiente manera:

Estudiantes de primer año (Ciclo Introductorio) de Facultad de Medicina, UDELAR.

3 Grupos de Discusión realizados de acuerdo a la siguiente distribución:

- 1) Estudiantes de Ciclo Introductorio provenientes de Montevideo (4 participantes, 3 mujeres- 1 varón).
- 2) Estudiantes de Ciclo Introductorio provenientes del Interior (7 participantes, 4 mujeres- 3 varones).
- 3) Estudiantes de Ciclo Introductorio provenientes de Montevideo e Interior (5 participantes, 3 mujeres- 2 varones, 2 Montevideo- 3 Interior\*).

Criterios de homogeneidad inclusiva:

- Ser estudiante de Ciclo Introductorio.
- Que sea la primera vez que ingresa a la Universidad de la República.
- Menores de 25 años.

Criterios de heterogeneidad inclusiva:

- Sexo
- Departamento de Origen\*

Estudiantes de octavo año (internado Obligatorio) de Facultad de Medicina, UDELAR.

3 Grupos de Discusión realizados de acuerdo a la siguiente distribución:

- 1) Estudiantes de Ciclo Internado provenientes de Montevideo (6 participantes, 3 mujeres- 3 varones).
- 2) Estudiantes de Ciclo Internado provenientes del Interior (6 participantes, 3 mujeres- 3 varones).
- 3) Estudiantes de Ciclo Internado provenientes de Montevideo e Interior (7 participantes, 2 mujeres- 5 varones, 4 Montevideo- 3 Interior\*).

Criterios de homogeneidad inclusiva:

- Ser estudiante de Internado Obligatorio.
- Proyectar entre sus opciones de posgrado hacer las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría o Ginecología.
- Menores de 35 años.

Criterios de heterogeneidad inclusiva:

- Sexo
- Departamento de Origen\*

Médicos en formación (residentes y posgrados) en las especialidades médicas básicas.

4 Grupos de Discusión realizados de acuerdo a la siguiente distribución:

- 1) Residentes y Posgrados de Ginecología, con residencia en Montevideo o el Interior del País (3 participantes, 2 mujeres- 1 varón, 2 Montevideo – 1 Interior).
- 2) Residentes y Posgrados de Pediatría, con residencia en Montevideo o el Interior del País (11 participantes, 6 mujeres- 5 varones, 4 Montevideo – 7 Interior).
- 3) Residentes y Posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria, con residencia en Montevideo o el Interior del País (7 participantes, 6 mujeres- 1 varón, 2 Montevideo – 5 Interior).
- 4) Residentes y Posgrados de las tres especialidades, con residencia en Montevideo o el Interior del País (6 participantes, 4 mujeres- 2 varones, 1 Montevideo – 5 Interior).

Criterios de homogeneidad inclusiva:

- Ser residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría o Ginecología, sin considerar el año de residencia que se encuentre cursando.

Criterios de heterogeneidad inclusiva:

- Sexo
- Departamento de Origen

#### Médicos Generalistas y egresados de especialidades médicas básicas.

8 Grupos de Discusión realizados de acuerdo a la siguiente distribución:

- 1) Médicos egresados y especialistas de EMB de Montevideo (6 participantes, 4 mujeres- 2 varones, 1 Público- 1 Privado- 4 Público/Privado).
- 2) Médicos egresados y especialistas de EMB de Montevideo (4 participantes, 2 mujeres- 2 varones, 2 Público- 1 Privado- 1 Público/Privado).
- 3) Médicos egresados y especialistas de EMB de Montevideo (5 participantes, 3 mujeres- 2 varones, 1 Público- 4 Público/Privado).
- 4) Médicos egresados y especialistas de EMB de Cerro Largo (4 participantes, 2 mujeres- 2 varones, 2 Público- 2 Público/Privado).
- 5) Médicos egresados y especialistas de EMB de Paysandú (7 participantes, 3 mujeres- 4 varones, 7 Público/Privado).
- 6) Médicos egresados y especialistas de EMB de Florida (5 participantes, 1 mujer- 4 varones, 5 Público/Privado).
- 7) Médicos egresados y especialistas de EMB de San José (5 participantes, 3 mujeres- 2 varones, 4 Público/Privado, 1 Público).
- 8) Médicos egresados y especialistas de EMB de Maldonado (4 participantes, 2 mujeres- 2 varones, 4 Público/Privado).

Criterios de homogeneidad inclusiva:

- Ser Médico General o Especialista de las siguientes especialidades: Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Ginecología.

- Tener residencia permanente en el departamento elegido (al menos un año de permanencia)

Criterios de heterogeneidad inclusiva:

- Sexo

- Prestador en el que trabajan (Público/Privado)

- Edad

Referencias Bibliográficas:

ALONSO LUIS ENRIQUE (1998). La mirada cualitativa en Sociología. Ed. Fundamentos. España.

DURKHEIM, EMILIO (1982). Las reglas del método sociológico. Ediciones Morata SA, .Buenos Aires.

JODELET, D (1984). En Moscovici, S.(compilador). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. Psicología social II.Barcelona.Paidós.

LAMO DE ESPINOZA EMILIO (1994). En la Sociedad reflexiva. La sociología del conocimiento y de la Ciencia.Madrid. Alianza Editorial.

TAYLOR S., BOGDAN R. (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós, Barcelona.

BELTRÁN M. (1992) Cinco vías de acceso a la realidad social. En: GARCÍA FERRANDO, M. IBAÑEZ, J. ALVIRA, F. (Comp.) El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Ed. Alianza Universidad Textos, Madrid.

ALONSO L. (1998) La mirada cualitativa en Sociología. Una aproximación interpretativa. Editorial fundamentos. Madrid.

ALONSO L. (1999) Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (coord.) Métodos y Técnicas cualitativas de investigación Social Editorial Síntesis. Madrid.

CANALES M., PEINADO A. (1999) Grupos de discusión. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (coord.) Métodos y Técnicas cualitativas de investigación Social. Editorial Síntesis. Madrid.

ORTÍ, A. (1996) La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semi-directiva y la discusión de grupo. En García Ferrando, M, Ibáñez, J y Alvira, Francisco (compiladores) El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación Alianza Universidad.

ORTÍ, A. (1999) La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (coord.) Métodos y Técnicas cualitativas de investigación Social. Editorial Síntesis. Madrid.

REICHARDT, CH., COOK, T. (1988) Métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación evaluativa. Ediciones Morata, Madrid.

VALLES, M. (1997) Capítulos 1 y 2. Variedad de paradigmas y perspectivas en la Investigación Cualitativa. En: Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional.

## **CAPÍTULO II. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN**

### **II.I- EL CENTRALISMO ACADÉMICO Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA RADICACIÓN DE LOS MÉDICOS**

En este capítulo se describe el papel de Facultad de Medicina (UdelaR) en el campo de la salud, siendo uno de los *actores* más relevantes en la producción y reproducción de la Medicina como sistema experto. Por otro lado, se interpretan los procesos que se desencadenan a raíz de la concentración de actividades académicas en Montevideo, situación que es característica de nuestro país, de acuerdo a la evidencia que emerge del discurso de los cinco grupos sociales analizados.

#### **PAPEL DE FACULTAD DE MEDICINA EN LA PRODUCCIÓN Y REPRODUCCIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO**

La Facultad de Medicina (UdelaR) se posiciona en el *campo* de la salud a partir de su atribución de producir (investigación) y reproducir (formación de grado y de posgrado) la Medicina en tanto sistema experto. Este rol lo detenta de manera casi exclusiva, en la medida que no hay otros actores en el campo de la salud que le disputen claramente este espacio.

Las acciones de producción y reproducción de este sistema experto están concentradas en su gran mayoría en Montevideo, razón por la cual esto opera en un principio, durante la formación de pre-grado, como un primer estímulo para radicarse en Montevideo:

*- ... y realmente después que te venís para acá y que hacés lo que se llama el exilio, que mis compañeros hacían porque yo conversaba con ellos, porque compartí con ellos el comedor universitario acá, cuando conversábamos ellos me decían después que te desarraigaste volver de vuelta para después decir “me entierro allá de vuelta y tengo que venir acá a hacer la especialidad”, no, me quedo acá ya, porque ya hago la especialidad y hago todo acá, pero eso es por el centralismo que había en nuestro país... (EMB1 143-143)*

*- ... hay medio país que tiene que formarse en medicina en la capital ¿no? este, siguiendo el análisis del proceso una carrera de medicina extremadamente larga ¿verdad? ocho años y medio creo, por lo menos (sí, sí) descontando todas, todo el proceso, como estudiante de medicina lo hemos vivido, tú trabajas en otras cosas, tenés que sobrevivir, estás en nuestro caso a 400 kilómetros de tu lugar de origen ¿no? entonces no son sólo los ocho años y medio de carrera sino además todo lo*

*que uno tiene que ir a hacer, el, la vida que transcurre en esos 8, 9 años de tu vida ¿verdad? (EMB4 25-25).*

## **A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO**

### **FORMACIÓN DE POS-GRADO Y CARRERA DOCENTE COMO FUENTE DE CAPITAL CULTURAL Y SIMBÓLICO.**

Una vez que egresan de la formación médica de grado, a nivel de las representaciones sociales de los Médicos de Montevideo se identifica a la formación de posgrado y la opción por la carrera docente como un desestímulo para que los médicos vuelvan al interior:

*- ... incluso las residencias la gran mayoría están concentradas en Montevideo ya, si sos residente fuiste, vas a estar en Montevideo 3 años, cuando querés acordar vas a tener 40 (EMB2 97-98).*

*- ... (quien se radica en el interior) tiene mucho menos vínculo con todas las instituciones científicas, ni que hablar que si quiere hacer la carrera académica o investigar, es decir, que quedan en cierta forma marginados de un conjunto de círculos sociales más grandes y sociales más pequeños..." (EMB2 13-13)*

Más allá de los elementos objetivables en los que se expresa la centralidad académica, en este momento entran en juego dos dicotomías vinculadas a la Estratificación Simbólica Médica y a la posesión diferencial de capital simbólico<sup>13</sup>, las cuales operan como un estímulo agregado para permanecer en Montevideo.

Por un lado, opera en las representaciones sociales de los médicos la distinción entre "Médico Especialista" y "Médico General" la cual se define a partir de un acceso diferencial al capital cultural y económico en detrimento de éste último:

*- Bueno pero entonces quiere decir que pasaron 7 años de la carrera, 7 años en donde la vida, ahora nada puede durar 7 años, cuando tu tenés un botón y hablas con ciento, cien mil, quinientos contactos a la vez, 7 años es una vida*

*- 7 años no, demora diez*

*- 8*

*- Más demora la carrera*

*- Para ser médico*

---

<sup>13</sup> Ver Capítulo II.V- Estratificación Simbólica entre los profesionales médicos.

- Bueno para ser médico, estamos hablando de médicos no especialistas, porque en este país parece que si sos médico no sos nadie tá
- Bueno y ese es, y ese es otro tema
- No sos nadie
- Ese es otro tema
- No sos nadie, a sos médico y pero qué sos, nada, nada
- Ese es otro gran tema, cuando tú te recibís de médico desgraciadamente vos hiciste una tremenda carrera, la carrera más larga que existe en la Universidad y resulta que te están preguntando qué especialidad vas hacer, porque no podés trabajar, no te toman las móviles sino tenés alguna especialidad empezada, no trabajas en las guardias sino tenés alguna inclinación... (EMB3 150-160)

En este sentido, el escaso capital simbólico y económico vinculado a la figura del Médico General estimula al acceso inmediato a la formación de posgrado, la cual se encuentra en su mayoría centralizada en Montevideo y que, en consecuencia, conlleva a permanecer radicado en la capital.

Por otro lado, aparece la dicotomía entre “Docente Universitario” y “No Docente Universitario”, la cual se funda en la diferenciación que surge de la posibilidad de participar en el proceso de producción y reproducción de la Medicina como sistema experto.

- Bueno por ejemplo, pero lo, pero las investigaciones científicas son clarísimas, las investigaciones científicas llegan a quién, a los, muchas veces a los grados 5, a las personas destacadas, muchas veces y bueno, y toda la gente que lo rodea quiere trabajar en eso y muchas veces donde están, acá en Montevideo, no tenés en el interior... (EMB3 1124-1126)

Esta atribución, situada mayoritariamente en Montevideo, permite disfrutar a aquellos quienes integran Facultad de Medicina de un mayor y más rápido acceso al conocimiento, que redundando en un mayor capital cultural. Si bien éste no se traduce en un reconocimiento directo a nivel del capital económico, sí lo hace desde el capital simbólico:

- Pero por algo, por algo no se van los que se vienen
- Eso es lo que yo nunca pude entender
- Sabes por qué, porque los atrapa la ciudad, los atrapa la Facultad porque si no sos grado 2 no sos nadie, entonces tenés que ser grado 2 aunque no quieras, no te gusta la docencia pero sos grado 2, ahora por suerte está cambiando, pero hace un, hace 5 años sino eras grado 2, ya no alcanzabas a los ginecólogos, tenías que ser grado 2 sino...
- Las quirúrgicas, las de orden quirúrgica sí es verdad
- ... no te, no te aceptaban en ninguna mutualista de afuera, ¿verdad o mentira?
- Verdad

- *Entonces te obligaban a quedarte 3 años más acá por la especialidad y entonces después qué te vas a volver, ¿con 38 años te vas a volver?, ya hiciste tu vida, tuviste tu hijo, claro*
- *Claro, hay un tiempo para volver, verdad (EMB3 743-750).*

En este caso, el capital cultural y simbólico al que se accede desde la posición de docente universitario opera como un estímulo para continuar la carrera docente. Esta situación conlleva, en la medida que la carrera docente se encuentra mayoritariamente concentrada en Montevideo, a extender más aún la radicación del médico en la capital del país.

En contrapartida, Facultad de Medicina aparece en las representaciones sociales de los Médicos de Montevideo como un actor “ausente” en el campo de la salud en el interior del país, si bien tampoco se ha identificado a nivel discursivo otro actor académico que logre disputarle ese lugar.

- *Vos fijate que la Facultad es totalmente ausente en el interior*
- *Totalmente*
- *Perdón, viste que ahora logre a partir del año que viene, si sale el R4, me llevo residentes para “Departamento del Interior”, ya lo tengo (hablado) con “el Grado 5”, vamos*
- *Pero tú fijate, tú fijate que el compañero acá está relatando una experiencia de ocho meses, una experiencia de 8 meses que hace que estás. O sea, fijate vos si estaremos, si seremos nuevos en eso*
- *Claro*
- *Mira, yo mientras estuve allá hice jornadas, llevé a gente de Facultad, una o dos veces por años, trataba de llevar gente, si no me tenía, tuve que venir una o dos veces a la semana, viajar para seguirme formando (EMB3 597-611).*

Si bien son identificadas algunas experiencias puntuales y recientes de descentralización de la formación y de producción de conocimiento, éstas no logran posicionar claramente a Facultad de Medicina en el interior del país en su condición de productor y reproductor de la medicina como sistema experto:

- *... pero además estaba lo otro, era que vos si te ibas al interior ibas a perder el contacto de mantenerte actualizada, por qué, porque era como viste como aislarte, tenías que venir acá, para venir a los cursos para todo y porque siempre nuestro país fue muy centralizado en Montevideo*
- *Exacto*
- *Eso siempre, hasta que no empezaron a tener en el interior lugares como fue Salto, en Paysandú primero*
- *Paysandú*

- Y después fue en Salto ahora, y en otros lugares que hay también, que la Facultad se fue para allá, que yo inclusive he ido a tomar exámenes a Paysandú y a Salto (EMB1 138-143).

- Igual ahora las UDAS como están iniciando ese paso ¿no?, las Unidades Docentes Asistenciales, hay en Paysandú, hay en Salto, Tacuarembó Florida, como que es también, y es una forma de incorporar también a otras especialidades, sea de la UDA que sea, ponéle si es Medicina Familiar que, en Salto creo que es Pediatría que presentó pero incluye a distintas especialidades, en Paysandú Medicina Familiar, bueno también incluye a pediatras

- Claro

- Ginecólogos, o sea... (EMB2 114-116)

A su vez, esta escasa presencia se conjuga con una percepción negativa respecto de la calidad de oferta formativa existente, lo cual va en detrimento del capital simbólico que se pueda obtener, en este caso, a partir del ejercicio del rol docente en el interior del país.

- Sí, sí....pero es verdad que te falta eso, sí, el acceso a un postgrado en caso de, de, y de carrera docente ni hablar

- Es inviable que, salvo en Paysandú y en algún lado más, es inviable que vos hagas carrera docente si vos, si querés hacer carrera docente

- Sí

- Si te vas al interior, tá fuiste, eso no lo vas hacer, ya es difícil hacer un postgrado

- Lo podés hacer por régimen del interior, se te ve torcido porque venís dos veces por semana, porque, todas esas cosas no, así

- Sí, sí (EMB2 56-62)

- ... ojo que en "Departamento del Interior" así como te dicen una cosa, son de los tipos que más, o van a los congresos internacionales o vienen a Montevideo y se preocupan, está la Facultad allá, hay residentes de medicina, de ginecología, de pediatría, de anatomía patológica, pero la Facultad igual está muy carenciada desde el punto de vista docente allá, porque los que dan clases no están en condiciones de formar en forma adecuada... (EMB3 27-27).

En consecuencia, en tanto las expectativas de obtención de un mayor capital cultural y simbólico mediante la formación de posgrado y la carrera docente no encuentran muchas posibilidades de concreción en el interior del país, la situación hasta aquí descrita termina operando como un elemento que favorece la permanencia de los médicos en la capital.

- Pero yo te voy a contar una, lo que están diciendo, se hizo ice un concurso de ginecólogo por ASSE (en Departamento del Interior) (...), se anotaron 27 ginecólogos, se anotaron más en el concurso de los que hay en (Departamento del

*Interior), por qué, más allá que el sueldito no era mucho porque era ginecólogo de guardia, era porque saben que la parte formativa va a seguir estando, porque la parte quirúrgica conmigo la van a hacer, sumado que ahora hay un convenio con facultad entonces...*

*- Aprendían*

*- ...hay otro incentivo que va más allá de lo económico sólo, sino que la parte formativa va de la mano*

*- Está por ahí la cosa, está por ahí la cosa*

*- Pesa, lo formativo va de la mano*

*- ...entonces se anotaron 27, desde gente joven hasta gente de 50 años, 48 años*

*- Medicina es una carrera muy larga y cuesta mucho el destete de la facultad...*

*- Mucho*

*- ...y de lo académico, cuesta muchísimo (EMB3 901-909)*

## **TEMOR DE DESACTUALIZACIÓN PROFESIONAL ANTE UN SISTEMA EXPERTO DE RÁPIDA OBSOLESCENCIA**

El actual escenario de concentración de la producción y reproducción de la medicina como sistema experto, junto a la mayor facilidad de acceso a actividades académicas promovidas por otros actores (por ejemplo: Sociedades Científicas), hace de Montevideo un lugar del cual los médicos “no quieren alejarse”:

*- ... y eso, eso que ella decía, de que la gente es diferente en el sentido del desarrollo humano, no solo, a todos nos gusta vivir donde de alguna forma está el conocimiento, donde, o por lo menos capaz que estás más acá...*

*- Bueno puede haber hecho una carrera como es medicina que necesitas de conocimiento continuamente...*

*- ... pero, exacto, que vos veas que tus compañeros estudian, están actualizados, hacen cursos, eso que trabajas en equipo, que está bueno trabajar en equipo que tenés, ¿no?, otras formas de comunicarte donde no hay celos, o sea, puede haber celos pero digo no es lo más importante sino el ser eficiente, el trabajar con gusto, con calidad eso a todos nos gusta trabajar así, y capaz que en el interior eso todavía no está... (EMB3 328-330)*

En este sentido, aparece con gran contundencia en las representaciones sociales de los Médicos de Montevideo la percepción respecto de que la radicación en el interior del país conlleva el “aislarse intelectual y profesionalmente”:

*- Claro, para mí, es el descentralizar por qué, porque uno piensa los conocimientos, no es que no lleguen allá, lo que pasa que acá hay un acceso de, bueno de mayor información, ¿no?, que la Sociedad Uruguaya de Pediatría lo concentra y lo trata de*

*difundir porque se hacen jornadas en el interior, yo creo que hay, se han venido haciendo cosas en estos últimos años porque nos hemos dado cuenta de que eso es lo que pasa, que el interior queda como aislado ¿no? (EMB3 32-32)*

La referencia al “aislamiento intelectual” no se circunscribe estrictamente al campo de la salud, sino que se vincula en términos generales a las pocas posibilidades de acceso de bienes y servicios culturales por parte de la población del interior del país<sup>14</sup>:

- ... me enteré hace poco por ejemplo en Rivera (Si) en Rivera no hay librerías
- No, no hay librerías
- No hay ninguna librería
- Ah cierto, yo lo escuché en el mismo, en la misma radio que vos
- Ninguna, ninguna
- No hay ninguna librería, yo digo ¿cómo puede pasar?
- No hay librerías en Rivera, exactamente
- Entonces después pasé y hablé con un colega que es de Melo y me dice en Melo tampoco...
- No, no, no
- Claro
- ... en Melo tampoco hay librerías y es de Melo y es un gran lector, dice: yo soy de Melo y me da vergüenza y en Melo tampoco hay librerías, porque no venden un libro, entonces eso te está traduciendo un poco cómo es el interior a diferencia de Montevideo, y eso que Montevideo creo que es bastante chiquito comparado con otras cosas, tá (EMB1 197-215)

El aislamiento profesional y el riesgo de quedar desactualizado, aspecto que sí se circunscribe al campo de la salud, adquieren mayor dimensión en la medida que la Medicina, en tanto sistema experto, se caracteriza por su rápida obsolescencia.

Los avances de la ciencia y la tecnología hacen que el conocimiento que constituye cualquier sistema experto -y en este caso en particular, la Medicina- de cuenta del proceso señalado. Esta situación exige a los profesionales médicos estar permanentemente actualizados:

- Bueno puede haber hecho una carrera como es medicina que necesitas de conocimiento continuamente... (EMB3 328-330)
- ... pero yo le pregunto a otra gente...
- ¿Qué es lo último?
- ... ustedes leen, hace cosas, sí todos hacemos ateneos, hacemos esto, vemos pacientes, volvemos a analizar...

---

<sup>14</sup> Ver Capítulo: II.VI- El papel del estilo de vida en la decisión de radicación de los médicos

- *Publicamos*
- *...y lo hacemos, por qué, porque a mí me parece que la medicina es una, hay que tener una actualización permanente en pro de los pacientes*
- *Si, por supuesto*
- *En el interior eso no existe... (EMB1 197-215)*

Como se describía anteriormente, la concentración académica alimenta la percepción de los Médicos de Montevideo respecto del aislamiento profesional y en consecuencia, el temor frente del riesgo de desactualización que conlleva la radicación en el interior.

- *Claro, pero viste que parecería que hay una contradicción en lo que estamos diciendo...*
- *Si*
- *...porque por un lado hay una carencia de la formación académica en el interior...*
- *Si*
- *....que es una de las causas por las cuales hay mayores profesionales en la capital y no en el interior, y se va produciendo también, o se habrá producido a lo largo de estos años una, una determinada selección de médicos que se desinteresan...*
- *Si*
- *....en lo académico y se instalan y reinan de una manera totalmente...*
- *Impune*
- *Impune*
- *Sui generis en el interior, verdad (EMB3 944-1011)*

A esto último se suman elementos de orden simbólico que están presentes a nivel de las representaciones sociales de los Médicos de Montevideo y desde los cuales se construye un “estereotipo del médico del interior”<sup>15</sup> que tiende a reforzar este temor.

Entre otros aspectos que caracterizan a este estereotipo, está presente la idea según la cual los médicos radicados en el interior muestran cierto desinterés ante la formación y actualización profesional. Más allá de las restricciones existentes<sup>16</sup>, prima la imagen del “achanchamiento profesional”

- *... la formación es acá en Montevideo, el interior es verdad, no hay formación, a veces es difícil trasladarse y a veces esta también la cómoda*
- *Sí, sí*
- *Porque ahora está el Internet y es mucho más fácil estar actualizado que antes...*

<sup>15</sup> Ver capítulo: II.V- Estratificación Simbólica entre los profesionales médicos

<sup>16</sup> Junto a las restricciones que surgen del centralismo académico, aparecen otras vinculadas a la organización del trabajo médico: “Tu podés instalarte y vivir en “Localidad del Interior” donde no podés venir todos los días porque sabes qué pasa también en “Localidad del Interior” estás una semana de guardia de reten, te podés mover en el pueblo pero no podés salir” (EMB3 912-941).

- Por eso, y acá...
- Y ahora si
- Ahora, el que quiere estar actualizado puede estar actualizado... (EMB 1 326-330)
  
- Por eso te digo, pero...
- Y si porque sos muy amigo de aquel y tá no hay una regulación
- ...pero el día que salte, vamos, dónde estamos parados. A ver quién tiene algo hecho, el que lo tiene lo tiene y el que no lo tiene bueno, vuelta a las aulas
- Claro
- Aggiornate un poco, como dice ella hay un, hay un tratamiento nuevo no lo tenés, bueno papá vení...
- Hay un tiempo prudencial que uno demora, todos, podés haber pasado una etapa de tu vida pero...
- No pero además, todos demoran, hace 20 años que tuviste tiempo para leer algo y no lo leíste
- Hay un achanchamiento general
- Claro
- Eso es lo que te digo (EMB3 944-1011)

En la medida que la formación y actualización permanente es entendida como parte de la responsabilidad de un profesional médico, este aspecto que hace al estereotipo del médico del interior encierra una impugnación profesional y ética, que en términos simbólicos colabora a conformar un modelo de médico a no seguir.

- ... acá la base es que en general los niveles técnicos del interior van decayendo, porque yo tenía compañeros míos de generación, compañeros míos de residente que aprendían los mismo que yo en la etapa de residente y hoy vos hablas con ellos y te discuten cosas que son indiscutibles, que no puedo sentarme a discutir con un especialista, entonces que hay una decadencia de conocimiento, te doy un ejemplo el sábado pasado hubo una jornada de ginecología en el interior, no fue uno de los ginecólogos de "Departamento del Interior", no fue uno (Claro) no fue uno, es decir, no hay una conciencia en el interior, yo te hablo de mi especialidad, yo sé en qué departamentos se preocupan por seguir aprendiendo y en cuáles no (EMB3 27-27)

A su vez, en este contexto de rápida obsolescencia del conocimiento no se identifican, por parte de los actores institucionales de este campo, acciones de regulación y contralor sobre los profesionales respecto de este tema. Esto conlleva a que la actualización profesional quede sujeta a las voluntades y posibilidades individuales:

- Pero lo que pasa que lo académico va de la mano de la responsabilidad profesional también...
- Pero por qué no radicarte en el interior, porque fijate, claro es una cosa individual

*tenés razón*

*- Yo, yo no puedo, pero yo no puedo, por ejemplo yo no puedo aceptar que existan, yo por ejemplo no puedo aceptar que exista un tratamiento nuevo y yo no lo conozca, hay un tiempo para conocerlo, pasará un año pero no me pueden pasar 10 años y yo no enterarme, o 5 años sin enterarme de que cambió, bueno pero eso pasa*

*- Bueno ahora hay una ventaja, ahora esta Internet. Tu podés instalarte y vivir en "Localidad del Interior" donde no podés venir todos los días porque sabes qué pasa también en "Localidad del Interior" estás una semana de guardia de reten, te podés mover en el pueblo pero no podés salir*

*- Sí pero tiene que haber un sistema para que, para que se me de todo para que, yo tengo que tener un interés personal, yo conozco gente que pasan los años y no le importa*

*- No les interesa nada, yo también*

*- Es eso lo que te quiero decir...*

*- La motivación*

*- Un interés personal (EMB3 912-941)*

*- Se improvisa y todo queda así, o sea, entonces quiere decir que tanto el Ministerio como Facultad de Medicina tienen, tendrían muchísimo campo como para ganar acá, como para empezar...*

*- Bueno ahí la colegiatura el día que se haga realmente un ajuste....*

*- Seguro*

*- ...de cada tanto tenerlo, bueno a ver ¿usted que hizo en 10 años académicamente?*

*- Claro, académica para qué, para controlar el tema de la educación médica continúa*

*- (...)*

*- Pero si vos pensás, pero si vos pensas que el Ministerio, el Ministerio de Salud Pública....*

*- Nuestra profesión necesita de la actualización*

*- Pero si vos pensás que el Ministerio de Salud Pública tiene...*

*- Claro, entonces es la colegiación, es...*

*- Colegiatura*

*- La colegiatura que decía yo*

*- Colegiatura*

*- Colegiatura*

*- Que está por salir hace años*

*- Pero que es lógico porque hay gente que no le molesta no saber, eso es lo que a mí más me preocupa*

*- Es el control de la Facultad, de la Universidad*

*- Pero eso, eso le compete al Ministerio*

*- Claro, no les molesta que salga nuevas pautas, que haya nuevos tratamientos, no les molesta*

*- Claro pero no a Facultad*

- Al Ministerio, al Sindicato Médico, a la Facultad, a la Escuela de Graduados
- El conjunto verdad (EMB3 339- 384)

Frente a la ausencia de regulación y contralor, la competencia entre los profesionales médicos aparece como uno de los pocos estímulos externos para la actualización permanente. En la medida que en el interior del país se entiende que la competencia es disuadida por parte de los propietarios de los Servicios de Salud en su condición de actor hegemónico<sup>17</sup>, no habría otros estímulos externos para que los individuos participen de actividades de educación médica continua.

*- ... o sea, el médico en el interior tiene impunidad total, que eso acá en Montevideo, yo que soy de acá, yo nunca lo viví tá, yo no lo viví porque yo creo que la formación y el medio de Montevideo te hace pensar diferente, además acá hay una competencia intrínseca, que en el interior no existe la competencia intrínseca... (EMB1 192-203)*

## **PAPEL DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

La formación médica es uno de los escenarios donde tiene lugar la construcción de las representaciones sociales de los médicos. Por lo tanto, ésta resulta ser un proceso relevante al momento de comprender la posterior decisión sobre el lugar de radicación.

En lo que refiere a la formación de grado, el período de rotación en el interior en el marco del internado obligatorio<sup>18</sup>, cumple un rol significativo en la conformación de las representaciones sociales sobre el interior del país y la práctica médica en este contexto. En este sentido, en diversas ocasiones, el discurso de los Médicos de Montevideo se afinca en lo vivido durante este proceso como fuente desde la cual construyen su discurso:

*- No, estaba diciendo que nos quemamos con leche porque todos fuimos internos, qué era el médico de, de los lugares que he ido, no existía, éramos como internos que bancábamos la puerta*  
*- Obvio*

---

<sup>17</sup> Ver Capítulo: II.III- Mercado de Trabajo Médico como Campo Social

<sup>18</sup> Se define como el período curricular de práctica pre-profesional con duración de un año que permite, con su aprobación, el acceso al título de médico. Practicante Interno: Estudiante de la Facultad de Medicina que, previa aprobación del concurso respectivo, cursa el último año de su carrera mediante la realización del Internado Obligatorio. Fuente: Programa del Ciclo Internado Obligatorio, <http://www.dem.fmed.edu.uy/Intenado%20Obligatorio/Documentos/Programa.pdf>

- Claro
- No, porque el médico era uh, no lo molestes, no lo despiertes de la siesta
- No lo despiertes
- Y eso es lo que se vive hasta ahora
- Si, es cierto
- Y si no te relaja todo
- Viendo los internos, 80 niños por día, y 40 adultos, ¿no?, cuando a veces decimos ¡ay, mira que existan pediatras en todos lados!, eso el interno lo resolvía todo viste y yo que sé, pero es eso no, también te quemas, o sea, tá (EMB1 736-744)
  
- .... y eso tampoco es menor para luchar contra todo eso, que es una realidad, que si no la conoces de repente te tiras de cabeza y te vas, es raro que alguien no la conozca, pero, es una cosa que uno lo vive cuando es interno ¿no? yo que viví toda mi vida en Montevideo cuando fui de interna al interior y veía esas cosas y decía pero esto es, en un lugar donde faltaban especialistas, donde se había radicado uno de esa especialidad pero la guerra que le hicieron...(EMB2 24-24)
  
- ... por eso te digo es, yo creo que la realidad del interior es, te sigue llamando la atención, pasan los años y las mismas cosas que me llamaban la atención hace 30 años me siguen llamando (Si claro) cuando era interno en el interior... (EMB2 138-138)

Las distintas rotaciones son un momento decisivo en cuanto a contrastar la formación recibida y las expectativas sobre la práctica profesional que los estudiantes se van conformando a lo largo de la carrera respecto de las posibilidades concretas de verlas cumplidas.

En este sentido, del discurso de los Médicos de Montevideo se desprende una permanente divergencia entre la formación y las expectativas sobre la práctica profesional que de ésta se deriva respecto de la experiencia concreta vivida en el interior. No hay a nivel de grupo un consenso<sup>19</sup> orientado a problematizar el contenido de la formación y de las expectativas sobre la práctica profesional. Por el contrario, la divergencia es atribuida a la valoración general sobre las condiciones que ofrece el interior como ámbito para la práctica médica, las cuales no se adecuan a lo esperado.

Otro elemento vinculado a la formación de grado, que emerge desde un discurso posicionado desde lo generacional, surge de la percepción de los médicos de Montevideo

---

<sup>19</sup> Si bien hay referencias a nivel individual, éstas no tuvieron cabida en el proceso de construcción del discurso grupal: "Eso lo académico tiene que ver con la formación de pregrado, porque a ti no te pueden enseñar a pedir resonancias cuando el Uruguay solamente solo cuenta para la gente de acá, el interior del país por ejemplo, estoy poniendo una cosa que no tiene nada que ver, eso lo tiene que ver para, tiene que enseñar la Facultad de Medicina a poder hacer medicina en todos lados del país" (EMB3 1049-1049)

según la cual quienes actualmente egresan de la carrera de medicina no cuentan con las competencias y destrezas suficientes para el ejercicio profesional:

- ... pero hoy la Facultad está en una gran salida de chorizos, salen todos los médicos recibidos y yo los veo como internos, el último trimestre de internado y no saben examinar un abdomen, no saben tratar una infección urinaria baja, que es lo más básico que hay en la medicina general, entonces me parece que la Facultad también tendría que hacer una autocrítica de cómo los estamos formando... (EMB3 994- 998).

Esta percepción alimenta la diferenciación simbólica entre médico general/médico especialista: la inseguridad de no contar con estas destrezas y competencias, sumado a la escasa experiencia profesional, lleva a los médicos jóvenes a resguardarse en las especialidades médicas: bien formándose en una y/o apelando a ellas para la resolución de pacientes en la práctica clínica. Ambas cosas, se ven mayormente facilitadas en Montevideo y en lo que respecta a la práctica clínica, particularmente en el 2º y 3º nivel de atención:

- ... qué pasa, el médico joven cada vez le cuesta más destetarse y cada vez le cuesta más tomar decisiones de resolución de pacientes, ustedes coincidirán conmigo (Claro)

- Y eso por qué, pero eso, qué es lo que conducís con la causalidad de eso

- Y ahí podemos discutir también la mala formación que estamos teniendo también (...)

- Cuando yo hoy tengo un, una especialidad que hace 20 años que la vengo haciendo y que sé que un niño puede ser un pesto, pero si es un pesto para mi lo va a ser para un profesor

- Para cualquiera, exacto

- Para cualquiera, claro

- Ta, pero eso me llevó años darme cuenta (...) Y me llevó años de estudio y de práctica clínica para poder decir: bueno yo lo voy a ver, lo encaro, qué pasa con los recién nacidos, un recién nacido es una cosa que pocos médicos se animan a agarrarlo...

- Obviamente

- ...y a darlo vuelta y decir pero es un, es un ser humano

- Es que cuando llega, es que cuando llega un niño, cuando llega, doctor cuando llega el niño a la puerta llaman al pediatra y son todos médicos...

- Ninguno se hace cargo del niño

- ... son todos médicos...

- Exacto

- Nadie, ni de la embarazada tampoco

- ...y dicen: que venga, que venga el pediatra

- Cómo puede ser que un médico general le tenga miedo a un recién nacido, piden a gritos una incubadora porque una madre parió en la policlínica...(…) y vos decís:

*pero el parto es una cosa normal y fisiológica*

*- Paren en las carreteras, en las casas*

*- Claro, claro, ponélo a la teta envuelto en, en, claro*

*- Lo traen en el patrullero cómo no lo vas a traer vos que tenés una carrera hecha, hace 10 años que estás en Facultad de Medicina, y sin embargo no por favor, el pediatra*

*- Estresa muchísimo, sí el pediatra los gritos (EMB3 55-155)*

*- Bueno pero por qué entonces no vamos los médicos del interior, que es la pregunta o la disyuntiva, creo que hay multi factores como vos dijiste de los cuales, lo científico por un lado*

*- Lo académico por un lado*

*- ... la infraestructura por otro*

*- Infraestructura (...)*

*- El susto de la gente joven por irse cuando no tiene una formación adecuada (EMB3 235-240)*

A su vez, por un tema de escala, es probable que el interior del país ofrezca menos posibilidades de fragmentar la atención, de modo de delimitarla al campo de acción donde su especialidad médica lo hace sentir seguro:

*- ... había algo que a mis compañeros les pasaba, durante 4 o 5 años ellos eran el médico de cabecera, lo que ahora es el médico de familia, eran de la familia de ahí del interior, y atendían lo que venía, porque no solamente eran pediatras, pero atendían partos, atendían una mujer que de repente tenía un edema agudo de pulmón, el doctor, el doctor y eras muy identificable, eras identificable, o sea, que si vos metías la pata quedabas escrachado..." (EMB1143-143)*

## **CENTRALISMO ACADÉMICO QUE PROPICIA CONSTANTES DESARRAIGOS**

La centralización de la formación de pre-grado en Montevideo propicia, en los jóvenes del interior que optan por formarse como médicos, un primer desarraigo de los vínculos afectivos y sociales de su lugar de origen:

*- También, también muchos de los del interior que vienen a estudiar acá, son tantos años de medicina...*

*- Claro, eso es lo que yo decía, eso es lo que yo quería aportar*

*- ...son tantos años de medicina, que arrancan a los 18 años, van a una pensión, o se alquilan un apartamentito y después hacen amigos, y después se hacen novios, y después, y después no se van más*

*- Y después cada vez tienen menos cosas allá, el primer año viajaban una vez por mes y después viajan una vez por año porque...*

- Claro porque ya prácticamente, claro pero los que quedaron allá de repente son padre, madre, algún hermano más chico y algún amigo que no estudió, que capaz que los otros amigos ya están acá y entonces...

- Y ya los amigos que ya no están

- Claro, obvio

- ...y ya está acá, y si ya está acá ya no vas a volver, ya me parece difícil volver, creo que una, eso creo que es rescatable para pensar que de repente los que están acá ya después no quieren volver más al mismo lugar, porque se arraigaron a este lugar

- Ya se adaptaron a Montevideo (EMB1 276-278).

Si bien este desarraigo no es exclusivo de los estudiantes de Medicina, sí es diferencial el tiempo de radicación en Montevideo que la formación de pre-grado exige, el cual se extiende a razón de la formación de posgrado y la opción por hacer carrera docente:

- Entonces ahí entramos nosotros, tá, qué es lo que queremos, digo lamentablemente, creo por decir lamentable son 8 años y medio donde nuestra vida fue la carrera

- Más el postgrado, perdón

- A todos nos paso, bueno y la especialización, ¿no?

- Más el posgrado, o sea que dale, dale 12

- Y los que hacen docencia todavía los concursos y una cantidad de cosas

- Sí

- 12 fácil

- No tenemos año sabático tampoco, estas siempre estudiando (EMB1 355-362)

En todo este proceso, que involucra como mínimo 12 años, se van generando en Montevideo nuevos vínculos afectivos y sociales que implica, para aquellos que retornan al interior, un “segundo desarraigo”.

- ... bueno además que empezás a tener vínculos acá, que eso es una de las cosas también que ella decía porque al venirse generas vínculos que después esos vínculos hace que vos te quedes también porque bueno, conseguís, digo, te casas o lo que sea, entonces bueno...(EMB3 43-43)

En términos de estímulo para la radicación en el interior, esto implica facilitar el proceso a una familia y no sólo a un profesional médico:

- ... seguramente pensemos también tal vez estamos hablando de muchachos que tienen 30 años, 20 y pico, ya tal vez que formaron una familia y decís ah es un traslado, no es que uno agarra la valijita y va, te vas con tu novia, con tu marido, con los hijos, yo que sé, llevarse todo para allá y dejar acá amigos todo aquello si ya

*lo genero acá se va a querer matar, solo que sea muy tentador, muy tentador (EMB1 256-256)*

A su vez, el retorno al interior del país implica en pocos años volver a repetir un “tercer desarraigo”, vivido en este caso desde el lugar de padres cuando sus hijos tienen que radicarse en Montevideo como requisito para poder mantener o aumentar el capital cultural familiar a través de la educación universitaria:

*Yo soy del interior, soy de un pueblo además del interior, una de las razones por la que no volvería o no volví en su momento, en este momento ni loca, es que justamente el desarraigo familiar que surge al venirse la persona del interior a Montevideo a estudiar vos cortas con el vínculo familiar digamos, social...todo cortas, haces una inversión al venirte y luego que te instalas como que más o menos empezás a trabajar, más o menor conformas una familia y tenés un hijo, yo ya digo no quiero repetir la historia mía de que yo, después mi hijo si decide estudiar una carrera universitaria tenga que pasar lo mismo que pase yo, ese desarraigo, 18 años venirte a la capital, ser ama de casa, trabajar si no te da para sostener la carrera, que la mayoría de la gente del interior termina trabajando, porque es un alto costo, desde la comida todo, es otra casa que mantener entonces como que se, eso dificulta mucho digamos que a mí me atraiga el volver (EMB2 23-23)*

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

### **FORMACIÓN DE POS-GRADO Y CARRERA DOCENTE COMO FUENTE DE CAPITAL CULTURAL Y SIMBÓLICO.**

La distinción simbólica entre médico general y médico especialista aparece nuevamente a nivel de las representaciones sociales de los Médicos del Interior del País, haciendo que la concentración de la formación de posgrado en Montevideo aparezca como una disyuntiva que se plantea frente a la posibilidad de retornar al lugar de origen:

*... es determinante también a la hora de que uno piense, bueno termino mi carrera, soy médico general, me quiero especializar, y si me especializo es más tiempo y si empiezo a volver al lugar a donde yo pertenecía siendo medico general después pasa de que para terminar un postgrado se hace muy difícil, muy difícil porque uno después empieza a tener su, también tiene su vida, hijos, la familia y lo laboral que empieza a exigir mucho, la inserción lleva mucho tiempo, y por otro lado creo que la parte académica también tiene que ver porque totalmente centralizada nuestra facultad, tiene sí algunos centros, recién ahora con el nuevo plan de estudios se está cambiando algo de eso pero muy poco, digo, el gran tronco de la medicina es hacia allá y las actualizaciones son en Montevideo (EMB6 22-22)*

*- El tema de seguir la formación también, de seguir formándote es complicado si te venís al interior, digo al principio yo estoy haciendo un postgrado por ejemplo, tengo que viajar, es complicado desde el interior, acá justamente en "Departamento del Interior" no se da tanto por la corta distancia pero el hecho de querer seguir formándote digo hay, a veces que por la comodidad de tiempos hay gente que se queda más tiempo en Montevideo (EMB7 40-40)*

La construcción discursiva de los Médicos del Interior se afina particularmente en las experiencias vividas durante el período de formación de posgrado, en particular de aquellos que lo hicieron manteniendo su residencia en el interior del país, es decir, bajo la modalidad de posgrado por régimen del interior<sup>20</sup>.

A lo largo de este proceso son identificados una serie de obstáculos que hacen de la formación de posgrado por el régimen del interior un proceso dificultoso y que, en varios casos, va quedando por el camino:

*- ... yo por ejemplo, yo estaba haciendo CTI y me quedó el último año (EMB4 84-84)*

*... yo estaba haciendo ginecología y no pude terminar, ¿por qué?, por, por el trabajo que tenía en Medicina Familiar no podía terminar esa otra especialidad que era la que había iniciado ¿no?, o sea, entonces a pesar de que me quedaba un año y medio para recibirme no pude terminarla... (EMB4 21-21)*

*- ... yo dejé la nefrología, mi régimen del interior era 3 veces por semana porque había arreglado con el profe, tenía que trabajar y tuve que optar, largue la nefrología y así pasa con otras especialidades... (EMB8 82-82)*

---

<sup>20</sup> Existe 2 formas para desarrollar los estudios de especialización en Pediatría y Medicina de Familia: por Posgrado (sin cupos) y por Residencia (con cupos). Para ingresar a cualquiera de los 2 modalidades hay que superar una prueba escrita de ingreso que se realiza anualmente. En el caso de Ginecología sólo existe la modalidad de Residencia con cupos, como en la mayoría de las especialidades quirúrgicas.

Según la ley: "El régimen de Residencias Médicas es el sistema de capacitación progresiva (remunerada) que vincula funcionalmente a los recién egresados, con un centro docente asistencial, debidamente acreditado, de carácter público o privado, en el que actúa en forma intensiva bajo la orientación y supervisión del personal superior estable de dicho centro en lo asistencial y del personal superior docente en la formación académica, donde cumplirá el programa de formación de especialistas a los efectos de obtener el título respectivo". Ley Nº 18.438 RESIDENCIAS MÉDICAS. CAPÍTULO 1. ARTÍCULO 1º. Publicada D.O. 7 ene/009 - Nº 27647.

En los hechos concretos las actividades a desarrollar en la modalidad de Posgrado son similares, difiriendo únicamente en la carga horaria semanal exigida, siendo aproximadamente de 48 hs semanales para la Residencia y 36 hs semanales para el Posgrado. Los médicos que realizan su formación a través de la modalidad Posgrado no perciben remuneración alguna. Dentro de la modalidad posgrado existen 2 posibilidades, realizarlo enteramente en Montevideo, o hacer el llamado régimen del Interior. En el que hay que viajar a Montevideo por lo menos una vez por semana y el resto de la actividad se realiza con un tutor en el lugar de residencia.

*... yo por ejemplo tengo un postgrado en Salud Ocupacional que lo tengo terminado, no he podido terminar de hacer los trabajos, porque claro el tiempo, ir, es como difícil ensamblar todo y más cuando tenés familia... (EMB6 18-18)*

Uno de los primeros obstáculos identificados se vincula a la organización de la formación de posgrado, la cual no contempla – por ejemplo, en su carga horaria, su organización curricular y sus modalidades pedagógicas- las particularidades de aquellos estudiantes que residen en el interior, de modo de subsanar las restricciones que impone la distancia geográfica.

*- ... el primer año (de posgrado) estuve en Montevideo, me recibí y empecé el primer año me fue bárbaro aprobé todo, ya empecé a trabajar en el ínterin, el segundo año resolví radicarme acá y seguir viajando a Montevideo, tenía que ir dos veces por semana era lo que me exigían, a un teórico que duraba una hora, una hora y media ta tenía que ir, perder prácticamente todo el día ta, el gasto que me originaba, ese día que lo perdía de trabajar acá también tá para estar una hora y media sólo a hacer un teórico en Montevideo. Me iba de mañana y volvía recién de tardecita a Melo, muchas veces llegaba había paro, se había suspendido, no iba el docente, a mí, para mí era un montón hacer eso tá, por una hora o dos horas que, no sé, habría que implementar la forma de poder hacer eso en el interior aunque sea algo si es un teórico... (EMB4 84-85)*

*... antes de irme a Brasil tuve la disyuntiva si lo hacía (el posgrado) en Pelotas o lo hacía en Uruguay, a instancia de “fulanito de tal” hacélo en Uruguay, lo hice en Uruguay, no lo terminé, yo en Pelotas lo hubiera terminado porque cada un mes yo iba y me internaba de viernes a lunes y cada dos meses daba una prueba y en 2 años yo tenía el postgrado, ta, yo me voy de viernes a lunes y estoy solo para eso, porque es mentira yo iba acá muerta de cansada después de 800 policlínicas...*

*- El famoso régimen del interior*

*- ...claro y que nunca, digo, y llegas allá y hay paro y no es que uno esté en contra del paro, porque uno es de eso, pero después de que te tomaste el ómnibus y vas en camino te dicen mira que hay paro, mira que se adhirieron los docentes y bueno me voy a pasear a Montevideo ahora que ya estoy en el ómnibus qué voy a hacer... (EMB6 101-103)*

*- o te ponen clase, yo que sé, dos horas el viernes y dos horas el sábado de mañana, por qué no hicieron 4 horas en un solo día o 8 horas en un solo día y por una clase que eso implica que la persona que va se tiene que quedar dos días en Montevideo, jamás se piensa... y los del interior ya estamos acostumbrados a que ni se piense en nosotros, entonces no lo pensamos más... (EMB5 281-281)*

En consecuencia, un segundo obstáculo refiere a las dificultades de poder coordinar las exigencias que implica la formación de posgrado por régimen del interior con las derivadas de la actividad laboral.

- ... en pediatría, que tiene cursos obligatorios presenciales tienes que estar dos meses yendo, dos días a la semana, todas las semanas lo que les impide casi otra actividad laboral, nosotros en CTI también lo hicimos así, es más era rotativo, teníamos que estar en las rotaciones, todas las semanas cambiábamos los días lo cual implicaba estar cambiando las guardias y cambiando los días semana a semana y así durante dos o tres años hasta que terminamos el posgrado de CTI (EMB5 157-157)

- ... yo salía a las 4 de la mañana de los martes para ir a Montevideo, porque, iba con, si tenía suerte y nadie me había llamado en la noche del lunes, con 4 o 5 horas de sueño iba a hacer un postgrado, después como tenía guardia, ya seguía de guardia en Montevideo el postgrado, hacía una policlínica en la mañana a las 2 de la tarde estaba en "Localidad del interior" para trabajar, a full, no es verdad, y cuando llegó el momento de dar la prueba, claro tenía que dejar, tenía que dejar de trabajar durante casi 3 meses, porque yo la policlínica la tenía, me decían "pero dalo", si me aseguras que voy a dar un examen de policlínica y puerta de urgencias sí, y si me toca un niño de sala que yo hace años que no veo, no, no, me insumía 3 meses sin trabajar (Claro) no con 4 hijos no, era impensable, no es verdad, era impensable, por más que otro lo hacen (EMB6 106-109)

Más allá de las restricciones relacionadas con la organización del trabajo médico, en lo que refiere al ámbito de acción de Facultad de Medicina aparece como obstáculo el escaso número de cupos para la formación de posgrado bajo el régimen de residencia médica asignados al interior del país, en el entendido que ésta es una modalidad que facilitaría el compatibilizar ambos aspectos mencionados.

- ... cuando empezamos el posgrado había un solo cargo para residente en "Departamento del Interior", ahora hay dos, pero está todo totalmente limitado  
- Claro, está limitada la formación  
- Claro  
- En determinada especialidades hace muchos años que está limitada la formación, en todas las especialidades tenés cupos  
- ... pero encima te limitan más con los cupos en el interior (EMB5 135-145)

El no poder acceder a la remuneración percibida bajo el régimen de residencia médica implica asumir personalmente los costos diferenciales que implica cursar la formación de posgrado desde el interior del país -particularmente en transporte y estadía-. Esto, en un contexto de disminución de sus ingresos como resultado de la pérdida de la jornada laboral que implica asistir a las actividades curriculares en Montevideo.

- ... después el día de guardia, está la guardia, o sea dejaba mi familia acá, dejaba de trabajar ese día y deje parte de los ingresos de los que yo vivía este y gastaba a su vez ¿no?, el segundo año con un montón de sacrificios logre hacer, para el tercer año quede embarazada ahí ya se me dificulto después nació mi hijo de ninguna forma, no pude seguir con eso ta y una cosa que si yo estuviera en Montevideo así como venimos a esta charla yo estoy haciendo una especialidad, es lo que a mí me gusta, me estoy formando, digo que creo que esa es una de las carencias más grandes que tenemos en el interior la formación

- Eso lo tenemos, hay varios colegas que también, que les falta (les falta un año, les falta un semestre, a otros la prueba final), que les falta la prueba final de las especialidades y por trabajar no, no pueden dar esa prueba final, tienen que dejar, tienen que dejar de trabajar para dar la prueba o sea... (EMB4 84-85)

- ... en pediatría, que éramos posgrados solamente, teníamos que pagarnos nosotros los pasajes y la estadía en Montevideo y trabajamos en otras cosas que no era Medicina. Fuimos docentes de secundaria para pagarnos los pasajes, la estadía...o sea es una exigencia mayor respecto de la gente de Montevideo

- Suerte que la biología era fácil... (risas)

- Con secundaria pagamos los pasajes para hacer pediatría, ustedes como residentes cobraban un sueldo y siempre es más fácil hacerlo en Montevideo

- Pero eso lo sabemos nosotros y la gente de Montevideo no lo sabe, no conoce esa realidad, no sabe lo que se hace para hacer el posgrado (EMB5 149-154)

Este contexto se conjuga con elementos de orden simbólico, desde los cuales se ubica a quienes realizan su formación bajo la modalidad de posgrado y particularmente desde el interior del país, en una posición de menor reconocimiento social.

- Y entonces eso también pesa, o sea, cuál es la valorización, yo soy el residente, o sea, qué valor te dan, cuál es el valor que vos adquirís por ser residente, porque tampoco es lo mismo ser residente que ser postgrado (Aha) ta, porque ta da, hay una categoría, te dan una categoría (EMB florida)

- Además, podés hacer la especialidad (Claro) estando en Montevideo

- Y podés hacer un postgrado trabajando en Montevideo

- Exactamente

- Pero hoy no existe el postgrado por régimen del interior

- Sí (existe)

- Pero no te dan bola, no te dan bola, si vas todos los días sí, cuando vas una vez a la semana no existís

- Es tan disímil de una cátedra a otra

- Es que no hay, es decir, hay una especie de, de pauta para régimen del interior pero no se cumple y no todos la cumplen y no todos la cumplen igual (EMB8 364-377)

Este menor reconocimiento se define en relación a quienes se forman bajo la modalidad de residencia médica, distinción que se funda a partir del vínculo diferencial -más próximo- que éstos mantienen con el ámbito académico montevideano, en tanto fuente de capital cultural y principalmente simbólico.

- ... *ahora por ejemplo los internos no reciben ningún estímulo para venir al interior, de hecho en este primer trimestre que vienen al interior no vinieron, vinieron 3 a "Departamento del Interior", 3 o sea que, no existen, como que no están...*
- *Y estamos hablando que estamos a una hora de Montevideo,*
- *Cien kilómetros*
- *Es que los magos, los verdaderos magos están en Montevideo*
- *¿Estamos hablando de acceso al conocimiento o ¿no?, la primera razón para quedarse en Montevideo*
- *Claro, seguro*
- *Sí*
- *Ahí están las torres de marfil y cualquier curso vas a Montevideo, o sea...*
- *Es real (EMB6 337-347)*

En este sentido, el período de formación bajo el régimen de residencia médica es identificado como una instancia clave donde los actores pueden establecer vínculos sociales -capital social- y acceder al reconocimiento que detenta el ámbito académico -capital simbólico-, los cuales pueden ser posteriormente "jugados" con miras a un mejor desarrollo de la carrera profesional.

- *Son tres años, vos sabes que si trabajas bien te van a llamar y después con los vínculos laborales que haces te empiezan a llamar de un lado, de otro y al final te quedas*
- *Es que en algún lado tenés que hacerte conocer (EMB5 206-207)*
- ... *me parece que desde que creó el tema de las residencias médicas, desde que se hizo este plan de postgrado con residencias médicas, muchos, muchas especialidades con residentes después quedan enganchados con la Facultad, quedan enganchados con el grado 2, quedan enganchados con la carrera docente y se van quedando*
- *Quedan enganchados con el ambiente*
- *O sea, que se le va dando entrada, son 3 años que están participando de todas las actividades*
- *Exactamente*
- *Relacionado con las clínicas, con la Facultad, entonces... (EMB5 39-43)*

Por lo tanto, la incipiente emergencia de núcleos académicos en el interior del país, en la medida que cuentan con reconocimiento en términos simbólicos, se identifica como un elemento que puede operar como polo de atracción y en consecuencia, como un elemento que facilite la radicación de los médicos:

- ... los residentes que han venido de otros lados para hacer la residencia acá en "Departamento del Interior" se han quedado
- la mayoría se ha quedado
- Es que la formación no es mala, la gente ha concursado, se forman bien, no solo se han quedado...
- muchos están vinculados a la docencia
- muchos están formados acá y son docentes y con cargos en Montevideo, residentes formados acá
- Sí, sí. (EMB5 135-145)

Esto último plantea un escenario de descentralización y regionalización de la formación y la producción de conocimiento, que analizado en términos de campo social, aparece como una fuente de capital en disputa. En este sentido, desde la mirada de los médicos del interior es posible interpretar que los actores que actualmente mantienen atribuciones sobre este sistema experto (situados en Montevideo) movilicen sus capitales con miras a retenerlo.

*... yo dejé la nefrología, mi régimen del interior era 3 veces por semana porque había arreglado con el profe, tenía que trabajar (Sí, hay que trabajar y sí) tuve que optar, largue la nefrología y así pasa con otras especialidades capaz que la, la carrera, el régimen del interior no tenga que ser los 3, 4 años de los postgrados, tenga que ser en 5 o 6, pero démosle la posibilidad de que los residentes puedan venir al interior y de que el régimen del interior sea realmente, se ve, haya ta, porque hay cátedras que no lo, no lo, no lo autorizan y que tengan una pauta común ta... (EMB8 82-82)*

- Por ejemplo otra cosa y hablando de medicina familiar recién en este año o el año pasado, están saliendo residentes de Medicina Familiar a hacer sus, sus parte práctica en el interior porque si bien...
- Sí había en Tacuarembó
- ... costo, pero costó porque la misma cátedra no los enviaba, entendés cuesta, todo ese romper también
- Y era medicina familiar
- Y era la medicina familiar, hace 2 años que hay una residente acá, ahora creo que hay más de, en la ciudad de San José, hay en Ecilda también un R1 (EMB7 330-336)

No obstante, en la medida que el desarrollo de núcleos académicos en el interior del país es un proceso incipiente y heterogéneo, éste no logra permear la estructura simbólica de los

Médicos del Interior del país, quienes se posicionan a sí mismos en un lugar de menor reconocimiento en el campo social y respecto de uno de sus actores principales: Facultad de Medicina.

*No, no, no, pero hoy lo decía se acuerdan de Fulanito, el médico de XXXX (Sí) bueno Juan decía que la facultad tenía hijos y entenados, ¿no es verdad? (EMB6 319-319)*

*- ... es lo que decía ella, estoy tan lejos, es más incómodo y realmente digo, en eso como gente del interior, por momentos, y sin malinterpretar, yo me siento como discriminado (...) pero bueno sabemos que siempre se centralizó de esa manera y eso también es un obstáculo para los del interior... (EMB5 50-50)*

## **RIESGO DE DESACTUALIZACIÓN PROFESIONAL ANTE UN SISTEMA EXPERTO DE RÁPIDA OBSOLESCENCIA**

Tal como observamos en el caso de los Médicos de Montevideo, el contexto actual, signado por la rápida obsolescencia del conocimiento médico, exige la actualización permanente de los profesionales que integran este sistema experto.

*- ... vivimos tiempos donde ven que te dicen la cantidad de con conocimiento y de información se está multiplicando cada vez más rápido, quizás hace 50 años vos venias de medico acá al interior ¿no? y era una maravilla, porque hacías lo que podías, yo noto, estamos, nos ha tocado ejercer la medicina en unos tiempos donde (cambiando de continuo) de continuo, con demandas con exigencias de cosas...*

*- Otra cosa, como decís vos*

*- ... viste, por decirte yo hace 11 años que vine, 12 años y no se hacía estreptoquinasa en la puerta del hospital de Melo...*

*- Exactamente, cuando yo empecé tampoco*

*- : ...por decirte una cosa que hoy la das por, ¿no?*

*- Y ahí es que nos sentimos, hablando de eso, es que nos sentimos un poquito más carenciados en todo esto, en el acceso que hay otros lugares que nosotros no lo tenemos (EMB4 320-325)*

Las dificultades de acceso a la formación médica continua de quienes se encuentran radicados en el interior del país son un obstáculo objetivable ante la necesidad de actualización profesional, en un contexto de concentración de actividades académicas en la capital.

*- ... uno de los obstáculos grandes que tenemos los médicos que estamos en el interior es el acceso a la educación médica continua*

*- Ah eso yo creo que es fundamental*

*- Eso imposible*

- Eso es, eso es tético porque en un montón de cosas, muchos si no tenemos medios como para ir a Montevideo asiduamente una vez o dos veces por mes estamos muertos, diga que por internet de pronto algo podemos agarrar ¿no?

- Se supone que estamos en la era de la telecomunicación

- Yo creo que eso es una cosa que todos quisiéramos, a todos, quisiéramos pero es muy difícil... (EMB4 64-70)

Varios elementos que emergen del discurso de los Médicos del Interior, alimentan su percepción respecto de la ausencia de una política a nivel país dirigida a la formación médica continua de los médicos radicados en el interior.

En lo que refiere al ámbito de acción de Facultad de Medicina, no se identifican claramente acciones orientadas a facilitar la formación continua de los médicos radicados en el interior, más aún en un contexto donde las tecnologías de la información permitirían sortear los obstáculos que imponen las distancias geográficas:

*A nivel de las cátedras de Montevideo me parece que independientemente de las mutualistas y de ASSE, a nivel de las cátedras de Montevideo me parece que tendrían que, no sé, ver la manera de que se pudiera acceder mucho más a las informaciones, o sea cuando hacen ateneos o lo que sea que se pueda acceder por parte de, por internet o como sea, que eso se pueda publicar para que nosotros podamos acceder, o cuando hay un ateneo como decía él sobre diabetes, hipertensión, para seguir al día o para poder seguir al día, porque nos cuesta montones seguir al día (EMB4 83-83)*

A su vez, se entiende que los contenidos de la formación médica continua a la que se accede no contemplan y por lo tanto, no se adecuan a los distintos contextos asistenciales a nivel nacional y a la práctica médica que allí se ejerce.

*- Cuando vas a los cursos de actualización es así, yo me río porque uno de los cursos de actualización que hubo yo fui y una de las charlas las dio un otorrino y él hablaba de que en todo consultorio había endoscopia, yo me empecé a reír porque o sea de repente en la realidad de algunos departamentos que tenga eso, será Salto (pero la mayoría no es así) pero un endoscopio no existe, no hay otoscopio voy a tener endoscopia (EMB4 35-36)*

En este contexto, Montevideo junto a aquellos departamentos que cuentan con la presencia de la Universidad y particularmente de Facultad de Medicina, son identificados como polos de atracción que operan como un estímulo para la radicación en esos lugares.

- No, además eso genera, ya dificulta, tira abajo muchas expectativas porque ya el médico que viene se encuentra en un ambiente hostil de trabajo incluso que para capacitarse, seguir capacitándose él es muy difícil, siempre digo en Montevideo hay una jornada de hipotiroidismo en el anciano el miércoles a las 7 de la tarde vos trabajaste y te fuiste a la jornada de hipotiroidismo del anciano el miércoles y el jueves te fuiste a diabetes y en fin (EMB4 60-60)

- ... hay otros lugares como Salto, Maldonado, donde está la Universidad, es distinto, de vuelta lo formativo, la Universidad cumple una instancia que hace más atractivo estos lugares que tiene la facultad, seguís vinculado con ella, donde la facultad no tiene presencia es diferente...

- ...estamos 8 años formándonos en algo que nos gusta, por algo la gente termina y se sigue formando

- es una carrera en que tenés que estar continuamente formándote

- Si querés y si estás alejado de eso no te querés radicar (xxx)

Otro aspecto que trasciende el ámbito de acción de Facultad de Medicina, pero que emerge como un obstáculo al momento de acceder a la formación médica continua refiere a las restricciones que surgen de no contemplar ésta en la organización del trabajo médico:

- ... por otro lado por ejemplo el tema formativo, ¿no?, eso de que uno se va quedando ¿no?, entonces a mi a veces me desestimula porque cuando yo me entero de que hay curso de... "ah, que bueno esto" y yo tengo que pedir el 20 del mes anterior

- Exacto (...)

- Y antes del 20

- Y antes del 20, entonces cuando se me pasó ese período se me terminó, no puedo, no puedo ir

- Bueno y además si tenes la posibilidad de cambiar con un compañero de policlínica tampoco te lo autorizan es como, es como rarísimo a mi me ha costado eso, me ha costado después de haber gestionado...

- Seguro está concebido, de nuevo, está concebido desde una oficina (Claro) que pretende que vos no faltes a tus actividades y no tome en cuenta tu actividad de formación, lo que le importa a la oficina es que vos la licencia la tengas que pedir 20 días antes, no importa, lo demás no importa

- Y nunca te invitaron para una jornada que ya se hizo

- Exacto, también, también (EMB florida)

Más allá de las restricciones hasta aquí mencionadas, el contexto general de mayor acceso a la información y al conocimiento a través de las nuevas tecnologías de la información, permite a los médicos del interior acceder a recursos que minimizan el riesgo de

desactualización, así como la percepción respecto de que la radicación en el interior implica un “estancamiento” en la formación profesional.

- ... o sea, como que tenías la idea que si te venías al interior te estancabas, ahora digo las distancias son más cortas
- Claro
- Hay otras, hay otros
- Internet, otros accesos a la información
- Claro a la educación (también) a distancia y las plataformas son... (EMB7 44-48)

No obstante ello, en términos simbólicos las representaciones sociales de los Médicos del Interior están permeadas por el estereotipo que sobre ellos tienen los Médicos de Montevideo, lo que en términos de posicionamiento en el campo de la salud los ubica nuevamente en un lugar de menor reconocimiento social.

*Digo, pero creo que también es eso, es esa la mirada que tienen ellos, que es bien diferente a la mirada que, y no es que no tengamos ganas de seguir creciendo, yo igual me exijo y sigo haciendo, ahora estoy haciendo un curso de sexología los viernes, pero llego muerta (Claro) es la realidad, voy y a veces digo bueno ta tomémoslo como, digo no le das, no como uno no quisiera ir ¿no? (EMB6 112)*

## **PAPEL DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

Retomando el análisis de la formación médica como uno de los escenarios donde tiene lugar la construcción de las representaciones sociales, emergen del discurso de los Médicos del Interior dos elementos que son interpretados como un desestimulo para radicarse en el interior.

Uno de los ellos refiere a la divergencia percibida entre la formación y las expectativas sobre la práctica profesional conformadas a lo largo de la carrera en relación a la experiencia concreta de ejercicio profesional en el interior. En este contexto, aparece nuevamente la referencia al período del internado, y particularmente la rotación en el interior, como un primer momento donde estos aspectos son contrastados.

*- ... en este momento acá en “Departamento del Interior”, yo soy el jefe de la emergencia del hospital y en esta rotación de internos vinieron dos internos nada más (...) y vemos que con los internos que vienen, claro tienen el esquema formado de Montevideo, del Clínicas, del Maciel, del Pasteur y tá, pero acá se encuentran*

*con otra realidad, que acá hay que esperar, hay que llamar al radiólogo porque el radiólogo no está dentro del, dentro del nosocomio, hay que llamar al laboratorista porque tampoco está dentro del edificio, (llamar al pediatra) hay que llamar al especialista, al pediatra, al ginecólogo, al cirujano que son guardias de reten que obviamente van a demorar un poquito más de lo que demoraría en el Clínicas o en el Pereira Rossell, o en el Pasteur o en el Maciel, que a veces hay guardias de las distintas especialidades internas tá, se encuentran con ese panorama y pedir una tomografía computada hay que autorizar por el director del hospital para que se haga en la mutualista de Femi acá que es el tomógrafo que tenemos en la localidad tá... (EMB4 36-38)*

Si bien esta divergencia es identificada tanto por los Médicos de Montevideo como del Interior, para estos últimos la misma no sólo es atribuida a las condiciones que ofrece el interior como ámbito para la práctica médica sino también a las características de la formación médica y las expectativas en torno a la práctica profesional que ésta promueve.

*-“Departamento del Interior” es de los lugares, por ejemplo te dicen los internos, los internos, “Departamento del Interior” es uno de los lugares que quieren venir a hacer acá el internado porque...*

*- Claro, pero no, no, vinieron dos en esta generación, por qué, porque los destrataron en el Hospital*

*- Claro, bueno tá porque se vuelven locos con las condiciones de trabajo... (EMB8 588-590)*

En este sentido, una nueva dicotomía emerge como simbólicamente significativa al momento de interpretar la percepción respecto del papel que ejercen la formación médica y las expectativas sobre la práctica profesional en la decisión de radicación: “Medicina de Cátedra” y “Medicina de Campo”:

*- ... el beneficio que tiene (el interior) es que aprenden que la medicina no es una sola, que no es la que enseña la cátedra, la que enseña la facultad de medicina, que hay una medicina de campo y eso yo lo viví cuando viví tres años en “Localidad del Interior” que me tenía que arreglar como podía*

*- Exactamente*

*- El problema es que se dan cuenta de eso, nos damos cuenta de eso ya cuando somos internos y vamos a recibirnos tres meses después, una facultad de medicina que no previó (claro)... (EMB4 42-44)*

Dicha dicotomía se funda en la percepción de que la formación profesional impartida desde Facultad de Medicina (Medicina de Cátedra), se encuentra pensada en función del acceso y la disponibilidad de recursos existentes en Montevideo y particularmente en el ámbito

académico-hospitalario. En consecuencia, dicha formación no contempla ni se adecua a las características de la práctica profesional médica que se ejerce en todo el país y en los distintos niveles de atención (Medicina de Campo).

*... además después en los últimos años con una formación muy aprehensiva para lo que va a ser el ejercicio de la profesión, muy aprensiva a los recursos que tenés en Montevideo, cuando tu egresas tenés miedo de venirte al interior, porque ah no me puedo alejar de la clínica médica donde están los profesores, los docentes, donde están como vos decís, los niveles de mayor complejidad en medicina o sea una carrera que forma personas que salen con miedo después de alejarse de la academia, sí, que no promueve ya desde la formación eh que ese medico, ese futuro medico pueda este desempeñarse (como clínico) ejercer su carrera con la realidad asistencial de la forma que hay en el interior, te forman hasta el final en función de los recursos y si se quiere hasta de el paradigma existente en la capital basado en estructuras académicas de grados docentes (EMB4 34-34)*

*- ... entonces, me parece que ahí hay una concepción de la enseñanza y de lo que las necesidades que tiene este país que están pensadas desde Montevideo hacia el resto, y no desde una igualdad en analizar si hay dos países o dos necesidades diferentes o dos tipos de eh, sociedades que son diferentes y que viven diferente, porque nosotros vivimos diferente (EMB6 46-46)*

*- ... la culpa la tiene la Facultad en la formación nuestra, entra una mujer embarazada pariendo al Clínicas y los leucos "llamen al piso 16 urgente", sin embargo, entra un traumatizado hecho pelota, a si van todos y, intuban y, entonces la formación nuestra como médico esta encarada a no resolver las cosas en el primer nivel lamentablemente, creo que esta reviendo eso... (EMB7 309-309)*

En consecuencia, la divergencia existente entre la formación y las expectativas sobre la práctica médica respecto de las distintas realidades asistenciales del país, sumado a los déficit que son identificados en el interior como ámbito de desempeño profesional, plantean un punto de conflicto el cual es identificado como un factor que desestimula la radicación en el interior, en particular en los médicos más jóvenes.

*- Eso en el joven ese, ese sobreviviente de los 8, 9 nueve años, verdad, de formación que se fue del interior, ese sobreviviente de que terminó su carrera y le dieron el titulo, que se formó yo me imagino, se recibe viene al interior y sale, o sea, sale disparando no sé, pero es (pero cuesta muchísimo) (EMB4 50-50)*

Un segundo elemento que es interpretado como un desestímulo hacia la radicación de los médicos en el interior refiere a la reproducción del "estereotipo del médico del interior" que tiene lugar durante la formación de grado y posgrado impartida desde Montevideo.

- ... cuando hacía el postgrado, estaba en neonatología, hacía guardias generalmente en neonatología, decían: ahí viene una guardia del interior, uno que viene del interior
- Claro
- Y ya viste era “vaya a saber que bobada mandaron”
- Carta presentación
- Pero yo me acuerdo, siendo interno que llevé, que antes los internos hacíamos traslado, trasladando, siendo interno en el Hospital, trasladando un paciente al Pereira Rossell con el pase de un pediatra en el Pereira Rossell y yo presentando al paciente como interno a la médica de guardia del Pereira Rossell y la médica de guardia que la conozco y es conocida, pero esas actitudes, dijo: a ver contáanos que nos vamos a matar de la risa, así, me acuerdo tal cual, porque además vine y le dije al médico pediatra que me mandó, le dije: mirá ésta fue la forma en que me recibieron (EMB6 595-601)

Si bien “el estereotipo del médico del interior” como profesional con escasa formación y poca capacidad resolutoria se encuentra presente en la práctica asistencial en general, el uso acrítico de dicho estereotipo en el ámbito académico y en instancias formativas refuerza el proceso de estigmatización por el cual el médico del interior se transforma en un modelo profesional a no seguir y al cual le es asignado un escaso valor en términos de capital simbólico.

- Pensá que ese muchacho que se está formando, que está en el Pereira Rossell o en el Clínicas, esos comentarios, lo van haciendo ir abandonando la idea de irse al interior
- Te van formando
- Sí me van, me van a estigmatizar, claro (EMB6 595-601)

## **CENTRALISMO ACADÉMICO QUE PROPICIA CONSTANTES DESARRAIGOS**

Un elemento que resulta convergente entre los Médicos de Montevideo y del Interior del país refiere a los procesos que se desencadenan a nivel de las relaciones afectivas y sociales de quienes optan por la profesión médica, en un contexto donde la formación se encuentra mayoritariamente concentrada en Montevideo.

- Pero eso es una cosa que a nosotros nos cuesta mucho. Nuestras familias como que se rompen muy temprano acá ¿no?, nos pasó a nosotros en ese despegue de irnos, yo por ejemplo yo perdí un año de la carrera porque extrañaba, yo llegaba el fin de semana y lloraba y lloraba y lloraba, hice el primer año y el segundo deje, deje la carrera y me vine porque extrañaba a mi familia y al otro año me fui de

*nuevo tá y ahora lo voy a vivir con mi hijo dentro de unos años y es todo un tema eso, para los que lo hemos vivido... (EMB4 305-305)*

Esta situación propicia, por un lado, el desarraigo del joven del interior respecto de los vínculos afectivos y sociales de su lugar de origen y por otro, da lugar al desarrollo de nuevos vínculos afectivos y sociales en Montevideo.

*- Bueno voy a empezar yo porque parece que no, en realidad yo siempre dije que la carrera es muy larga y estás muchísimos años, van en la adolescencia, vamos a Montevideo, hacemos todos los vínculos que van a ser para toda nuestra vida en Montevideo, tenemos 8 años de carrera que con suerte si la hacemos en 8 o la hacemos en 10, después si queremos hacer un postgrado son 4 o 5 años más y cuando ya tenemos toda la vida media armada pensar en salir a competir al interior, es como, sino te dan una buena propuesta de trabajo es como difícil digo... (EMB6 18-18)*

La opción de retornar al interior al momento del egreso (de la formación de grado o posgrado) encuentra a los profesionales médicos en una etapa del ciclo de la vida familiar donde en general tiene lugar la conformación de una pareja (y en algunos casos el nacimiento de hijos) en Montevideo.

*- Yo creo que hay otro tema que no lo dijimos que es la edad en que se reciben los médicos  
- También  
- No te recibís joven, te recibís veterano ya, ¿y cuando vivís?  
- Exactamente  
- Claro  
- Sí y hay que hacer una especialidad también  
- Y bueno pero  
- Eh  
- Y cuando haces la especialidad  
- Postergas 5 años más  
- Empezás a vivir a los 35 años  
- Sí exactamente  
- Sí, sí, la mayoría de promedio ponen, especialidad 34, 35 (EMB8 219-231)*

En la medida que esta situación opera como un elemento que retiene al profesional médico en la capital del país, en términos de política para la radicación en el interior esto implica facilitar el proceso a una familia y no sólo a un profesional médico:

*Acá ha pasado con los especialistas para traerlos costó mucho y que hubo por ejemplo, uno de los especialistas que vino era, ella es mujer y bueno dale trabajo al*

*hombre, ¿quierés que venga? dale trabajo al hombre porque si no no puede venir, se tiene que separar para poder venir (EMB4 57-57)*

A su vez, en lo que refiere a la vida profesional, es un momento de consolidación de los vínculos laborales, donde en capital social adquirido durante los años de formación en Montevideo puede resultar un estímulo para permanecer:

*- ... yo creo que las dos cosas que tiene es que, a la altura a la que te recibís vos ya tenés tu familia más o menos formada, con tu actividad laboral más o menos resuelta*

*- Algo en vista por lo menos tenés*

*- Entonces es un motivo en contra si vos tenés posibilidades de trabajar, te quedás (EMB5 252-252)*

Más allá del desarraigo de casi una década que exige la formación médica, en algunos casos los vínculos afectivos continúan oficiando como un elemento que facilita el retorno de los médicos del interior:

*En lo que es, personal yo no desde que empecé la carrera, dado que yo nacía acá, me crié acá y tengo mis, mi familia acá en San José, San José capital, nunca me planteé el hecho de quedarme en Montevideo, jamás ta, razón por la cual no fue de las opciones que tuve en mi proyecto de vida vivir en Montevideo todo lo contrario, venirme en cuanto completara mi formación para acá para San José (EMB7 14-14)*

*- Pero el por qué estamos acá sí, es un tema familiar y de, de que somos oriundos de acá, del interior entonces como que es siempre, no te planteas vivir Montevideo*

*- Sí yo tampoco nunca me planteo quedarme (EMB7 32-33)*

*- ...porque el que es de acá tiene otras, tiene allanado muchísimas cosas o tiene otros motivos de pronto para volver porque tienen sus padres, su familia, a veces hasta tu propia pareja es de acá... (EMB4 60-60)*

En particular, la conformación del propio núcleo familiar en el interior (pareja e hijos) resulta ser un factor de retención del profesional médico allí donde su familia se encuentre:

*... viajé durante 8 años diariamente a trabajar y después formé mi familia en "Localidad del Interior" y me vine a vivir con ese trabajo y dejé algunos trabajos en Montevideo así por el camino, estuve yendo después a la inversa viajando a Montevideo unos años más pero después los requerimientos de la familia y todo me hicieron quedar permanentemente en "Localidad del Interior" (EMB7 15-15)*

*- ... yo tengo toda mi familia en el interior para mí eso es fundamental*

*- Para mí eso es fundamental*

*- Sí, yo no, yo soy de Montevideo, me crié en Montevideo por más que siempre tuve mucha relación con el interior porque mi padre tenía 9 hermanos y estaban desparramados por, por distintos lugares del interior y pasaba las vacaciones siempre en un, en un lugar o en otro, pero este, yo vine porque mi señora tenía familia... (EMB6 235-237)*

Pese a ello, en la medida que el interior del país no ofrece posibilidades de reproducir a nivel generacional el capital cultural, esto implica en pocos años volver a repetir el proceso de desarraigo vivido cuando eran jóvenes, en este caso desde el lugar de padres cuando sus hijos tienen que radicarse en Montevideo para poder estudiar.

*- Para estudiar los hijos después los tenés que mandar a Montevideo también llegado el momento lo tenés que mandar para Montevideo*  
*- Claro*  
*- Claro*  
*- También*  
*- Porque todo lo que quieran hacer*  
*- Es allá*  
*- Es allá. Lo más probable que este allá (EMB7 265-271)*

Este aspecto puede operar, nuevamente, como un elemento de atracción a Montevideo de aquellos médicos que se encuentran radicados en el interior o bien promover una doble radicación:

*- ...después cuando los hijos crecen, yo ya estoy con hijos adolescentes, con uno empezando una carrera en medicina en Montevideo y me está arrastrando a Montevideo porque me está haciendo ir hacia allá digo, es como eso, es como que es difícil a pesar de que acá estamos en un lugar, estamos muy cerca de Montevideo (EMB6 18-18)*

### **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

#### **FORMACIÓN DE POS-GRADO Y CARRERA DOCENTE COMO FUENTE DE CAPITAL CULTURAL Y SIMBÓLICO.**

La formación de pos-grado y la carrera docente es un ítem que presenta cierta redundancia respecto de lo planteado anteriormente para los Médicos de Montevideo y del Interior del país, dando cuenta de cierta saturación<sup>21</sup> de la información sobre este ítem.

---

<sup>21</sup> Nos referimos a esta cuando estamos ante la redundancia de ciertas referencias discursivas en los grupos de discusión realizados. Por otra parte, puede agregarse que la saturación es un mecanismo de validación de la metodología empleada: *"las confirmaciones (o desconfirmaciones) de las hipótesis, a través de los resultados de*

No obstante, en este grupo social emerge como un elemento significativo el contar con respaldo académico, siendo un aspecto central al momento de decidir desde dónde cursar la formación de posgrado, en particular para aquellas especialidades que cuentan con la opción de hacerlo por posgrado por régimen del interior.

En este contexto, desde la discursividad de los estudiantes de posgrado se pone en cuestión las políticas de descentralización de la Universidad de la República y de Facultad de Medicina, en particular en lo que refiere a la formación de posgrado.

*... yo trabajé de médico, mi primer trabajo de médico fue en el interior, pase bárbaro, hasta que empecé a especializarme, arranque con pediatría por ejemplo, y no tenía otra que venirme para acá, dejar ese trabajo de médico y dedicarme a la pediatría, y lo mismo le va a pasar a cualquiera de nosotros que quiera hacer su especialidad hasta que, en mi opinión así muy personal es que, hasta que no cambie la descentralización de verdad, de todo punto de vista, no poner una Facultad en Tacuarembó, poner una Facultad en Tacuarembó, trabajo para los que van a formarse allá, que vayan los docentes allá y todo (R1 36-36).*

Este cuestionamiento se funda, por un lado, en la ausencia de una política orientada a consolidar estructuras docentes que den soporte adecuado tanto para la formación de pregrado (el internado en particular) y de posgrado en el interior del país y que habilite la carrera docente y estimule la radicación de quienes tengan interés en ejercerla.

*- ... si hubiera buenos grados 2 y grados 3 y gente formada allá, de hecho a nosotros nos pasó, digo, se fue una docente nuestra para el norte y esa posibilidad está abierta y la gente va, el cargo se llena, si hay en Durazno, nadie se va porque no hay un grado 2, allá fue una persona referente y se creó una UDA y se creó un lugar para formarse y la gente está contenta, por qué, porque hay un profesional que uno le tiene respeto y está allá... (R4 138-138)*

*- Y si querés hacer una carrera universitaria obvio que no te podes ir de Montevideo  
- Eso sin duda, porque es más, por ejemplo en Paysandú que hay cátedra, el pediatra que hay que es grado 3 no puede ser grado 4, porque en el interior no podes ser, es hasta grado 3, entendes, es como que te ponen un tope, si vos querés ser un día yo que se grado 5 en algo no te podes ir al interior, tenes que quedarte en Montevideo (R3 174-175)*

---

*la investigación son logradas a través del consenso social, no a través de las observaciones de los hechos” (Gergen y Gergen 1991:81).*

Por otro lado, se funda en la percepción de los estudiantes de posgrado respecto de que la descentralización se encuentra “pensada” a efectos de descongestionar los hospitales donde tiene lugar la formación, particularmente en lo que refiere a Pediatría. En consecuencia, esto supone enviar al interior residentes y posgrados sin contemplar el debido respaldo académico.

*- Yo creo que también el tema de la descentralización está más pensado como descompresión de los Hospitales acá porque está lleno de residentes y postgrados y somos miles, que realmente con el objetivo de descentralizar y poder hacer las cosas afuera (...)*

*- Si, y tapar baches también (...)*

*- Yo que sé, por ejemplo, para Rocha plantearon de que podíamos residentes ir y cumplir horas de acá en el Hospital de allá, pero tampoco, las personas que lo llegaron hacer son como un pediatra más de guardia, no es que estemos supervisados y las actividades que hagan, entonces en realidad yo que cuando empecé la residencia dije, bueno está esa posibilidad, porque la nombraron, después cuando pregunte a los compañeros que lo habían hecho dije no ta, me quedo en Montevideo porque en realidad si quiero hacer bien la carrera y aprender bien para despuésirme tengo que estar acá, y son 3 años más (R1 105-112)*

Por otro lado, en lo que refiere a la formación de posgrado bajo el régimen de residencia médica aparece la tensión entre la docencia y la asistencia como un elemento que permea las decisiones vinculadas a la descentralización. En este sentido, existe la visión según la cual se retienen residentes con disposición de ir al interior para cubrir “baches” asistenciales en la capital.

*- A mí me pasó cuando yo planteé lo de la residencia por ejemplo que me dijeron, cuando yo dije de irme a hacer comunidad que en realidad no le molestaba a nadie, porque yo me iba, hacía la comunidad allá y venía a la guardia acá al Pereira y ta, entonces me decían bueno si pero hay que ver si se cubren primero las policlínicas acá a ver como hacemos, primero acá, después hablé, hablé, hablé y me dejaron ta, y ahora cuando dije mande la carta y ya mande para segundo y tercero porque así ya me firmaban todo y ya ta, y me dijeron que no que segundo y tercero dependía de cómo íbamos a, de ver como íbamos, o sea, de los siguientes años de ver como, sin, porque mi cargo en realidad es un cargo asistencial del Pereira entonces de ver la necesidad de mi cargo acá o no, entonces... vos para hacer una residencia tenes que dar vuelta a todo el mundo, pelear con todo el mundo, lo haces porque yo mira que me he reunido con las Jefas de Residentes e ido, e venido, llene formularios, cosas y todavía no te asegurar nada, yo que se, yo cuando acepté la residencia, fue porque me dijeron que me iba a poder ir, los 3 años, ahora mi única seguridad es que me voy 6 meses mientras este en comunidad, segundo y tercero no es ninguna seguridad, yo opino que me van a dejar ir, y que me van a, al final me van a terminar dando el visto bueno, pero es como que a mí no me dan ninguna*

*seguridad, y a mi esposo menos, menos que no entiende que yo tenga que venir de domingo a domingo al Pereira (R3 181-181)*

Esto se conjuga con una visión crítica sobre el posgrado por régimen del interior, en la medida que el mismo sigue exigiendo la presencia del estudiante en Montevideo, siendo paradójicamente ésto un aspecto que compensa el riesgo de desconexión que puede implicar la formación desde el interior del país.

*Igualmente aunque uno, eso es una buena idea, y tendría que pasar desde el pregrado que no fuera solamente en el regional norte, me parece a mí que después vos te querés especializar, querés seguir tu formación y son muy pocas las cátedras que tienen su formación descentralizada entonces por darte un ejemplo, vos decir tengo un residente o un postgrado en Florida, por darte un ejemplo pero igualmente la gran parte de, la mayoría de su formación pasa por Montevideo, entonces es una descentralización un poco de mentira y muchas especialidad no tienen postgrado en régimen interior, entonces en definitiva capaz que arreglas en pregrado pero después en el postgrado o en la residencia un poco se mantiene el mismo problema, lo que me parece a mi no, personalmente (R4 32-32)*

*Además el interior esta muy olvidado en mucho sentido, digo, yo lo siento en carne propia, yo estoy haciendo la especialidad en Florida, en el departamento de Florida y hay una desconexión total con la Cátedra, pero una desconexión real, el único vínculo real es cuando yo vengo y estoy en clase con los chiquilines y me entero de un montón de cosas... (R4 41-41)*

Todo esto alimenta la percepción que aparece en el discurso de los estudiantes de posgrado y que da cuenta de una especie de deslegitimación simbólica de la formación por régimen de posgrado y particularmente desde el interior:

*- ... por ejemplo en Pediatría, podemos hacer residencia o postgrado, ¿no?, algunas residencias hay en el interior pero son muy pocas, son 2 o 3 lugares y después como postgrado sí podías hacerlo desde el interior, pero bueno no sé, bueno a mi me pasa por ejemplo de que para que, no sé, de que siempre se dice que la formación desde la residencia siempre te, es como mejor, siempre se ha dicho, no sé, entonces te lleva a elegir la residencia y con la residencia si no está en tu departamento que sos de origen tenés que hacerla acá en Montevideo. (R1 25-25)*

*- ... cuando te recibís de médico general, para hacer una residencia y ser reconocido porque en realidad no te reconocen de manera igual todos sabemos la residencia que el postgrado te tenés que quedar acá, no podes hacer la residencia en otro lugar que no sea en Montevideo o Paysandú que ahora en pediatría hay un cargo  
- Y en Salto (R3 73-75)*

*- Y también la calidad, la supuesta calidad mejor, de siempre lo mejor esta acá, y todo esto también te influye, porque vos te vas a formar allá, pero después lo que se forman en el interior son unos burros, ¿no?, esta todo ese mito del interior (R1 40-40).*

Por otro lado, vinculado al proceso de desarraigo que propicia la centralidad académica, aparecen experiencias concretas donde la centralidad y la exigencia horaria de la formación por régimen de residencia implican cortar vínculos laborales ya generados en el interior.

*Sí, yo creo que más que la carrera de medicina, lo que te termina de desconectar es la residencia que te insume todo, todos los días, durante 3 años ¿no? (R2 20-20)*

En este sentido, la residencia aparece como un factor que corta o dificulta mantener los vínculos incipientes que los médicos establecen en el interior y por lo tanto, la posibilidad que los mismos operen posteriormente como un elemento que motive el retorno.

*- ... mi caso en particular es distinto porque yo en Rivera estoy bien conectado he trabajado allá y ahora por hacer la residencia deje el trabajo que tenía allá, corrí el riesgo de perderlo, pero hay también ese tema, por la distancia que son departamentos muy lejanos como Artigas, Rivera, Tacuarembó entre otros*  
*- ¿Y vos la residencia la tenes que hacer acá?*  
*- Y la residencia la tengo que hacer acá y perdí mis trabajos allá, tanto en el hospital departamental como en la parte privada (R3 83-85)*

En este caso, no debe perderse de vista las restricciones que se imponen desde la residencia, en la medida que aquellos médicos que egresan disponen de hasta tres años luego de recibido para postular a la misma, reteniéndolos en la capital en un momento clave en cuanto a establecer vínculos laborales.

*Creo que también pasa un poco eso de que cuando, yo soy del interior y cuando me vine tenía pensado volver a mi ciudad y aportar dentro de lo que fuera hacer, o sea, también ya cambié de especialidad de lo que tenía pensado cuando empecé, porque en 9 años cambié mucho y cuando te recibís claro o te vas a, o te volvéis a tu lugar como médico general y facultad te da, te brinda 3 años para presentarte a una prueba que es muy poco tiempo, para pensar que especialidad hacer y si se te agotan los 3 años, las mayoría de las especialidades que no es residencia ya no puedes entrar y no puedes hacer, entonces te quedarías como médico general, entonces... especialidad que te va a tomar 3 o 4 años más en Montevideo, y esos 8 años, haces tu vida acá, es mucho tiempo... entonces es como que influye pila a la hora de volver por más que los vínculos afectivos sigas visitando y eso yo, cada 3 o 4 meses voy a visitar pero, la gente cambia también (R1 27-27)*

## **RIESGO DE DESACTUALIZACIÓN PROFESIONAL ANTE UN SISTEMA EXPERTO DE RÁPIDA OBSOLESCENCIA**

El riesgo de desactualización profesional se encuentra presente en la discursividad de los Estudiantes de Posgrado, el cual se remite a aspectos objetivables que refieren a la centralidad académica y de las actividades de formación médica continua en Montevideo, así como también a aspectos simbólicos vinculados con el estereotipo del médico del interior como profesional desactualizado y de poca resolutivead.

*- ... pero ese pensamiento no es, no, no, no viene de la nada tampoco, o sea, es como todo, nadie va a negar que en Montevideo hay gente desactualizada por supuesto todos hicimos el internado en lugares donde había gente desactualizada y eso obviamente que depende de cada uno, pero es cierto que para estar en el interior actualizado vos tenés que tener mucho más ímpetu que la que tenés acá, que realmente vas a una guardia y hay un papel que dice que hay un congreso, allá tenes que buscártelo vos, digo acá las cosas se te ofrecen, allá tenes que solamente buscarla... (R4 76-84)*

No obstante, a diferencia de los Médicos de Montevideo, existe cierto grado de problematización de este estereotipo y por ende, del temor que estos plantean ante la posibilidad de radicarse en el interior.

*- ...y no es que en el interior como que hay pobreza intelectual o como que están todos desactualizados, hay de todo como acá también, cuesta más ir a un congreso, cuesta más decir me voy a pedir 3 días al año para ir a un congreso de mi especialidad, porque tenés que viajar... kilómetros, porque tenés que organizar todo, cuesta mucho mas ir a un congreso internacional, pero hay gente que lo está haciendo y me parece que hay que apostar a eso también... (R1 103-104)*

*- Yo hice 6 meses en Melo, ta y con respecto a lo que decían, encontré de todo, pero por suerte la gran mayoría súper estimulados haciendo cursos on-line, bueno, capacitación a nivel del Hospital, tenía como una imagen de Melo que me la pintaron re negra y re inconsciente fui igual, 3 meses y seguí 3 meses mas y no se todo el mundo como re copado así, actualizándose y cursos, uno que estaba haciendo diabetología y vivía permanentemente estudiando con su laptop en las guardias, en cada rato libre iban y estudiaban, como que a veces no sé, al mismo nivel o más que acá, como que, como todo encontrás gente que queda en el tiempo con su medicina general ahí haciendo sus guardias y no mucho mas, ta pero acá también tenemos, no es porque sea el interior y yo que sé, a mi me gusto en la parte humana estuvo muy bueno y aprendí pila también (R1 132-132)*

## **PAPEL DE LA FORMACIÓN MÉDICA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES**

Aquí nuevamente se destaca el papel que cumple el internado y particularmente la rotación en el interior del país como instancia decisiva en cuanto a la construcción del imaginario sobre la radicación y el ejercicio profesional.

En el caso de los Estudiantes de Posgrado, su discurso se afina fuertemente en la experiencia vivida durante este período, dada la proximidad temporal de este período y siendo, en algunos casos, una de las pocas oportunidades de aproximarse al interior del país como ámbito de ejercicio profesional.

Un primer elemento que emerge del discurso de los Estudiantes de Posgrado refiere a las experiencias heterogéneas que tienen lugar durante la rotación en el interior del país y que en consecuencia, arrojan distintas miradas sobre las implicancias del ejercicio profesional en los distintos “interiores” del país.

Por un lado, existen experiencias donde los estereotipos construidos en torno al interior como ámbito de ejercicio profesional y los médicos que allí se desempeñan son confrontados con una realidad que se contrapone de manera positiva:

*- ... yo me fui a Maldonado , estuve viviendo 3 meses en el Hospital, no lo hice como régimen de guardia, y estuvo re buena la experiencia porque no sólo conoces, sino que también cae el mito, yo me había ido con la idea en la cabeza de voy a desaprender, porque me fui en la última rotación y ya estás ahí que te sentís ya médico y sentía como eso que iba a desaprender porque no habían docentes directos de la Universidad. Lo que aprendí en esa rotación no tuvo nombre porque aprendí pila, hice contactos, conocí gente extraordinaria, bueno decidí que especialidad iba hacer, pude hacer unas rotaciones más de pediatría ahí, conocí gente hiper capacitada, que no era docente, pero que había sido docente, que estaba pero que no cumplía un rol docente directo, y creo que me mostró eso, de que, hay mucha gente que está capacitada como para recibir, como para recibir a postgrados o a residentes en el interior (R1 101-101)*

En contrapartida, existen experiencias que por el contrario, consolidan los estereotipos del médico del interior y del ejercicio profesional que éste desarrolla como un modelo a no seguir:

- Por ejemplo hay lugares donde no se escribe historias clínicas*
- A no, que no se pasa visita...*
- Que no se pasa visita...*
- ...o que la visita la pasa la enfermera*

- ... o que no se hacen resúmenes de alta, yo que sé y acá no existe, cómo que no tiene tal estudio esta paciente
- Sí, no existe. Que no se estudian las pacientes en realidad
- Claro, no se estudian las pacientes, se operan y bueno y qué era esto y bueno y dale entonces decís pa....
- Claro, es como que ahí ves algo en lo que no querías llegar a convertirte, ¿no?
- Sí
- Pero también, o sea, también como que por ahí tá da miedo que si te vas te, como que te iría llevando hacia eso (R2 168-181)

O bien, experiencias que dan cuenta de la distancia existente entre la formación médica y el ejercicio concreto de la profesión, particularmente en lo que refiere a desprenderse del resguardo que significa la formación en un contexto académico y el proceso de ir adquiriendo progresivamente autonomía en la toma de decisiones clínicas:

*Si yo creo que la rotación del internado en el interior es la rotación más real, más cercana a lo que, que vas a ser médico ¿no?, estás, a mi no me pasó de estar solo, de que siempre había, estaban cerca y que se le podía consultar pero, pero sí que tenés que un poco desenvolver un poco más como, como médico que tomar un poco más de decisiones, no sé, a mi me parece una experiencia buena...(R1 127-128)*

A su vez, ofrece una oportunidad de verse a sí mismos en las relaciones interpersonales que se establecen en los procesos de referencia y contra referencia entre Montevideo y el interior:

*... yo me di cuenta lo pedantes que somos los montevideanos, te das cuenta de la cantidad de la cantidad de gente, de pacientes que no se mandan, te das cuenta cuando agarras el teléfono y querés trasladar un paciente, ¿no?, como te rebotan como siempre, bueno e incluso después tuve la oportunidad de quedarme trabajando como médico y me quede 6 meses más como médico, hasta que empecé la residencia... (R1 133-133)*

Por otro lado, emerge la metáfora de “Palo Solo” en tanto estereotipo cuya construcción tiene lugar durante el proceso de formación de pre-grado y según la cual el ejercicio profesional fuera de Montevideo es una práctica en soledad y destinada a funcionar como un “derecho de piso” para los médicos jóvenes que carecen de las competencias suficientes para la práctica profesional:

- Moderador: Ta, una preguntita nomás cuando hablan del mito y la creencia esa de soledad y tú eras que mencionabas el Palo Solo ¿cómo era?
- Palo Solo
- Vas a palo solo te dicen en toda la facultad, cuando estén en palo solo, te dicen en los teóricos

- Calamuchita
- Te lo dicen muchas veces y además no sabes... te acordas que era lo que te habían dicho
- Pero mira que lo dicen despectivamente a veces porque
- Claro
- Si vos no sos bueno vas a terminar trabajando en palo solo como que si fuera
- Es una cosa que se te viene como repitiendo durante toda la carrera
- En calamuchita entendes
- Somos de diferentes generaciones y siempre es lo mismo, tipo en los teóricos se
- Te llenan la cabeza
- Y todo el mundo nos reímos cuando estemos en palo solo es como una cosa, es verdad, o no
- Moderador: Ahí va pero ese refiere al interior urbano o al interior rural digamos
- Si, es como
- Moderador: ... salir de Montevideo digamos
- Claro, es que no hay experiencia, claro
- En Pando es esto
- No es en Artigas
- Claro pero digo que tampoco hay experiencia de la Facultad de que nosotros conozcamos durante nuestra formación, ni siquiera de postgrado otras zonas del interior también porque esto es una creencia que nosotros repetimos pero muchas veces tampoco es que nosotros lo vivimos y eso es una carencia
- Si por eso lo pusimos en comillas porque es esa sensación desde acá (R4 692-716)

## **CENTRALISMO ACADÉMICO QUE PROPICIA CONSTANTES DESARRAIGOS**

El discurso de los Estudiantes de Posgrado presenta grandes similitudes con lo planteado por los Médicos, tanto de Montevideo como del interior del país, siendo un ítem donde la evidencia da cuenta de la saturación del tópico.

No obstante, la proximidad del desarraigo vivido por parte de los Estudiantes de Posgrado hace que sus representaciones sociales se afinquen al proceso social que involucra los 10 años de vida universitaria en Montevideo y que remitan constantemente a la idea de crecimiento y cambio:

- Seguramente está vinculado que a los 18 años te cambia la vida así, uno ve pila de cosas que te ofrece Montevideo, que no te lo ofrece el interior, en un comienzo y... una vez de vida, así no totalmente (Claro) porque vos venís con 18 años, cambias de vida radicalmente, y otra vez a los 10 años, otra vez cambiar de vida radicalmente es como, ¿no? (R1 73-78)

Ese proceso de socialización como adulto que tiene lugar en Montevideo traduce un cambio sustancial en las personas, que por momentos puede llegar a problematizar su identidad como oriundo del interior y por lo tanto, el estímulo que esto puede significar para volver.

*- ... después ya te creaste, formaste, cambiaste, a mí mi vieja me dice vos no sos la misma que yo pensaba que ibas a ser cuando estabas en el liceo, vos sos otra persona ahora, entonces digo, estamos hablando de cosas muy fuerte, te cambian tu forma de pensar, y de repente si vos te ibas a quedar ahí donde naciste, ibas a ser una persona diferente, son cosas fuertes de verdad, son cosas fuertes  
- Pero además si fuera poco tiempo, si me decís...  
- Claro estamos hablando de 10 años (R4 101-104)*

*... a nuestra edad cuando te recibís estas en una especialidad, hace 30 años que vivís y hace 12 que vivís en Montevideo, entonces en realidad tu procedencia pasa a ser compartida, en realidad sos de los 2 lados, porque tenes la misma cantidad de años vividos concientes y eligiendo amistades y cosas y vínculos, que los que estuviste en tu, en el lugar de origen, entonces tampoco es que seas tan del otro lado, sos compartidamente de los 2 a esta edad que es cuando tenes que definirlo, además también generaste pareja, generaste, puede ser de acá, puede ser de allá, o sea también, es muy difícil (R4 36-36)*

En consecuencia, la opción de retornar al lugar de origen no solo aparece como un nuevo desarraigo sino también como un nuevo cambio de vida, de la misma magnitud que el vivido al venir a Montevideo a estudiar.

*... en realidad a los 18 años cambia tu vida sustancialmente, de vivir, yo vivía en Tarariras en realidad en el campo, y cambié a venir a vivir a Montevideo con todo lo que ello conlleva, que te acostumbras, te venís sola a vivir, sin tu familia sin todo, al principio te cuesta pila, los primeros años, después te vas acostumbrando y formas tu vida acá entonces cuando a los 18 años, o sea, cambias tan rotundamente tu vida y formas tu vida acá, después se te hace sumamente difícil, porque por más que yo tenga la intención y quiera volver algún día a Colonia es, son 10 años en la etapa más productiva de tu vida en que te formaste acá, en que tenés las costumbres de acá y, y novio, familia todo y hasta radique a mis padres porque en realidad ya no viven allá entonces creo que es muy fuerte el cambio de acostumbrarte a vivir en Montevideo y después tener ese cambio a la inversa, volver todo para atrás, y volver lo que formaste acá durante esos 10 años de estudiar, creo que es difícil también, a mí lo que mas me cuesta es desde el punto de vista de, de mi vida, no tanto lo económico sino que tengo la vida hecha acá ahora, tengo todos mis amigos acá, mi novio acá, mi familia acá, allá me quedan muy pocos lazos y no me dan ganas ya de volver (R1 67-67).*

En contrapartida, existen experiencias individuales que dan cuenta del mantenimiento del arraigo, explicado por la cercanía con la capital y cómo esto es un facilitador para la inserción laboral en su lugar de origen.

*Yo estoy de acuerdo con lo que decía ella en que como influye el hecho de, de donde vivís mientras estás estudiando para después cuando te recibís ejercer la profesión, en mi caso por ejemplo que durante los 8 años y medio vivía acá en Canelones y siempre estuve viajando, ta, en ese caso fue como más fácil después cuando me recibí empezar a trabajar en el lugar donde sigo viviendo, a pesar que a partir de ahora voy a estar viviendo acá, pero sigo trabajando en Canelones, entonces me parece que es porque nunca me vine del todo a vivir acá... (R1 28-29)*

## **D) ESTUDIANTES DE CICLO INTERNADO**

### **INTERNOS DE MONTEVIDEO**

#### **IMPORTANCIA DE LOS PARTICULARISMOS LOCALES. IMPULSOS Y FRENOS**

En este caso (internado Montevideo) hay un reforzamiento de la idea respecto a la concentración de la oferta formativa en Montevideo y esa representación tan arraigada está relativizada por particularismos locales que pueden atenuar el mismo (el caso de Maldonado y Canelones) así como hay otros lugares que pueden agravarlo (el caso de Artigas). Ello puede transformarse en un insumo a la hora de elaboración de políticas de radicación.

*Si en realidad, a mi me pasa un poco lo que decías vos, que, o sea, yo soy de Montevideo, o sea mi familia es de Montevideo, y o sea, contacto con el interior más fluido empecé a tener más que nada en Facultad, con mis compañeros, la mayoría son todos del interior, o sea, mi grupo de estudio son todos del interior, y en realidad también, o sea, por desconocimiento, yo que se todavía me falta la última rotación en el interior, tampoco nunca, nunca me fui realmente de Montevideo, y también es una realidad que esta todo centralizado en Montevideo, no hay una descentralización real en lo que es la educación entonces, o sea, yo que se, capaz que bueno te vas a, no se, a lugares que son bastante cerca de Montevideo a Maldonado, Canelones, y tenés que ir y venir de esos lugares a Montevideo para, yo que se, actualizarte, un congreso, es más fácil, pero si te vas a Artigas capaz que, o sea que no hay tanta, la parte académica, no se que tanto flujo hay entre docentes, o sea, mismo lo que es Universidad de la República, o sea, está tan centralizado acá que tenés, si bien, algunas, no se, Regional Norte ahora Maldonado, o sea cuando se habrá el CURE pero tampoco gran cosa (G11 21-21)*

Hay un permanente juego dialectico y una “tensión” entre los vínculos afectivos y la

necesidad de formación que se transforman en un “nudo” en el proceso de decisión para la radicación en el interior. Parafraseando a Carlos Real de Azúa<sup>22</sup> aquella dialéctica se expresa en un auténtico IMPULSO y FRENO en el conglomerado de ingredientes que puedan motivar o no la radicación.

*- Para radicarse en Montevideo lo más fuerte me parece que son dos, lo formativo y lo afectivo, no, no sé, me importa más lo afectivo, pero no se si a la gente le importa*

*- A mí también en principio me importa más lo afectivo...*

*- Che no, para mí el primero, para mí sería la especialización y el tema de investigación...*

*- O sea la formativa...*

*- Formativa, que entra investigación, entra especialización, entra actualizarse, formación (G11 289-295).*

## ¿RESPONSABILIDAD SOCIAL?

En el caso de los internos montevideanos surge un tópico novedoso:

La responsabilidad social o un imaginario más volcado hacia la misión humanitaria no ha sido frecuente a lo largo de la investigación, no obstante todas las referencias hechas al respecto ha estado presente en el discurso de los más jóvenes. La responsabilidad social<sup>23</sup> es un tópico asociado a la pertenencia generacional de los hablantes. Ello puede estar reforzando cierta figura prototípica respecto a que los ideales humanistas son más explícitos antes de dar paso al ejercicio pragmático de la profesión. En este punto, parece interesante la construcción de una representación anclada en aspectos éticos sobre el carácter de misión que conlleva la profesión médica.

*- Es que yo estoy re de acuerdo contigo, porque siempre, en algún momento un poco de idealización tenemos, de bueno, de ayudar, y decir vamos a ir al lugar más pobre que haya en el mundo y vamos a ayudar a un montón de gente.*

*- Moderador: Alguna vez lo pensaron eso?*

*- Yo si*

*- Moderador: y eso se va perdiendo a medida que avanzas en la carrera*

*- Sí, bueno a mí me pasó eso, si como que, por algo no lo estoy haciendo, no me estoy proyectando irme a África o a trabajar Artigas para vivir ahí, no, no sé, por algo me pasa, pero me parece que está buenísimo, es como una responsabilidad social que a mí me encanta (G11 420-424)*

---

<sup>22</sup> Célebre libro del historiador y filósofo. *EL IMPULSO Y SU FRENO*

<sup>23</sup> “La Responsabilidad Social enseña a ser sensibles hacia los problemas culturales, sociales, ambientales y económicos”. [www.mittecnologico.com](http://www.mittecnologico.com)

- Claro como que no llegamos, el estilo de vida como que si habíamos llegado un poco a consenso ¿no?
- Yo pondría responsabilidad social
- Si yo también (GI1 405- 498)

## **INTERNADO INTERIOR**

### **¿POLOS DE DESARROLLO?**

La expresión POLOS DE DESARROLLO, de tanta vigencia en la actual retórica de la Reforma, está restringido a la disponibilidad de RRHH e infraestructuras sanitarias incluyendo lógicas de geo-referenciamiento. ¿Dónde debe instalarse esta discusión? En el capítulo de conclusiones volveremos sobre este tema.

*- Yo no lo veo tan inviable una cosa así, hacer centros, no lo veo tan, no sé una cosa tan utópica de hacer, yo creo que se podría armar, no sé, por ejemplo, Florida dice que está mal en Pediatría y bien en Cirugía, bueno, que Florida sea un centro regional de Cirugía y que Flores que capaz que está bien en Pediatría, entonces a todos les queda un poco más cerca y se va armando polos de desarrollo, no sé cómo llamarlo, pero por ahí un centro quirúrgico en Salto, un centro, no se, Ginecológico en, en Neurocirugía y Ginecológico en Tacuarembó, no se, armar, pensar un poco como se puede llegar a armar, en que departamento hay, qué departamento es fuerte en que cosa, y armar polos de desarrollo para que le quede un poco más cerca a la gente, digo que no tenga que venir acá, no me parece tan utópico, me parece una cosa que es pensarla un poco y que haya voluntad política sobre todo, me parece que pasa por ahí, como todo (GI2 31-31)*

## **NUEVO PLAN DE ESTUDIOS Y UN MODELO EN CAMBIO**

*- No, personas sobran. Después, me parece que hay otra cosa, por lo menos en el caso de la Medicina Familiar, yo voy a hacer Medicina Familiar, también va con el, con un poco como que estamos en una etapa de transición y me parece que por suerte hay cada vez más gente que se va a dedicar a las especialidades del 1º nivel, pero venimos en un etapa de una Facultad que nos enseñó mucho a que la medicina es la medicina del hospital, del paciente enfermo, de la sala, y no aprendimos hasta los últimos años de nuestra carrera lo que era la comunidad y lo que era trabajar en una policlínica y hacer prevención y promoción, como que ahora me parece que un poco también de la mano con el nuevo plan de estudios de la Facultad, también se está cambiando un poco esa visión y me parece que dentro de unos años va haber otro, otro pool de gente que va a dedicarse más a la medicina del 1º nivel, tanto a la Medicina Familiar como de repente la ginecología, la pediatría, un poco más orientada en el 1º nivel y no tanto, me parece que habría*

*que dedicar también muchos más recursos a eso, y ta y es responsabilidad de la Facultad y por suerte, con el nuevo plan de estudio se está como orientando a eso. (GI2 51-51)*

En estos grupos se detectan indicios discursivos importantes respecto al cambio del Plan de Estudios y como ello puede generar cambios en la formación y encuadre del profesional frente a una práctica orientada al trabajo en comunidad. Además se sostiene que las especialidades del primer nivel tienen afinidad natural con el modelo de atención que pretende instaurar la Reforma.

En el caso de los internos que provienen del interior existen también tópicos que- a la altura en que nos encontramos del análisis- son reiterativos con mayor o menor énfasis que en el caso de los médicos y los residentes.

Así podemos, en este colectivo, señalar:

- Ausencia de criterios visibles para amparar la situación del médico del interior del país respecto a su diferencial negativo en accesibilidad a la formación de posgrado
- Necesidad de fortalecimiento del Plan de Residencias en el interior

## **INTERNADO MIXTO**

### **PLAN DE RESIDENCIAS, UN CASO DE “BUENA PRÁCTICA”: PAYSANDÚ**

El fortalecimiento de residencias en el interior tiene en Paysandú un ejemplo de buenas prácticas que parece generar consensos en este grupo social.

*- Donde yo estoy haciendo ahora, en realidad yo estoy en Paysandú y es totalmente diferente, todo lo contrario, allá hay residencias de un montón de especialidades y la oferta laboral es muchísimo más y muchísimo mejor que acá. En realidad allá después de que te recibís apenas tenés el título si sos hijo “de” enseguida y si no sos hijo “de” a lo 15 días, y lo mismo pasa con las especialidades, no las quirúrgicas, pero las no quirúrgicas por ejemplo, los Pediatras dan su prueba de residencia y empiezan a trabajar en las móviles de Pediatría y empiezan a cubrir suplencias de Pediatra, entonces en realidad eh, mucho más rápido que acá tienen más y mejores trabajos, o por lo menos con mejores remuneraciones que las que acá, claro allá también es diferente porque se puede cursar desde CIMI en adelante, y se pueden hacer residencias de un montón de especialidades, entonces en realidad no es la, me parece que no es lo que pasa en todo el interior...(GI3 23-23)*

## **EL INTERNADO: UN MOMENTO CLAVE**

El momento del internado debe ser observado como una instancia crucial en los posibles procesos de decisión de una eventual radicación en el interior, es quizá el momento en que el futuro médico puede tener mayores elementos de juicio para evaluar el ejercicio profesional futuro. Todo indica que es una etapa a capitalizar en términos de política de incentivos para la radicación.

- *Yo reconozco que me gusta el ruido, seguramente después cuando esté más*
- *Claro sí por eso, hay gente que piensa así, y hay gente que no, que le molesta el ruido como en mi caso, me molesta el ruido*
- *A mí también*
- *La sirena...*
- *El ruido del pájaro, escuchar el silencio y bueno tá, digo algunos...*
- *... esta bueno tener la posibilidad de conocerlo también, porque en realidad me parece que es una de las cosas buenas de rotar en el interior durante el internado, que hay mucha gente que nació acá, vivió toda su vida acá y que no tiene ni idea de que la calle principal de Artigas es de asfalto me entendés, y en realidad me parece que, ¿eh?*
- *Yo no creía, yo pensé que era de tierra*
- *él pensó que era de tierra*
- *Claro pero me parece que está bueno, y está bueno tener la experiencia de estar allá de lunes a viernes o de lunes a sábado e irte a tomar mate al río o caminar por la calle principal o ir al supermercado o salir a andar en bicicleta, lo que sea, y hablar con la gente y ver... (GI3 188-196).*

Al igual que en los grupos anteriores algunos tópicos se reiteran:

- La importancia de los vínculos afectivos y el obstáculo que genera pensar en radicarse en el interior del país en virtud de un proceso de anclaje social no inferior a los 8 años
- La existencia de la concentración capitalina de la oferta educativa y su correlato en la necesidad de establecer un vínculo laboral en Montevideo a efectos de financiar el posgrado. Parece que se está ante un círculo vicioso.

## **II.II- ROL DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD**

### **A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO**

#### **RECTORIA, CONTROLES y POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

*La radicación de los médicos en el interior del país y su contexto*

Al enfocar las cuestiones de Rectoría, Controles y Políticas de Salud en Recursos Humanos debe observarse el conjunto de singularidades que hacen a la organización del trabajo en el área de la Salud. Allí está la incorporación de nuevas tecnologías, la gestión de personal, las características sectoriales o las relaciones laborales. El campo de la salud es particularmente rico en este cruce de transversalidades; siempre se está ante organizaciones complejas donde se observan procesos de trabajo, rutinas organizacionales, relaciones de poder y de jerarquía y la construcción de relaciones sociales entre actores. Es, además otra forma de darle visibilidad a las nociones de Campo y Habitus de Bourdieu, opción teórica principal donde se fundamenta esta investigación y el consiguiente espacio de atributos donde los actores se posicionan y dirimen sus apuestas sociales

Sin adelantar conclusiones sobre la evidencia empírica con la que estamos trabajando, suele haber acuerdo entre los actores del sistema que los mayores problemas e inconvenientes para el desarrollo de una política de RRHH en Salud estriba en ellos mismos, en la lógica de sus acciones y el rol a cumplir por parte del Estado (también como actor), donde necesariamente deberá hacer jugar todos sus “capitales” en el campo.

#### **LA MIRADA DESDE MONTEVIDEO.**

#### **COLEGIATURA Y REACREDITACIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

En la discursividad de los actores aparecen varias instituciones a las que le son atribuidas la responsabilidad sobre el control de la calidad asistencial, rubricado ello en la certificación del conocimiento médico y donde subyace la idea que la mala calidad de la atención en el interior del país obedece a faltas de control o de acreditación del conocimiento y la formación continua. El discurso estigmatizante hacia la práctica médica en el interior cobra una nueva forma de expresión y en la detección de una necesidad: colegiatura médica y reacreditación del título. Es interesante observar que en el discurso de los hablantes se generan posicionamientos diferentes en cuanto al rol que le corresponde a cada Institución.

- Pero yo, yo, vuelvo a insistir hay una, hay una carencia académica en el interior
- No, no, eso es lo más grande que te dije, ahora, de lo que, una de las... Hay sí, absoluta
- Lo decía él, claro
- Entonces vale todo
- Y no les molesta, y no les molesta
- No, se apunta a la mediocridad
- Se improvisa
- Los códigos son diferentes
- Se improvisa y todo queda así, o sea, entonces quiere decir que tanto el Ministerio como Facultad de Medicina tienen, tendrían muchísimo campo como para ganar acá, como para empezar...
- Bueno ahí la colegiatura el día que se haga realmente un ajuste....
- Seguro
- ...de cada tanto tenerlo, bueno a ver ¿usted que hizo en 10 años académicamente?
- Claro, académica para qué, para controlar el tema de la educación médica continúa
- Y no sé si controlar porque, digo cuando pensamos en la regionalización de la medicina...
- Porque sabes por qué, porque no todo el mundo quiere seguir en lo académico...
- Claro
- ...yo quiero recibirme y ser médica y no me gusta, ponéle, pero me gusta la docencia...
- Pero si vos pensas, pero si vos pensas que el Ministerio, el Ministerio de Salud Pública....
- Nuestra profesión necesita de la actualización
- Pero si vos pensás que el Ministerio de Salud Pública tiene...
- Claro, entonces es la colegiación, es...
- Colegiatura
- La colegiatura que decía yo
- Colegiatura
- Colegiatura
- Que está por salir hace años
- Pero que es lógico porque hay gente que no le molesta no saber, eso es lo que a mí más me preocupa
- Es el control de la Facultad, de la Universidad
- Pero eso, eso le compete al Ministerio
- Claro, no les molesta que salga nuevas pautas, que haya nuevos tratamientos, no les molesta
- Claro pero no a Facultad
- Al Ministerio, al Sindicato Médico, a la Facultad, a la Escuela de Graduados
- El conjunto verdad
- Ahí está
- Viste que no nombraste la FEMI, quedó afuera
- No pero yo, pero yo dije, que a mí me la habían mencionado a la FEMI

- Claro, pero la FEMI es un tema, no pero la FEMI son dos cosas diferentes
- ¿Eh?
- Yo dije que en las preguntas que había hecho, a mí me habían...
- No ya sé, no, no, pero cuando él acaba de nombrar sistemas de controles...
- No, no, no, no nombré a la FEMI, no existe para mí la FEMI y estoy en el interior
- ...no la nombró, ¿no existe? Ah bueno andá
- Porque no trabajo en el sistema mutual de FEMI
- Tá, bueno, sí (EMB3 339-384)

## **LA DOTACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EL PODER COACTIVO DEL ESTADO**

Existe un elemento coactivo relevante y que en los últimos tiempos ha tenido presencia en los medios masivos de comunicación: La obligatoriedad de cubrir-por parte del actor estatal-determinados vacíos en terminos de RHS. Esta idea es generadora de disenso y conflicto donde se anudan el acotamiento a la libertad de elección (lugar de residencia, especialidad) y la carencia “contante y sonante” de RHS.

- Por ejemplo, una pregunta, estoy pensando y la obligatoriedad de recibirte y que te radiques en algún lugar con las condiciones normales
- Bueno pero no, no puedes porque desde el punto de vista ni legal ni ético es correcto porque irías contra la libertad que uno tiene de trabajar en donde quiera
- Pero no puedes meter el verticalazo, exacto
- : Entonces no, no, bueno acordate este lo del conflicto yo lo miro verdad José del año pasado, este si los anestésico quirúrgicos que nos, supuestamente nos iban, van a obligar a trabajar, no, y salio bueno, salió la ley nunca la aplicaron pero es una barbaridad digo, no se puede, solamente en estado de emergencia y esto no es un estado de emergencia (Claro, claro) o sea, uno tiene que tener derecho de ir a donde quiera a trabajar
- No, no, a lo que voy...
- Pero por supuesto, pero si te dan buenas condiciones, vos decís te dan todo esto, te pagan un salario digno y buenas posibilidades, un buen ambiente laboral que puedas trasladarte, que puedas hacer varias cosas, uno lo que quiere es trabajar y trabajar bien y tener bueno su familia lo que fuera, sus amigos, entonces yo creo que no sería mucho más tentador, muchísimo más tentador, tienen que dar más posibilidades desde el Estado, lo que tu decís, si lo dejamos a nivel de las entidades privadas es, es que ellos tienen derecho por mas que policía sanitaria, ellos tienen derecho de hacer lo que quieran (EMB1 533-538)

Como se afirma en el párrafo anterior, lo que suele aparecer impugnado es la falta de diagnóstico en términos de RR.HH. Ello, a su vez, debe ser observado con un “paquete integral” que contemple inductores para la radicación.

- No, yo lo que, no a propósito de lo que era en si la discusión inicial creo que, no voy a ser muy vivaz en decir que tiene muchas puntas, la primera creo que acá el gran por decir algo, que considero culpable es la política de salud, nosotros no tenemos que estar sentados acá a ver si en el interior vamos o no vamos, queda a criterio nuestro, obviamente que pensamos porque somos, digo, tenemos necesidades, trabajamos, hicimos una carrera pero las políticas de salud de este, de este país tiene que decir dónde tienen que estar los médicos, no nosotros

-: ¿Designarte ya decís vos?

- Pero es así, pero para eso, claro, pero para eso, porque acá la salud es un gran negocio, todos sabemos ¿no?

Si

-: Si, sigue siendo, no tanto

-como salud en este país porque si tiene que haber 2 pediatras, y el ginecólogo en Salto y hay 14, no tiene que haber 14, tá, con esto quiero decir que te tienen que dar desde el punto de vista legal y económico las condiciones para vivir y para desarrollarte en lo profesional, la formación es acá en Montevideo, el interior es verdad, no hay formación, a veces es difícil trasladarse y a veces esta también la cómoda (Si, si) y acá... (EMB1-321-326)

## **LA DEBILIDAD DEL PRESTADOR PÚBLICO (ASSE) Y EL CONTROL DEL ESTADO (MSP)**

La expresión Políticas de salud en RRHH, remite, sin dudas, a la responsabilidad primigenia en la elaboración de las mismas: el Estado. No obstante, existen discursos que en su confrontación, desnudan otros imaginarios que de alguna forma se “sobre imprimen” sobre esa responsabilidad estatal: quién tiene que controlar no controla y ante ese escenario otros actores se benefician. En este punto debe considerarse una figura que tiene un gran peso en la representaciones de los actores: La debilidad del Estado expresado en la “colonización” del prestador público de Salud (ASSE) por parte de profesionales que trabajan y tienen intereses económicos en el sector privado. También debe señalarse el fuerte carácter de estereotipo que tiene esta imagen, por lo cual hay que indagar con mucho énfasis en esa brecha, entre las representaciones y la práctica de los actores.

- Tá correcto, entonces y qué pasa, y vuelvo ahí a la policía sanitaria que es el Ministerio, conocemos todo lo que pasa con la pediatría de que...

- O lo que tú contabas

- ...indican, hacen las indicaciones como pediatría podemos saber nosotros pero, por teléfono vos vas a ver una historia, porque yo he hecho auditorias de niños que han fallecido en el interior y no tienen una indicación, todo hecho por el enfermero

- ¿No?

- No, entonces cuando dice aquel, cuando, yo estoy de acuerdo que en el interior estas muy indefenso desde el punto de vista del usuario, pero no tenés otra vuelta entonces...

- Pero no hay tampoco, a mi me parece que podría, perdoname que te (Sí) que debería haber también, ahora que dijiste de policía sanitaria, debería haber una forma de controlar qué salud se brinda, acá, en donde sea y a su vez en el interior que no sea tan a lo liberal digamos, hago lo quiero, estudio al quiero, trato al que quiero y trato al paciente como quiero, y nadie controla nada (Claro) o sea, acá hay determinadas políticas de salud que no necesariamente se cumplen, se cumplen de repente y se le exige, por ejemplo ahora con el tema del FONASA, determinadas mutualistas, que yo se que mutualistas del interior no se cumplen ni se preocupan que se cumpla

- Es que no les interesa y no van a perder tiempo en eso

- Y no les preocupa, no y ni van a invertir plata

- Y no se van a cumplir

-Pero a ver, nos, hablando mal, nos aprieta a nosotros el Ministerio, que estamos en...

- Si ya se

...en la periferia, en la trinchera estamos (EMB1-321-326)

- En la trinchera

- Si

- Ta. Que vemos de mandar a la neumonia a la puerta porque la puerta va a estar llena, entonces si yo la puedo ver mañana, tá, y no es equitativo

- No, no, claro

-No es equitativo

:- Entonces por eso te digo que creo que en eso, vuelvo a lo mismo, creo que... (EMB1-321-326)

- .....Y hay mutualistas que son más exigidas que otras

:- También

- Hay algunas mutualistas que no son exigidas en nada

:- Y a la FEMI estoy segura que no le exigen nada

:- No

:- Nada

- Entonces ahí estamos que creo que, gran parte, todo este problema que estamos y por qué no hay médicos en el interior, el primer responsable es el país, o sea, llámale Salud Pública, llámale Gobierno, el primer responsable que no tiene una política de salud, y si la tiene que ahora tenemos, hay tinta larga ¿no?, kilómetros de tinta escrita en el Sistema Nacional Integrado de Salud, hay metas...

- Ahí está, las metas prestacionales

:- Hay metas pa, pa, pa. No se cumplen, y creo que es un país chico que se podría tener controlado, nosotros digo, acá no voy al error médico que puede pasar si, puede pasar todos, nos puede haber pasado o y nos va a pasar (Si) acá voy, aparte y es responsabilidad de nuestro trabajo con quien tenemos que le brindamos la

*salud, esta, hay un código de ética médica ¿no?, pero repito creo que acá el gran responsable es la Salud Pública, o el Ministerio como policía sanitario de no determinar una estrategia, porque todos nosotros somos personas que tenemos vida, familia y responsabilidad en nuestro trabajo y eso implica un dinero, lo que decías tu, te llamaban de lo público, todos, todos fuimos al interior, todos (Claro) y cobrabas por el fulano de tal (Claro, claro, claro) que cobrabas, lo que vos decís del interior, el cooperativista de la FEMI cobra x cantidad de plata y el que va a hacer la misma guardia (Si) cobra un tercio.*

*-Si, claro*

*-Obvio*

*-Claro*

*-Si*

*-No?, donde eso todo es por izquierda, y bueno y eso implica un compromiso y seguramente dinero, entonces a veces tiramos las cosas para adelante para que bueno, en el interior está la FEMI y se encarga la FEMI, y la FEMI pone sus reglas, pero acá estamos dentro de un gobierno donde cada uno de nosotros tiene un techo por algo, o sea, algo superior a que, a lo que se tiene que ceñir, pero bueno que es, por eso te decía que no iba a ser muy sagaz en que tiene muchas puntas (EMB 1 374-406)*

Hay un imaginario que robustece la idea que el actor público está omiso en la supervisión y control de servicios y acciones profesionales, sobre todo cuando el tópico gira en torno a la práctica médica en el interior del país.

*-Desidia también de algunos colegas, de la falta de inversión, y creo que también del Estado, el Estado debe supervisar que esas instituciones cumplan con un mínimo de que, con un mínimo de paraclínica, cómo atendés una emergencia de una puerta sin un gasómetro (EMB2 136-136)*

Entonces, el escenario queda instalado para la emergencia y reemergencia de elementos vinculantes (y estigmatizantes) entre práctica médica en el interior y la baja calidad de la misma, coadyuvado por la falta de controles de calidad por parte del MSP, enlazándose además con la presencia sobre determinante del “actor hegemónico” en la coagulación o no de acciones que preservan su posición de privilegio.

*- Para mi hay una contra, tendrás tiempo, posibilidad de tener una familia mejor, todo lo que quieras, pero no, por lo menos a mi me parece que no hay, yo no haría, la calidad de medicina que me gusta hacer*

*- Ah, sí*

*- Bueno, pero es lo que yo te estoy diciendo por qué, porque no hay la policía sanitaria que diga si vos necesitas...*

*- Y cuando quiero hacer determinada, avanzar un poquito más, voy a encontrar una, otra, otro muro más dentro de la FEMI...*

- Es eso

- ¡No, para qué, si nunca se hizo!, porque ese acoso yo lo sentí. ¡Para qué si acá nunca se hizo eso! ( EMB1411-416).

Por último - ya lo hemos observado en otros capítulos de este trabajo- la complementariedad de servicios entre sector público y sector privado en el interior del país, parece representar un cambio en los modelos de atención y gestión. Existen algunos ejemplos que avalan que es una estrategia correcta, sin embargo -discursividad mediante- al existir espacios públicos ocupados por actores sociales (médicos) que además trabajan o tienen interés económico directo en el sector privado, se asume dicha condición, también, como otra expresión de la debilidad del actor público (ASSE) y que pondría en cuestión una complementariedad eficiente y de mejora real del servicio final al usuario.

- ...tá y bueno consiguió para que una pediatra fuera con el sueldo de FEMI, con el sueldo de ASSE, con una casa (Si) obviamente se instaló creo una pediatra, no se si creo que volvió esa pediatra, pero bueno, por un tiempo, en definitiva todo esto es así (Claro) es tratar de que entonces, pero eso salió de ASSE, en definitiva, esta doctora que a propósito de que tiene mucho empeño en que las cosas (muchísimo, sí muchísimo) se hagan un poquito mejor, lograba saber que el pediatra o el médico que vaya por ahí tiene que tener comodidades y tiene que tener un sueldo decoroso (Claro) para poder, no tener la presión de que, de que a veces la tenemos acá que estamos corriendo de guardia en guardia para pagar un poco las cuentas, todo lo, o sea, capaz que todo se... (EMB1 759-774)

## DEMOGRAFÍA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS RHS

Parece ser un principio de realidad: no hay gente en el área rural (una de las dimensiones geográficas de la radicación en el interior del país) pero que confronta con otro principio: el de accesibilidad a los servicios. ¿Cuánto importa la cantidad de usuarios para determinar la organización de los servicios? Criterios de equidad y justicia social parecen oponerse a criterios de administración razonable de los RRHH y se instala como elemento de incertidumbre en la toma de decisiones: ¿cuáles deben ser los mecanismo inductores para la radicación?. En este punto, además, debe señalarse una nueva diferenciación no contemplada originalmente en la investigación: EL INTERIOR del INTERIOR. La lógica es igual, los RRHH suelen concentrarse en los espacios de mayor población, la dicotomía Montevideo-interior se reproduce en capital departamental o ciudad importante vs. interior del departamento.

- mi me parece que en este momento no hay gente que viva en el campo, seamos realistas no ay gente que viva, que vive ahí, va para la ciudad, tiene a la familia en la ciudad, va, viene, las comunicaciones son mucho más, pero radicado de

*campaña, campaña ya son muy pocos, entonces de la única manera que si en realidad, lo que estoy escuchando en ASSE es que le quieren pagar, bueno por supuesto que un salario mejorado, le tienen que dar (Un plus) como hemos visto en varios lugares en el interior y ahí se quedan porque le dan vivienda...(EMB1 475-475)*

Es interesante observar algunos contrapuntos discursivos respecto a lo que - en muchos diagnósticos sobre el sistema de salud en el Uruguay - han sido ventajas comparativas tradicionales: territorio pequeño, sin accidentes geográficos importantes, sin grandes barreras de accesibilidad territorial y sin embargo, la distribución de los recursos humanos médicos carece -en forma absoluta- de consistencia con la distribución poblacional y eso lleva a que Montevideo tenga una tasa de médicos por habitante muy elevada y asimétrica respecto al interior.

*o sea, que tenes una serie de limitantes y ningún estímulo favorecedor, si vivís en Austria es lo mismo estar en Viena que en Salzburgo pero si vivís en Uruguay no es lo mismo estar en Tacuarembó que en Montevideo desde ningún punto de vista y eso requeriría como en toda desigualdad factores desiguales para compensar la desigualdades esa... Uruguay que es de los países que tiene mas concentración de médicos por habitante, en un momento era el 5° país en el mundo, hace que Montevideo se transforme si comparas con otros países el que tiene más médicos por habitantes del mundo, una situación absolutamente absurda, pero no parece muy misterioso cuales son las razones y lejos de que esos factores tiendan a modificarse más bien que tienden a intensificarse. (EMB2 13-13)*

## **VIABILIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS Y OTRAS REALIDADES**

Por otra parte, emerge en el relato de los grupos -en virtud de experiencias en otros países- la figura del paramédico para zonas rurales. En consonancia con el marco teórico que venimos utilizando (noción de campo, habitus y capital) cabe preguntarse si la conformación de Equipo Básico de Salud no deja de ser una expresión conflictiva entre diferentes corporaciones, más allá de la retórica de EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, incluso, desde el punto de vista de los capitales culturales y simbólicos, la conformación de los mismos, traduce una posición subsidiaria de las otras disciplinas (paramédicos, enfermería) hacia la figura del médico.

*- Si, si claro*

*- Yo, estuve yo, la XXXXXXXXXXXX me permitió ganarme una beca y estar en el exterior del país y fui a XXXXXXXXXX...(país selvático) (Ah mira) sí, no tienen un médico en la selva de XXXXXXXXXX ¿no?, eh visitamos puestos centinelas en la selva, entonces ahí el médico va una vez por semana, pero quién esta ahí, el enfermero, el nurse, lo que nosotros sabíamos es que está preparado (Claro) tá, que esta, el sabe*

todo, los signos de alarma, los signos de peligro, sabe todo, tá, entonces él está, son 2 o 3 personas que están que ahí van los niños, los adultos, va es un...

- ¿Son como paramédicos una cosa así?

- Son como paramédicos pero especializados, entonces levantan el tubo...

- En atención primaria, claro

- levantan el tubo y saben que hay un médico de referencia que esta ahí y que va.

- Claro

- Por eso, yo lo que, digo, personalmente lo que planteo con esto ojos y con este sistema y con todo lo demás, ¿se necesita?, o sea, sabemos que sí, que en las capitales y en, pero...

- Por qué, pero eso es por falta de dinero, o sea, porque el dinero, porque el médico en esas instituciones es ¡buu! entonces es más económico (más económico) pagar una enfermera especializada y el médico...

- Pero, yo le pregunto ahora, vuelvo insisto, Valentines ahí al lado de Cerro Chato en lo del lío donde iban a estar, donde estaría la minera hay 2 enfermeras ¿no? (ah, es verdad) hay 2 enfermeras una de mañana y una de tarde, tiene Cerro Chato cerca y así que atienden, entonces uno diría bueno y tienen todo, tienen casa, comida y esto, porque tienen todo realmente pero nadie se quiere trasladar, porque vos decís ¿qué hago todo el día? (EMB1 500-532)

Otros ejemplos, de organización sanitaria y cobertura de cupos son incorporados como propuestas de trabajo, en general, acompañados de una expresión de “ideal a alcanzar”. Cabe preguntarse si esta construcción desde el sentido común puede incorporarse o no a propuestas inductoras de la radicación.

- Eso es una realidad, bueno pero volviendo a mi me gusto, lo que dijo de las políticas porque tengo una amiga que es pediatra que está en Canadá, y que no pudo ingresar como pediatra al circuito canadiense de médicos porque Canadá tiene muy buenas políticas sanitarias (Tiene si) entonces tiene cupos para extranjeros

- A cierto

- Tiene un cupo ahora de 24 cupos para extranjeros por año, que ingresan como, sería como una, como que los ponen al mismo nivel que los canadienses, como un internado acá, y depende del puntaje que se obtenga en ese internado, entran a la residencia, eso si no tienen especialidad, si tenés especialidad te dan algún puntaje más y ya entras a pediatría directamente, claro y entras en esa plataforma y no te bajas más tá, pero hay que entrar en esa plataforma

- Hay que entrar

- Entonces ahí

- Claro, pero vos elegís lo que vos querés, lo que vas a hacer

- De acuerdo al puntaje que tú obtengas

- De acuerdo al puntaje y los cupos por ejemplo

- Claro

- De los cupos, a eso voy, a eso voy, a eso voy...

- Este año se abrieron 10 para ginecología (jamás) y si los primeros 10 agarran ginecología y vos ya no podés ser ginecólogo

--Claro

- Vos no podés ser ginecólogo pero tenés otras opciones para hacer

- Tenés otras opciones

-Entonces por ejemplo Canadá ustedes saben que es un región, es país muy frío ¿no?

- Si

- Entonces bueno, tienen dividido por sectores todo Canadá entonces se necesita, esta todo estructurado, por año necesitan 3 médicos de familia en tal lugar, 5 ginecólogos en tal lugar porque ellos ya saben, pa, pa, entonces esta todo, y todos trabajan (Claro) (EMB1-672-688)

- En cambio acá... ocurre lo mismo en Chile no, bueno pero de cualquier manera por ejemplo ruralato famoso en Chile le da una compensación económica, una serie de ventajas

- Claro

-...residencia, que acá no existe ninguna y eso que Chile es un país distinto que tiene también menos centralismo que el que tenemos nosotros

- Si, si se fomentara positivamente si vos decís bueno esta vas para el interior y de repente tenes casa al menos por, por 5 años tenes un lugar donde vivir

- Claro

-eh, ciertas cosas que favorezcan tu inserción, sería más fácil (EMB2 82-87)

## ¿PREGUNTA SIN RESPUESTA?

¿Cuáles son o pueden ser los inductores para la Radicación médica en el interior del país?. El discurso de los actores no genera alternativas muy diferentes a las que se han manejado desde los diferentes ámbitos de creación de políticas y sin embargo, se detecta cierto consenso que los incentivos clásicos (económicos o materiales) no son suficientes. Parece una pregunta sin respuesta

- Bueno pero no hay, una cosa que hablábamos es que no hay incentivos para radicarse, eso podría ser ¿no?, que no, no se si entraría acá, que no hay ninguna cosa que te fomente en el...

- Y académicos también, ¿no?

- No se, como pensando en una cosa que hablamos mucho que fue lo de los incentivos

- Sí ausencia de políticas de estímulo, en todo caso, no

A coro: Si, si, si

- Porque nunca a nadie le interesó si vos te quedabas acá, si te ibas para allá, si eras de allá, si no eras de acá, totalmente indiferente (EMB2.355-361)

- En el interior cuando, fue en el 2006, en Salto fue, 2007 u 2008 creo, hubo un llamado, fue un convenio de ASSE con la Intendencia de Salto, fue un llamado de médico de familia fue, le daban casa, le daban vehículo, una motito no, y el sueldo que era mayor a lo que pagaba ASSE en ese momento, habían 10 cargos, fueron 4 y ninguno era médico de familia (En la ciudad de Salto era?)era.....en, poblados, (rondas) ....Si, tengo una prima que se fue, o sea, ella era montevideana y se fue, pero esta trabajando en el primer nivel y hace CTI (EMB 2 390-390)

Como síntesis parcial, puede concluirse que el desarrollo de políticas de recursos humanos para la salud, debe convocar la interacción de los actores relevantes en un proceso de elaboración paulatina de consensos. Por ello, “los componentes de un proceso de desarrollo de recursos humanos no son etapas de un proceso lineal que avanza por escalones sino aspectos de procesos de reflexión, sistematización de información, planificación, negociación-acción y evaluación que se auto corrige a cada momento”.<sup>24</sup>

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

### **DEMOGRAFÍA Y ADMINISTRACIÓN DE LOS RHS**

Debe observarse un aspecto que remite al comportamiento de quienes, proviniendo del interior no vuelven a “su pago”. Esta población, si bien ha sido registrada en su trayectoria académica, no ha sido analizada en series históricas o de cohortes. Corresponde hacerlo a efectos de afinar el dato, sabiendo de antemano, que efectivamente “la tasa de retención” de quién se radica en Montevideo es alta. Promedialmente ingresan a Facultad de Medicina, unos 1100 estudiantes anualmente (56 % interior y 44 % Montevideo) (Macri, E; Noboa, L, 2003) y existe un egreso promedio de 450 médicos anuales (no poseemos datos discriminados). Estos últimos pasan a engrosar una población médica que se distribuye en 76% Montevideo y 24% interior (SMU, 2008). No precisamos mayor discriminación del dato para afirmar que el problema es la asimetría respecto a que un 76% de los recursos médicos está asentado donde vive el 40% de la población y un 24% lo está donde vive el 60 % de los uruguayos. Otro dato que no está estudiado (ni registrado) es el recurso “movilizado” (médicos que van de una lado a otro) que seguramente es un atenuante de la asimetría señalada.

*yo quería decir una cosita que a mí me parece que, porque lo viví, respecto a esto de cuando vienen los médicos y de todos estos otros factores extra laborales es que no tenemos políticas de reclutamiento de aquellos médicos, aquellos jóvenes que nos hemos ido del interior para que volvamos, es decir si tú te fijas en la cantidad de*

---

<sup>24</sup> Gilles Dussault, Luiz Eugenio De Souza. “Gestao de Recursos Humanos em Saúde” (2000).

*médicos que han llegado a este departamento en los últimos años seguramente sean más los que han llegado de otros lugares del país que (que no son de acá) los propios de acá y eso dificulta porque el que es de acá tiene otras, tiene allanado muchísimas cosas o tiene otros motivos de pronto para volver porque tienen sus padres, su familia, a veces hasta tu propia pareja es de acá, pues es que muchos de los que se han ido de acá son los que no han vuelto más, a mí en mi caso cuando nos fuimos de acá nos fuimos un grupo de 6, 7 jóvenes a estudiar volvimos creo que hemos ido volviendo 3 a lo sumo sí, pero si sumas en años, son más los que se han quedado del interior y no ha habido a veces este cuando no sé pero a veces vos sentís que debería de haber desde nuestro medio una política de reclutamiento de esos recursos que son de acá (intentar que vuelvan para acá) intentar que esos vuelvan (claro, la facilidad de...) porque si ni esos vuelven a veces vos decís (EMB4 60-60)*

Desde el interior se observa al “oriundo” como un recurso más probable de captar, en la medida que no se vea coartado su proceso de formación.

*-Y sigo pensando que si vos sos del interior hay que decirle al tipo, favorecerle las cosas, reclutamiento viste che loco si vos sos de acá por qué no, te vamos dando vida te vamos dando guardias, cosas a ver si te venís a radicar acá, tenemos una guardia a ver qué gurises de Melo o de Cerro Largo hay que andan ahí boyando vamos a darle estas guardias para que empiecen o a venir aunque sea el fin de semana para que se vaya quedando, vamos a ir dándole vida, de pronto el loco después termina su especialidad pero ya lo tenemos medio reclutado (eso es fundamental) y no esperar a que cuando me falta un cardiólogo a ver dónde salgo a buscar en la Republica Oriental del Uruguay un cardiólogo que quiera venir a Melo, andá dándole vida a los locos de acá- En ese caso, aparte de darle la posibilidad esa de trabajo, hay que facilitarle la formación, que termine la formación en Montevideo (Exactamente), no dejar la formación de la especialidad.  
-viste yo eso me parece que, digo tenemos un tipo que es de acá que está por terminar la carrera tá (EMB 4 268-270)*

## **POSIBLES USOS DE LA COMPLEMENTARIEDAD**

La complementariedad público-privada puede tener otras utilidades pero se advierten - como a lo largo de toda la investigación- obstáculos en la interacción social y en una “sutileza discursiva”: la responsabilidad es del “otro”. El capítulo de la Metas Asistenciales suele tener un contenido irritante en el actor médico dado que el registro del dato que solicitan las instituciones para dar cuenta del cumplimiento o no de las metas supone un agregado administrativo a la tarea asistencial que además suele verse como una tarea propia de un administrativo y no de un médico.

- Es todo un tema porque mira cuando se hizo ahora el año pasado que les exigían como metas a las mutualistas que tenían que capacitar a los médicos y eso, en vez de combinarse todos porque, cuando trabajas en dos lados distintos por ejemplo, yo tuve que hacer la capacitación por salud pública y la mutualista, en vez de combinarse, la mutualista que hay, salud pública y todos eso, hacer una teleconferencia e invertir los recursos porque eso les salía plata a ellos, traer un especialista para darnos la charla, o sea en vez de combinarse y hacer una teleconferencia y vamos todos no, era ver quien lo hacía y con algunos, otros...

- Claro porque aparte somos los mismos

-Somos los mismos que trabajamos en todos lados, entonces no combinan los recursos

-Entonces, como tienen que, XXXXXXXX (Cooperativa médica) que es XXXXXXXX( Asociación Gremial) tiene que hacer también sus metas, XXXXXXXX (Cooperativa médica) que es XXXXXXXX( Asociación Gremial) tiene que hacer sus metas, cada uno hace, cuida sus chacras ¿no?( EMB4 77-81)

- está lo otro que dijo XXXXXXXX, ya que hay un Sistema Integrado de Salud ese sistema integrado entre lo que es las metas y no multiplicar los mismos temas en tres o cuatro lugares distintos cuando puedes hacer en uno solo y lo mismo otra cosa que es la femi, la femi si no sos de la femi no te invita tá (EMB 4 344-345)

## **CONFLICTO ENTRE ACTORES: INDICIOS.**

En la medida que el conflicto estructura relaciones sociales en el Campo, este elemento debe ser tomado en cuenta a la hora de pensar políticas de RHS. A la ya natural complejidad del sector Salud, se le agrega una complejización creciente y reciente de las corporaciones en el sector. Se detectan estereotipos discursivos de corporaciones que hacen sentir sus reclamos para “estar en la conversación”, es una forma de presentar sus armas en el conflicto a dirimir.

- ...no es verdad, que hay ahora un Programa de Salud Rural y lo SOMERUI no se enteró, la sociedad, se hizo un trabajo no es verdad un proyecto de Salud Rural sin que los médico rurales (Varón: Participaran) participaran, o sea, cuando se largó iba el Ministro y el presidente, 5, 5 o 7 días antes hubo las jornadas de la Sociedad de Medicina Rural del Uruguay y vinieron a informarnos, por supuesto lo tomamos muy mal, o sea, hubo gente que se levantó y se fue, no quiso ni escucharla, no es verdad, pero eso también nos empuja a que tengamos menos relación con los otros médicos, porque en realidad no sentimos, nos hacen sentir menos, cuando en realidad no somos, es una medicina diferente, ni mejor ni peor, diferente, es más hay gente que se maneja muy bien en el medio rural y que bueno no matamos muchos, no es verdad, de repente en el sanatorio no podríamos trabajar, como gente excelente en el sanatorio no podría trabajar en el medio rural ( EMB 6 45-45)

Subyace en la discursividad una mirada que amplía el rango de la educación médica y centra

su mirada en el epifenomeno de la concentración de la oferta educativa en Montevideo. Ello parece cobrar mayor envergadura como problema cuando aborta posibilidades reales de formación por el hecho de no vivir en la Capital. No es un problema genuinamente uruguayo pero debería ser observado ante las particularidades del país.

*- .... pero que toda la enseñanza o casi toda la enseñanza y uno puede ver distintas áreas de la enseñanza, no solamente en la medicina está concebida desde el punto de vista desde las necesidades de Montevideo o desde las necesidades de la ciudad desconociendo lo que ocurre en el resto del país, desconociendo cómo es el país, cómo es geográficamente, cómo son sus vías de comunicación, si uno organiza cómo la comunicación se ha desarrollado, que hoy uno agarra el celular y puedes acceder a cualquier página en Internet, vemos que estamos muy atrasados en como se concibe la educación de la enseñanza, voy a poner un ejemplo que no tiene nada que ver, pero que es una cosa particular y personal y familiar, mi hija que tiene ahora 12 años, a los 9 años aprueba ingresar a la Escuela Nacional de Danza para la cual ella tenía que viajar todos los días a Montevideo de lunes a viernes, o sea, hacer la escuela de mañana entonces eso es imposible obviamente que es imposible, lo hizo durante 3 semanas y luego abandono porque quería decir que toda su familia tenía que obviamente si íbamos a hacer eso todos trasladarnos a Montevideo, ir a Montevideo para ver si podía esa carrera que lleva 9 años poder hacerla, eso es imposible, lo analizamos desde la medicina y más o menos ocurre lo mismo, es imposible pensar que si un muchacho de 20 años, 18 va a Montevideo, es imposible pensar que fuera hacer una carrera de medicina si no se instala en Montevideo, entonces me parece que ahí hay una concepción de la enseñanza y de lo que las necesidades que tiene este país que están pensadas desde Montevideo hacia el resto, y no desde una igualdad en analizar si hay dos países o dos necesidades diferentes o dos tipos de eh, sociedades que son diferentes y que viven diferente, porque nosotros vivimos diferente, porque mis hijas hoy salen a la calle y viven en el barrio y salen a jugar y va sola al colegio caminando y viene sola de la escuela, no hay ningún inconveniente y en los pueblo también ocurre (Varón: exactamente) entonces eso también está el tema económico que también es muy importante ( EMB 6 46-46)*

## **VIABILIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS Y OTRAS REALIDADES**

Aparecen anudados, la necesidad de conformar los equipos de salud junto con la demanda que vengán “otros” a naturalizar un tipo de tarea que no es propia de los médicos. Es interesante observar el reclamo -de parte del actor médico- la participación de otras disciplinas pero deja entreverse el “plano inclinado” de una relación asimétrica que hemos señalado en el capítulo de estratificación simbólica. A la hora de elaborar Políticas de RHS estas peculiaridades deberían ser tomadas en cuenta. Por otra parte vuelven a plantearse

experiencias de otros países a partir de haber trabajado en dichos lugares, en este sentido cobra vigencia uno de los planteos que se derivan del “Llamado de Toronto”, OMS 2007<sup>25</sup>, respecto al seguimiento de buenas prácticas. Las ventajas comparativas del país constituyen un buen escenario para dicho seguimiento y en todo caso experiencias piloto.

*- O sea, debemos trabajar lo que le planteábamos a la Dra. XXXXXXXX que era la del programa que, que evidentemente tiene que haber una línea más o menos pareja para todo el mundo, pero que en cada uno de los casos habría que dejarle la elasticidad al médico local, al equipo de salud local para moverse, ¿no?, porque en algunos lados de repente yo que se te dicen, mira preciso cardiólogos, no es verdad, y si tu le preguntas a la mayoría de la gente de la SUMERUI, te va decir precisamos enfermera y precisamos Asistentes Sociales que nos hagan todo ese trabajo que hacemos nosotros (EMB 6 47-51)*

*- Si, yo tengo una experiencia de que viví un año y medio en XXXXX (exterior) y trabajé en Atención Primaria de Salud en una ciudad que se llama XXXXXXXX que era un pueblo como XXXXXXXXXX sin ofender a nadie, pero que tenía los mismo habitantes que XXXXXXXX, entonces como que te gestionabas distinto porque te pagaban distinto por supuesto, yo gestionaba una policlínica, me pagaban XXXXXXXs, ta, estoy hablando de 2004, 2005, 2003, 2004, 2005 por ahí y vos gestionabas la policlínica, qué quería decir eso, vos gestionabas tus horarios, vos podías hacer otras cosas, vos tenías una licenciada en enfermería que era fundamental y eso no faltaba en ninguna policlínica, no enfermera, licenciada en enfermería, podía faltar la enfermera pero no la licenciada, ta, si tenías una licenciada y una enfermera ibas en coche (Varón: Si). Ta, lo que hacíamos era, yo estaba en una XXXXXX..... Entonces se elegía a la más inteligente, porque además allá hay gran analfabetismo le enseñábamos a dar inyectables, eso acá es impensable pero allá hacíamos eso, no sabía leer ni escribir poníamos luces y soles para que supieran que la medicación era de mañana y de noche, eso hacía la enfermera ta, pero teníamos una licenciada en enfermería, y los especialistas vos hacías como una suerte de imaginense yo yendo de Uruguay recién recibida porque yo me recibí, dejé la carrera y después me recibí y me fui para XXXXXXX recién recibida hablando mal el idioma entrando a los hospitales y tratando de conocer a alguien que me sirviera como referente en un Hospital porque después casi seguro no tenía, tenía un Hospital esa ciudad pero era muy precario bueno, entonces lo que se hace allá es, tú, el médico llama al especialista, yo tengo muchos niños entonces lo llamo a XXXXX que es pediatra y le digo, mira XXXXX que días vos podés ir, mira yo puedo ir el miércoles de 8 a 12, bueno yo te reúno todos los pacientes que yo quiero que vos me veas y lo veíamos juntos, entonces el me decía bueno, era como un encare de medicina, vamos a ver este, este mira, este vamos a hacer, vamos a seguir así, vamos a seguir asa y así era, bueno ahora quiero, me acuerdo que el*

---

<sup>25</sup> OPS- OMS.27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Octubre, 2007. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015.

*dermatólogo, había mucha lepra, yo en mi vida había visto lepra, en mi vida, para mi era chino básico y un día me llama el dermatólogo, que te pasó que no me llamas más, que ya se lo que tengo que hacer, ahora ya aprendí (Claro). Eran casos puntuales, entonces que, así optimizan las cosas porque ellos tienen muy pocos cardiólogos, en una ciudad como XXXXXXXX son 30 y pico mil habitantes, habíamos 17 médicos, yo era el comodín por supuesto se imaginarán que me habrán dado la policlínica pero además era el comodín (EMB6 56-56)*

## **LA DOTACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EL PODER COACTIVO DEL ESTADO**

Más allá de la radicación de los médicos en el interior, los cambios en el mercado de trabajo - a partir de la Reforma del Sistema de Salud- son verificables y ello transforma al mercado de trabajo médico en el interior del país en demandante de algunas especialidades que ha motivado la figura bastante frecuente del “médico movilizado”. ¿Dónde debe instalarse, en términos de planificación de RHS, esta nueva realidad? ¿Cómo se vinculan condiciones de trabajo, estabilidad laboral y salud ocupacional en dicha planificación?

Aparece un imaginario muy demandante respecto a diagnóstico de RHS y a la planificación subsecuente, no está tan claro a quién le corresponde dicha responsabilidad y a su vez no está en discusión a quién le corresponde la responsabilidad de la formación (FMED-Udelar).

*-: Y algo que no hemos hablado es que a habido un cambio en el Sistema Integrado de Salud no, yo hace, ahora estaba mirando en casa cuanto hace que me recibí, hace 18 años que me recibí y de ginecólogo hace 15 y la realidad cambió para los ginecólogos, yo para ubicarme acá como ginecólogo, tener mi guardia la policlínica me costó, hoy día esta la institución privada está pidiendo por favor que vengan ginecólogos a trabajar acá, ta, también en mi caso personal había una generación de colegas que estaban encima mío que me tapaban el ingreso al ámbito laboral a mí y esos colegas están, se están jubilando, lamentablemente 2 están enfermas, ta, entonces yo accedí hace poco a una estabilidad laboral pero lo que vienen ahora inmediatamente atrás mío que yo quedé en el medio, ya acceden a lo que a mí me costó acceder ( EMB7 97-97)*

*- tal vez que si los colegas de Montevideo supieran que en XXXXXXXX hace falta, yo que se, ginecólogos los colegas vendrían, bueno vamos a San José que hace falta ginecólogos, o proyectar la Facultad de Medicina dentro de 15 años estudien ginecología o anestesista*

*- O disminuir los cupos de tal especialidad...(EMB7 273-274)*

*- Aquí dentro de 15 años va a faltar anestesistas, bueno vamos a preparar ese recurso humano para, para que en XXXXXXXX haya, porque acá o en Montevideo no va hacer ser falta, no sé si soy claro, urólogos, anestesistas el sistema precisa eso,*

*sin embargo la Facultad siguió formando 2 o 3 por año sí, o no sé por qué motivos, que los desconozco pero eso también, bueno al interior le hace falta tal recurso humano, bueno que la Facultad lo prepare, que diga este recurso humano va a estar capacitado, preparado para que en tal año ustedes van a salir con trabajo seguro, creo que no hay una planificación de parte de la Facultad ni por parte del sistema para preparar recursos humanos (Claro) y que le sea tentador, mire que ustedes van a tener la seguridad de tener trabajo seguro en tal localidad del interior, con tal remuneración, seguridad laboral, bueno vamos a estudiar eso, me parece que*

*-En un país chiquito como este, no tiene gollete que nos quedáramos sin anestesistas (EMB 7 275-275)*

En la dinámica de la grupalidad, ocurren a veces, hegemonías discursivas que ponen en riesgo la detección de disensos y consensos o adquieren la virtud de sintetizar los tópicos en cuestión. En este caso tenemos un ejemplo del segundo tipo donde quedan expuestos los dominios de la políticas de RHS para nuestro país y componentes esenciales para la elaboración de propuestas respecto a la radicación médica en el interior. La inexistencia de un laudo único (coexisten los denominados laudos SMU y FEMI) es un generador de desigualdad en términos de remuneración médica. Por otra parte, se señala que la implantación de las METAS ASISTENCIALES supuso destinar RR.HH que afectaron la disponibilidad de recursos médicos y ello en el interior impactó en gran forma. Es importante señalar la heterogeneidad de situaciones en términos de distribución de recursos médicos, no “todos los interiores son iguales”, hay “varios interiores” a la vez que la relación Interior-Montevideo es señalado en términos de sangría a favor de la Capital teniendo además, la consecuencia del envejecimiento demográfico de la población médica en el interior del país. También, en este caso, ocurre el señalamiento del actor hegemónico, a quién- en términos de competencia- se le opone una ASSE débil y desorganizada. Por último, la UdelaR (FMED) debe realizar un “mea culpa” en el sentido de no resolver una contradicción histórica: formación generalista vs. formación especializada ¿tiene resolución este debate o es una falsa contradicción?

*- Yo creo que XXXXXXX, hace hincapié en uno de los, en uno de los tantos factores que son un obstáculo para la radicación de los médicos en el interior (Sí) y es la inexistencia de un laudo único en el sector salud para los médicos, es decir, existe para los médicos de Montevideo, un laudo llamado laudo SMU verdad, y existe para los médicos del interior pasando el Arroyo Carrasco y el otro del otro lado allá (Santa Lucía) Santa Lucía que es el laudo FEMI sin embargo sos pediatra tanto en Montevideo como en San José, como en Maldonado, como en Artigas, y ese es un aspecto no menor porque el laudo SMU establece incluso hasta distintas categorías de remuneraciones, pasa en la pediatría, pasa con otras especialidades y pasa con la medicina general también, por ejemplo en el valor de la hora que cobra el médico*

de guardia y creo que la relación anda cerca de los 400 pesos la hora para un médico en una institución en Montevideo que paga el laudo y acá..... 220, 230 pesos la hora de guardia, ahí eso es una cuestión de la realidad. Otro tema que decía XXXXXXXX y que decía XXXXXXXX, la falta de médicos y yo creo que acá hay, hay, hay múltiples factores, pero, desde la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ahí se produce un quiebre, ¿por qué?, porque el sistema supuso una serie de metas a cumplir donde las instituciones privadas, las públicas también pero en menor medida, tuvieron que destinar recursos humanos ta, médicos y de enfermería también y también hay crisis en ese sector, tuvieron que destinar recursos humanos para poder cumplir las metas, las metas asistenciales, las metas 1, las metas 2, Plan Aduana (Sí en pediatría sí) y las embarazadas y el control odontológico ta, y eso supuso un aumento de los recursos ta, que ya en el interior venía siendo menores en relación con, con Montevideo y de hecho hoy sucede que faltan no solamente faltan especialistas, faltan médico generales, yo que soy médico general muchas veces, y otros colegas tenemos serios problemas cuando queremos pasar una guardia, ta (No se consigue) - Eh, hoy en día como por ejemplo XXXXXXXXXX que es una empresa de emergencia médica extra hospitalaria tiene serios problemas para conseguir médicos para hacer los traslados, sí, bien, entonces creo que, a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud, se dieron una serie de circunstancias que, que coadyuvaron para que, para la carencia de médicos en el interior y como decía XXXXXXXX no es lo mismo Trinidad, la ciudad de Trinidad que la ciudad de Maldonado, en Maldonado hay más de 500 médicos pero el plantel de médicos del Mautone, por ejemplo supera en número a la cantidad de médicos que hay en Treinta y Tres, entonces no podés hablar del interior cuando hay varios, varios interiores .....(Exactamente, exactamente) ta, y hay un interior al norte del Río Negro, y hay un interior al sur del Río Negro y hay un interior al oeste, una vinculación determinada en el litoral, y hay un interior del este, y dentro del este, hay varios interiores también....Exactamente.....si. verdad.... ta, la sangría de gente que se, del interior se va a Montevideo a qué, a buscar formación, a buscar la tecnología, a buscar o a encontrar ofertas laborales ta, hay una cuestión demográfica brutal, que el interior se envejece porque los jóvenes se van para Montevideo, y el crecimiento demográfico de Montevideo y del interior es diferente y dentro del interior XXXXXXXXXX tiene una característica, Rocha tiene otra característica, etcétera, etcétera, entonces aspectos tecnológicos, aspectos tecnológicos, aspectos formativos, aspectos laborales, una cuestión demográfica que hace no solamente a la medicina, hace a la abogacía etcétera, etcétera, bien y los aspectos remunerativos en el interior específicamente aspectos regionales distintos, hay un interior que está digamos capaz que la palabra no es correcta, dominado, manejado fundamentalmente en el ámbito privado por FEMI y FEMI en el interior no tiene competencia, es decir, su competencia sería ASSE, pero como ASSE tiene carencias, depende muchas veces de FEMI para el complemento de servicios sí, y entonces cuando vos llegas a un lugar del interior donde no hay competencia necesariamente tenés que trabajar o en FEMI o en ASSE, ASSE no llama a concursos, tiene formas retorcidas de contratación de funcionarios, yo acabo de hablar con un colega para tratar de que se integre al Hospital, pero no a

*través de una contratación formal, sino con pagos a través de comisión de apoyo ta, entonces el Estado también incumple en cumplir ciertos formalismos que podrían permitir la radicación de médicos y especialistas ta, en XXXXXXXXXXXX qué pasa, en XXXXXXXXXXXX hay ASSE, ,XXXXXXXXX y XXXXXXXXXXXX, pero además hay otras más pequeñas entonces la competencia genera ta, este mayores posibilidades de ofertas laborales, que seguramente no es lo mismo en XXXXXXXXXXXX o en XXXXXXXXXXXX o en XXXXXXXXXXXX, también la, nuestra Universidad tiene que hacer su mea culpa y yo creo que por un lado está el Sistema Nacional Integrado de Salud que promueve y pregona la asistencia primaria, ta, el primer nivel de atención la resolución del dolor de garganta, del hipertenso, de la gripe, de la diarrea, del control del niño, del control de la embarazada ta, y por otro lado nuestra Universidad que sigue formando pensando en la especialidad y en la súper especialidad, ta, el cardiólogo, pero el cardiólogo que se dedica a ecografía, el cardiólogo que se dedica a la electrofisiología, el cardiólogo que se dedica a, arritmia, cuando lo que precisamos es tratar de cubrir ese 80, 85% de nivel de las consultas que son las consultas básicas, la embarazada que se va a controlar, el hipertenso que se va a controlar, la mamá que lleva al niño a control, y nuestra Universidad qué pregona, que el pediatra se haga neonatólogo, que se haga intensivista que se haga ta, hay un divorcio me parece entre lo que, una realidad que se, que se está implantando y que todavía no logra implantarse y una realidad universitaria que prioriza la especialización y la súper especialización (EMB8 – 80-80)*

Emergen demandas a la Universidad y al Poder ejecutivo asociadas a la necesidad de definir dotación de recursos humanos ¿cuántos? ¿de qué tipo? y ¿dónde?.

*- viste que una de las cosas que yo hable en primer término era la diferencia en las remuneraciones (Sí, Exacto) la diferencia en los laudos (Sí) hay una tendencia de parte de las dos gremiales, FEMI y Sindicato Médico y creo que la Sociedad Anestésico Quirúrgica también de conformar un laudo único nacional ta, porque creo que en la medicina quizás hayan otros lugares donde vos ganas distinto según donde trabajes ¿no?, un obrero de la construcción sabe que es tanto la hora ¿no?, y bueno creo que un, una posibilidad de ir emparchando todo esto sería la posibilidad de lograr un laudo único nacional, el segundo aspecto que me quiero referir y es el mas conflictivo y es que, si la Universidad de la República no detecta cuáles son el o los factores que hacen a este tema puede pasar que el Estado a través de, del Poder Ejecutivo sea este, si no que sea, pueda empezar a, a darle ciertas normas que puedan violar su autonomía, me voy a explicar mas concretamente. (Sí) Si la Universidad de la República y la Facultad de Medicina no llega a conclusiones puede ser el Estado que le diga Facultad de Medicina formáme urólogos, formáme pediatras, te exijo que me formes... (EMB8 314-314)*

## **IMAGINARIO MUTANTE**

El imaginario respecto a la Atención Primaria, la medicina general y el médico de familia está mutando, al menos en el universo de actores con los que hemos trabajado. Si bien no existen estudios al respecto, pero la carga de resignificación simbólica de la Reforma de Salud está reconfigurando representaciones sociales. Lo que antes solía ser identificado con un planteo utópico y alejado de la práctica diaria, lentamente se ha ido instalando como parte de un paisaje cotidiano en el ámbito de la salud.

*- Sí, o hacer cupos como decís tú, de postgrados, de postgrados a ejercer en el interior, a ejercer... (EMB7 281-281)*

*-Pero todos hicimos la carrera, a porque me gusta, me gusta tal cosa (Claro) nunca supimos si realmente el país, la comunidad precisaba de nosotros (EMB 7 283-283)*

*-Yo creo que ahora se esta tratando de recuperar el tema de la atención primaria, el médico generalista y el médico de familia...*

*- Sí hay*

*- Sí ha aumentado*

*:- Yo creo que sí*

*- Creo que está cambiando, de vuelta, hace 20 y pico de años era otra cosa ( EMB 7 292-296)*

*- Claro, yo creo que tiene que ver mucho con el desarrollo y la visión del primer nivel, o sea, por un lado empezó haber ofertas laborales en el primer nivel para el generalista o para el que haga esa especialidad medicina familiar y va a cambiar un poco la mente, también tiene que cambiar mucho la mente del técnico, porque digo, muchas veces no tenemos la mentalidad de cómo desarrollarnos en el primer nivel, o sea, la idea es resolver, no es una, una pasada (EMB 7 302-302)*

Existe un reclamo de información para la toma de decisiones a la vez que reemergen, tímidamente temas polémicos (limitación de ingreso):

*- Tendría que haber una información de pregrado, esa información se tendría que bajar de pregrado, cuando el médico se esta preparando y esta viendo, si ya no estas muy orientado bueno, esto me sirve...*

*- Hay tantos cupos de tanto en tal lado ( EMB 7 410-410)*

*-O de cosas que faltan por ejemplo, ginecología como decís tú, es famoso porque no entra nadie nunca a las residencias, no, que es re complicado entrar, que ahora hay menos cupos, o no, es así, yo siempre tengo esa idea ( EMB 7 415-418)*

*-Entran 14 todos los años, capaz que precisas más o menos, no sé, no sé, no sé si se precisa más o menos médicos*

*:- Claro, tal vez, por eso, tal vez, pero siempre esa es la limitación a la entrada*

*- Porque no se planifica nada acá, no sé si el país precisa más o menos abogados, si el país precisa más o menos*

- *Deberíamos arrancar de que es necesario limitar los ingresos a la Facultad*
- : *No sé, capaz que sí, capaz que no*
- *¿Será necesario o...?*
- *No sé cuál es la realidad (EMB 7 423-427)*

-: *No sabemos donde estamos parados, capaz que la sociedad, la comunidad precisa más médicos, capaz que no, no sé, porque la Facultad no nos informa sobre eso (Eso tendría que ...) o las autoridades de la salud no sé a quién corresponde, o sea, que estamos en un Sistema Nacional Integrado de Salud, no sé ( EMB 7 428-428)*

### **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

En este grupo de tipos sociales, en el marco de la dimensión analizada, no se advirtieron registros discursivos relevantes orientados al rol de la autoridad sanitaria. Si bien amerita explicar esta ausencia discursiva, no existen, en el trabajo de análisis realizado hasta el momento, motivos visibles que la expliquen, salvo suponer que la temática en cuestión no parece estar en el centro de las preocupaciones de los estudiantes de posgrado.

### **D) ESTUDIANTES DE CICLO INTERNADO**

#### **TÓPICOS COMUNES**

En el grupo montevideano de internos y también en el que pertenece al interior se verifica la existencia discursiva de tópicos- en torno al rol de la autoridad sanitaria- que ya hemos observado en los grupos de los médicos. No obstante ello deben señalarse, por su centralidad en la investigación los referidos a:

- Rol de la autoridad sanitaria y señalamiento de debilidad de la misma expresado en el funcionamiento deficitario del efector público (ASSE).
- Necesidad de desarrollar Políticas de radicación integrales que no se restrinjan a contemplar al profesional en forma individual.

#### **INTERNADO MONTEVIDEO**

#### **¿NUEVAS CENTRALIDADES?**

En el caso del grupo de Internos procedentes de Montevideo es pertinente observar cuestiones ya planteadas y analizadas en grupos anteriores pero con particular atención en las diversas formas en que puede aparecer la necesidad de crear nuevas centralidades:

descentralizar educación, aprovechar ventajas comparativas como la distancia geográfica, pensar sistema de transporte y el rol, que en el desarrollo de nuevas centralidades debe asumir la autoridad sanitaria:

*-Me parece que mucha gente quiere tener una vida, es como decían de tener una familia, que estamos más cerca de esa etapa, estamos medio grandes de criar hijos en el interior, yo soy de Montevideo también, pero sin duda debe ser divino, pero también como decía ella, la contención emocional, estar solo allá si sos de Montevideo y no tenés familia es como que, bueno, es importante tener apoyo, pero sin duda a mi me encantaría si tuviera una familia, y tuviera hijos, me parece que debe ser.*

*-En realidad si te pones a pensar, o sea, decís en el interior faltan médicos, o sea, más campo laboral que en Montevideo seguro que, o sea, seguro que hay, que conseguir trabajo, capaz que mejores sueldos que en la capital, o sea, tiene muchísimas ventajas, capaz que el tema de descentralizar un poco la educación, o sea, hacia el interior del país capaz que sería algo que en realidad probaría que más gente se vaya para el interior, o sea, porque decía bueno, faltan médicos, tenés trabajo, los sueldos en relación con Montevideo, capaz que son mejor, la calidad de vida también, o sea, las distancias en Uruguay no son tan grandes, o sea, viajar yo que se de Montevideo a Paysandú, o sea, bueno ta si bien el sistema de transporte no es muy bueno, o sea ta (GI! 54-55)*

## **INTERNOS MIXTOS**

El grupo que se conformó con integración mixta ahondó en otros aspectos:

### **LA COMPLEMENTARIEDAD Y SUS DIFICULTADES.**

Se anudan varias cuestiones: falta de infraestructura, uso inadecuado y no racional de la ya existente y una mirada crítica sobre las posibilidades de la complementación público-privado. Existe un dato importante: el traslado -por parte de ASSE- a CTI de otras regiones existiendo instituciones privadas con disponibilidad de camas. En esta situación, además se cruzan muchas veces intereses personales con los institucionales (en el imaginario de los actores) y ello se advierte como la principal causa de inviabilidad de los acuerdos de complementación, más allá de las voluntades explícitas de los tomadores de decisión.

*-Sí, digo, pero eso pasa, pero...*

*-Y ni siquiera, ni siquiera la institución privada te da las garantías de...*

*-convengamos, convengamos, pero convengamos que eso pasa acá en Montevideo, vos necesitás un CTI...*

*- Bueno pero...*

*- ... y te vas a cualquier lado, necesitás una tomografía, pila de veces lo tenés que mover, mover a otro lado, convengamos que la gran venta de servicios, después,*

*tenemos hospitales como el Italiano, por más que ahora esta fundido que existen solo para venta de servicios*

*- Tá pero en Piriápolis no hay rayos, ponele, vive un montón de gente, hay mucho turismo y todo y te tenés que ir a otro lado, a la capital.*

*- En Treinta y Tres tenés un tomógrafo que no funciona, después no lo podés usar y tenés que trasladarlo a otro lado.*

*- Bueno, pero también, pero por algo el CTI, ponéle por decirte algo, CTI no hay en todo Montevideo, por algo existe una coordinadora que coordina el CTI de todo el Uruguay, si vos estás en Montevideo (GI3 387-394)*

Este problema, señalado en otros grupos y -sobre todo- en las instancias de presentación final expresa una de las dimensiones de la referencia y contra referencia como problema, la complementación pública-privada enfrenta problemas de organización de los servicios que no parece tener solución a la vista y es uno de los capítulos que caracterizan la visión que tienen los actores respecto al rol del efector público de salud.

*Dentro de las grandes dudas y preguntas e interrogantes que me ha generado con esto del internado es por ejemplo cuando tenés que trasladar un paciente a CTI, nos paso por ejemplo el otro día en Rosario, teníamos un paciente grave, que para ingresar a un CTI teníamos el CTI de CAMEP libre sin ningún paciente que eran 3 cuadras, y nos querían mandar al CTI de Maldonado al paciente, digo eso también son trabas que los médicos están encontrando y son discusiones con los familiares de los pacientes, porque el familiar no entiende que en realidad el que te manda el paciente a Maldonado fue la coordinadora, y se te enojan con el médico, atacan al médico, el médico tiene que terminar llamando al servicio de seguridad, entonces como que la gente tampoco se quiere ir al interior porque ya sabe que pasa esto, viste que tienen esos conflictos después con la familia, digo siendo que tenían el CTI ahí a 3 cuadras, que no había que movilizar familiares, que no había que hacer nada, y si a su vez el paciente llegaba a morir estaba en su ciudad, cuando el paciente muere en Maldonado es todo un conflicto, un problemón que le agregás a la familia, porque tienen que pagar ellos un traslado que es muy caro y terminan enterrándolo muchas veces en la ciudad donde murió, en el CTI donde estaba (GI3 66-66).*

## **EL RETORNO DEL ORIUNDO**

Si bien existe evidencia en otros tramos de la investigación es importante señalar la importancia de explorar el incentivo al retorno del oriundo, existen visiones dilemáticas: el que vuelve a cualquier precio y el que no vuelve, también, a cualquier precio. Es importante señalar la ausencia de estudios al respecto, por ejemplo analizar el comportamiento de las cohortes de estudiantes discriminado por origen, en realidad se desconoce el número de aquellos estudiantes, que proviniendo desde el interior vuelven o no vuelven a su lugar de

origen una vez recibidos.

- Porque creo que, la gente por ejemplo como él, por lo menos los que yo conozco que se quieren, vos que te querés ir, pero vos, no es que te querés ir, vos te querés principalmente ir a tu lugar.

- Ah, claro.

- Sí claro, yo no me iría a Durazno. Todo bien con Durazno ponéle, no me iría a Artigas pero porque soy de San Carlos.

- Tamos iguales

- Yo no me iría no me iría a San Carlos, pero...

- Claro, pero a ustedes dos les pasa lo mismo que a mí con Montevideo.

- Pero debe ser lindo, ponéle vivir en Maldonado...

- pero debe ser lindo, jajá

- No pero, Maldonado está buenazo y todo, tenés playa, tenés toda la movida ahí entendés

- San Carlos es más lindo que Maldonado igual

- Bueno ponéle, San Carlos

- Capaz que en realidad lo afectivo tienen que poner lo del arraigo con el lugar ¿no?

- ¿Lo qué?

- Claro que lo afectivo, que en el interior va mucho con el arraigo con el lugar, eso de...

- Los que ya son del interior que vienen a estudiar solo y se vuelven

- Vínculo y arraigo capaz

- Yo creo que si vos, hacés una encuesta popular el que es del interior si vuelve algún día para el interior...

- Es por eso

- Es por eso

- Es lo más importante, los vínculos y el arraigo al lugar (GI3 452-474)

## **LA MOVILIDAD MÉDICA, UNA CUESTIÓN SIN ESTUDIAR**

La movilidad médica sin cambio de residencia es un tema a investigar. Es necesario medir el impacto que tiene dicho contingente de RRHH en el aspecto asistencial y cuál es su peso en los aspectos económico financieros a efectos de analizar una posible política de incentivos basada en este recurso económico. ¿En lugar de financiar movilización médica, es posible pensar en orientar dichos recursos a una política de incentivo a la radicación?

- Y además hay muchos médicos que trabajan por ejemplo en Canelones, en Colonia, y que en realidad, o sea, viven en Montevideo y van a hacer guardias o van a hacer inter consultas o lo que sea, a departamentos que están cerca de Montevideo, pero en realidad su lugar de residencia sigue siendo Montevideo, no es que se radicaron en Colonia. Yo conozco un montón de gente que vive en Montevideo, tiene su trabajo en Montevideo por ejemplo y hacen una guardia

*semanal en Colonia, pero en realidad siguen estando en Montevideo.*

*- Sí, yo estoy haciendo ahora el internado en Río Branco y, y allá hacen, los médicos hacen su horario y la mayoría son de acá de Montevideo, van allá hacen la guardia de ellos, 48 horas, carretera, y se vienen de nuevo a laborar acá, y así están también, la gente también va para el interior y eso también es un marcador de que, no sé, yo a diferencia de lo que vos decías también estoy de acuerdo con lo que decía ella, yo estuve hablando con gente y...(GI3 46-47)*

Además de los señalados en los párrafos precedentes, el grupo de internado mixto (Montevideo-Interior) fue muy abundante en tópicos discursivos ya observados:

- Rol de la autoridad sanitaria en la problemática de la Centralización académica.
- Generación de políticas pro activas para la radicación del oriundo
- Políticas de radicación del médico y su familia.

## II.III- MERCADO DE TRABAJO MÉDICO COMO CAMPO SOCIAL

### A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO

Un fenómeno que emerge de manera contundente y reiterada en los discursos de los MÉDICOS DE MONTEVIDEO y a partir del cual se construye parte importante de la lógica argumental del mismo, es la identificación de un *actor* cuyo accionar en el *campo* de la salud es entendido como un obstáculo (o facilitador en determinadas circunstancias) para la radicación de los médicos en el interior.

- *Sí, si formo parte de los núcleos de poder y bueno exacto, vuelvo por eso*
- *Eso sería una razón para radicarse*
- *Sí, claro que sí. ¡Cómo no!*
- *Que de hecho los que se radican lo hacen por eso*
- *Es que si hacés un estudio de quiénes se radican es lo que se da. El que se radica es por eso y el que no se radica no, si hacen un estudio posterior*
- *Formar parte de los círculos de... no sé cómo lo querés llamar, pero formar parte de los círculos de poder, creo que no está mal dicho ¿no?*
- *Quienes manejan los servicios de salud*
- *Es que manejan, es así, manejan los servicios (EMB1 246-249)*
  
- *“...son cotos cerrados en muchos lugares del interior y que impiden incluso no solo la llegada de gente “extranjera” digamos entre comillas sino la propia gente de la ciudad que no puede volver...” (EMB2 13-14)*

Dicho actor, el cual es referido en los distintos discursos a partir de expresiones tales como “el círculo”, “las chacras”, “los feudos”, “los núcleos de poder”, es identificado en aquellos quienes son propietarios de las Instituciones de Salud Privadas en el interior del país.

- *... no hay ningún atractivo, no, salvo que tú seas dueño de una de esas mutualistas*
- *Es que en la mayoría del interior, los médicos son los accionistas, o sea,*
- *Exacto*
- *Como decía él, también que hizo un resumen, concentra el poder en una mutualista privada digamos y son los propios médicos, los accionistas y son los que cierran el círculo... (EMB2 16-22).*
  
- *... son feudos, se trabajan en feudos, feudos que dominan, Mutualistas y Hospitales que se trabaja en paralelo tá, y a los señores feudales no le gusta*

*que le golpeen ni siguiera la puerta ¿no?, entonces, eh, esa gente que vuelve que es menor del 10% seguramente son los hijos, los sobrinos, los nietos o los muy amigos de los dueños de las mutualistas... (EMB3 54-54).*

Partiendo de un análisis de la configuración de relaciones establecidas con *otros actores* que integran el campo de la salud, se puede decir que la posición ocupada por este actor puede ser interpretada como *hegemónica*.

*- ... es muy difícil por el poder que tienen estas sociedades médicas y las FEMI en el interior del país (EMB2 23-23).*

*- ... en el interior está la FEMI y se encarga la FEMI, y la FEMI pone sus reglas.... (EMB1 406-406).*

Por un lado, dicha hegemonía en el campo de la salud se plantea a partir de la contraposición con otro actor, el Ministerio de Salud Pública, el cual es visualizado como “ausente” en cuanto al ejercicio de la autoridad sanitaria:

*- Para mí hay una contra, tendrás tiempo, posibilidad de tener una familia mejor, todo lo que quieras, pero no, por lo menos a mi me parece que no hay, yo no haría, la calidad de medicina que me gusta hacer.*

*- Bueno, pero es lo que yo te estoy diciendo, por qué, porque no hay la policía sanitaria que diga si vos necesitas... (EMB1 411-416).*

*- Por ejemplo, para tener una idea de las carencias y de la, un poco de la desidia también de algunos colegas, de la falta de inversión, y creo que también del Estado, el Estado debe supervisar que esas instituciones cumplan con un mínimo de que, con un mínimo de para clínica, ¿cómo atendés una emergencia de una puerta sin un gasómetro? (EMB2 136-136).*

*- ... ahora que dijiste de policía sanitaria, debería haber una forma de controlar qué salud se brinda, acá y en donde sea y a su vez, en el interior que no sea tan a lo liberal digamos, hago lo quiero, estudio al quiero, trato al que quiero y trato al paciente como quiero y nadie controla nada. O sea, acá hay determinadas políticas de salud que no necesariamente se cumplen (EMB2 136-136).*

Por otro lado, dicha posición hegemónica se construye a partir de un Prestador Público (ASSE) que asume, no desde su rol institucional sino desde la acción de los actores

individuales que la integran, una posición débil y subordinada, que redundará en perjuicios institucionales para éste último y en beneficios para el primero.

- *Si vamos a tirar el gato arriba de la mesa, lo vamos a poner arriba de la mesa*
- *En la mayoría, en la mayoría de los lugares del interior, en la mayoría de los lugares del interior que hay mutualismo y hay hospital todos los médicos dueños de la mutualista chupan al hospital. Chupan al hospital permanentemente, lo usan y lo chupan*
- *Seguro*
- *Y le pasan la factura al Hospital permanentemente, lo viví en "Departamento del Interior 1" donde era...*
- *Por supuesto, yo lo viví en "Departamento del Interior 2"*
- *Una cosa impresionante, dos años viviendo en un subsuelo que veía pasar todo por arriba mío*
- *Se mantuvieron y son lo que son ahora gracias a lo público...*
- *La corrupción existe en medicina, yo lo viví ahora en "Departamento del interior 3", en el siglo XXI*
- *Y que después tuvieron más plata como para hacer sus mutualistas y sus sistemas de, este... (EMB3 385-496).*

En suma, a nivel de las representaciones sociales que caracterizan al discurso de los Médicos de Montevideo, es posible identificar un actor que logra posicionarse en un lugar de hegemonía en el campo de la salud y cuya acción redundará en obstáculos para la radicación de los médicos. El sentido asignado a dicha acción y los mecanismos mediante los cuales "regula" el mercado de trabajo médico se desarrolla a continuación.

## **CARACTERÍSTICAS Y REGULACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO MÉDICO EN EL INTERIOR DEL PAÍS:**

La posición hegemónica de los propietarios de las Instituciones Privadas de Salud en el interior, se traduce en una capacidad de "regular" un mercado de trabajo médico que presenta ciertas características particulares. El sentido asignado a dicha acción "regulatoria" tiene por objetivo restringir el ingreso de aquellos profesionales médicos que, por vía de la competencia, pueden representar una amenaza a su posición en este campo:

- *...la FEMI era algo totalmente inalcanzable para alguien que fuera de Montevideo tá, y más con título de especialista, tá eso es para los dueños*

*que se jubilan a los 80 años porque eso da mucha plata, o sea, que no hay jubilaciones que dejen cargos y los hijos...” (EMB1 61-66).*

*- ... más todo esto de las privadas que es real, te cierran las puertas, incluso hay especialistas que van, lo sé ahora también, que hay especialistas que la gente se siente identificado, o va, decidí ir con ese especialista y dejaron una especialidad específica oftalmo y dejaron de ir con los dueños accionistas de la mutualista ponéle y ya no existe más, ella ahora tiene, esta médica tiene un consultorio privado, porque en la mutualista le cerraron las puertas y era del lugar, o sea de ese lugar del interior (EMB2 23-23).*

*- Pero en los motivos para no radicarse en el interior, estaba un poco lo que decía ella, es decir, que realmente hay resistencia de parte de los dueños del circo de dejarte entrar a participar, ¿en qué calidad entrás? ¿cómo payaso o cómo mono? (EMB3 833-833).*

- **Capital Social como mecanismo de ingreso**

El mecanismo principal mediante el cual este actor restringe o habilita el acceso al mercado de trabajo médico en el interior es a partir de la movilización del *Capital Social*:

*- ... hay una concentración del poder y es muy fácil si es el hijo "de" volver que si no es el hijo "de". En "Departamento del Interior" no vuelve si no se llama "González". (EMB2 16-22).*

*- ... eso es lo que te cuentan todos, es dura la realidad, es dura salvo que seas hijo "de", obviamente ni voy aclarar (EMB2 30-30).*

*- Bien y después un motivo para no radicarse, bueno, no formar parte de esas relaciones que permiten entrar al, a los puestos de trabajo (EMB2 458-458).*

Cabe aclarar que el Capital Social es un recurso que tiene fuerte incidencia en la movilidad y trayectoria de los actores, indistintamente en Montevideo y el Interior, tanto para ingresar al mercado de trabajo médico como para acceder a oportunidades de práctica que favorezcan la formación profesional.

- ... *habían cargos médicos que los tenían reservados para los “hijos de”, me dicen: ya, ya va a llegar porque está estudiando medicina entonces ya lo dejamos allí reservado por... y una cosa que profundamente yo sé que acá sucede lo mismo pero tenemos más posibilidades acá en Montevideo” (EMB1 56-56).*

- *En Montevideo también, el hijo de cirujano siempre tuvo más posibilidades de operar que el que no era hijo de cirujano... (EMB1 646-662).*

No obstante, el Capital Social como mecanismo de acceso al mercado de trabajo médico se visualiza como predominante en el interior del país y no tanto así en Montevideo. Esta percepción puede vincularse, como se verá más adelante, a una diferencia en la escala de uno y otro mercado de trabajo, lo cual implica -en términos sociológicos- un predominio de vínculos más generalizados y anónimos en Montevideo y de vínculos más específicos y personalizados en el interior.

En definitiva, desde una mirada individual, el ingreso al mercado de trabajo médico en el interior se encuentra dado por la capacidad que tiene cada actor de poner en juego su capital social. En este sentido, se identifica como un facilitador de la radicación del médico en el interior del país el disponer de los vínculos familiares y/o sociales que permitan *“tener el consultorio esperando”*:

- ... *y si vos tenés esperando tu consultorio, no te vas a quedar acá (EMB2 276-276)*

- *Si sos del interior y formas parte de ese gran, de ese gran clan*  
- *Te mandaron ya para quedarte trabajando*  
- *Ah sí!, están esperando, estás esperando, te están esperando*  
- *Trabajas en la móvil, en la puerta y en el piso*  
- *Sí, en el interior en todos lados (EMB3 160-171)*

- ... *yo tenía un compañero, que bueno, que él tenía un lazo muy fuerte familiar en “Departamento del Interior” ¿no?, también su cuñado pertenecía a la FEMI y todo lo demás, se recibió, dio la residencia su primer año y se fue a “Departamento del Interior” porque sus vínculos, él iba a “Departamento del Interior” casi todos los fines de semana, y bueno y tá fue a “Departamento del Interior” y tá y encontró trabajo, o sea “encontró”, tá ya estaba su trabajo asignado... (EMB1 288-295)*

En contrapartida, quienes no tienen la capacidad de poner en juego su capital social (o no disponen del mismo) ven restringida sus posibilidades de radicación en el interior, en un contexto que a su vez es caracterizado por la ausencia del concurso como mecanismo de acceso a los puestos de trabajo en el sector privado:

- *Hay una resistencia*
- *Resistencia por, por los feudos*
- *Bloqueo laboral*
- *Resistencia laboral de los feudos*
- *Hay un bloqueo laboral*
- *Un bloqueo, un bloqueo*
- *Resistencia laboral por los feudos (EMB3 1013-1026)*
  
- *Eso, la falta de posibilidades de volver a tu ciudad natal por el impedimento de lo que hablamos, del lobby, no soy dueño de mutualista, ni mi papa es dueño... (EMB2 167-169)*
  
- *... el temor al rechazo, el temor a ir a un lugar que ya estaba fulanito o menganito y que yo era una que venía de afuera y no quise sufrir, ni siquiera, ni siquiera me, o sea, me anime, porque podría haberme animado (a ir al interior)... (EMB1 257-261)*
  
- *... (en el interior) no puedes dar concurso, no existe llamado, o sea, que en realidad vos decís: bueno tá uno viene con estudio, con esto, con aquello, con postgrado, me tiro y doy concurso, no hay, no hay ni llamados, o sea que, no hay que uno diga, en algún lugar hará falta alguien que me pueda presentar, no por ahí no es... (EMB1 56-56)*
  
- *No, yo lo que quería decir con respecto a eso que ella dijo de la regularización del acceso a los cargos, ¿no?, los concursos que no existen en, me pasó en "Departamento del Interior", es como el acceso al trabajo, no hay ¿no?*
- *A nivel privado ¿no?*
- *Sí, a nivel privado tenés que hacerte socio de la Asociación Médica de "Departamento del Interior", que un requisito es que seas oriundo de ahí y que estés, hayas estado tanto tiempo viviendo ahí sino no podés (EMB3 322-328)*

- **Exclusividad como requisito en un mercado de trabajo con demanda limitada**

Otro mecanismo mediante el cual este actor restringe el acceso al mercado de trabajo médico en el interior es la solicitud de *Exclusividad* (respecto de otras Instituciones privadas) a aquellos médicos que se vinculan laboralmente con sus Instituciones de Salud:

*- ... se abrió una emergencia móvil competencia de la FEMI, ahí fue cuando empecé a trabajar de pediatra, ningún problema era toda gente anti FEMI, entonces no tenía problema, éramos todos médicos de Montevideo que viajábamos, tá, porque si trabajabas ahí no podías entrar a la FEMI, o sea, que el que era de "Departamento del Interior" no podía ni siquiera asomarse a esa emergencia móvil que era la competencia de su futuro laboral tá (EMB1 61-66)*

Esta solicitud de Exclusividad implica una restricción de las opciones de empleo, la cual ya de por sí se identifica como limitada a razón de su escala y poco diversa, debido al menor número de prestadores existentes. En contrapartida, Montevideo habilita a los médicos la posibilidad de "elegir":

- No hay tantas ofertas laborales*
- No hay tantas ofertas...*
- Ofertas claro*
- Pero serían pocas ofertas y bien pagas lo ideal*
- No importa porque vos elegís una cosa, sabes que venís a Montevideo y tenés más ofertas laborales entonces tá tenés, y agarras trabajo (EMB 3 699-715)*
  
- Porque en Montevideo tenés más posibilidades laborales concretas*
- Y mejores*
- Ahí está, eso, ahí está (...)*
- Tenés mejores posibilidades cuali y cuantitativamente hablando (EMB 2 176-182)*

- **Salario como obstáculo en un mercado de trabajo con demanda limitada**

Otro elemento por el cual se regula el ingreso al mercado de trabajo médico en el interior se vincula al capital económico al que se puede acceder a través del salario. En este sentido, la diferencia salarial percibida en términos generales entre Montevideo y el interior hace que la condición de médico asalariado en éste último resulte muy poco atractiva, desestimulando la radicación.

- ... es muy raro que un médico se establezca en el interior y dure 10 años, 20 años siendo un simple empleado como ocurre acá, porque el sueldo no le da, los que se quedan son los dueños que terminan siendo cooperativistas (...) si vos trabajas en "Departamento del Interior" y ganas \$2500 la guardia, el laudo FEMI, como no vas a venir a laburar a Montevideo si la guardia sale 6000, 7000 más el coso, obviamente si yo te doy a elegir, vos ¿qué elegís?, eso para empezar (EMB3 54-54)

- Y no te radicas un poco por esto...

- Por lo que hablamos, porque no te dejan (...)

- Por la resistencia (...)

- Porque no te pagan, no te pagan igual (...)

- A ver si no ponemos lo económico primero estamos mintiéndonos

- Claro, no te pagan igual dije

- No, pero no te pagan igual (...)

- No, te dejan porque, sí te dejan, si andá pero ganás 20

- Pero no te dejan porque no te pagan, claro

- Ah no, te dejan pero te pago 20

- Claro, bueno, pero es como que no me dejen, porque si me voy a morir de hambre

- Te pago 10, no, no es lo mismo, no es lo mismo, no dejarte es no dejarte, porque cuando no quieren no entras

- Claro, no entras

- No te dejan

- No es lo mismo no pagarte que no dejarte

- Bueno, es peor, hasta cierto punto es peor

- Y a veces para no dejarte no te pagan (...)

- Ta, o sea, uno es el tema económico, porque si no, si pagaran el triple en el interior a ver, ¿qué pasaría? (EMB3 844-870).

A su vez, es posible interpretar que la limitada demanda de empleo existente producto de la escala del mercado de trabajo y del requisito de exclusividad, no habilita la posibilidad de aumentar el ingreso por la vía del multiempleo.

- Sabes que te exigen, te exigen exclusividad, si tú estás en la FEMI y estás en la Mutualista de la FEMI y hay Evangélico o hay CASMU o hay lo que sea, no podés, entonces se te, o sea

- Te limitan

- Te limitan

- Te limitan cada vez el espectro
- Uno tiene que trabajar en el Hospital y en otro lado, entonces si tu querés ganar en vez de 60, querés ganar 80 o, (o lo que sea) o lo que sean las aspiraciones... (EMB3 241 – 272)

Otra dicotomía que emerge como simbólicamente significativa y que encuentra en el capital económico un aspecto que la hace objetivable refiere a la diferencia entre el “médico empresario” y el “médico asalariado”.

*- ... por el mismo cargo el laudo médico es mucho mejor remunerado en Montevideo, tu vas allá con el laudo FEMI y te pagan poquísimo y pasás a ser un explotado entre comillas, porque tenés el reten del hospital (...) te lo cuentan tus propios colegas ¿ no?, yo soy de Montevideo pero tengo muy claro la realidad del interior porque a todos les pasa lo mismo, si querés la guardia en tal servicio tenés que hacer el reten del hospital y el radio de acá y trabajar en la móvil y entonces digo, van al multi empleo, mal remunerado porque el laudo es mucho menor, el laudo de FEMI y, digo no hay ningún atractivo ¿no?, salvo que tú seas dueño de una de esas mutualistas (EMB2 16-16)*

*- ... y las oídas que tengo es que los que se van a radicar al interior, para lograr tener ese buen nivel de vida tiene que pasar muchos, muchos años, o tener mucha fortuna de que alguno de los que estaba en esa fallezca...*

*- O ser familiar*

*- ... entonces en ese caso sí pueden adquirir ese patrón de vida, o ese patrón social que no lo vas a adquirir si no sos, sino tenés toda esa gracia, porque si no lo que vas a hacer, vas a entrar a trabajar como empleado a trabajar ganando poquito y trabajando mucho, y tener una misma vida que acá en Montevideo ganando 10 veces menos y capaz que sacrificándote 10 veces más (EMB1 51-55).*

Si bien esta dicotomía no será abordada en este capítulo<sup>26</sup>, es importante destacar que la caracterización del “médico asalariado del interior” hecha por los Médicos de Montevideo también está dada por su contraposición con los “médicos empresarios”.

- ***Contratación de Especialistas residentes en Montevideo como estrategia para limitar la radicación de la competencia.***

---

<sup>26</sup> Ver Capítulo: Estratificación Simbólica de los Profesionales Médicos.

Otro fenómeno que es interpretado por los Médicos de Montevideo como una estrategia de este actor hegemónico a efectos de limitar la radicación de profesionales médicos que representen una competencia en este campo, es la contratación de profesionales de determinadas especialidades médicas que son requeridas y cuya residencia permanente es en Montevideo.

- *“Hay un factor agregado ahora que es la ida de los especialistas desde Montevideo, que hace unos años, hasta hace unos cuantos años no existía, en cambio ahora son infinita la cantidad de gente que va hacer consulta desde Montevideo, o sea, con eso evitan los del lugar la inserción de una - competencia*

- *Exacto*

- *Y a su vez el especialista no tiene la necesidad de estar insertado socialmente allá (...)*

- *Con el sistema privado*

- *Claro, pero los contrata el sistema privado para que hagan los seguimientos de sus pacientes justamente para lo que decía, para evitar que esos mismos u otros se radiquen*

- *Fueran competencia (EMB2 31-47).*

- *... es como una cuestión muy patológica que hay de cómo está organizada toda la estructura de poder en realidad y de cómo se dan los, y creo yo que cuanto más te alejas de Montevideo peor es, de repente más cercano, hay más gente que viaja ¿no?, si vas a “Departamento del Interior” de repente por necesidades de que no tienen el recurso humano te tienen que contratar aunque sea de Montevideo y vas y venís de repente no te radicas, ni sos cooperativista no, o accionista... (EMB2 24-24).*

Si bien también se reconoce que ésta puede ser una estrategia adecuada para garantizar la atención de determinadas especialidades médicas que no necesariamente requieren de radicación en el interior, el sentido que le es asignado a esta acción por parte del actor hegemónico es evitar la radicación de la competencia.

## **AFECTACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL ATRIBUIDAS AL ACCIONAR DE ESE ACTOR HEGEMÓNICO SOBRE EL MERCADO DE TRABAJO MÉDICO**

En el discurso de los Médicos de Montevideo es posible identificar una serie de perjuicios sobre la calidad de la atención de la salud ofrecida en el interior, los cuales son atribuidos al accionar de este actor hegemónico sobre el mercado de trabajo médico.

- **Perjuicios sobre la dotación requerida de profesionales médicos en el interior del país**

Un primer perjuicio de la acción orientada a restringir la competencia en el mercado de trabajo médico es justamente la situación de déficit de profesionales médicos, restricción que no contempla las necesidades de atención en salud en el interior del país.

- "... en un lugar donde faltaban especialistas, donde se había radicado uno de esa especialidad pero la guerra que le hicieron, no pudo entrar y el otro ya estaba más cerca de la jubilación que, digo, ni siquiera tenía necesidades económicas particulares, es como una cuestión muy patológica que hay de cómo está organizada toda la estructura de poder en realidad..." (EMB2 24-24)

- "... pero es lo que los otros no quieren, pero tampoco, si no lo quieren tampoco te lo dan" (EMB1 56-56)

- "...lo que haces vos no lo hace nadie pero no lo precisamos, pero no lo hace nadie no te preocupes..." (EMB1 56-56)

- **Perjuicios sobre el nivel de formación profesional de los médicos radicados en el interior del país**

Un segundo perjuicio se vincula, por un lado, con las consecuencias derivadas del capital social como mecanismo de acceso al mercado de trabajo médico, es decir: el acceso a determinados cargos de especialidades médicas sin contar con las credenciales requeridas para ello:

- "Claro, que no hay nada que defienda y que garantice, el que acceda realmente el que está mejor formado y no que es el amigo" (EMB3 322-328)

- ... yendo a lo, a los médicos que se quieren radicar, considero de que, el que es del interior y ya tiene la cosa, o sea, ya tiene conocimiento, ya lo están esperando entre comillas, ese es muchísimo más fácil, muchísimo...

- Ese no lo duda, ése para mí...

- Eso, eso para mí se termina el postgrado y se fue, y ya está, con suerte

- ...y a veces lo haces y a veces ni lo hace

- Ni lo terminó el postgrado y empezó y ya tiene, ese lo tiene todo (EMB1 252-256)

- Si sos del interior y sos, y formas parte de ese gran, de ese gran...

- ... del clan, te mandaron ya para quedarte trabajando

- *Ah sí están esperando, estás esperando, te están esperando*
- *Trabajas en la móvil, en la puerta y en el piso*
- *Sí, en el interior en todos lados*
- *Exacto*
- *Porque ahí no te miden tu curriculum, te miden el apellido...(EMB3 160- 171)*

Por otro lado, una vez que los profesionales médicos se encuentran insertos, la restricción de la competencia se sitúa a nivel de la práctica asistencial. En este contexto, toda acción que cuestione el conocimiento y la práctica médica de ese actor hegemónico, en tanto amenaza a su hegemonía, es disuadida. Esto se identifica, en última instancia, como desestimulo hacia la innovación y el perfeccionamiento del profesional médico radicado en el interior:

- *No se te ocurra hacer sombra*
- *Claro*
- *Ahí va*
- *Desde ningún punto de vista*
- *Eso es lo que se habla de mediocridad, eso es lo que marca la mediocridad, no podés superar a nadie*
- *Poco profesionalismo capaz*
- *Ahí va*
- *Claro, no podés superar a nadie, que en realidad sería lo ideal porque si viene alguien de, viene alguien con mayor nivel que vos, lo tenés que recibir con los brazos abiertos y decirle: bueno empapame de todo lo nuevo y vamos todos para adelante*
- *O sea, vos tenés mejor nivel cuanto más años hace que estás, eso es directamente proporcional, años de vida que tiene ese medico recibido con el conocimiento de él es mayor, es directamente proporcional*
- *Lo que pasa que te encontrás que, no, que es un espejo que no está bueno (EMB3 1095-1106)*
  
- *... además acá hay una competencia intrínseca, que en el interior no existe la competencia intrínseca...*
- *Claro, claro*
- *...cuando hay competencia, vos tenés competencia con vos mismo, yo que sé, yo la veo conmigo mismo, yo llego a mi casa, yo ahora no soy docente, fui docente hasta hace muy poco, pero yo le pregunto a otra gente...*
- *¿Qué es lo último?*
- *... ustedes leen, hace cosas, sí todos este, hacemos ateneos, hacemos esto, vemos pacientes, volvemos a analizar...*
- *...y lo hacemos, por qué, porque a mí me parece que la medicina es una, hay que tener una actualización permanente en pro de los pacientes*
- *Si, por supuesto*
- *En el interior eso no existe, no existe, no existe en el interior para los médicos...*

En suma, ambos aspectos alimentan la percepción de los Médicos de Montevideo respecto del nivel profesional de sus colegas en el interior del país, el cual es identificado como “mediocre”.

*... porque te vuelvo a repetir, acá la base es que en general los niveles técnicos del interior van decayendo, porque yo tenía compañeros míos de generación, compañeros míos de residente que aprendían los mismo que yo en la etapa de residente y hoy vos hablas con ellos y te discuten cosas que son indiscutibles, que no puedo sentarme a discutir con un especialista, entonces que hay una decadencia de conocimiento (EMB3 27-27)*

- ***Perjuicios sobre la práctica asistencial del ejercicio profesional sin las competencias requeridas***

Como se planteaba anteriormente, una vez inserto en el mercado de trabajo médico en el interior, la restricción de la competencia se ubica a nivel de la práctica asistencial. En este caso, vinculada a restricciones que son impuestas en cuanto a la realización de determinados procedimientos médicos, en general quirúrgicos, los cuales se entiende son acaparados por aquellos quienes conforman a este actor hegemónico:

*- ... yo fui a operar mama, primer día que opero una mama me llaman de Dirección y me dicen: fulanito, ¿vas a operar una mama?, le digo: ¿qué, está prohibido?, no porque acá las opera un cirujano, le digo: ¿pero (...) tengo que pedirle permiso a un cirujano?, no pero el tipo es el dueño de todas las mamas del departamento, a nivel mutual las opera él, no sé si me entienden hasta donde el feudo*  
*- Sí, sí, los códigos, los códigos*  
*- Sí, sí como no...*  
*- Hasta las mamas de las mujeres son del tipo (EMB3 241-272)*

Esta restricción planteada en un contexto de déficit en cuanto al nivel formativo de los profesionales médicos, redundando en un ejercicio profesional que no cuenta para ello con formación requerida en esas circunstancias:

*... la gente que es autóctona digamos de la ciudad (Si) es terrible lo que significa el más, más, más, aún haciendo cosas que no deben o no saben hacer, lo veo yo en mi especialidad, no lo veo en otras, pero se ponen a hacer una cantidad de cosas sólo por el hecho de (abarcar) abarcar, abarcar, acaparar y no darte lugar a vos, entonces eso implica también que centralices con la ganancia de uno (Claro) y los*

*otros no, no...(...) pero me entienden (Si, claro) hasta dónde los feudos, mira lo que te estoy hablando...*

*- Si, si, si*

*- Es gravísimo, es gravísimo*

*- ...la mama del Hospital, ¿por qué? Porque si se enteran que hay otro compitiéndole al tipo en el Hospital y ojo que no me interesa trabajar en el mutualismo allá, no me interesa (EMB3 241-272)*

*- La ginecología oncológica para poder ser ginecólogo oncólogo, o sea, tenés que tener un adiestramiento especial*

*- Claro*

*- O sea, no es de un día para el otro*

*- Claro*

*- Ta, pero cánceres hay en todo lados, hay cánceres acá, allá...*

*- Seguro*

*- ...y en el interior, en la gran mayoría de los equipos no está capacitado para tratarlos, y los tratan igual*

*- ¿Los tratan?*

*- Sí, si*

*- De forma irresponsable, totalmente irresponsable*

*- Ah bueno*

*- Trasladarlos es muy caro, trasladarlos es muy caro*

*- Y estudiarlos y hacerles tratamientos caros es mucho más caro*

*- Sí, pero tampoco les interesa formarse o hacer grupos de formación para mejorar ese aspecto, no les interesa*

*- Para nada*

*- No, porque es un círculo*

*- No les interesa, entonces lo siguen tratando de esa manera... (EMB1 94-120)*

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

A diferencia de los médicos de Montevideo, la figura de los propietarios de las Instituciones de Salud en el interior no emerge como un actor central en la construcción discursiva de los Médicos del Interior. En este sentido, al momento de interpretar los facilitadores y obstáculos para la radicación en el interior del país, no se le atribuye a este actor un papel significativo en cuanto a su capacidad de incidencia en la “regulación” del mercado de trabajo médico.

A lo largo del discurso aparecen algunas referencias puntuales respecto del accionar de este actor que, si bien no son contrapuestas a lo planteado por los médicos de Montevideo, no tiene en el imaginario de los médicos del interior el mismo peso y lógica interpretativa en cuanto a la radicación en el interior.

En primer lugar, es de destacar que el posicionamiento de este actor en el campo de la salud, así como su capacidad de regular el mercado de trabajo médico no se identifica como homogénea en todos los departamentos del interior. De ahí se desprende la percepción en relación a ciertos departamentos donde las restricciones impuestas al ingreso al mercado de trabajo son mayores que en otros:

- *No, no, tú olvidate de "Departamento 1", andate a "Departamento 2", andate a "Departamento 3"*
- *¿Los especialistas no tienen trabajo?*
- *La FEMI no le da trabajo*
- *No*
- *Yo conozco un ginecólogo que trabaja en Salud Pública (Sí) en la FEMI no le dieron laburo*
- *No*
- *Te digo "Capital de Departamento" porque tengo bastantes conocidos en "Capital de Departamento"*
- *¿Pero la FEMI por qué?, porque no hay, porque entonces...*
- *No, no sé por qué no llaman gente para FEMI*
- *No está bien*
- *Yo trate de explicar de que en el resto de los interiores donde no hay competencia y es FEMI y ASSE, si vos no te metés debajo del ala de la FEMI, o alguien de FEMI (...) no es lo que pasa acá, porque FEMI acá es diferente*
- *No, no pero está bien, tá, tá pero digo*
- *En otros lugares donde no existe competencia y es FEMI y ASSE si el médico no logra meterse abajo del ala de FEMI, no confrontar tá, tiene dos opciones para trabajar, o trabaja en el Hospital o trabaja en FEMI tá, si logra meterse abajo del ala de la FEMI, ahí sí tiene el camino expedito tá, si no lo logra le va a ser difícil, va a trabajar en Salud Pública, va a tener que buscar alguna otra alternativa, ejemplo eh lo que ha pasado en "Departamento del Interior 1" con los colegas que trabajan en la "Mutualista de Montevideo", vos tenés ejemplo también en "Capital de Departamento", en otros lugares también pasa exactamente lo mismo, en "Departamento del Interior 2" pasa lo mismo*
- *Pero que quiere decir la "Mutualista de Montevideo" es otra opción laboral, entonces, ahí tiene otra*
- *Me refiero a que, a ver, hay colegas que trabajan acá en la "Mutualista 1", "Mutualista 2" y en el Hospital, pero en otros lugares no sucede lo mismo (EMB8419-489)*

Esta diferencia en cuanto a la capacidad de restringir el acceso al mercado de trabajo puede ser interpretada a partir de la posibilidad de este actor de posicionarse de manera hegemónica en este campo:

- ... hay un interior que está digamos capaz que la palabra no es correcta, dominado, manejado fundamentalmente en el ámbito privado por FEMI y FEMI en el interior no tiene competencia, es decir, su competencia sería ASSE, pero como ASSE tiene carencias, depende muchas veces de FEMI para el complemento de servicios sí, y entonces cuando vos llegas a un lugar del interior donde no hay competencia necesariamente tenés que trabajar o en FEMI o en ASSE... (EMB8 80-80)

A su vez, la restricción de acceso al mercado de trabajo también encuentra su límite ante el déficit de recursos humanos que son necesarios para el funcionamiento de los Servicios de Salud:

- ... a mí no me cerraron la puerta digo, tuve que pagar ciertos derechos que no se inventaron para mí, que se inventaron desde hace años, eso que decía él, adquirir la "nacionalidad", yo me "nacionalice" después de 5 años con un aporte a la Asociación Médica y bueno me gané el derecho y ahí pude concursar, que tá es como todo, es una postura

- Y sí un poco para conservar los lugares para los que son del interior

- y está bien

- Ha ido cambiando también un poco ¿no?

- Ha ido cambiando por las necesidades de determinados servicios

- Hay servicios en donde no se toma en cuenta eso porque no hay...

- No, no tenés más remedio (EMB5 218-222)

A esto último, se suman los cambios que tuvieron lugar en los últimos años con motivo de la Reforma de la Salud y que en términos de campo social esto implicó un avance en el posicionamiento de la Autoridad Sanitaria en su capacidad regulatoria del mercado de trabajo médico.

- Y algo que no hemos hablado es que ha habido un cambio en el Sistema Integrado de Salud ¿no?, yo hace, ahora estaba mirando en casa cuanto hace que me recibí, hace 18 años que me recibí y de ginecólogo hace 15 y la realidad cambió para los ginecólogos, yo para ubicarme acá como ginecólogo, tener mi guardia la policlínica me costó, hoy día esta la institución privada está pidiendo por favor que vengan ginecólogos a trabajar acá, ta, también en mi caso personal había una generación de colegas que estaban encima mío que me tapaban el ingreso al ámbito laboral a mí y esos colegas están, se están jubilando, lamentablemente 2 están enfermas, ta, entonces yo accedí hace poco a una estabilidad laboral pero lo que vienen ahora inmediatamente atrás mío que yo quedé en el medio, ya acceden a lo que a mí me costó acceder (EMB7 97-97)

En particular, la implementación de una política de pago por desempeño asistencial (Metas Asistenciales) significó que las Instituciones de Salud en general tuvieran que disponer de los recursos humanos necesarios para poder alcanzar las metas definidas.

*- ... desde la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ahí se produce un quiebre, por qué, porque el sistema supuso una serie de metas a cumplir donde las instituciones privadas, las públicas también pero en menor medida, tuvieron que destinar recursos humanos ta, médicos y de enfermería también y también hay crisis en ese sector, tuvieron que destinar recursos humanos para poder cumplir las metas, las metas asistenciales, las metas 1, las metas 2, Plan Aduana (Sí en pediatría sí) y las embarazadas y el control odontológico ta, y eso supuso un aumento de los recursos ta, que ya en el interior venía siendo menores en relación con, con Montevideo y de hecho hoy sucede que faltan no solamente faltan especialistas, faltan médico generales, yo que soy médico general muchas veces, y otros colegas tenemos serios problemas cuando queremos pasar una guardia, ta...(EMB8 80-80)*

Más allá de la heterogeneidad identificada en cuanto a la capacidad regulatoria de las Instituciones de Salud del Interior, el capital social y la solicitud de exclusividad aparecen nuevamente como dos de los mecanismos mediante los cuales se intenta restringir el acceso al mercado de trabajo médico.

Si bien la identificación del capital social como un recurso movilizado a efectos de restringir el acceso al mercado de trabajo médico es un aspecto coincidente con los Médicos de Montevideo, no obstante, este capital no se define específicamente a partir del vínculo que se tenga establecido con los propietarios de las Instituciones de Salud, sino vinculado a la condición del médico de ser oriundo del lugar.

*A mí me pasa lo mismo y como dice él a los que venimos de afuera no es difícil como quien dice entrar tá y nos ponen muchos más obstáculos y muchos más problemas, entrar al mutualismo es..., tá (EMB4 64-64)*

*Y un obstáculo, que me perdonen los colegas, pero un obstáculo que yo encontré y sigo encontrando no fue en la gente sino en los colegas, en los colegas que son de la zona, te miran como que vos venís a sacarle el trabajo a ellos y a la prueba está que yo en 15 años yo no pude entrar jamás al ámbito privado, nunca me dejaron entrar al ámbito privado y no porque no haya presentado viste o porque haya esperado mi tiempo de radicación que está seguro, porque yo tengo mis hijos estudiando en la ciudad y todo, y no en el ámbito privado jamás pude entrar... (EMB7 83-83)*

*... antes al médico que se recibía en Montevideo era diferente que en el interior, en el interior había que insertarse en su medio y en general la gente, nosotros, la*

*mayoría que volvimos al interior, volvimos a nuestro lugar de origen del interior, porque la facilidad de conseguir trabajo era en nuestro lugar de origen y no ir a otro departamento porque todo tenían sus trabas, también lo tiene "Departamento del Interior" para que la gente que no es del departamento tenga trabajo en su lugar (EMB538-38)*

En este sentido, este proceso de ingreso al mercado de trabajo médico se ve facilitado para aquellos que son oriundos, quienes por su condición de tal tienen mayor capacidad de movilizar el *capital social* a efectos de insertarse en el mercado de trabajo:

- *¿Por qué plantean que "Departamento del Interior" es diferente respecto a otros departamentos?*
- *Tiene toda la parte formativa*
- *Claro tiene más formación*
- *Tiene la parte de residentes*
- *Y en los últimos años de la carrera también*
- *Y la institución privada tampoco fue muy cerrada, permitió el ingreso, es completamente distinto*
- *Hay otro criterio, es bien particular, no es ser "hijo de"*
- *Con respecto a otras*
- *Con respecto a otras*
- *Tiene su cierre igual*
- *Tiene su cierre pero siempre fue más abierta que otras*
- *Son cinco años de residencia o casarse con un "oriundo del departamento".*
- *Había limitaciones, o sea, tenías que tener residencia, tenías que, o si eras con un "oriundo" del lugar tenías, era un poco mejor, pero siempre fue un poco más abierta a permitir el ingreso de, siempre fueron por concurso los ingresos a las puertas iniciales, habrá como en todos lados siempre alguna cuñita pero... (EMB211-215)*

Otro mecanismo coincidente refiere a la solicitud de *Exclusividad* respecto a las otras Instituciones Privadas existentes en el departamento.

- *Me refiero a que, a ver, hay colegas que trabajan acá en la "Mutualista 1", en el "Mutualista 2", en el Hospital, pero en otros lugares no sucede lo mismo*
- *Bueno pero no entiendo, explícame*
- *Sabes, fulanita, o trabajas para mí o no trabajas*
- *Esta muy bien pero, ¿terminaste? (...)*
- *Claro, la exclusividad, de la exclusividad está hablando él, ¿no? La exclusividad*
- *Claro*
- *Claro, que te exigen exclusividad...*
- *Ahora la exclusividad tiene su precio*
- *Exactamente, también, sí*

- Si vos querés, si yo quiero que vos trabajes para mi
- Tenés que pagar
- Yo te tengo que pagar y sin embargo te pago por debajo de lo que se gana en Montevideo ta, digo son realidades incontrastables
- A mí, a mí me lo exigieron tá
- ¿Quién te lo exigió?
- "Mutualista 1"
- Bueno yo te explico, yo trabajo en la "Mutualista 1", 20 años, soy suplente, o sea, que la que menos tengo interés en defender a FEMI soy yo, pero eso razoná
- A mí no me dejaron trabajar en el "Mutualista 2". No me dejaron trabajar en el "Mutualista 2" a la vez porque no podía trabajar
- Están todos los médicos de la Asistencial trabajando en el Mautone, vos fuiste la única que te dijeron eso
- No sí, no, no
- Hay otros más en la misma situación de ella
- ¿Pero por qué?
- No, creo que esta discusión no conduce a nada porque la realidad de Maldonado es otra del resto del interior
- Claro, hace 20 años, hace 20 años sí
- Pero yo, no quiero, por eso te digo lo que menos quiero es defender a FEMI, como sé que él está en el sindicato, lo que te quiero decir es razonemos, razonemos, si vos estas en Rocha, yo en lugar de la Asistencial (Sí) La Asistencial precisa médico, trae y trae independiente de donde sea, si vos en Rocha precisas médicos, es de tonto decir no vos trabajas en el Hospital no te voy a traer, sino
- Rosario: Claro pero, claro ahora...
- No precisará medico, por eso no pide
- ...ahora es otra realidad ahora se trabaja en todos lados
- Exactamente, hoy se trabaja en todos lados (EMB8 448-483)

Por otro lado, si bien no se desprende de la lógica discursiva de los médicos del interior una vinculación de las condiciones salariales a una lógica regulatoria por parte de los propietarios de las Instituciones de Salud, si es coincidente la identificación de diferencias salariales en detrimento del interior y de cómo ésta opera como desestimulo para la radicación.

*- Acá hay mucho menos dinero porque algo que no hemos hablado del dinero que motiva a los seres humanos por algo trabajamos tá, los médicos no somos sacerdotes, trabajamos para ganar dinero tá, y los colegas en Montevideo ganan mucho más que nosotros acá en el interior... (EMB7 107-107)*

*- ... uno de los tantos factores que son un obstáculo para la radicación de los médicos en el interior es la inexistencia de un laudo único en el sector salud para los médicos, es decir, existe para los médicos de Montevideo, un laudo, llamado laudo SMU verdad, y existe para los médicos del interior pasando el Arroyo Carrasco y el otro del otro lado allá (Santa Lucía) Santa Lucía que es el laudo FEMI, sin embargo*

*sos pediatra tanto en Montevideo como en San José, como en Maldonado, como en Artigas (...) por ejemplo en el valor de la hora que cobra el médico de guardia y creo que la relación anda cerca de los 400 pesos la hora para un médico en una institución en Montevideo que paga el laudo y acá en "Departamento del Interior" 220, 230 pesos la hora de guardia, ahí eso es una cuestión de la realidad (EMB8 80-80).*

*- No, yo que soy pediatra, que la realidad que uno está viviendo ahora, es que falta pediatras ta, acá particularmente, yo trabajo en "Departamento del Interior", de esta especialidad falta y la realidad que vemos también es que acá se paga menos que en Montevideo, ta, los pediatras de Montevideo no quieren venir ta, porque se paga menos la guardia ta, y no tienen un lugar donde estar, o sea, no tienen un hogar donde quedarse, o sea, una casa, entonces van a su ciudad donde tienen su hogar y donde trabajan, donde pueden trabajar y ganar más, digo es lo que estoy viendo la realidad de ahora en tema de la especialidad*

*- Pero digo, el tema de la pediatría en Montevideo faltan pediatras*

*- Sí, pero los que ganan más (EMB8 69-71)*

*- ... es válido también el tema de que, desde el punto de vista económico, el, los cargos en Montevideo son mejor remunerados que en el interior por ejemplo... (EMB6 19-19).*

Todos lo hasta aquí descrito tiene lugar en un mercado de trabajo cuya escala se traduce en una menor demanda de recursos humanos médicos respecto de Montevideo y que a su vez, se encuentra fragmentada:

*- en Maldonado qué pasa, en Maldonado hay ASSE, Asistencial, Sanatorio Mautone, pero además hay otras más pequeñas entonces la competencia genera ta, este mayores posibilidades de ofertas laborales, que seguramente no es lo mismo en Tacuarembó o en Cerro Largo o en Durazno... (EMB8 80-80)*

*- ... al ir al interior (...) no lo hacen a menos que tengan una oferta laboral muy buena*

*- vos vas al interior y tenés dos o tres puertas para golpear y en Montevideo ¿cuántas tenés?, el interior se resume a ASSE (...) ASSE, Intendencia y mutualista, tenés 3 puertas, en Montevideo hay más (EMB5 255-257)*

En términos de política de estímulo para la radicación de los médicos en el interior, cuanto más reducida es la escala del mercado de trabajo médico, la no fragmentación de la demanda emerge como una alternativa a partir de la cual poder ofrecer opciones de empleo que puedan llegar a resultar lo suficientemente atractivas como para promover la radicación.

*... pero que además si no prevén que si vos te vas a venir a radicar no vas a venir a trabajar en un solo lado ¿no?, si no se arman paquetes de trabajo o sistemas de trabajo, lo ideal sería que trabajaras en un solo lado pero si, entonces si, si, si no se coordinan cosas yo creo que con los especialistas nos ha pasado, nadie especialista va a venir a trabajar si lo contratan en un solo lado pero si no hay un acuerdo me parece adecuar alguna forma de que...(EMB4 52-52)*

### **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

Al adentrarse en la construcción discursiva de los Estudiantes de Posgrado aparece nuevamente la figura de los propietarios de las Instituciones de Salud del interior como un actor que plantea restricciones para el ingreso al mercado de trabajo médico. No obstante, este aspecto tampoco emerge con la centralidad que sí lo hace en el caso de los Médicos de Montevideo.

*- ¿Pero cómo entrás? Porque también es, por la percepción que yo tengo ¿no?, que los médicos que están en el interior, está como todo más o menos dividido y crac, crac y chau se termino..*

*- Todas las chacritas, las chacras están más...*

*- Yo creo que sí, es así.*

*- ... metéte de nuevo ahí sin nadie que te deje entrar, no sé si es tan fácil, por más que falte*

*- Como que me parece que la demanda y la oferta no están este...*

*- La gente que ha ido afuera se ha buscado la vida muy bien, por lo menos que yo conozco es, cuando estuve en el internado*

*- Bueno pero me parece que son casos también medios contados, va, no sé (R2 285-291)*

En este sentido, entre los distintos factores identificados como un obstáculo o desestímulo para la radicación de los médicos en el interior, no aparece el accionar de este actor como uno de los motivos más significativos adjudicados por los estudiantes de posgrado.

Esto último puede interpretarse a partir de que, si bien se reconoce la capacidad que este actor ha tenido para regular el mercado de trabajo médico en el interior, los requerimientos de recursos humanos médicos para garantizar la asistencia en el marco de un cambio generacional han llevado a modificar este accionar en los últimos años.

*... también en el interior la medicina fue de siempre un núcleo poder económico de los médicos, que no es nada fácil entrar para los jóvenes, ahora los pediatras todos nos llaman del interior porque no tienen, porque lo pediatras se están jubilando, pero hay una brecha, como de, todos nosotros sabemos que hay una brecha, como*

*de 20 años, que fue anulada, muchos docentes nuestros que se han anulado, entonces la atención en el interior siempre la tuvo un grupo así de médicos sobre todo en las capitales que nunca largaron la teta hablando mal y pronto*

*- Si ahora quieren jubilarse y trabajar menos y te dicen bueno ahora vengan (R1 139-143)*

Si bien el capital social sigue siendo un elemento que continua facilitando el ingreso al mercado de trabajo en el interior, aparece la figura del concurso como una alternativa para aquellos médicos que si bien disponen de capital cultural para acceder a los cargos, no tienen capacidad de movilizar su capital social para ello.

*- Si, pero hay cosas que han cambiado igual*

*- En "Departamento del Interior 1" todavía no*

*- Hay llamados, cosas que no habían antes por ejemplo, no sé si acá existe, por ejemplo en el interior, en "Departamento del Interior 2" siempre como en todos lados en el interior se elegía a dedo, ahora por ejemplo hay llamados, cosa que antes no habían, hay llamados que vos presentas tu curriculum, puedes competir, obviamente se sabe que todavía se sigue manejando el sistema antiguo de tener un conocido y eso y como todo es, a vos sos hijo de fulano eso todavía sigue siendo pero por lo menos algunas cosas han cambiado. Por lo menos está un poquito más abierto (R3 466-472)*

Más allá de la capacidad de acción de este actor sobre el mercado de trabajo médico en el interior, el centralismo académico en general y particularmente la formación de posgrado por régimen de residencia aparece como un elemento que obliga a los médicos a cortar los vínculos laborales que hasta el momento hubieran establecido en el interior del país y que a su vez, da lugar al establecimiento de nuevos vínculos que facilitan el ingreso al mercado laboral en Montevideo.

*- ... muchos de acá somos del interior y cuando nos vinimos acá, todos me parece o muchos vinimos con la idea de volver al interior, pero bueno la carrera más allá de ser muy larga, uno va haciendo muchos contactos acá me parece en Montevideo a medida que vas haciendo la residencia y todo, contactos laborales, gente que en verdad te puede dar el respaldo para ir a trabajar y en el interior siempre son unos pocos el núcleo siempre es cerrado y es difícil volver al pago después de tanto tiempo de haberte ido, porque vamos por un fin de semana, o para las elecciones o, pero ya no es lo mismo que cuando nos vinimos, entonces es muy difícil volver y cuando digo siempre, yo no sé, vos los llamados para médicos allá es difícil enterarte cuando son, cuando se hacen, siempre son las cooperativas que hay en el interior son muy cerrados.*

*- Eso es cierto*

*- Y es difícil entrar, entonces capaz que es más fácil entrar acá en La Española que entrar en una sociedad en el interior... (R3 23-25)*

Todo esto tiene lugar en un mercado de trabajo médico del interior que sigue resultando menos atractivo respecto de Montevideo, en la medida que su demanda es reducida y se encuentra fragmentada y a su vez, donde aún se encuentra presente –al menos en lo que hace a lo simbólico- ciertas reminiscencias de la exclusividad (respecto a otros privados) solicitada en algún momento por los propietarios de los Servicios de Salud en el interior.

*- Hay departamentos donde tenés dos mutualistas y el hospital y está muy mal visto que trabajes para las dos mutualistas, o sea que si te llamaron de una y aceptaste esa no puedes aceptar la otra porque, como que es mal visto, también está eso también... (R1 228-228)*

## **D) ESTUDIANTES DE CICLO INTERNADO**

En cuanto al tópico discursivo referido al mercado de trabajo médico tuvo poca presencia entre los Estudiantes de Internado. Éste fue prácticamente inexistente en los Internos montevideanos, salvo algunas redundancias discursivas ya observadas en la investigación y con pocas alusiones en el caso de Internos del Interior y del grupo mixto.

## **INTERNADO INTERIOR**

### **UN MERCADO EN TRANSFORMACIÓN**

La modificación que se ha generado en el mercado de trabajo médico ha tenido como consecuencia que en el interior del país se reiteren problemas de cobertura asistencial al igual que en Montevideo, siendo paradigmático en el caso de los pediatras. Esta situación agudiza además, en el imaginario de los internos, la idea que el interior es un campo propicio para un ejercicio profesional sin las competencias requeridas para ello.

*- Claro, pero es porque no hay pediatras, un niño por ejemplo, por ponerte un ejemplo, un niño con una neumonía, yo lo iba a ingresar y el médico como no ve niños, me dijo no, no, acá no lo ingreses, no hay pediatras, que se vaya para Las Piedras y era un niño que se podía ingresar en Canelones, lo único que tenía era requerimiento de oxígeno, podía, pero no, pero como el médico general no lo quiso ingresar porque no había pediatra, llame a Las Piedras, hablé con los residentes y quedó ingresado en Las Piedras, muchas veces al no haber pediatras no ingresa, se traslada, pero no porque tenga el criterio de trasladarlo a otro centro sino porque*

*no hay un pediatra para que firme el ingreso, capaz que por eso, si allá también en Canelones, las salas de pediatría eran 2 o 3 niños, nunca había más de 3 niños en la sala. (GI2 41-41)*

## **PROPUESTAS INTEGRALES DE RADICACIÓN Y ALTA DEDICACIÓN**

En este caso, también debemos remitirnos a la expresión técnica de saturación de la evidencia empírica, no obstante ello aludir a una propuesta integral de radicación eliminando el multiempleo vía cargos de alta dedicación. La referida es una situación que tiene un lugar privilegiado en la actual agenda de los decisores en la asignación de RHS en el Uruguay

*- Otra cosa pensando ahora que me parece que habría que mejorar es eso la remuneración y estimular a que el profesional, sobre todo a las especialidades como básicas o generalistas, el médico de familia, el pediatra, el ginecólogo, éste, eso, estimular el, que se inserte en el lugar y que tenga un único empleo, como eso mejorar la remuneración y que una persona se pueda dedicar totalmente a un lugar, como es insertarse, pensando un poco en la especialidad que tiene que ver con el primer nivel de atención y con el periferia que va de la mano también de la realidad de hoy es eso que todos los médicos necesitan de trabajar en muchos lados para tener un sueldo acorde para mantener a mi familia, y bueno también si hubiera mejor remuneración y cada profesional se pudiera dedicar a una sola actividad y estimular eso, la inserción en el interior con buena remuneración, capaz que por ese lado también habría una solución. (GI2 42-42)*

## **DEMANDA DE PROFESIONALES MÉDICOS Y REMUNERACIÓN**

En algunos discursos quedan “anudados” varios de los problemas detectados en la investigación: la demanda de profesionales médicos y la remuneración están estrechamente vinculados a alguno de los principios de diferenciación que observaremos en el capítulo de Estratificación Simbólica. En este caso, el principio de diferenciación está dado por la expresión de diferencias salariales entre algún tipo de especialistas y aquellos que pertenecen al primer nivel de atención. Este principio diferenciador es un auténtico “constructor de realidad”.

*- Y el tema de remuneración también ¿no? porque mira que, cuánto se inscriben desde que los anestésistas están en conflicto, no por, a ver desde que se sabe lo que ganan los anestésista y todo lo demás, la residencia o el examen ha subido exponencialmente lo que dan el examen, y el tipo ese por qué hace anestesia y no hace, no sé, no hay tanta, ¿no? y es porque, digo, si bien todos tienen el espíritu, es mucho también por la plata, o sea, la que está de moda y la que paga más hay*

*muchos que se enfocan ahí, eso es así, es una realidad.*

*- Y sí, pero no se puede comparar lo que gana un anestesista a lo que gana un médico de familia.*

*- Bueno por eso, por ahí buscar incentivos económicos que gane, digo, si me voy a ir a hacer una policlínica de medicina de familia a Artigas, dos días y voy a ganar dos pesos, ¿qué me voy a ir?, o sea, a hacer una policlínica o a hacer una cosa, tá, me quedo acá y tengo, y laburo esas horas, y gano un poco más pero tampoco voy a ganar, me entendés, entonces también el tema de la remuneración, tiene que ganar, si se apunta a que los estudiantes, al modelo del nuevo plan de estudio que el sistema apunte al 1º nivel, pagáale muy bien al médico de familia, muy bien tenés que pagarle, porque sino digo yo no voy a hacer medicina de familia pero estoy, porque capaz que queda como, claro, que los estoy defendiendo, ¿no? pero digo le tenés que pagar muy bien, digo porque sino nunca vas a lograr romper esas barreras también, digo es una, que el tipo se quiera ir porque le sirva hacer una policlínica, que realmente te valga la para irte a Artigas, hacer un viaje o a Salto para hacer dos policlínicas o tres por día, tenés que ganar bien...(GI2 94-96).*

## **INTERNADO MIXTO**

Si bien el multiempleo como estrategia para el aumento de los ingresos es visualizado como un gran atractivo para afincar en la Capital, dicha cuestión no es patrimonio exclusivo de los médicos capitalinos. En el interior también se da, sobre todo en algunos lugares, en esto es relevante observar los tópicos discursivos que refieren a las particularidades locales que nos permite afirmar sobre la existencia de “varios” interiores: Salto, Paysandú, Maldonado y Tacuarembó caracterizan espacios geográficos donde es posible encontrar patrones de funcionamiento similares a Montevideo en sus respectivos mercados de trabajo.

*- Eso depende mucho de cada uno, depende del médico de allá que en realidad, pasa que si vos vivís enloquecido todo el día, que te levantaste a no sé cuánto, que tenés que ir a tal lugar, voy de acá, ir a tal lado, ir a tal otro, otro, llega un momento que te llaman a tu casa y decís y lo agarras a las piñas, pero en realidad si vos trabajás de otra manera y de repente te golpean la casa, con ojo, yo soy del interior y conozco médicos que de repente vas y golpeas en la casa y no pasa nada.*

*- No, no, no.*

*- Hay algunos que tienen el consultorio en la casa.*

*- Y sí, entonces como que depende mucho también...*

*- Claro*

*- Es todo ¿no?, no es una cosa sola. No es que irte al interior es que te vas al bar o te vas a meditar al interior, pero, también podés trabajar como loco.*

*- No, no, de hecho los médicos que están en mi guardia, salen de una guardia, van por ejemplo del Hospital a IAC, de IAC se van a hacer una guardia a Vergara de 24 horas, de Vergara se van a hacer una guardia a Charqueada, digo, están también (GI3 130-140).*

El Centralismo académico, indirectamente, genera un sistema de oferta de mano de obra “cautiva” por la necesidad de proseguir con la formación de posgrado que supone la actual modelización de la profesión médica (“si no tenés un posgrado no sos nadie”). El profesional, para mantenerse en la capital haciendo su posgrado, debe generar ingresos. Esta situación se agrega a la batería de ingredientes que generan “el impulso y su freno” en la radicación médica en el interior del país.

*- Para mí otro de los grandes motivos, además de lo que él mencionaba primero, en el caso de las especialidades estás, en la mayoría de las especialidades estás obligado a hacerlo acá en Montevideo, mientras hacés la especialidad, en el caso que logres hacer la residencia, no te da para vivir con la residencia, o sea, ya de por sí tendés a vincularse con otra institución, que ya te da trabajo, la mayoría de los trabajos digamos, de los médicos al principio son suplencias, no te dan un cargo fijo, no te dan digamos una cantidad de horas usualmente en una sola institución como para que te de para establecerte, y en el caso de ir al interior por ejemplo te pueden dar un par de horas, 8 horas, 10 horas pero no te da como para sustentar un sueldo entero. Cuando te recibís tampoco te dan una, tipo te ofrecen, te recibiste te doy un contrato de tanto como para que yo cambie el vínculo laboral que ya tengo con una institución equis, como para decir bueno, abandono este vínculo laboral, que la mayoría de los médicos digamos tienen, y me voy para, me voy para el interior a ver si me da la cantidad de horas que me ofrecen una institución equis, porque Salud Pública usualmente no te da, también tenemos una, eh, otro gran problema en el interior que la mayoría de los cargos fijos y las guardias, y todo lo demás están por una población envejecida como tenemos nosotros que personas a veces que, médicos que a veces superan los 60 años y no desean soltar los trabajos, lo que te dan a veces...(G13 20-20)*

## **EL MULTIEMPLEO Y SUS VARIANTES (CAPITAL E INTERIOR)**

El mercado de trabajo define opciones y no pasa solamente por la remuneración individual sino por la opción por el multiempleo que permite la Capital. En este caso, volvemos a observar la presencia discursiva del actor hegemónico identificado con capacidad de regulación del mercado de trabajo. Los diferenciales salariales en el interior están tipificados en la figura MEDICO COOPERATIVISTA-EMPRESARIO y MEDICO ASALARIADO.

*- Claro, algunas guardias, equis, digo, y también la diferencia salarial, en caso por ejemplo de ginecología, digo, no tenés ayudantías quirúrgicas, no tenés, que acá lo tenés, en el caso de la especialidad, digo, particular, tanto ginecología como otro, también está el tema de los recursos que tenés para poder resolver un problema, tenés que trasladar a Montevideo, creo que la principal herramienta, por lo menos digo, en Treinta y Tres donde yo estoy haciendo el internado es lo que pasa, es una*

*de las principales, después del estetoscopio creo que lo más usas es la ambulancia para trasladar a Montevideo, y no te permite resolver al paciente ahí, digo, eso para mí son uno de los grandes temas, además también de lo económico, que la mayoría de los médicos recibidos tienen por lo menos acá en Montevideo, no tienen menos de 2 o 3 trabajos, digo, para poder, un nivel económico que digamos es necesario o no, pero es lo que sucede acá, entonces cuando te vas al interior, a no ser que seas cooperativista y que tengas digo otras relaciones, es difícil lograr el nivel económico que logras acá en Montevideo, haciendo 50.000 horas, como tendés a hacerlo, de lo que podés lograr en el interior, que por lo menos es lo que a veces me expresan un poco los médicos de allá, de Treinta y Tres, particularmente con los médicos que ahora yo tengo un poco más de relación. (GI3 22-22)*

## **EL ACTOR HEGEMÓNICO**

El mercado de trabajo en el interior y la hegemonía de criterios discrecionales en el acceso al mercado médico, se encuentran presentes en el imaginario de los actores, lo cual reafirma un ejercicio monopólico en la regulación del mismo.

- *Depende de las especialidades también, lo que haga falta y todo eso también, y lo que pidan en Salud Pública, las mutualistas. Yo soy de Treinta y Tres y se supone que iba a hacer, que no voy a hacer pero, que quiera hacer neurocirugía no, no, no, en, en Rocha, Florida, no podés, por poner un ejemplo.*
- *Sí, o mismo te digo, por ejemplo Treinta y Tres hasta que no se jubile un cirujano no vas a conseguir un cargo fijo de cirugía.*
- *Sí, y te pagan los que ellos quieren, inclusive en las mutualistas. Y si no hay llamado en Salud Pública...*
- *Digo, y otra gran diferencia que para ejercer también está que por ejemplo los cargos también, vos lo ves que están topeados por también muchos médicos que a su vez, tipo, que son especialistas y tienen un cargo en Salud Pública, como médico general, como especialista y a su vez tiene cargo de ayudante quirúrgico aunque no tenga una especialidad quirúrgica, eso por lo menos es lo que se da mucho en el Hospital de Treinta y Tres.*
- *Sí*
- *Y allá no hay nada de concurso, prácticamente no hay*
- *No, dedocracia.*
- *No, allá es a dedómetro. (GI3 56-63)*

## **II.IV- EL INTERIOR DEL PAÍS COMO ÁMBITO DE EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO**

En este capítulo se presentan algunos elementos emergentes del discurso, los cuales permiten ir caracterizando la percepción que se tiene del interior del país como ámbito para el ejercicio profesional médico.

### **A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO**

#### **EJERCICIO PROFESIONAL SIN RESPALDO**

Al pensar en el interior como ámbito de ejercicio profesional, un elemento presente en el discurso de los Médicos de Montevideo es la sensación de no contar con respaldo para la práctica médica, lo cual es expresado en términos de “*estar solo*”:

*“...Y que no te dejen solo como el uno, allá en el medio de la nada... (EMB1 718-718)*

*- De cualquier manera estás totalmente solo, si sos responsable tenés un nivel de estrés, claro, con tu conciencia, es brutal porque no tenés respaldo (EMB2 150-150).*

*- Hay un médico, hay un médico que le tuve que enseñar loco cuándo derivar una paciente embarazada, porque el loco está más solo que la una, no es ni médico de familia, es un médico de medicina general que se instaló allá y el tipo (...) está solo ahí... (EMB3 272-278).*

Por un lado, el no tener respaldo para el ejercicio profesional se vincula con las carencias de insumos e infraestructura para la práctica médica en el interior, percepción que se presenta de manera reiterada en los discursos de los médicos de Montevideo. Estas carencias se identifican tanto a nivel de insumos e infraestructura considerados indispensables para la práctica clínica, así como también respecto de la disponibilidad de equipamientos y tecnologías.

*- ...en “Localidad del Interior” no podes hacer un hemograma ni podes hacer un PAP, es una cosa que no tiene gollete, tenés que hacer 140 kilómetros para ir a Tacuarembó.*

*- Pero, yo me enteré el otro día que en “Ciudad del Interior”, la capital no hay un gasómetro, no hay gasómetro, no hay donde hacer una gasometría ni en el lugar público ni en el privado*

*- Ta pero eso, es como que es impensable ¿no? Parecería impensable*

*- (...)*

*- Claro, aparte de repente no es necesario que haya uno, uno para los dos, para el*

*público y para el privado*

*- Me lo cuentan colegas que trabajan allá digo, es un dato cierto, cómo haces una puerta, cómo manejas un diabético sea niño, adulto, una bronqueolitis, una neumonía sin una gasometría, esto me parece, oxígeno, que esto, lo otro, muy casero, y bueno, aún en una capital como "Nombre de Capital", por eso te digo es, yo creo que la realidad del interior es, te sigue llamando la atención, pasan los años y las mismas cosas que me llamaban la atención hace 30 años me siguen llamando cuando era interno en el interior... (EMB2 133-150).*

*... yo traslade mis cargos de "Mutualista de Montevideo" para "Ciudad del Interior 1" y "Ciudad del Interior 2", que dicho sea de paso la policlínica en "Ciudad del Interior 1" de "Mutualista de Montevideo" ¿vos qué te imaginas?, (...) ¿qué es?, es lo mismo que en "Calamuchita", no tenemos nada... (EMB3 272-288).*

*... para mi es las condiciones, toda la infraestructura, las condiciones de trabajo que estoy de acuerdo con que, yo hace 14 años que me recibí, han ido avanzando y creo que está mucho mejor, ¿no?, que lo que es antes, pero las puertas del interior, por ejemplo para los pediatras, no sé qué va a opinar mi compañero pero la puertas del interior, la responsabilidad que tiene un pediatra sólo, el equipamiento que existe, es muy diferente al de Montevideo, y es más pobre, es diferente en menos, creo que igual hay algunos centros que han venido en estos años apareciendo (...) se han ido poniendo más lugares de punta con la idea de descentralizar (EMB3 30-30).*

A su vez, se plantean situaciones donde si bien se dispone de la infraestructura, la ausencia de recursos humanos específicos que la hagan operativa, desemboca en última instancia en una carencia concreta de la misma:

*...por ejemplo, no tener un anatómo-patólogo en un "Servicio de Salud" y hablamos de cirugías, un anatómo-patólogo, no tengo un hematólogo cuando tengo un centro, un centro hematológico espectacular que se inauguró, valió un palo verde, son de las incoherencias que tenemos (EMB3 27-27).*

Por otro lado, el no contar con respaldo también se vincula con las dificultades percibidas en cuanto a la organización y coordinación (referencia y contra referencia) de los distintos niveles asistenciales de los servicios de salud. Si bien esta dificultad se identifica tanto en Montevideo como en el interior, en el primero ésta puede ser "subsana" como consecuencia de la concentración de distintos niveles asistenciales en un mismo lugar. En contrapartida, las distancias geográficas en el interior ponen en evidencia estas dificultades vinculadas a la organización asistencial de los servicios de salud:

*- No es lo mismo trabajar en una policlínica acá en "Mutualista de Montevideo 1" o en "Mutualista de Montevideo 2" que tenés toda una estructura por encima*

- Exacto
- No tenés..., lo interno o bueno que lo arreglen arriba...
- (No tenés) que estar solo en "Localidad del Interior" y tenés que resolver y te lo mando a "Capital del Interior" (EMB2 190-192).

... y me parece que debería tener también un apoyo del Estado y hasta de la Facultad de Medicina ¿no? porque el pediatra que está en Bella Unión que está solo tá, haciendo todo un sacrificio personal, más allá de que económicamente capaz que está mejor que en otro lugar, que sepa que puede levantar un teléfono y que en la puerta del Pereira Rossell le van a contestar bien...

- Ah sí obvio, obvio
- ... y no le van a decir: "ah, qué estás diciendo" y le van cortar...
- Obvio, obvio
- ... o que pueda consultar, que haya una referencia. (EMB1 777-796).

A su vez, en este contexto la dicotomía "Médico de Hospital" - "Médico de Primer Nivel" adquiere una significación que va más allá de la diferenciación simbólica entre los profesionales médicos, en la medida que los estereotipos construidos en torno a ella operan como un aspecto que dificulta el relacionamiento interpersonal que subyace a cualquier proceso de coordinación asistencial, tanto en Montevideo como en el interior.

- ... cuando yo me refiero a eso es que hay gente de primera y de segunda, digo muchas veces, muchas veces lo que vos decís, quienes estamos en la trinchera y la trinchera acá en Montevideo...
- Si, si, si ni hablemos a 800 kilómetros como Bella Unión ¿no?
- ...trabajando por ejemplo en "Barrio de Montevideo 1" o trabajando en "Barrio de Montevideo 2" vos mandabas a un chiquilín y los que estaban en el Hospital que eran "los doctores"...
- Siguen siendo los mismos
- ...y son los iluminados decían: "pero cómo", me acuerdo que una vez (...) yo mando un chiquilín, que era de por ahí, por "Barrio de Montevideo" con un posible sarampión y la que estaba, la residente que estaba en, en puerta dice: esto no es un sarampión y lo mando de vuelta para la casa, entonces cuando yo me entero al otro día, yo lo llevo, lo llevo en persona y le digo, y hablo con "Doctor X" y me dice vení fulanita y llamo a los estudiantes y les dijo: cuando una profesional que tiene un título, porque además yo le digo: yo escribí clarito y mi firma está clarita pero la persona que la mandó de vuelta a la casa no le entendés ni lo que dice porque ni siquiera el número puso o puso un número pero no puso la firma clara y digo es muy fácil, les di una, una, me acuerdo que les dijo de todo, pero digo por qué, porque es muy fácil en el Hospital cuando tenés el rayos x acá y cuando tenés (infraestructura) ahí para hacer diagnóstico, hay también eso en nosotros, hay un desprecio hacia el médico, había porque yo no sé ahora cómo está la cosa...
- Sigue igual

- ...hacia el médico y la médica que trabaja fuera como diciendo: y a usted la mandaron con esto y la doctora no se dio cuenta o el doctor digo, eso sigue pasando en el hospital, cuando vos trabajas solamente...

- Pero no saben que nosotros no nos queremos poner el dedo en el ojo, estás sola con un escarbadientes, muriéndote de frío...

- (...)

- Y si el que hace el envío es un médico de familia...

- Peor todavía

- Peor

Valeria: Peor todavía. Ahí va, le pones un médico de familia y sabes qué. Es que yo les digo a mis pacientes, miren que le van a decir que yo soy burro pero usted no les crea, porque ellos están en el Hospital y tienen todo, yo acá mire no tengo ni piso en la policlínica...

## CONFLICTO ENTRE EL EJERCICIO PROFESIONAL EN MONTEVIDEO Y EN EL INTERIOR

A partir de lo anteriormente expuesto, se identifica en el discurso de los Médicos de Montevideo un conflicto situado a nivel de la práctica profesional de la medicina, que surge de la contraposición de las posibilidades que ofrecen Montevideo y el Interior.

Dicho conflicto se instala, por un lado, a partir de la percepción del ejercicio profesional en el interior como “sencillo”, “elemental”, “casero” y “primitivo”:

- ...la medicina en el interior es mucho más elemental, salvo los lugares, Maldonado, Salto, que tienen otro tipo de...

- Tacuarembó

- ... sí, no, como mucho más, más elemental, más, más sencilla de alguna manera tá, y no, nadie se cuestiona que sea así de sencilla, es como más, más primitiva, de alguna manera que te puedes adaptar o no... (EMB1 66-74)

Esta percepción se alimenta de la contraposición con Montevideo como ámbito de ejercicio profesional y dentro de éste, el ámbito universitario en particular:

- ... conozco un poco la vivencia de lo que es, los médicos del interior y no tiene nada que ver lo que es vivir en el interior y, pero más que vivir es trabajar en el interior, las condiciones de trabajo no tienen nada que ver con las de Montevideo y esas son las principales, creo condicionantes por no ser reiterativo, con lo que implique el traslado médico de Montevideo al interior, y más quienes, en mi caso que he trabajado toda la vida a nivel Universitario, todo lo que sea Facultad de Medicina, o un Hospital como a mí me tocó, por mi especialidad el Pereira Rossell que está toda la Universidad adentro y, digamos contamos prácticamente con todo, a irte al interior como me pasó en la primera instancia, yo en una etapa formativa como

*residente y ojo que "Departamento del interior 1" comparado con otro lugar del interior era la meca dentro del interior, igual tenía ciertas limitaciones pero hoy voy a "Departamento del interior 2" y me encuentro (que) es como estar en el medio de la nada... (EMB3 27-27)*

Esta contraposición plantea una serie de conflictos para aquellos Médicos de Montevideo que proyectan un escenario de radicación en el interior.

Uno de estos conflictos se ubica a nivel del desarrollo profesional y en la percepción que el interior no ofrece las condiciones para desarrollar todo el potencial que su conocimiento les permite:

*- ...más allá de que a mí la ciudad me encantaba, me gusta la vida del interior, para mí era un, para mí más allá del trabajo, el trabajo que era en sí, era mucho más liviano que en Montevideo, era ir a sentarme a una casa con un jardín, a pasar el rato, tomar mate con los enfermeros y cada tanto ver un niño, era un descanso, unas vacaciones dentro de la semana viajar a "Departamento del Interior", pero la realidad es tal cual tá, y el que le gusta hacer medicina, viaja a Montevideo y se recibe, se engancha con su especialidad, con la tecnología, con los estudios que puedes hacer en Montevideo, con todo lo que puedes hacer de la medicina que en el interior no lo puedes hacer... (EMB1 66-74)*

De la mano con esto último, existe un cuestionamiento implícito a nivel profesional y ético de aquellos médicos que, aceptando las condiciones que ofrece el medio, aún así desarrollan su práctica clínica en el interior del país:

*- ... nadie se cuestiona que sea así de sencilla, es como más, más primitiva de alguna manera que te puedes adaptar o no, o sino también los de Montevideo que veníamos...*

*- Más irresponsable también*

*- También, también*

*- Bastante más irresponsable*

*- Cuando todo, ya te digo toda esta camada de Montevideo que viajábamos a esta emergencia móvil éramos los raros, que pedíamos cosas raras, que por qué*

*- Claro*

*- ¿Cómo? No, siempre es chiquito, no es que sea, que no crezca, es que siempre es chiquito (EMB1 66-74)*

*- ... es tan poca la evolución que han tenido en el interior, tanto la medicina en general y la tecnología, digo, la inversión en tecnología, yo no te digo cara, te estoy diciendo de tecnología relativamente barata, es asombroso, asombroso, y creo que bueno, es un factor más también*

*- Desestimula también*

*- También si vos apostas por un trabajo y tenés que ir a trabajar así*

*- Hiciste una residencia, hiciste una residencia, una jefatura de clínica, volvés a un*

*departamento, a una ciudad como esa, ¿para aplicar qué medicina? digo si te interesa la profesión*

*- Sí, a trabajar sin gasómetro*

*- Sí exactamente, es como que un poco te deprime (...)*

*- De cualquier manera estás totalmente solo, si sos responsable tenés un nivel de estrés. Claro, con tu conciencia, brutal, porque no tenés respaldo. (EMB2 133-150)*

Otro elemento que opera como desestimulo de la radicación en el interior surge del estrés laboral que implica el ejercicio profesional en función de las condiciones existentes para ello en el interior:

*- Sí, yo calidad de vida lo pienso como menos estrés, menos ruido, más tranquilidad*

*- Mirá que pensás menos estrés pero si dice, o decías tú creo en San Gregorio sólo las 24 horas del día disponible yo no sé si es menos estrés...*

*- No, no, yo lo digo porque lo dice todo el mundo, yo llego a ir al interior y me traen a Villa Carmen*

*- ... con ninguna infraestructura que te sostenga yo qué sé, no sé*

*- Si, tenés que hacer un análisis, saliendo de la medicina ¿no?, .menos ruido, menos...*

*- Saliendo de la medicina sí es calidad de vida (EMB2 260-265)*

*- Pero es lo que vos decís, de repente una guardia sola, aunque vaya un solo paciente de repente acá estas más tranquilo viendo 30 en conjunto*

*- Claro, allá esperando expectante, yo he estado en lugares y para mí es, las 24 horas alerta, claro, no tenés para responder*

*- Yo cuando digo menos estrés no lo pienso en cuanto al desarrollo de la profesión*

*- Claro, estás con un estado de secreción de adrenalina permanente*

*- ....claro yo en realidad no lo pensé desde el punto de vista de cómo, del trabajo médico, lo pensé más, menos estrés en cuanto...*

*- Fuera del Hospital*

*- Calidad de vida fuera del hospital (EMB2 277-283)*

Retomando el análisis a partir de los distintos actores que operan en el campo de la salud, en esta caracterización del interior como ámbito para el ejercicio profesional médico son referidos dos actores: Propietarios de los Servicios de Salud (actor hegemónico) y MSP (autoridad sanitaria).

Por un lado, el actor hegemónico a cuyo accionar se le asigna un sentido orientado por una racionalidad mercantil y cuyas consecuencias explican las carencias materiales para el ejercicio profesional de la medicina en el interior.

*- Para mí hay una contra, tendrás tiempo, posibilidad de tener una familia mejor,*

*todo lo que quieras, pero no, por lo menos a mi me parece que no hay, yo no haría, la calidad de medicina que me gusta hacer*

*- Ah, sí*

*- Bueno, pero es lo que yo te estoy diciendo por qué, porque no hay la policía sanitaria que diga si vos necesitas...*

*- Y cuando quiero hacer determinada, avanzar un poquito más, voy a encontrar una, otra, otro muro más dentro de la FEMI...*

*- Es eso*

*- ¡No, para qué, si nunca se hizo!, porque ese acoso yo lo sentí. ¡Para qué si acá nunca se hizo eso!. (EMB1 411-416)*

Esto último, va de la mano con la identificación de la Autoridad Sanitaria como ausente en el campo de la salud en el interior y en consecuencia, la ausencia de reglas que definan las condiciones para el ejercicio profesional de la medicina.

## **EJERCICIO PROFESIONAL EN UN CONTEXTO DE RELACIONES PERSONALIZADAS**

Del discurso de los Médicos de Montevideo se desprende cierta tipificación de las relaciones sociales que caracterizan a Montevideo y el interior. En este sentido, se identifica como un elemento característico del interior el predominio de relaciones más personalizadas, afectivas y permanentes. En contrapartida, Montevideo es caracterizado por el predominio de relaciones impersonales, afectivamente neutras y puntuales. Una y otra caracterización parten de una vinculación con la escala/ dimensión del espacio social donde estas relaciones tienen lugar.

En lo que respecta a la relación médico-usuario ésta cobra una significación distinta de acuerdo al tipo de relaciones sociales que son características del espacio social donde ésta se desarrolla.

Se podría decir que un primer aspecto que distingue la relación médico- usuario en el interior es que la misma trasciende los límites del consultorio, ubicando al médico en una posición de mayor *visibilidad* en otros campos más allá del estrictamente sanitario. En cambio, la relación médico- usuario en Montevideo se encuentra más limitada al campo sanitario, lo cual garantiza cierto *anonimato* en espacios donde el médico asume otros roles.

Al momento de analizar al interior como ámbito de ejercicio de la profesión médica, esta mayor visibilidad conlleva situaciones que hacen que éste no sea un espacio atractivo para los Médicos de Montevideo, mientras que otras son valoradas positivamente en relación a la capital del país.

*- ... el doctor, el doctor y eras muy identificable, eras identificable, o sea, que si vos metías la pata quedabas escrachado, que para mí eso no pasaba acá, porque acá*

*esta el anonimato, el anonimato del número viste*

*- Si, si, si, si*

*- Acá metes la pata y te cubre alguien, allá metes la pata y ya quedaste*

*- Ya te hacen la cruz*

*- Te hacen la cruz*

*- Te hacen la cruz*

*- (...) pero el médico que realmente se va, viene al interior, a los pueblitos, ese médico es adorado o es odiado, tá, porque digo porque es mucho más identificable...*

*- Ah eso es verdad*

*- ...y vos acá pasas más desapercibido, y eso mucha gente no estaba dispuesta a hacerlo, la que no era muy segura, la que no tenía mucho campo no se animaba a hacerlo porque digo quedabas re mal... (EMB1 143-153)*

*- ... pasas a ser una persona con nombre y apellido*

*- Ah viste, sos mucho más reconocido*

*- Claro*

*- Eso es así, eso es una fortaleza*

*- Es lo que yo te decía, más fácilmente sos conocido, acá*

*- Eso es una fortaleza, no sos un número me entendés, sos una persona, el doctor o la doctora fulanita tanto y la gente te respeta, la gente te escucha, la gente, claro después cuando te mandas una cagada chau, eso pasa en todos lados...(EMB3 296-301).*

Por un lado, esta situación de mayor visibilidad encuentra al médico más expuesto a ser objeto de sanción social (“te hacen la cruz”) como consecuencia de su actuar en el campo sanitario. En cambio, el anonimato del que disfruta el médico de Montevideo en otros ámbitos por fuera del campo sanitario opera como un resguardo frente a un accionar “sancionable socialmente” dentro de éste.

Sin embargo, esta situación de mayor visibilidad más allá del campo sanitario sustenta la percepción de que el médico mantiene en el campo social del interior la posición de prestigio y reconocimiento que históricamente ha tenido y que en Montevideo ha ido perdiendo.

*- ... yo me acuerdo con un médico que (...) era amigo de mi padre y era un cirujano muy reconocido que es el doctor “fulanito”, que falleció ¿no?, que le pusieron al Hospital de “Departamento del Interior” el nombre de él, entonces él iba a pasar una mesa, yo era chica, iba a pasar una mesa (...) por una entrada de una puerta, y cuando va a pasar la mesa había gente, había invitado gente de su, de sus pagos ¿no?, se le trancaban las manos, ¡no doctor! dijo uno de los que estaba ahí, ¡por favor, sus manos!*

*- Las cuidaban*

- *Cuidemos las manos de "fulanito"*
- *Te juro era un Dios, yo me di cuenta ahí, yo digo, era chica pero tampoco era una niña ¿no?, era una adolescente digo, qué cuidado, "por favor las manos doctor, no la mesa la muevo yo" le dijo otro hombre, corrió la mesa y era pasar, era pasar una mesa por una arcada un poco justa*
- *Estrecha*
- *Estrecha, digo entonces, digo cuidemos las manos, pero quién era el cirujano fulanito ¿no? (EMB3 772-801)*

*... acuérdense que socialmente el médico, el político y el cura...*

- *Si, si, endiosados*
- *Claro*
- *... son los representantes sociales por excelencia, donde nada se discute*
- *Claro, si, claro (EMB1 164-191)*

En este contexto de mayor prestigio y reconocimiento, la relación entre el médico y el usuario es valorada como de mejor calidad en términos interpersonales, fenómeno que es atribuido a una mejor actitud de los usuarios (*más agradecidos, más respetuosos*) hacia los médicos:

- *El tiempo que yo estuve afuera, me pareció, que fue muy poco, para mi es más estrecho*
- *Que es más estrecho el vínculo médico paciente*
- *Los pacientes del interior son mejores que los de Montevideo, lejos*
- *El agradecimiento*
- *Mejora entonces la relación médico paciente*
- *No, pero lo viví como interno y lo viví como residente*
- *Pero mejora la relación, pero mejora la relación seguramente, no es que sea mejor, es que mejora la...*
- *Claro, es sí, es diferente*
- *Es diferente el paciente del interior*
- *Es sí, porque encontrar un médico en el interior no es tan frecuente como acá*
- *Es personalizada, tanto para el médico como para el paciente, el paciente...*
- *Yo que no veían un ginecólogo ni en foto, que me ven todos los días en el hospital y me, es como ver a Dios a ver para los tipos porque no...*
- *Vas al supermercado*
- *Ahí esta*
- *Y aparte son agradecidos*
- *Porque te ven más, si te ven más, te identifican más (EMB3 772-801)*
- *Después el tema del respeto, del respeto por el, me parece que vos te haces conocer...*
- *La relación médico paciente es más, mejor relación médico paciente*
- *Es mejor, es como te contaba, yo creo que, tenés más satisfacciones muchas veces*

(EMB3 686-688)

A su vez, las características que asume la relación entre el médico y el usuario en el interior, donde el conocimiento y relacionamiento por fuera del campo sanitario es más usual, tiene consecuencias positivas en términos asistenciales:

*... de repente en lo social hasta podés ganar en conocimiento, se conoce más la gente que tenés... (EMB2 63-63)*

*... pero lo más grande que me pasó fue trabajar de médico rural, esa experiencia es intransferible, maravillosa, es una lástima que la mitad, la mayoría de los médicos no lo conozcamos, porque el contacto directo con la gente, con las gallinas, con los huevos, con las hortalizas y conociendo a las familias, su entorno y con la cosa, es una, es una maravilla esa realidad... (EMB3 54-54)*

*- También mejora la calidad de atención porque tú tenés más tiempo, tenés otra com, conoces al paciente*

*- Médico paciente, la relación médico paciente*

*- Mejora la, la relación médico paciente (EMB3 692-698)*

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

### **EJERCICIO PROFESIONAL SIN RESPALDO**

Del discurso de los Médicos del Interior se desprende la percepción de que el interior del país no ofrece las mismas condiciones respecto de Montevideo para el ejercicio profesional de la medicina, si bien dicha situación no se presenta de manera homogénea.

Esta heterogeneidad se identifica por un lado entre los distintos departamentos del interior, alguno de los cuales ofrece condiciones que tienden a aproximarse a las existentes en Montevideo. Por otro lado, también se identifican situaciones diversas al interior de cada departamento, entre sus capitales departamentales y las distintas localidades urbanas y particularmente las rurales.

*- Depende incluso también de que departamento, o sea, que hay departamentos en que te ofrecen para tu carrera situaciones bastante similares a lo que ocurre en Montevideo... (EMB5 24-24).*

*... uno es las condiciones de trabajo a las que ustedes se refieren, no es lo mismo, porque además el interior no es uniforme, porque no es lo mismo trabajar en la zona metropolitana que trabajar en la capital departamental y no es lo mismo trabajar en la capital departamental que en el medio rural y hay distintos medios*

*rurales, hay lugares donde el médico es solo, está solo, en los otros lugares se comparten los médicos y en el lugar donde está el médico solo, está las 24 horas y permanente tá y llamados permanentes y se liberan, hay días libres muy pocos al mes, eso es muy, esa realidad es tan distinta a la que se, a la que vivimos en la ciudad que también tiene otros problemas ¿no?, que no se dan en Montevideo (EMB6 23-23)*

Las diferencias identificadas en cuanto a las condiciones materiales de trabajo refieren al menor acceso que se tiene, respecto de Montevideo, de equipamientos tecnológicos y de insumos e infraestructura considerada indispensable para la práctica clínica, si bien el énfasis no está dado en esto último, a diferencia de los Médicos de Montevideo.

*- ... otro tema que me parece que también es muy importante eso, es la brecha tecnológica, dónde se concentra la tecnología, en Montevideo y hay muchas especialidades que la Universidad forma que requiere de tecnología, no tenemos un resonador en Maldonado pongo un ejemplo*

*- Porque no había*

*- Bueno pero digo, no lo teníamos. Estreptoquinasa para los accidentes cerebro vascular de determinado tipo acá no se hace, se hace en Montevideo*

*- Si concentran, se concentran en Montevideo y en las ciudades grandes del interior*

*- Pongo un ejemplo, y se concentran y se concentran, claro en Montevideo y en algunas ciudades grandes del interior, entonces el resto de los interiores queda relegado... (EMB8 82-86)*

*- La sonda siliconada, 100% siliconada ¡Dios mío! no sé qué tramite hay que hacer ¿no? nos siguen dando esas sondas que no hay quien te diga, hay que estar este... (EMB4 194-194).*

Por otro lado, los tiempos de espera que presentan ciertos procedimientos, en algunas circunstancias vinculado a la no disponibilidad de éstos en el mismo centro asistencial o en el propio departamento, son identificados como elementos que no facilitan la práctica médica:

*- ... para poner como ejemplo ¿no? a nosotros la mayoría de los exámenes no se hacen acá, exámenes de sangre pagos hay que mandarlos a Florida de repente a hacerlos y eso de mandarlos a Florida es un buen trecho, entonces es mucho más difícil trabajar así, profesionalmente te cuesta más desarrollarte (EMB4 20-20).*

*... pero si tu pedís estudios y no te los hacen y la gente, doctor hace seis meses que tengo (Claro) para hacerme una mamografía y no me la hacen en el hospital qué hago*

*- Sí, seis meses demostrado porque yo fui y le pregunte 20 veces y por otro lado te dice consulte y tiene que hacer mamografía, y entonces vos tenés que decirle, bueno vaya arréglese como pueda... (EMB8 217-218)*

A nivel de las representaciones sociales de los médicos del interior existe la percepción de que quienes se desempeñan en este ámbito (y más aún a medida que se alejan de las capitales departamentales) se encuentran “solos” ante la responsabilidad de tomar decisiones clínicas.

*... también es cierto que en el interior, yo trabajo en la urgencia y vos en la urgencia tenés que ser pediatra, cirujano, cardiólogo, ginecólogo, gastroenterólogo y lo bueno que tiene acá (la capital departamental) es la seguridad que si a vos te llega un paciente, si bien primero lo ve el médico general, pero vos ante la duda y demás podés agarrar y decir, mira fulanito tengo un paciente con un dolor precordial, al cardiólogo: ¿ vos me lo podés ver o valorar? .Mientras que allá vos estando sólo vos le podés hacer un electro, podés llamar acá al cardiólogo pero no es lo mismo a que vos tengas un respaldo se puede decir, o un colega que vos puedas, porque dudas vas tener siempre de que puede ser esto, puede ser lo otro y en el interior trabajas solo y el miedo porque muchas veces la responsabilidad va a recaer sobre vos y si pensás en un paciente que es cardiaco llamas a fulanito y lo valoras entre los dos, por eso acá en la capital departamental te sentís mucho mas respaldado que allá en el interior (EMB5 102-102).*

Es por ello, que la sensación de carecer de respaldo para la práctica profesional no se vincula principalmente con las carencias a nivel de las condiciones materiales, sino con aspectos vinculados a la organización y coordinación (referencia y contra referencia) de los distintos niveles asistenciales de los servicios de salud.

*... hay cosas que se hacen con medios y hay cosas que se hacen hablando y coordinando las cosas, porque hay mucha cosa que acá no se hace, que saldrían exactamente lo mismo y costarían el mismo precio económico o más barato que eso, porque eso de que me manden un cardiólogo para ver pacientes hipertensos a mi no me sirve y que todavía me le cambia la medicación y no me pregunta por qué yo le había cambiado la medicación y me lo deja descompensado con la presión por allá arriba y después yo todavía tengo que, la palabra del cardiólogo especialista y la mía que soy médico general y la, y todavía no podés tener diálogo porque con qué le decís que le vas a bueno, eso es lo que me parece mal, que me parece que si estuviéramos los dos en la policlínica podríamos hablarlo y podríamos llegar a un mejor acuerdo (EMB6 161-161)*

En este contexto, las dificultades identificadas en los procesos de organización asistencial vinculados a la referencia y contra referencia aparecen como un aspecto clave en la construcción de la percepción de falta de respaldo para la práctica médica, particularmente entre aquellos médicos que no disponen en su medio de los recursos humanos y materiales

para dar resolución a determinados casos clínicos y por ende, dependen de otros niveles asistenciales para ello.

*- Y a veces te sentís sumamente cansado de pelear para que desde el centro, no es verdad, el especialista te escriba, ta, es una cosa que, ustedes no sé, los que, no se dan cuenta lo que, lo que te, lo que te destroza verdad, porque en realidad...*

*- Devolver el paquete sin novedades*

*- (...) entonces, bueno a ver cuénteme que le dijo el especialista, entonces si el tipo es lúcido ta, más o menos la llevas ahora si no, estás en el horno verdad, yo ayer, creo que va por el quinto traslado que lo mando, lo mandamos, es un paciente con una hepatopatía alcohólica, no nos han referido un solo, una sola alta, nada, y una vez que yo, no pero cualquier cosa mandalo, pero es que si, si ya no da para más, yo lo trato, yo lo cuido, nosotros lo cuidamos, no precisamos trasladarlo, todo una cantidad de gastos, pero aparte los gastos de la mutualista es un cachetazo a los médicos de afuera, como que “dejá que yo lo atiendo”, ¿no? pero pará, si el hombre en realidad te lo mande yo, la primera vez “sí pero vos me lo pasaste”, no, yo no te lo pasé, yo te consulte y tú me tendrías que escribir, y mira que en Salud Pública está hecha el informe y en la mutualista también está todo previsto para que vos contestes y no nos contestan, salvando excepciones...(EMB6 113-115)*

Aquí, al igual que en Montevideo, el relacionamiento interpersonal que subyace a cualquier proceso de coordinación asistencial se encuentra entorpecido por la diferenciación simbólica existente entre los profesionales médicos<sup>27</sup> y los estereotipos que se construyen a partir de ésta.

*- Sí pero ahí hay como un concepto también, si vos estas en, en Malabrigo que es un pueblo de acá y querés mandar un paciente para San José, el que te recibe acá te dice ah!!, qué me querés mandar, qué te pasó, si vos estas en San José y querés mandar a Montevideo (también)...*

*- Este burro qué me manda*

*- Si vos estas en Montevideo y querés mandar a un centro más especializado ah!*

*- Sí ese es un problema médico*

*- El problema médico*

*- Muy humano y muy médico*

*- Médico y humano, pero bueno en el interior lo sufrís (EMB7 184-190)*

En este sentido, junto a los estereotipos construidos en torno a la figura del médico en función del nivel asistencial que ocupa, se plantea una situación de menor reconocimiento social sobre la que se funda la relación asimétrica entre el médico de Montevideo respecto al médico del interior y que se reproduce a nivel departamental entre el médico de la capital y aquellos que residen en otras localidades urbanas y rurales.

---

<sup>27</sup> Ver Capítulo: Estratificación Simbólica de los Profesionales Médicos.

- *Aparte ahí hay una imagen, una imagen de médicos de primera y (médicos de segunda) médicos de segunda (totalmente) y de tercera que somos nosotros, que somos los que estamos (claro) ¿no es verdad?, que está dada, que está dada por la misma falta de respuesta a la referencia, ¿no? porque tú se lo mandas al especialista de Montevideo, el especialista de Montevideo no te escribe nada entonces y bueno señor qué le dijo el alergista porque el alergista no escribió nada*

- *Hay no sé porque estaba en un mal día yo no le entendí nada y ahí te querés matar*

- *Claro, seguro entonces se sentís, te sentís...*

- *Y te manda una receta que tampoco entendés nada*

- *... claro, te sentís el último de los pavos, porque te sentís el último de los ¿no?*  
(EMB6 453-457)

Por último, otro elemento que se puede identificar como un desestimulo para el ejercicio profesional en el interior del país, particularmente para aquellos quienes se encuentran formados en una especialidad básica específica, refiere a la no posibilidad de fragmentar la atención y acotarla al ámbito del ejercicio de la misma:

*... yo voy a Guichón, era la primera vez que se radicaba un especialista en Guichón, entonces yo fui con la ilusión de atender ginecología y fue lo que costó diez años de Medicina General y los últimos 4 años hice prácticamente solo ginecología, pero después durante esos otros diez años no le podías decir ni que no lo podías atender por una epigastralgia porque si no eras hasta como mal visto, porque no se entendía, porque es lo que pasa ahora con pediatría, si la pediatra dice que vaya al gastroenterólogo pediátrico te miran y te dicen: ¿y usted dónde donde estudió?*  
(EMB5 78-78)

## **CONFLICTO ENTRE EL EJERCICIO PROFESIONAL EN MONTEVIDEO Y EN EL INTERIOR**

En contrapartida a la imagen de una medicina *sencilla, casera y elemental*, se desprende del discurso de los Médicos del Interior la reivindicación del ejercicio de una medicina con una capacidad resolutive que no es tecnológico-dependiente, sino que por el contrario se sustenta fuertemente en el conocimiento y la experiencia adquirida por el médico.

*... cuanto más lejos trabajas, más al campo te vas (...) es más responsabilidad por lo que estamos hablando, porque ahí digo ya tenés que contar con otra experiencia, sos tu el que tenés que resolver un paciente, si derivas si no derivas, si lo envías a domicilio, no tenés un montón de apoyo que lo tenés en la ciudad* (EMB4 51-51)

- *Hay otro valor, otro valor agregado en la derivación*

- *En la derivación, que es real*

*- En la derivación este, Carlos, yo hay otra, hay otro decía valor agregado en la, en la, cuando te jugas por un paciente lo dejo, lo mando y todo lo que te estás jugando (A sí) que a veces no se toma en cuenta, si lo dejo (Y se muere) y se muere, marchaste (Si, si, si) o si lo, si lo derivo inmediatamente de allá de puerta si no, no llegó a infartar, ¡a mira este loco te manda todo para acá!*

*- Pero eso por, claro, pero eso es por falta, eso es falta de conocimiento, a mi me pasa cuando mando un paciente, y yo siempre le digo, ustedes es muy fácil, están en el piso 3 y al costado esta la puerta de ingreso a CTI, y llama al de CTI para que le valore el paciente que esta en el piso 3 a ver si ingresa al CTI, yo acá tengo que decidir si el niño se va, a que hora se va, cuando se va, cuando llega y a donde va... (EMB6 650-653)*

Detrás de esta reivindicación, se deja entrever un cuestionamiento de las destrezas de los Médicos de Montevideo, cuya capacidad de resolución se encuentra mediada por las condiciones materiales que ofrece la capital en términos de insumos, infraestructura y equipamientos tecnológicos.

*- Claro, claro, cuando en realidad vuelvo a repetir que de repente el mejor emergencista del Clínicas tú lo llevas al medio de la ruta 56*

*- Y no puede*

*- Y no*

*- Y no puede tomar decisiones*

*- Claro*

*- Tal cual*

*- Ta, no puede tomar decisiones (EMB6)*

De la mano de esto último, se desprende cierta sub estimación del esfuerzo que implica el ejercicio profesional en Montevideo respecto del interior del país, en la medida que el primero se encuentra facilitado por los recursos humanos y materiales que tienen a su alcance.

*-¿Y por qué laburas menos en Montevideo? (...)*

*- Porque te viene a ver pin pin, llamas al especialista, pin llamas al otro especialista, pin, acá tenés que arremeter vos muchas veces*

*- Claro, es lo que, ya que estas, porque digo los temas al final era, estábamos hablando de la especialidad pero en realidad es la medicina general y yo decía medicina general en el Hospital, renuncia el, el hematólogo, renuncia el internista no sé qué, al médico de medicina general resuelve todo, sí divino, yo resuelvo todo, o sea, que ahora paso a ser especialista de todo y sigo la gila que sigo ganando \$10.000 (EMB8 613-617)*

La dependencia de los recursos humanos y materiales disponibles en Montevideo, situación gestada y consolidada durante el proceso de formación médica, da lugar al conflicto que tiene lugar al contrastar las expectativas respecto del ejercicio profesional y las condiciones

que ofrece el interior para ello. De dicha comparación emergen una serie de temores frente a la práctica médica en el interior del país que puede operar como un desestimulo para la radicación.

*- Porque te formas, para mí porque te formas dentro de un hospital (...) y lo veo en la policlínica cuando vinieron de, una cosa de pediatría no me acuerdo como se llama a darnos un curso de actualización y después los mandaron a ellos a que fueran a las policlínicas de la periferia con nosotros ¿no? y el que estaba conmigo haciendo la policlínica que fue un día a hacer la policlínica se reía porque, yo no me olvido más, vino un nenito y yo lo tuve que oscultar y era qué hago lo mando a un hospital, no lo mando, le doy yo el antibiótico, no se lo doy, qué hago y me acuerdo que yo resolví y empecé a indicar y él me miro y me dijo: ni media hora trabajo acá, me dijo: ¿no le vas a hacer placa? Qué voy a hacerle placa, tengo que mandarlo al hospital a que le saque la placa, vive a dos kilómetros de Melo, le digo, no tiene ómnibus para ir le digo, tengo que resolverlo yo acá y él me decía: ni loco, ni media hora me quedo acá (EMB4 49-49)*

*- ... yo he llevado colegas que estudiaban conmigo y que hoy son profesores en Facultad y bueno miraban el hospital y me dicen: yo no sé pelado, vos ¿cómo te animás a atender una embarazada acá? Es cuestión de ir adaptándose  
- Sí son realidades distintas, podés ejercerla pero tenés limitaciones  
- Hay muchos temores a veces, tenemos temores en el interior del interior tenemos muchos temores (EMB594-96)*

## **EJERCICIO PROFESIONAL EN UN CONTEXTO DE RELACIONES PERSONALIZADAS**

Las características del espacio social donde la relación médico-usuario tiene lugar le da a ésta una impronta singular que permite identificar un relacionamiento en el interior distinto del que se da en Montevideo..

A su vez, en la medida que esta distinción va de la mano con la dimensión/tamaño del espacio social, esta caracterización se reproduce al comparar los vínculos existentes, por ejemplo, en las capitales departamentales del interior respecto de los que se establecen en localidades más pequeñas.

*- también en "Localidad del Interior" te vas a tomar cerveza y tenés que ver, porque después te dicen: ah mirá el Dr. XXX tomando, sin embargo vos te venís acá a (capital departamental) no tenés ese problema, por eso entonces hasta tenés que cuidarte de las cosas que hacés en el interior, como te digo, lo mismo de ir a un baile, viste allá hay un baile que es Megadisco De más y vas a un baile y dicen: ah mirá el doctor al baile que fue (risas) entonces acá no tenés eso, en el interior tenés que cuidarte mucho y hay cosas que yo no las hago allá en "Localidad del Interior",*

*que las tengo que venir a hacer acá (capital departamental) viste por el tema de qué dirá la gente...(EMB5 100-100)*

En este sentido, cuanto más pequeño es el espacio social donde el médico se encuentra inserto, las fronteras entre el campo sanitario y el resto de los campos sociales se diluyen, dando mayor visibilidad a la figura del médico y siendo dificultoso para éste poder deslindarse de su condición de tal:

- ... yo creo que cuanto más chica la población más guapo tiene que ser el médico, porque mirá que hay que aguantar la topada de los parroquianos del medio diciéndote cosas
- Aparte estás 24hs los 365 días del año, porque vivís ahí y saben dónde vivís y van a cualquier hora. No hay forma de evadir
- ¿Y cómo, se fue y no avisó?
- Sí, es así
- Fue a pescar ¿a dónde? ¿Se fue a pescar? ¿Y donde esta pescando?
- A mi me pasaban cosas por ejemplo, yo tenía también algunas consultas particulares, entonces las consultas particulares eran "auto-dependientes", si el auto estaba parado en la puerta yo tenía consulta, pero si mi señora se iba a trabajar en otro lugar y se iba en el auto, pasaba tres o cuatro días sin el auto, esos días tenía cero consulta, tanto que me daban ganas de dibujar un auto para ponerlo en la puerta, pero es así, la gente esta tan pendiente de toda tu vida, si estas o no estás y si no aviso ¿y por qué? (EMB5 124-128)

Esta situación implica que el médico se encuentre más expuesto a ser objeto de sanción social, no sólo como consecuencia de su actuar en el campo sanitario, sino también respecto de las acciones realizadas en su vida personal.

Por otro lado, esta ausencia de límites entre la vida personal y profesional conlleva a que el médico vea avasallada su vida cotidiana por parte de la comunidad en la que se encuentra inserto:

- Es más, acá estás de licencia del Hospital y van a tu casa, te tocan timbre (A sí) porque yo fui y usted me pidió esto, pero como usted no estaba, vengo hasta acá
- Claro ya te queda ahí
- Sí eso, eso es un riesgo para tu salud
- Sí
- Sí, sí, sí
- Y es agotador
- Es, es, es por qué no radicarse entendés viste porque no, porque saben donde vivís
- Yo te digo..., sos invadido, sos muy invadido en el interior, muy invadido (EMB7362-370)

- Recién tú decías, el tema de los días libres y demás, nosotros si estamos en nuestro día libre y nos quedamos en nuestra casa
- No es día libre
- No hay día libre
- Es como nada, es como nada
- Vas perdiendo, claro
- Claro
- No estar, excepto que vos te metas adentro de casa, yo a veces lo hago, me meto adentro de casa y pongo por delante alguien que conteste
- Exacto
- Que no está
- Seguro porque, yo qué sé, personas que yo hace 26, 27 años que estoy en Casupá y los he atendido toda su vida, o toda mi vida como médico entonces me resulta muy duro decirle mira no estoy de guardia, no te atiende ¿verdad?, si me llaman al celular bueno siempre puedo meter una mentirilla de que no estoy, digo no estoy de guardia, no estoy y bueno se hacen la película de que no estoy en Casupá pero también después me tengo que cuidar de que no puedo salir, verdad
- Claro, estás preso (EMB6 26-37)

En este contexto, el anonimato que ofrece Montevideo así como algunas capitales departamentales resulta un atractivo, que no sólo se vincula con el resguardo y protección que esto implica ante la mayor exposición que tiene, sino también con la posibilidad de poder disfrutar libremente del tiempo dedicado a la vida personal y no ser médico las 24hs:

- Pero el solamente, pero el solamente caminar por la rambla sin que nadie (Claro, te llame), sin que nadie te llame
- El anonimato
- Claro o que suceda un accidente y que bueno vos vas a ir hasta que aparezca la primera ambulancia y después te fuiste para tu casa
- Tiene que ver con el esparcimiento, tiene que ver con el esparcimiento, a ver yo anoche bajé del auto cinco minutos, caminé una cuadra para ver qué había en el teatro hoy y me pararon dos personas para hablarme de sus hijos en una cuadra (sí, sí) de noche a las, de noche a la hora 20, escuchame
- Sí, sí, a mi me pasa en el supermercado (EMB6 375-380)

A su vez, más allá de las características del contexto social donde la relación médico-usuario tiene lugar, se identifican aspectos vinculados a la organización asistencial y del trabajo médico que no facilita a éste la posibilidad de separar el tiempo de ejercicio profesional respecto de sus tiempos personales:

- ... en el interior te conoce todo el mundo, con qué cara tú le dices a un paciente, ¿no? doctora no hay lugar para usted me puede atender, y tu permanentemente con qué cara le dices que no, entonces yo le digo bueno si espere al final de la consulta,

*eso sí, va a tener que esperar 8 horas*

*- Creo que eso es un error nuestro*

*- Bueno, pero que error nuestro*

*- Porque es la institución la que tiene que solucionar el problema, no tú*

*- Estamos sometidas a este sistema de trabajo (...) quién le dice que no a un paciente, paciente que está enferma y piensa que si tu le decís que no sos mala porque ellos ya parten de la base de que, hay como el médico esta para la plata, es capaz de decirme que no, y yo digo, yo porque no tengo hijos entonces me puedo ir 3 horas más tarde a mi casa pero una persona normal lo que él decía, madre de familia tiene a sus hijos esperando para la cena, para la escuela, para los deberes, para lo que sea y vos te vas, y 3 horas más tarde de tu consulta no, esa persona va a tratar de ver pacientes cada 12 minutos por qué, porque en definitiva en su casa la está esperando su actividad como ser humano, como persona, como madre, eso te aumenta la posibilidad de error entonces defendamos la profesión médica y mejoremos las condiciones de trabajo, y bueno y de ahí tratemos de ver de qué manera se puede mejorar (EMB8 309-313)*

La contracara de este fenómeno refiere a la posibilidad de establecer un vínculo, no sólo más estable y permanente, sino también afectivo con los usuarios.

*... en el interior son así o te quieren o te odian, no hay términos medios y defienden mucho lo que es de ellos, o sea, que venga un médico de afuera a veces crea cierta resistencia te digo yo que vi, que me vine de allá para acá (Claro) viste, entonces a veces no te quieren porque no te conocen, entonces llaman a veces, muchas veces al Hospital y que médico está de guardia, porque si es de Montevideo ni voy, viste eso es una cosa que hacen... (EMB7 56-56)*

*- El médico del interior se cruza con sus pacientes en el supermercado, en la cancha de futbol, en el colegio, en la escuela, tá, eso hace que la relación medico paciente sea un poco diferente que en Montevideo donde esa relación es un poco más fría y el paciente es, 5 adelante, y acá es más de fulano, mengano, la hermana de, la hija de, la abuela de, ta...(EMB8 263-263)*

Si bien esto conlleva una afectación emocional particular para el médico, el mayor conocimiento que se tiene del usuario y su contexto se entiende que es un elemento que arroja consecuencias positivas en términos asistenciales.

*- No es lo mismo atender, yo soy pediatra, no es lo mismo atender al compañerito de jardín de mi hija*

*- Claro*

*- Que al niño que no conozco*

*- Claro*

*- Esa niña va a jugar a mi casa (...) y no solamente es la responsabilidad, pero es la preocupación también como, como padre de, de esa, de esa amiguita ¿no?, o sea, te afecta diferente (EMB7 350-355)*

*- Y logras otra confianza con los pacientes porque ellos ya, vos sabes donde viven, sabes de quien es vecina, igual viene y te cuenta algo que le pasó a la vecina entonces cuando viene la vecina vos ya sabes que algo le pasó y podés vincular lo que le pasa a la consulta con lo que le pasó, es otra cosa*

*- Sí eso es cierto (EMB7 402-403)*

A su vez, la confianza que se construye a partir de la relación interpersonal entre el usuario y el médico emerge como un lugar donde ambos y particularmente este último, encuentra seguridad para su práctica clínica, hecho que se contrapone a la seguridad que desde la medicina defensiva se encuentra de manera unívoca en el conocimiento y tecnología que pone a disposición su sistema experto.

*... a mí me pasa los lunes por ejemplo que yo hago la policlínica, que me vienen: "porque el sábado fui y el doctor que estaba yo no lo conocía, me mandó esto ¿lo tomo o no lo tomo?" me dicen, eso me pasa viste... (EMB7 71-71)*

*- ... cuanto más alejado esta (de Montevideo y al capital departamental), esa idea del médico es tal cual, el respeto y no quiere decir que sea malo o que sea bueno, sino que la comunicación es diferente, es otra cosa, o sea, nosotros tenemos que luchar contra lo que es la desconfianza, contra lo que son la medicina defensiva y con, y otras cosas más que afectan el quehacer médico y eso, eso a nivel periférico rural como que trabajas mucho más cómodo y hacés el mismo trabajo y tenés que cuidarte menos (EMB7 74-75)*

A su vez, dicha confianza para la práctica clínica también es depositada en la posición de prestigio que aún le es reconocida al médico, particularmente en aquellos contextos donde el relacionamiento es más estrecho y vinculado principalmente a la figura del médico de cabecera.

*Por eso, y en el interior el trato, hay un respeto que en los pacientes de Montevideo hacia el médico ya se perdió, en el interior seguís siendo el doctor o la doctora y es palabra santa y en Montevideo no te tratan de esa forma, me parece a mí, no sé*

*- Ojo que también nos protege, también nos protege porque qué sucede vos sos "el doctor" en el mejor sentido de la palabra ¿no es verdad? sos el tipo que los protege a ellos, que cuida la salud pero ellos a su vez también te cuidan*

*- Todavía sí, todavía se da eso*

*- ¿No es verdad? porque*

*- Se da un cierto respeto (EMB6 245-269)*

En cambio, en la medida que los vínculos se hacen más difusos, la confianza tiende a trasladarse al conocimiento y tecnología que pone a disposición la medicina como sistema experto. Ante esto, la figura del Médico de Montevideo y las condiciones materiales que allí se disponen para la práctica clínica aparece como una fuente de seguridad que es exigida por parte de los usuarios al médico del interior:

*- y además todavía no ha cambiado el concepto del usuario de la salud, o sea, que siempre piensa que el que está en la capital es el que maneja el conocimiento (el que más sabe), en cambio el del interior, eso también cuesta irlo modificando*  
*- ¿Eso sucede digamos en la “capital departamental” respecto de Montevideo y de los pueblos del departamento respecto de la “capital departamental”?*  
*- Eso pasa sí, el del pueblo generalmente está acostumbrado al médico que le resuelve todo, está más acostumbrado, los del departamento todavía no aceptan eso de de que tengas al médico que te pueda resolver y te oriente hacia el especialista, estuvimos acostumbrados hace mucho tiempo que yo voy por el ojo al oculista, que tá está perfecto, por el del estomago voy al gastroenterólogo no quiero que me trate el médico de medicina general y por la hipertensión quiero que me vea el cardiólogo. Es decir, eso que se está tratando de revertir, va a costar porque, estamos acostumbrados a ese sistema, por eso muchas veces necesitas más especialistas (EMB5 62-68)*

## **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

### **EL SÍNDROME DE LA SOLEDAD**

La expresión del “síndrome” de una práctica profesional en soledad deja filtrar las preocupaciones de los posgrados como también fue planteada en el caso de los médicos. Discursivamente se instala en la imagen de no tener un respaldo profesional (académico o funcional) junto con insuficiencias del equipamiento tecnológico:

*Entonces vos como que te vas, no está bien que te críes solo, pero vas un poco mamando lo que es la realidad de la escasez de recursos y del manejarlo, bueno, vos solito, que yo no digo que esté bien, no es la idea,*  
*No y ni que hablar en poblaciones pequeñas, capaz que sos el único Médico que hay*  
*Si no solo médico el único, el único*  
*El único ser*  
*Solo ahí*  
*Único profesional*  
*Con escasos recursos*  
*Con el estetoscopio, la lapicera bic (R4 162-170)*

- Es como un gran cuco que se genera de una soledad que nadie vivió tampoco ¿no? o capaz que entre comillas porque no sabemos si es real o no, pero digo esa sensación de me fui con mi bolsito y suerte, que nadie va a responder y que como que están...(R1 639-640)

- ... sentís como que la medicina se ejerce de manera distinta

- Claro, ahí va, sí, sí

- A lo que aprendes acá en el Hospital, por ejemplo (R2 521-523)

- ... es una medicina distinta obviamente que la que se hace en Montevideo también por la carencia de especialistas y bueno pero se la va haciendo como se puede y atándose también a la población y a otras cosas que son distintas por lo menos en Rivera

- Si justamente por ese punto más que nada mucha gente no se quiere ir, porque nosotros estamos acostumbrados a trabajar de determinada manera y vas al interior y tenes que cambiar muchos hábitos por la falta de recursos (R3 86-87).

- Las condiciones también sanitarias entre comillas ¿no?, las condiciones que se dan para poder trabajar allá, porque a veces no tenes todos los recursos que uno tiene acá, y hoy aparte como está la situación, te vas por ejemplo, te digo el centro de referencia del este Maldonado no tenes anestesista, yo que hago la residencia de ginecología que estas los 9 meses allá muchas veces no teníamos pacientes con amenaza de aborto la tenías que mandar a Montevideo porque no tenias como solucionarlo, algo simple, ni te digo casos mas complicados, y los recursos cada ves son mas limitados en el interior... (R3 37-37)

## **EL MONTEVIDEO-CENTRISMO**

Otro emergente discursivo, que establece comparaciones inevitables con la práctica profesional en el interior es el “Montevideo-centrismo” en lo que refiere a Pautas de actuación clínica, las mismas no contemplan los distintos contextos asistenciales a nivel país. Queda señalado, en forma relevante, que han sido pensadas desde Montevideo.

*Por ahí también pasa que las pautas por ejemplo no se si en gine pero en pediatría, todas las pautas, las pautas del librito rojo, las pautas de XXX, por ejemplo en un tema grande traumatismo encéfalo craneano son pensadas para el Pereira Rossell, porque si vos le pedís que un niño con un traumatismo leve que es que se cae de la manera mas boba, vos lo ves que esta divino, pero ellos te exigen que para observarlo en la casa tiene que tener un neurocirujano en menos de 30 minutos, vos le estas diciendo que en todos lados en el interior vos no lo podes observar, si seguimos por las pautas Pereira los tenes que mandar a Montevideo porque si tu niño cae en el 0,1 % que se complica te dicen aaahhh! pero tu tenías que tener un*

*neurocirujano cerca, tenías que tener tomógrafo, ta pero entendes habían 10 niños que no se me complicaron, se me complico este que claro, que si, que es el 100% estamos todos de acuerdo pero como que todas las pautas están pensadas para estar en el Pereira o en un lugar en Montevideo, donde tenes todo al alcance. No piensan cuando estas en el medio del campo y no tenes nada, nada, nada, nada. En Varela si fuera por eso trasladamos todo porque no tenemos nada. Nada, ni para sacar un plaquita tenemos (R3 99-99).*

La heterogeneidad del respaldo profesional y soporte tecnológico, en el interior, es diverso y variado y ello conduce a cuestionar la calidad de los servicios que se prestan. Remarcado esto último en los posgrados de Ginecología.

*- Sí esa es la percepción general de todos los internos que vamos al interior que como, el comentario general es lo sólo que estás en el interior que eso no sé si, si influye después en que quieras irte para allá o no, porque es algo que vivís como interno*

*- Y que las cosas no las hacen del todo bien, tampoco*

*- Sí eso también*

*- Sí la vas piloteando*

*- Y las cosas se hacen a medias*

*- A medias, piloteando, ¿qué quiere decir?*

*- Claro, que no tenés todos los recursos que necesitarías en caso de necesitarlos, o no tenés anestesista lo que hablábamos hoy*

*- O no tenés el apoyo necesario*

*- O no tenés alguien que te pueda ayudar en momento indicado, yo que sé, capaz que también puede ser una carrera muy paternalista y uno está acostumbrado a estar rodeados, pero tiene que ser así cuando estás en pregrado, que necesitás apoyo*

*- Y hay muchas cosas que no están, por lo menos, me parece que no se está actualizado en algunas cosas. Por lo general es difícil me parece, no sé cómo está ahora, pero la actualización, los manejos las terapéuticas en el interior... (R2 150-161)*

También, en dichos posgrados, se hace visible la diferencia entre las especialidades generalistas y las quirúrgicas: encuentran más estímulo para ir al interior las primeras que las otras, en la medida que su práctica está más sujeta a la disponibilidad de ciertos equipamientos y recursos humanos.

*- Sí lo vemos sí, a nosotros por ejemplo ahora en ginecología en el Clínicas nos llegan de todos lados pacientes porque en el Departamento no hay anestesista o no hay ginecólogo, no hay pediatra y por eso lo tienen que mandar a Montevideo*

*- Acá también. Y yo lo viví cuando hice el internado en el 2007, 2008 fue, y ahí lo hice en Maldonado y bueno no sé si habrá cambiado o no pero cuando había*

*anestesista no había cirujano, cuando había cirujano no había anestésista, cuando no había ginecólogo, no había anestésista, no había pediatra, especialistas sobre todo*

*- Sí, aparte que se ve más en las especialidades quirúrgicas sobre todo porque precisas la conjunción de todo el equipo para funcionar*

*- Yo creo que todas las especialidades en realidad, cualquier especialidad, especialistas faltaban.*

*- Sí, pero a veces se trasladan pacientes que no deberían trasladarse y que se trasladan por esos motivos (R2 84-88)*

Tal como hemos observado, en el discurso de otros tipos sociales, desde las especialidades más vinculadas con el primer nivel se visualiza al interior como un buen lugar para trabajar en dicho nivel (*posgrados de pediatría*) y mejor aún para quienes hacen medicina familiar y comunitaria (*posgrados de MFyC*). No parece casual la identificación -en el interior- del rol y figura del médico de cabecera, su idoneidad y campo de experticia, seguramente los contextos de cercanía posibilitan afirmaciones de este tipo:

*Y realmente el trabajo del médico, y hay conciencia en la población, yo hablo de mi experiencia personal, hay conciencia en la población de lo que es el médico de familia, que en realidad en Montevideo vos la mitad del tiempo estas explicando lo que es un médico de familia y la otra mitad del tiempo explicando que no sos pediatra, y en cambio en el interior tu población lo tiene muy claro, tu población de referencia y eso es muy rico, tiene muy claro a quien buscar para una visita domiciliaria, tienen muy claro tu rol, y eso es muy atractivo (R4 53-53)*

## **DECISIÓN y RIESGO**

Se detecta en el discurso de los posgrados, que una decisión vinculada con radicarse en el interior supone sopesar alternativas, valorar los riesgos de un ejercicio profesional alejado de la protección que supone ejercer la medicina en ámbitos donde existe respaldo profesional y una praxis de mayor “invisibilidad” o anonimato.

*- Y bueno yo voy proponiendo el segundo que son las carencias, las carencias de infraestructura y también de cultura a veces que hay allá no, porque mucha gente que yo conozco no se iría porque allá viven de alguna manera, o chusmetean todo*

*- Por ejemplo o claro... porque mucha gente tiene ese miedo de irse para allá porque si te mandas alguna allá te la Te la van a cobrar para siempre*

*- Sin duda*

*- No es lo mismo*

*- Acá es como que pasas desapercibido*

*. Eso es verdad, eso es verdad*

*- No es lo mismo equivocarse con tu vecino que equivocarse con alguien que no vas a ver nunca más, eso no es lo mismo  
A pero eso me parece mas, yo que se, mas superficial que algo para no radicarse  
Pero mira que hay gente que tiene miedo de eso eh, tiene miedo (R3 567-574)*

## **OTROS TOPICOS**

En virtud de no reiterar temáticas ya analizadas, observemos tópicos discursivos que también caracterizan el discurso de los estudiantes de Posgrado:

- Trabajar en el interior significa mejores condiciones de vida y de trabajo por la tranquilidad y el ritmo pausado del interior (dormir la siesta, ir a comer a la casa, ir caminando a trabajar).
- También en el interior se observa un mayor respeto por la imagen del médico, una mejor relación médico paciente, “más saludable”, un mejor vínculo expresado, por ejemplo, en “conocer a los pacientes por su nombre”.

## **¿AGENTE DE CAMBIO?**

Alusiones similares hemos observado en los médicos más jóvenes o en aquellos que aún no se han recibido. La profesión médica asumida como una misión y con voluntad expresa de generar cambios en el statu quo e impedir ser avasallado y cooptado por el “sistema”.

*- ... lo que pasa, que pasa mucho, que van algunos que van con muchas ganas como nosotros y de repente nos pasa que queremos cambiar las cosas y entramos en el círculo y ta, estas frito*

*- Es que acostumbras a ahí, muchos recién recibidos fueron con las mismas ideas, pero después viste llegas, empezas a trabajar estás acá, Rivera es lejos, son muchos kilómetros y los congresos...*

*- Claro, el tema es que no te absorba el sistema de trabajo de allá y el sistema de trabajo y de todo ¿no? (R3 616-625)*

Pero existen riesgos para dicho agente de cambio, expresados en el temor a acostumbrarse a la forma de trabajar en el interior del país (con menos recursos) y lo que ello implica en cuanto al desarrollo profesional:

*Porque vos ves todos los médicos así que, cuando vivís eso que no es que sean, que, no son personas incapaces, no son personas que, que no tengan, que sean éticamente incorrecta, o moralmente no sé cómo decirlo la palabra (cuestionables) pero digo que quieran hacer algo que está mal, ni nada de eso, es que es como que el entorno, la situación te va llevando a ejercer la medicina de esa manera entonces, digo capaz que si, empezas a ejercer ahí terminas también haciendo lo*

*mismo, lo que juzgabas antes como que estaba mal, no sé, no sé si me explico (R2-183-183)*

## **D) ESTUDIANTES DE CICLO INTERNADO**

### **SATURACIÓN DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA.**

Tal como hemos señalado en capítulos anteriores, luego de realizado el análisis de los grupos médicos, paulatinamente nos hemos ido encontrando con síntomas claros de saturación de la evidencia empírica.

En el caso de los estudiantes que cursan el internado, agrupada su narrativa en el capítulo EL INTERIOR DEL PAÍS COMO ÁMBITO DE EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO, los tópicos que ingresan a la categoría de “saturación” son: Respaldo profesional, falta de infraestructura, la cuestión de los vínculos afectivos, el fortalecimiento del sistema de residencias en el interior y las referencias al centralismo académico. Debe señalarse que el proceso de saturación se observó en los tres grupos del tipo social INTERNADO (Montevideo, interior y mixto)

### **INTERNADO MONTEVIDEO**

#### **IMPULSO Y FRENO**

Un elemento interesante, por su presencia y persistencia en la discursividad de los internos es el carácter de decisión inminente que supone la opción de trabajar en el interior del país. En este sentido la experiencia del internado debe ser referida como “matrizadora” de representaciones sociales y vivida con mucha ansiedad por el futuro y próximo médico. Así emergen indicios que apuntan a la convivencia de elementos que motivan fuertemente la radicación en el interior y situaciones que “anclan” al futuro médico a la capital del país. Esta convivencia de situaciones arma la dupla de Impulso y freno que ya hemos observado en capítulos anteriores, son obstaculizadores y facilitadores simultáneos en estado de latencia, ello le genera una impronta muy característica en el discurso de los estudiantes del internado, sobre todo ha tenido una mayor presencia en los relatos de los internos de Montevideo.

#### **Impulso y freno (I)**

*Lo que pasa que también, las situaciones excepcionales son la, la no?, las que apuran, digo, no, digo, el EAP no te viene todos los días... pero cuando te viene,*

*tenés que tratarlo y si no lo tratás... se pone fulera la cosa, la mayoría de las veces vas a ver... control de embarazo, faringitis, cosas que se atienden en el 1º nivel de atención que digo no?, que se pueden resolver fácilmente, que el interior tiene infraestructura ..., pero yo, lo veo desde mi punto de vista, yo si me tengo que ir al interior que me encantaría, yo me crié en Montevideo, digo, disiento contigo me iría perfectamente para el interior, eh, yo si me tengo que ir para el interior y no tengo muchas de las herramientas que yo, que yo necesito para desempeñarme, el día que llegue algo que realmente apure, entendés, ahí, ahí me las voy a ver fea, entendés, entonces es una de las cosas que frena, eh, ya sea una interconsulta con otro especialista, o sea algún aparato tecnológico...(G11, 401-401)*

## Impulso y freno (II)

*Yo pienso que me pasaría a mi sino consigo trabajo, y ta yo se que si hay mayor oferta laboral, puede ser una de mis opciones, es así, por ahí no entro en la residencia, tengo que trabajar de médico general, puede pasar, o sea, nadie es, y puedo tener que ir a trabajar al interior o no, y ta, como dijimos, ya tengo 26 años, ta y tiene que crecer también y bueno, es una posibilidad laboral y bueno, puede ser, lo puedo llegar a pensar en ese plan también (G11, 401-401)*

## Impulso y freno (III)

*Esto lo vi en un artículo del diario y me encantó, me pareció como grande pero es así, aislamiento en todo sentido, a mi me encanta eso del médico rural, me encantaría hacerlo pero también, era como la decisión antes cuando era joven, pero ahora pienso y me siento como sola yo en el campo (G11, 401-401)*

Ya hemos observado, en otros grupos, que la mayor visibilidad del profesional transforma a la decisión de radicarse en el interior en una auténtica evaluación de riesgos por parte del individuo. Sopesa racionalmente ventajas y desventajas, alguna de las cuales pueden ser gravosas para su desarrollo profesional (impugnación al sistema experto)

*- Tal cual...*

*- Y vos decís, pa! loco entonces, qué quieren estos tipos, vos decís, ahora que estás, vivís otra realidad decís pa!, yo pienso que quisiera trabajar toda mi vida en un lugar así, toda la vida.*

*- Es más fácil establecer otro tipo de vínculo allá, acá algunas personas también que,.... es distinto.*

*- Se da mucho más cosas también ¿no?, todo el tema de estar mucho más en contacto con la gente, yo que sé, como todo, siempre dicen "pueblo chico, infierno grande", pero bueno tá, de todo lo que se da con más relación entre la gente, ahí en los...*

*- Ahora que entraste en la connotación del infierno, a mí particularmente me gusta un poco el infierno.*

*- Tá, es un tema que siempre hay, de habladurías, de todo (G13 99-104)*

## INTERNADO INTERIOR

### EL PESO DE LAS PARTICULARIDADES LOCALES

Nuevamente, observamos en el caso de los internos, hacer hincapié en las particularidades locales y las diferencias que eso conlleva en las actividades de formación. Notoriamente existen “varios” Interiores, no se trata de una realidad homogénea en términos de infraestructura ni de respaldo profesional y ello deriva en contextos formativos con diferenciales importantes. No es casual que surja espontáneamente el estereotipo de médico interior = opción por no formarse.

*- Está el fenómeno también de los departamentos que..., Canelones, yo por ejemplo soy de Florida, Florida te permitiría estar ahí, por ahí mantener algo, algún vínculo laboral siguiendo acá, pero ya Durazno, Tacuarembó o para el litoral también, pienso que es inviable y creo que todos nos quedamos en esa situación, porque ¿me voy a plantar bandera allá y a quedarme? claro, lo laboral capaz que hay, me parece que hay oferta de trabajo pero ateniéndose a parar, a poder hacer un stop en cuanto a la formación ... (GI2 19-19)*

*- y faltan cosas, o sea, como para que, para pretender formar graduados así en el interior faltan muchas cosas*

*Moderador: ¿Por ejemplo?*

*- Por ejemplo yo ahora estoy en sala de Pediatría y van residentes, pero ahora con el fenómeno de Fonasa en el Hospital que hay dos niños internados, tres cuando está superpoblado.*

*-: ¿En xxxxxx?*

*- En xxxxxx, y eso no se puede pretender formar mucho a una persona teniendo dos pacientes, o sea, es muy poco lo que se ve y ahí ya hay, me parece que es un detalle no menor ¿no? y tá.*

*-: En el interior también, yo también estudie en un Hospital en el interior al hacer el internado y también tenés muy pocos recursos, yo que sé, pila de maniobras las terminas haciendo con recursos totalmente recortados siendo que de repente en un Hospital, yo que sé, Maciel, Pasteur o Clínicas tenés mucho más cosas al alcance que es lo que tenés en el interior, en el interior es como mucho más artesanal la medicina que acá. (GI2 21-26)*

### ¿EFECTOS DE LA REFORMA?

Comienza a delinearse en el CAMPO un cambio en la forma y modo en cómo se están insertando especialidades vinculadas al primer nivel:

*- Por ejemplo, yo vivo, yo estoy de interna en el Hospital de Rosario y hay una*

*médico de familia y por ejemplo, ya tiene como más divididas sus policlínicas y ya tiene menos horas de guardia. En su policlínica ahora se le pone "medicina de familia", antes era "medicina general" su policlínica hasta hace unos meses atrás, entonces digo, ya desde el título que es "medicina de familia", y después como que ya tienen divididas, por ejemplo un día policlínica de adolescente, otro día policlínica de adulto mayor, digo como que tiene otro lugar, otro espacio y otro tiempo para su especialidad y no como antes que vivía de puerta en puerta, sólo haciendo emergencia, o hacía policlínica de medicina general o de repente puerta, que no, me parece que no está tan vinculado a la especialidad como lo que sí ahora tiene de responsabilidad que son sus policlínicas, ta y hace una guardia porque le gustan las guardias, pero en realidad tiene sus policlínicas que es lo que más le gusta que fue para lo que se formó (GI2 56-56)*

## **INTERNADO MIXTO**

### **LA PRÁCTICA MÉDICA EN CONTEXTOS DE CERCANÍA**

El vínculo médico-usuario en el interior es observado en contextos de cercanía y ello valorado como algo positivo en oposición al vínculo anónimo de la capital. Si bien ello también lo hemos observado en otros grupos, en este caso es observado con agudeza por alguien que aún no aterrizó en el campo del ejercicio profesional.

*- Que es mal visto, y, pero por lo menos del lugar donde yo soy, los médicos que yo conozco la gente lo, o sea, tiene como ese arraigo con el médico de que "es mi médico", y sin embargo acá en Montevideo no pasa tanto eso, pasa muy poco, entonces por un lado, bueno está todo lo académico, lo formativo a nivel teórico, pero de repente a nivel humano hay un déficit salado en Montevideo de vínculo entre médico y paciente y en el interior tenés la posibilidad de, yo que sé, no solamente dedicarle el tiempo ese de la consulta, sino que de repente además lo ves, yo que sé, en la feria o lo ves, tenés el otro, ese otro vínculo que hesta por fuera propiamente de la consulta. (GI3 92-92)*

### **EL ASALTO A LA INTIMIDAD Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

También conceptualizado en otros capítulos de la investigación, la visibilidad en el interior que afecta la intimidad de la persona y por tanto forma parte de un *continuum* que obliga a pensar en la clásica interrogante de la OIT ¿qué son las condiciones de trabajo?: Es la situación vivida por el trabajador:

*-Yo a lo que voy que ¿es un tema de diversión?, de no querer quedarse en un pueblo  
-el interno es médico, pediatra, psicólogo, cardiólogo, no sos anestesista porque...*

- Además de médico y además de querer volcar lo mejor para la sociedad digo, después que yo termino mi horario, no es como el policía que las 24 horas es policía, digo yo además, también soy un ser humano como cualquier otro, entonces digo...
- : A pero allá sí son las 24 horas, te golpean la puerta, si vas en auto y pasa algo tenés que parar. Acá no.
- Sí bueno, acá en teoría tenés que parar también, nadie me va a ir a buscar a mi casa...
- Sí bueno, pero acá lo disimulás mejor, allá no, todos te conocen (G13 128-133)

## **II.V- ESTRATIFICACIÓN SIMBÓLICA DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS**

### **A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO**

El concepto de estratificación simbólica refiere a la utilización de principios diferenciadores que los propios agentes generan con sus prácticas, constituye un espacio social que está no sólo sometido a continuas operaciones de distinción que les permite significar el lugar que ocupan en el mundo, sino que, a la vez, en el espacio social se produce una lucha entre clasificaciones sociales conforme al lugar que cada actor desempeña en el mundo social.

Ello también queda definido por la imposición de principios de visión y de división del mundo que operan a través de disputas en el campo.

Dichas designaciones adquieren un carácter dicotómico y operan como asertos, casi inconciliables en la discursividad de los actores:

- MÉDICO DE MONTEVIDEO/ MÉDICO DEL INTERIOR
- MÉDICO GENERALISTA / MÉDICO ESPECIALISTA
- MÉDICO DOCENTE / MÉDICO NO DOCENTE
- MEDICO EMPRESARIO / MEDICO ASALARIADO

### **GENERADORES DE LA ESTRATIFICACIÓN SIMBÓLICA: LAS DICOTOMÍAS**

- **MÉDICO DE MONTEVIDEO/ MÉDICO DEL INTERIOR**

La dicotomía Médico del Interior/Médico de Montevideo tiene, en todo el desarrollo de la investigación, un gran poder en la construcción de imaginarios. Por ejemplo, en el Interior la pérdida del anonimato es, razonablemente, más rápida que en Montevideo, en términos de la estratificación simbólica que hemos definido opera como un elemento de consolidación del espacio social del médico que se afinsa. Recordemos que esta posición social tiene consecuencias variadas en términos de interacción social, a veces también pueden ir en desmedro del capital simbólico del profesional. La excesiva visibilidad expone al médico a mecanismos de sanción social que en el anonimato de la gran ciudad, son menos frecuentes.

*- El ritmo de trabajo es diferente*

*-El ritmo de trabajo es diferente, te haces más rápido conocido, tu nombre es más rápido conocido (EMB 3 39-40)*

Suelen encontrarse discursos fuertemente estereotipados en torno a este principio

generador de estratificación simbólica: la dicotomía, que subordina la figura del médico interior a la del médico Montevideo supone una experticia y un nivel académico que parecen estar determinados -desde la literalidad del discurso- por la ubicación geográfica y la exposición diferencial al centro del conocimiento (Montevideo).

- Pero yo, yo, vuelvo a insistir hay una, hay una carencia académica en el interior
- : No, no, eso es lo más grande que te dije, ahora, de lo que, una de las... Hay sí, absoluta
- Lo decía él, claro
- Entonces vale todo
- Y no les molesta, y no les molesta
- No, se apunta a la mediocridad
- Se improvisa
- Los códigos son diferentes. (EMB3 339- 348)

Observamos que el principio diferenciador a través de las dicotomías planteadas, en algunos casos traduce el momento de debate que supone el cambio de modelo de gestión por parte de la Reforma del Sistema de Salud.

- primero que siempre fue mal visto ta, ser médico ya de la periferia o medico comunitario recién ahora que está medio de moda (Si recién ahora que está de moda, sí, si) tá, que no es sea de moda, es porque estamos de a poco cambiando la cabeza. (EMB3 54-54)

Si bien el discurso a veces no lo sugiere, aparece subyacente en una de las dicotomías (el interior) la asignación de un capital simbólico, que es consecuencia de la superposición de campos sociales y que en este caso pueden operar otras homologías como puede ser el principio de estratificación Weberiano<sup>28</sup> referido a Clase, Estamento y Partido:

- Son agradecidos, digo no porque uno jah qué fenómeno!, no, no, pero te tienen, hay otro grado de respeto
- Claro, si
- Hay un grado de respeto
- Es un orgullo, llaman, yo me acuerdo con un médico que habíamos hecho un asado, estábamos en Maldonado, era amigo de mi padre y era un cirujano muy reconocido que es el doctor XXXXXX, que falleció ¿no?, que le pusieron al hospital de XXXXXX el nombre de él, entonces él iba a pasar una mesa, yo era chica, iba a pasar

---

<sup>28</sup> En dicha conceptualización, Weber identifica el poder económico en las denominadas clases sociales (definidas a partir de las condiciones determinadas por el mercado), el prestigio social en los estamentos (conjunto de personas que comparten un estatus, ocupación o profesión, grupo étnico o religioso) y el poder político en los partidos (grupos que están específicamente involucrados con el ejercicio, la influencia y el poder político y la consecuente toma de decisiones a favor de sus miembros). Weber, M. Economía y Sociedad (1922).

*una mesa, yo no estudiaba todavía medicina, estaba en el liceo, por el, por una entrada de una puerta, y cuando va a pasar la mesa había gente, había invitado gente de su, de sus pagos ¿no?, se le trancaban las manos, ¡no doctor! dijo uno de los que estaba ahí, ¡por favor, sus manos!*

*- Las cuidaban*

*- Cuidemos las manos del Dr XXXXXX ¡¡¡¡*

*- Te juro era un Dios, yo me di cuenta ahí, yo digo, era chica pero tampoco era una niña ¿no?, era una adolescente digo, qué cuidado, “por favor las manos doctor, no la mesa la nuevo yo” le dijo otro hombre, corrió la mesa y era pasar, era pasar una mesa por una arcada un poco justa*

*- Estrecha*

*- Estrecha, digo entonces, digo cuidemos las manos, pero quién era el cirujano XXXXXX ¿no? (EMB3 793 – 801)*

Vinculado a lo anterior, hay que realizar una atenta lectura respecto al “prestigio social” en el interior del país, dado que puede funcionar simultáneamente como obstaculizador tanto como facilitador de la radicación. El prestigio es fácil ganarlo y es fácil perderlo, en cualquiera de las hipótesis puede formularse como una acción con arreglo a fines<sup>29</sup>.

*-Podemos decir a favor del interior que hay otro prestigio de los médicos del interior...*

*- Hay un prestigio, claro*

*- ...y hay un desprestigio del médico en la ciudad*

*-: Ah absoluto, eso es verdad lo que vos decís*

*-: Si total, total vos estás en un casamiento y se desmaya alguien, venga un médico, se levantan 7, se tienen que levantar 7*

*- Eso sería para no radicarse en Montevideo*

*- Entonces llaman un médico como, como si fuera entendés*

*- Para no radicarse*

*- Eso sería para no radicarse en Montevideo*

*- Es como que fuéramos*

*- El desprestigio digo*

*- Para no radicarse en el interior...*

*- Pero lo estamos viviendo el desprestigio*

*- Absoluto*

*- Pero es que, es lógico*

*- Te acordás cuando empezaron a parar de un piñazo a las ambulancias, a los médicos*

---

<sup>29</sup> La Sociología comprensiva de Max Weber está orientada a comprender explicativamente la acción social de los individuos, la misma está dirigida por el sujeto y referida a la conducta de otro u otros sujetos. Cuando una conducta tiene un sentido determinado es porque se adecua a un tipo de acción y así Weber identificará acciones con sentido y acciones ajenas al sentido o conductas reactivas. La acción social de acuerdo a fines es una conducta con conexión de sentido y adecuación de sentido, es decir, es una acción racional orientada a la consecución de determinado fin.

-: Los temas legales

-: Yo ya lo dije, en algunos lugares.....( EMB 3 814 – 832)

Planteado en otros momentos de la investigación, emerge la idea que hacer medicina en el interior del país supone dilemas éticos (por falta de respaldo, de infraestructura, de tecnología, etc.) a lo que se le suma la impunidad en la actuación profesional. Estas expresiones tienen un fuerte contenido estigmatizante desde médicos de Montevideo hacia médicos del interior que es consistente con la dicotomía planteada en términos de estratificación simbólica donde la subordinación de estos últimos a los primeros es fácilmente observable en la construcción del imaginario.

- ....que es una de las causas por las cuales hay mayores profesionales en la capital y no en el interior, y se va produciendo también, o se habrá producido a lo largo de estos años una, una determinada selección de médicos que se desinteresan (Si) en lo académico y se instalan y reinan de una manera totalmente...

- Impune

- Impune

- Sui generis en el interior, verdad

- Impune, sin regularización

- Impune, a pesar de los problemas médico-legales hay mucha impunidad eh (EMB3 970 – 975)

- es una y una, o sea, y si a lo largo del tiempo se ha venido generando una determinada selección natural, el que se desinteresó de todo, se quedó allá perdido en calamuchita, es el doctor, es el señor doctor, nadie le discute nada

-: Ta, pero a ver, una cosa que te diga: mira vivo en Artigas y venirme hasta Montevideo capaz que un fin de semana por una jornada se me complica, pero estás en una jornada en tu ciudad (Claro) y no vas (EMB 3-984 – 985)f

En el universo de estas representaciones sociales la analogía medicina interior = medicina elemental, sencilla, primitiva tiene un gran poder estructurador en el discurso común o conocimiento vulgar de los actores y consolida la posición social de subordinación que ya hemos manejado del interior respecto a Montevideo

- si no como mucho más, más elemental, más, más sencilla de alguna manera tá, y no, nadie se cuestiona que sea así de sencilla, es como más, más primitiva de alguna manera que te puedes adaptar o no, o sino también los de Montevideo que veníamos...

- Más irresponsable también

- También, también

- Bastante más irresponsable

-Cuando todo, ya te digo toda esta camada de Montevideo que viajábamos a esta

*emergencia móvil éramos los raros, que pedíamos cosas raras, que por qué*

*- Claro*

*- ¿Cómo?. No siempre es chiquito, no es que sea, que no crezca, es que siempre es chiquito (EMB 1 66-74)*

La construcción- ya señalada- de un discurso fuertemente estereotipado de la dicotomía Montevideo-Interior se nutre, además, de evidencias empíricas que traducen algunos consensos inter subjetivos: la oferta médica en el interior del país tiene un mercado cautivo que parece no estar debidamente protegido desde el actor público normatizador y auditor (MSP). El concepto de libre elegibilidad del profesional parece entrar en una contradicción con la práctica cotidiana en los servicios.

*- Disculpen no, yo creo que lo que vos decís que alguno queda marcado...*

*- Marcado, más identificado, si*

*- ... y otro queda como un dios, pero sabes qué pasa esa gente no tiene otra oportunidad y va a seguir yendo al que es un delincuente, al que lo trato mal, va a seguir con, porque no tienen otra posibilidad, eso es el interior...*

*- De que va a seguir estando ahí, decís vos*

*- Sí, va a seguir estando*

*- Aunque, aunque lo odien y todo*

*- Y que no se va a poder ir*

*- Eso no sirve para nada, si va, porque no tiene otra posibilidad de salud*

*-: No tiene otra posibilidad*

*-No tiene otra posibilidad, yo tengo familiares en el interior, donde digo, es anecdótico pero, recién nacido con una distensión que me mandaron una foto, el pediatra no lo mando para acá, tenía una agenesia renal, llegó en shock, todo una cantidad de cosas y después hablamos de la mortalidad infantil*

*-: ¿Y era pediatra?*

*- Y era pediatra, el pediatra...*

*-Es tremendo, no, eso es tremendo*

*-por eso te digo, existe gente bueno es como todo, es un caso puntual...*

*- Claro, claro*

*-pero creo que están presos de una realidad donde, acuérdense que socialmente el médico, el político y el cura...*

*- Si, si, endiosados*

*- Claro*

*-... son los representantes sociales por excelencia, donde nada se discute*

*- Claro, si, claro*

*-Totalmente de acuerdo, es tan así, que yo estoy cansado de, en la mutualista que yo trabajo soy un poco de repente de referencia de los problemas y esta mutualista tiene muchos socios del interior, entonces vienen los pacientes y me dicen pero en forma totalmente natural ni siquiera como queja, dice: sí el, la persona que me atiende allá dice, yo no le tengo mucha confianza, pero además, no me gusta ni*

*como persona, porque se abusa de nosotros, cosas así y vos no podés creerlo y es habitual encontrar ese tipo de quejas, o sea, es una impunidad*

*- ¿Es de siempre fue eso, o de ahora?*

*- De siempre*

*- De siempre, una impunidad total...*

*- Es que no los mueve nadie (EMB1 164-191)*

La idea de oferta médica y mercado cautivo en el interior se ensancha con otro criterio vinculado a la supuesta mejor atención: mercado en competencia. En ese sentido, hay en Montevideo una mayor oferta de mano de obra, existiendo una “competencia intrínseca”, que desde la construcción social de la realidad y el sentido común operante, puede ser observado, como el mecanismo idóneo para el mejoramiento de los servicios.

*... o sea, el médico en el interior tiene impunidad total, que eso acá en Montevideo, yo que soy de acá, yo nunca lo viví tá, yo no lo viví porque yo creo que la formación y el medio de Montevideo te hace pensar diferente, además acá hay una competencia intrínseca, que en el interior no existe la competencia intrínseca...(EMB1 192-192).*

- **MÉDICO GENERALISTA / MÉDICO ESPECIALISTA**

El ser médico no especialista equivale -en el imaginario observado- a no ser médico. La dicotomía especialista- no especialista también traduce la dialéctica de los principios diferenciadores y la posición objetivamente subordinada que asume aquel profesional que no acredita una especialización.

*.Bueno pero entonces quiere decir que pasaron siete años de la carrera, siete años en donde la vida, ahora nada puede durar siete años, cuando tu tenés un botón y hablas con ciento, cien mil, quinientos contactos a la vez, siete años es una vida*

*. siete años no, demora diez*

*- ocho*

*- Más demora la carrera*

*- Para ser médico*

*- Bueno para ser médico, estamos hablando de médicos no especialistas, porque en este país parece que si sos médico no sos nadie tá .*

*- Bueno y ese es, y ese es otro tema*

*- No sos nadie*

*- Ese es otro tema*

*- No sos nadie, a sos médico y pero qué sos, nada, nada (EMB3 150-160)*

Existe una percepción generalizada que la obtención del título de médico no opera ningún cambio fundamental en los actores involucrados. Más allá que esta percepción debe ser contrastada con una importante modificación en el mercado de trabajo médico, el requisito de “por lo menos” haber iniciado un posgrado opera como un mecanismo de acreditación que favorece la inserción laboral y reafirma otra de las dicotomías generadoras de estratificación simbólica: Médico con o sin posgrado.

En el sistema credencialista donde se inserta la Carrera de Doctor en Medicina en Uruguay ya no es suficiente el título de grado, la acreditación de un posgrado (o estar realizándolo) se transforma en un mecanismo de acumulación de capital cultural y simbólico que permite situar en mejor posición en el Campo a los actores que detentan dicha acreditación.

*- Ese es otro gran tema, cuando tu te recibís de médico desgraciadamente vos hiciste una tremenda carrera, la carrera más larga que existe en la Universidad y resulta que te están preguntando qué especialidad vas a hacer, porque no podés trabajar, no te toman las móviles sino tenés alguna especialidad empezada, no trabajas en las guardias sino tenés alguna inclinación.... (EMB3 150-160)*

En este caso estamos nuevamente ante las apuestas en el Campo solo que cambian los principios diferenciadores, la especialidad aparece como un componente del capital simbólico y hace su juego:

*- La ginecología oncológica para poder ser ginecólogo oncólogo, o sea, tenés que tener un adiestramiento especial*  
*- Claro*  
*:- O sea, no es de un día para el otro*  
*:- Claro*  
*:- Ta, pero cánceres hay en todo lados, hay cánceres acá, allá...*  
*:- Seguro*  
*- ...y en el interior, en la gran mayoría de los equipos no esta capacitado para tratarlos, y los tratan igual*  
*- ¿Los tratan?*  
*:- Sí, sí*  
*:- De forma irresponsable, totalmente irresponsable (EMB 1, 96 – 106)*

- **MEDICO DOCENTE/MÉDICO NO DOCENTE**

El componente académico también se presenta como un fuerte principio diferenciador y esto lleva a pensar que la concentración de la oferta académica en Montevideo es explicativa de un obstaculizador, que si bien no debería tener impacto estadístico en la

fuerza de trabajo médica, es un constructor de imaginarios respecto al poder simbólico de actores sociales, que son médicos, son docentes y trabajan en Montevideo.

*- Sabes por qué, porque los atrapa la ciudad, los atrapa la Facultad porque sino sos grado 2 no sos nadie, entonces tenés que ser...*

*. No*

*- ...grado 2 aunque no quieras, no te gusta la docencia pero sos grado 2, ahora por suerte esta cambiando, pero hace un, hace 5 años sino eras grado 2, ya no alcanzabas a los ginecólogos, tenías que ser grado 2 sino...*

*- Las quirúrgicas, las de orden quirúrgica sí es verdad(EMB 3 742 – 745)*

Las afirmaciones -fuertemente estereotipadas- se consolidan cuando a la dicotomía Montevideo- Interior se le agrega el componente del juicio académico, el capital cultural y simbólico son puestos en juego en la dialéctica de las representaciones y por tanto, aumenta la apuesta de los actores en el campo, en este caso fortaleciendo la posición hegemónica del actor médico montevideano.

*- ¿Lo qué es más irresponsable?, no te entendí*

*- La atención*

*-Allá en el interior?*

*- Yo, es mi concepto en el interior...*

*- En el interior*

*-la medicina en el interior es una cosa, la medicina en Montevideo es otra*

*- Yo, yo no tengo, no tengo esa idea*

*- No tiene nada que ver*

*- Ah sí*

*- No tengo esa idea*

*- Pero lo vemos en los exámenes, yo soy grado 2*

*- La gente de la especialidad, capaz que en las especialidades*

*- En la especialidad, en ginecología por ejemplo, es brutal, es brutal...*

*- Se llega hasta acá y hasta acá llegamos, no optamos seguir un poco más*

*-Es brutal, la diferencia con el interior, es brutal*

*- Si (EMB 1. 75-91)*

- **MEDICO EMPRESARIO/ MEDICO ASALARIADO**

Incorporar la expresión “asalariado” para describir el mundo de trabajo especializado, por ejemplo, la pediatría, incorpora un elemento de complejidad a la estratificación simbólica tomando como principio diferenciador el ingreso. Las categorías principales son las ya observadas: el médico empresario y asalariado, pero al interior de esta última designación los diferenciales salariales son muy significativos y en general están asociados a la

especialización y al propio comportamiento de las corporaciones, en el caso de los pediatras, no es una de las corporaciones que sean señaladas como de altos ingresos.

*- Entonces, entonces los pediatras desaparecieron, pero desaparecieron también de Montevideo porque se fueron muchos para, para otros países, en Chile se fueron un montón porque, porque acá nos pagan muy mal, porque acá somos asalariados realmente y tenemos que trabajar muchísimo para conseguir un dinero más o menos para sobrevivir tá, yo todavía no he tenido la suerte que tenés vos de tener una buena posición económica, y llevo muchos años y ya me estoy por jubilar,(EMB 1 134-134)*

Las representaciones sobre la figura del médico empresario, en el interior del país, suelen estar asociadas a emprendimientos visibles y conocidos, uno de los que tiene mayor poder estructurador del imaginario es el formar parte de una cooperativa médica, en general la mutualista local. En Montevideo también existen estas situaciones, solo que tiene menor visibilidad y por ello, es presa menos fácil para la construcción de este tipo de estereotipos. También es importante señalar otro “consenso intersubjetivo”: quién asume el rol de “empresario médico” suele no acotar su actuación empresarial a dicho ámbito sino que suele desarrollar otras actividades empresariales. En términos de estratificación social, suele advertirse la intersección de varios CAMPOS donde dichos actores, de esta forma, suelen acumular un importante capital simbólico y económico.

*- Ahora económicamente sin duda todos los que yo conozco de mis compañeros están todos, pero mucho mejor que yo*  
*- ¿en el interior?*  
*- Y que, sí*  
*- Ah sí*  
*- Tienen desde, o sea, la casa propia, se han comprado cosas, o sea, que plata hacen...*  
*- Son empresarios, son empresarios*  
*- Hacen plata, exacto, hacen plata*  
*- son empresarios, de la medicina y de otros rubros*  
*- Hacen sí*  
*- Les va muy bien.( EMB 1.218-228)*

La irrupción del debate o la confrontación en un marco discursivo controlado -como el grupo de discusión- remite a relatos sociales que habitan en la vida cotidiana de los actores y construyen “realidad”: cada corporación tiene su voz y su punto de vista y desde su lugar en el campo ponen en juego su capital: Anestésistas vs Ginecólogos; Médicos de trinchera vs. Anestésicos Quirúrgicos; salarios locales vs. salarios internacionales, procedimiento de complejidad vs “agarrar al bebé”. Todo ello traducido en forma y tipo de ingreso, donde

además la dicotomía médico empresario-medico asalariado ha dejado empobrecida esta segunda categoría, donde es menester reconocer diferencias salariales que a su vez, son constructoras de imaginarios. Estamos ante cierta autonomización del problema originario - radicación o no de los médicos en el interior del país- dado que esta tricotomía: medico empresario/ médico asalariado promedio/ medico asalariado de alto ingreso recorre transversalmente ámbitos capitalinos y no capitalinos.

- digo porque hoy por hoy realmente yo creo que los médicos y las médicas, la gran mayoría, la gran mayoría somos asalariados y como asalariados que somos vivimos pendientes del sueldo para pagar y para tapar agujeros, son muy pocos, o sea, nuestra Facultad, mejor dicho nuestra sociedad, nuestra Facultad sí, es muy, inequitativa, vos tenés por un lado los anestésico quirúrgico que ganan muchísimo y tenés a los médicos de trinchera que somos los que nos reventamos más, que ganamos muy pocos y que si queremos ganar mas o menos tenemos que reventarnos a tener 4 o 5 trabajos con lo cual terminamos muriéndonos como nos morimos a los 50 o 50 y pico de años

- Mira que los anestésicos quirúrgicos no ganan tanto

:- Ganan, ganan mucho

- Te digo, yo soy...

- Y mirá que yo soy anestésica quirúrgica y no...

:- Y ustedes como ginecólogos tienen una cantidad de beneficios, que no tenemos ninguno

- No, no, soy tan asalariada como tú

- Te voy a decir algo

- Mira que, desde los laboratorios, o sea...

:- Te voy a decir algo, cortito 2010, 2010...

- Sí, sí

- ...todo el 2010, yo soy uno de los que opera más en la institución y opero todo lo oncológico tá (Si) operé 158 mujeres, eso representó en mi bolsillo 18.000 dólares, y vos decís pa 18.000 dólares si es mucha plata 18.000 dólares, 158 mujeres tá, si hubiera vivido en ese momento en Miami y hubiera atendido 3 partos hubiera ganado 150.000 dólares

- Si mi amor pero lo que tú ganas operando a una mujer no lo ganamos los pediatras, o sea, que esta muy mal

- Bueno no, pero...

:- ...esta mal...

- No, hablando, yo puedo decir algo,

- No, no, no está mal él, están mal los pediatras

- 18.000 dólares, no son 6.000 dólares lo que cobra el ginecólogo por agarrar al bebé, por agarrar al bebé

- Es por eso, estamos discutiendo capaz que nos estamos yendo, porque también tiene que ver con lo que elige la gente y donde trabajar

Yo creo, yo puedo decir algo, yo creo que, vamos a no irnos por las ramas porque,

*vamos a no irnos por las ramas...*

*-A vos te parece tanta plata 18.000 dólares por 158 mujeres...*

*- Cambiemos de tema*

*- Nos fuimos de tema*

*- No se si nos fuimos de tema porque en definitiva caemos siempre en lo económica, estamos en lo económico*

*- Y por qué eligen, por esto también*

*- Eligen por esto*

*- Estamos en lo económico*

*- Eligen por esto*

*- Ta, por eso ( EMB 1 616-644)*

En términos de estratificación simbólica, el principio diferenciador “medico empresario-médico asalariado” se ve alimentado por frecuentes imágenes que sociológicamente aluden a la inconsistencia de estatus. Ello suele funcionar como un contrapeso- de valores intercambiables- en el campo: Un bajo nivel de capital económico (bajos ingresos relativos) se ve respaldado por un alto capital simbólico (ostentar grado académico), así como en la situación inversa y ello suele funcionar con eficiencia, atravesando otro principio diferenciador: Montevideo-interior.

*-: Si, si, si es impresionante, muchos médicos colegas, venían a hacer postgrado a Montevideo y nosotros les enseñábamos a ellos y un día me acuerdo que llegabas [a tener] confianza, venían 6 meses todas las semanas, llegabas a un vínculo de, vamos a hacer un asadito, vamos a, un día unos de los médicos... me dice que auto tenés flaco, ese fiat 1, ¿qué? dice, sabes que no podía creer, me decía me estas mintiendo, él tenía un bote que no sabes lo que era, era impresionante .( EMB2 326-326)*

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

### **LOS PRINCIPIOS DIFERENCIADORES EN LA ESTRATIFICACIÓN SIMBÓLICA, LAS DICOTOMÍAS.**

La mirada desde el interior: “*Acá somos médicos multiuso y ataditos con alambre*”

- **MÉDICO DE MONTEVIDEO/ MÉDICO DEL INTERIOR**

La dicotomía medico Interior-médico Montevideo que hemos observado en los Grupos de Discusión montevidianos, en los grupos del interior, tiene un poder diferenciador mucho más potente que en el caso capitalino, aparece por lo tanto un imaginario más heterogéneo en cuanto a imágenes, metáforas y estereotipos discursivos pero que tienen como telón de fondo, las diferencias de la práctica médica Montevideo-interior, observadas desde una

posición subordinada en el Campo: interior respecto a Montevideo

Si bien no tiene la fuerza estructuradora de las dicotomías utilizadas, en el discurso de los médicos del interior aparece otra dicotomía que busca reivindicar un tipo de práctica que tiene que ver con las particularidades locales: la medicina de campo (por oposición a la medicina de ciudad o académica) y que a su vez se siente no reconocida por las diferentes institucionalidades del sector Salud.

*- Porque tiene sus beneficios ser del interior, yo que fui criada en Montevideo tiene sus beneficios, no es que todo es malo*

*- Eso el beneficio que tiene es que aprenden que la medicina no es una sola, que no es la que enseña la cátedra, la que enseña la facultad de medicina, que hay una medicina de campo y eso yo lo viví cuando viví tres años en Tupambaé que me tenía que arreglar como podía*

*- Exactamente*

*- El problema es que se dan cuenta de eso, nos damos cuenta de eso ya cuando somos internos y vamos a recibirnos tres meses después, una facultad de medicina que no previó (claro) ( EMB4 41-44)*

*- Aquí somos médicos multiuso y ataditos con alambre (EMB4 179-179)*

La centralidad montevideana también se consolida a partir de un mercado demandante de tecnología que no hay en el interior del país. La causalidad de dicha demanda es de variado origen: medicina defensiva, usuario demandante, infraestructura tecnológica obsoleta o inexistente o mercado de servicios. No es una variable menor el empoderamiento informativo del usuario y su capacidad de impugnación de las decisiones médicas. Desde el punto de vista sociológico es el escenario que advierte Anthony Giddens sobre la circulación de los saberes legos y expertos y como ellos alimentan la interacción social y generan también, en el Campo, nuevas posiciones y disputas de capital cultural, simbólico y económico. En términos de estratificación simbólica, la praxis médica en el interior del país parece estar más expuesta a la impugnación de su saber (experto) y con ello hacer peligrar el equilibrio de los capitales simbólico y cultural.

*- Lo otro, lo otro es que como hay mas información y la información le llega más a la gente o sea al vulgo al que no tiene nada que ver con la medicina, que cada vez las exigencias son mayor, hace 20, 30 años o 30 años un poquito más, entre 30 y 40 años venía el médico del interior y eras el señor doctor tá, eras el médico, "el" con mayúscula, ahora es mas en el interior ya sos como en Montevideo uno más y ya te ya te cuestionan mas lo que diagnosticas, lo que y doctor y no le va a hacer tal cosa y doctor no se podría mandar a Montevideo a hacerse una resonancia magnética*

*- Mandame a Montevideo, y y si me manda a Montevideo*

*- Es lo primero que te piden, ya en el todo el país está generalizado, Montevideo*

*- Entonces este y aparte como también o sea, no sé si por suerte o por desgracia, internet se ha, la computadora ha llegado hasta los hogares más humildes porque uno acá ve de pronto entra a un hogar humilde de un barrio periférico de Melo y hay una computadora tá, este entonces tienen más acceso tá que antes no sé si por bien o por mal, creo que por mal pero, no te, la gente no tenía acceso a la información, o si la tenía la tenía por intermedio de tu boca, tá de boca del médico y tá era palabra santa así te equivocarás este eh ( EMB4 326-329)*

La práctica del usuario también construye imaginarios donde el poder simbólico se distribuye con una fuerte tonalidad geográfica: a favor de Montevideo, en detrimento del interior.

*- también esta el tema del usuario, la idea que tienen respecto al médico de Montevideo y respecto al médico de acá  
- si... hay limitaciones.....si eras casado con uno del lugar ganabas un poco mejor pero siempre fue un poco más abierto a permitir....fue por concurso...pero habrá como en todos lados alguna cuñita  
para mi , adquirir ciudadanía sanducera, yo me gané el derecho después de 5 años, me nacionalicé sanducero y allí pude ingresar.....es una postura  
- exacto es un poco para preservar los lugares para los del lugar y está bien-.....  
- hay servicios que no lo piden  
- ha ido cambiando (EMB 5 216-221)*

El miedo a perder conocimiento es otra de las versiones de la impugnación del saber experto y los mayores riesgos que ello supone en el interior:

*- vos vas al interior tenes dos o tres puertas para golpear y en Montevideo ¿cuantas tenes?...el interior se resume a ASSE....y además el miedo a perder conocimiento...ASSE, Intendencia y mutualista...tenes 3 puertas....en Montevideo hay mas ( EMB5 249-265)*

La consolidación del capital cultural y simbólico (y como consecuencia el económico) en el interior, está caracterizado por relaciones de cercanía, cara a cara y ello supone (como mecanismo de mantenimiento del dichos capitales) tácticas de reforzamiento del vínculo usuario- médico.

Ello tiene consecuencias directas en la vida cotidiana: pérdida de intimidad, imposibilidad de cierre de la actividad laboral, etc. Este aspecto suele tener visiones generacionales diferentes. En la primera mitad del siglo XX solía verse como el acompañamiento natural de la práctica médica en el interior del país, ahora parece esbozarse una configuración mas “proletarizada” del médico a la vez, que simultáneamente forma parte de la comunidad que atiende y ello genera condicionamientos en su práctica. Desde nuestra perspectiva teórica, responder a dichos condicionamientos configura una estrategia de mantenimiento del

capital.

*- Lo que pasa es que vos sos parte de la comunidad (Claro) vos no podés, vos sos parte de la comunidad, cómo le digo yo a la persona que me paró en el centro y que a uno le había atendido a su hijo en policlínica en la mañana y la otra señora que la conozco y que tiene un comercio decirle no mira no te voy a mirar esos exámenes porque ahora no es hora de policlínica (claro) y hubiera sido lo que correspondía*

*-Claro*

*- Claro no, decirle llevámelo mañana*

*-Claro, claro, pero también cómo ellos, la sociedad, la comunidad a nosotros nos dimensiona desde ese punto de vista ta (emb 6 408-413)*

*- Digo, a mi me pararon por dos cosas diferentes, una fue un papá para agradecerme la consulta lo bien que yo me había portado porque había estado presente su suegra y yo había marcado límites a la suegra y fue para agradecérmelo y la otra señora me paró para mostrarme los exámenes de los niños, que no era nada urgente y por supuesto le dije tenés que ir a policlínica a mostrarlos, a llevarlos, tá pero era por dos cosas por dos motivos completamente diferentes en el que uno integra una comunidad*

*- No, no, eso es integración de comunidad y de eso no te vas a poder, ja, ja, de eso discúlpame, eso es el interior*

*- No, no, de eso no te salvas. Yo lo que traté, he tratado por ejemplo no en repetición de medicamentos un domingo de tarde (Claro) pero no, no tengo recetas y te digo: sí, yo te lo hago, anda a la policlínica que yo te lo hago( EMB 6 419-421)*

- **MÉDICO GENERALISTA / MÉDICO ESPECIALISTA**

Hay expresiones discursivas que logran enlazar problemas de orden empírico con las preocupaciones teóricas que son moneda corriente en la planificación de los RHS. Con menor estridencia, el problema interior-Montevideo sobre radicación médica, se reproduce al interior de los departamentos e igual situación se plantea con el dilema especialista-generalista. En la transición cultural que supone un cambio de modelo no parece ser tenido en cuenta el usuario, también, con sus representaciones a cuestas.

*- eso pasa también de los pueblos respecto a Paysandú capital*

*-eso pasa sí, el del pueblo esta acostumbrado al médico que le resuelve todo, los del departamento todavía no aceptan eso que tengas al médico que te pueda resolver y te oriente hacia el especialista...hace mucho tiempo que pasa, la gente quiere por cada problema un especialista, el del ojo, por el del estomago voy al gastroenterólogo, por la hipertensión quieren al cardiólogo. Estamos acostumbrados a ese sistema como usuario...por eso muchas veces necesitas mas especialistas....la gente no acepta..... ( EMB5 60-63)*

- están mal utilizados los especialistas  
- medicina general, pero en general te piden en algún momento el cardiólogo  
- ayer en la charla de calidad, que vea una vez el cardiólogo bueno, esta bien, pero después que lo siga su médico  
- la idea es crear la figura del médico referente ¿no?  
- pero eso va a llevar tiempo( EMB5 66-72)

- Y medicina general por ahí, vos estas mal visto si hacés medicina general, el especialista dice ah este es médico general nomás, y es el que más variedades, variación de consultas tiene, o de patologías viste, pero como que la medicina general esta desmerecida por los especialistas me parece a mí, que somos los que sacamos el primer nivel ( emb7 291-291)

-Era más duro, el médico general era una especie dada a, si vos no tenías un postgrado no eras nadie, no eras nadie( emb7 298-298)

Profundizar en esta dicotomía supone observar que al médico generalista del interior se le exige capacidad de resolución. Conviven de manera conflictiva el imaginario médico proclive a la fragmentación y la del médico de cabecera que desde los usuarios se le exige la resolución de todo ¿Cómo? ¿ Usted no sabe?.

- **MÉDICO DOCENTE / MÉDICO NO DOCENTE**

Existe un imaginario fuertemente “Montevideo-centrista” respecto a FMED y quienes ejercen docencia en ella. Esto debe ser explicado en ese juego de poderes simbólicos que se mueven en el Campo con todos sus elementos de distinción en ellos: Montevideanos, docentes, con grados, especialistas, *magos*.

- vos ves en Montevideo y ves profesores y allí siguen trabajando y seria un desperdicio si dejan la facultad  
- Claro, ahora por ejemplo los internos no reciben ningún estímulo para venir al interior, de hecho, en este primer trimestre que vienen al interior no vinieron, vinieron 3 a Florida, 3 o sea que, no existen, como que no están  
- Y estamos hablando de Florida que estamos a una hora de Montevideo  
- Es que los magos, los verdaderos magos están en Montevideo  
- Cien kilómetros ( EMB6 337-340)

- **CONFLICTOS DE INTERACCIÓN EN EL CAMPO SOCIAL**

La derivación de pacientes a Montevideo y el procedimiento de referencia y contra referencia entre médicos del interior y Montevideo es un capítulo que debe ser analizado

con mucha atención. Ya habíamos observado en el discurso de los montevideanos una narrativa muy estereotipada sobre situaciones que dejaban al médico del interior en situación de “ridículo” profesional. Ahora estamos ante el otro espejo, la sensación de inutilidad que padece el médico del interior frente a la derivación realizada y el “ninguneo” que recibe de su contraparte montevideana.

*...te voy a decir a vos, vos, a vos te importa tres pepinos si yo entendí, si no entendí, si (claro) no es verdad, entonces, bueno a ver cuénteme que le dijo el especialista, entonces si el tipo es lúcido ta, mas o menos la llevas (Mujer: pero si no) ahora si no, estas en el horno verdad, yo ayer, creo que va por el quinto traslado que lo mando, lo mandamos, es un paciente con una hepatopatía alcohólica, no nos han referido un solo, una sola alta, nada, y una vez que yo, no pero cualquier cosa mandalo, pero es que si, si ya no da para mas, yo lo trato, yo lo cuido, nosotros lo cuidamos, no precisamos trasladarlo, todo una cantidad de gastos, pero aparte los gastos de la mutualista es un cachetazo a los médicos de afuera, como que “dejá que yo lo atiendo”, ¿no? pero para si el hombre en realidad te lo mande yo, la primera vez (Claro, es, es) “sí pero vos me lo pasaste”, no yo no te lo pasé, yo te consulte y tu me tendrías que escribir, y mira que en Salud Pública esta hecha el informe y en la mutualista también está todo previsto para que vos contestes y no nos contestan, salvando excepciones (EMB6 115-115)*

Situación muy similar a la anterior solo que ahora confrontamos al médico generalista con el especialista:

*- Claro, pero esto fue desde la comunidad desde conseguir, yo hay cosas que se hacen con medios y hay cosas que se hacen hablando y coordinando las cosas, porque hay mucha cosa que acá no se hace, que saldrían exactamente lo mismo y costarían el mismo precio económico o más barato que eso, porque eso de que me manden un cardiólogo para ver pacientes hipertensos a mi no me sirve y que todavía me le cambia la medicación y no me pregunta por qué yo le había cambiado la medicación y me lo deja descompensado con la presión por allá arriba y después yo todavía tengo que, la palabra del cardiólogo especialista y la mía que soy médico general y la, y todavía no podés tener diálogo porque con qué le decís que le vas a bueno, eso es lo que me parece mal, que me parece que si estuviéramos los dos en la policlínica podríamos hablarlo y podríamos llegar a un mejor acuerdo*

Y siguiendo en la línea de “hilar” los conflictos de interacción que supone transitar un campo social, el reclamo médico para que “otros” se hagan cargo de tareas que no les son propias, por ejemplo, la complejidad administrativa que suponen las metas asistenciales ¿cuál es el actor idóneo?: las licenciadas de enfermería, “el mejor invento”.

*- Sí, uno hace todas esas cosas, sí*

- claro
- O eso, cómo llenar esta planilla, a ver espere no se vaya que tengo que llenar esto
- A ver este otro papelito
- Claro
- Ellos pobres con buena onda lo hacen digo pero ta a veces te toca alguno que no
- Claro, porque además no tenés el personal administrativo no es verdad
- Porque no está la licenciada en enfermería, mirá yo para mí es el mejor invento que se hizo porque sabe todo lo de enfermería pero además sabe todo ese tramiterio (EMB 6 176-183)

En términos de estratificación social y ya sólo observando el medio local, la integración de diferentes círculos sociales es un componente muy frecuente en la consolidación de poderes individuales, siendo una de sus bases el detentar el título de médico y la socialización secundaria que dicho título impone.

- En muchas actividades sos timón porque aparte de la, independientemente de la actividad médica preventiva, de, asistencial que tenemos está la parte social donde intervenimos, somos timón en muchas actividades sociales que este... (EMB6 256-257)

### **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

En el caso de los estudiantes de posgrado se han detectado indicios discursivos que denotan la existencia de los estereotipos hasta aquí descritos, no obstante los mismos son abordados con un mayor grado de reflexividad y problematización respecto de los otros grupos sociales analizados.

Esta situación puede dar cuenta de que las representaciones sobre la estratificación simbólica no están lo suficientemente cristalizadas para dar sentido de realidad.

Por otro lado, se constata la redundancia de los discursos en torno a los principios generadores de Estratificación Simbólica.

### **D) ESTUDIANTES DE CICLO INTERNADO**

De igual forma que en los capítulos anteriores, vuelven a plantearse reiteración temática discursivas respecto a los grupos de médicos que fueron analizados en primer término, destacando, en el caso de la estratificación simbólica los siguientes tópicos en los tres tipos sociales observados: Internos provenientes de Montevideo, interior y mixto:

- Médicos de Montevideo- Médicos del interior

- Médicos generalistas- médicos especialista o la versión de médico especialista – médico del 1er nivel de atención.

## **II.VI-EL PAPEL DEL ESTILO DE VIDA EN LA DECISIÓN DE RADICACIÓN DE LOS MÉDICOS**

### **A) MÉDICOS DE MONTEVIDEO**

En este capítulo, se recogen los distintos elementos presentes en la discursividad de los Médicos de Montevideo y desde los cuales se construye cierta imagen, por momentos estereotipada, vinculado al estilo y condiciones de vida que ofrece el interior del país, en contraposición a Montevideo.

### **VIDA AGITADA DE MONTEVIDEO VS. TRANQUILIDAD DEL INTERIOR**

Una primera dicotomía vinculada al estilo de vida en Montevideo y el Interior, caracteriza al primero por una vida más rápida, agitada y estresada, en contraposición a una vida más lenta y tranquila del segundo.

*- ... yo estoy acá y estando en Montevideo trabajo en muchos lados, trabajo bien pero trabajo en muchos lados y obviamente estoy desconforme con lo que hago, estoy desconforme porque para tener un sueldo decoroso que lo tengo, trabajo demasiado y tengo muy poco tiempo libre, cuando en algún evento científico estoy con la gente que está en el interior, mis colegas ginecólogos, yo lo que noto que ellos tienen otro tipo de vida, ellos tienen otro tipo de vida, yo mi vida es los lunes me levanto a las 7 de la mañana y vuelvo a casa a las 9 de la noche, martes me levanto a las 7 de mañana y llego a las 9 de la noche, a mis hijos a veces los veo y a veces ya cuando llego están durmiendo, a mi mujer la veo los fines de semana, porque también ella tiene otras actividades, y yo veo que los del interior por ejemplo...*

*- Comen allá*

*- ...juegan al tenis eh, se juntan para jugar al tenis, de noche hacen juegos de cartas y se quedan hasta las 4 o 5 de la mañana jugando a las cartas...*

*- Pero comen en la casa*

*- Comen en la casa*

*- Comen en sus casas*

*- Hacen vida social, se juntan, son amigos, yo me junto de vez en cuando con mi mujer cuando la puedo ver y a veces con mis hijos y prácticamente nada más, eso lo envidio profundamente, yo eso acá no lo puedo tener, ahora teniendo eso no entiendo los del interior que no sé pueden ir o no se van, o no quieren eso, porque eso parece que es la maravilla y sin embargo no se van, o sea, que algún obstáculo hay... (EMB1 43-51)*

Esta característica es percibida como un valor agregado del interior en términos de calidad de vida, en la medida que se dispone de tiempo para disfrutar de actividades de la vida cotidiana que la rapidez y agitación de Montevideo no lo permite.

- Pero sabes qué pasa, la gente tiene otra cabeza, la gente del interior es diferente eh, tiene, vive con otro ritmo, piensa con otro ritmo
- Hay siesta
- Puede dormir la siesta
- Hay siesta
- Hay siesta en el interior
- Se puede dormir la siesta
- Los niños andan en bicicleta... (EMB3 290-321).

La idea de que en el interior se disfruta de una mejor calidad de vida es una imagen fuertemente arraigada en el imaginario de los médicos de Montevideo. No obstante, esto no parece ser suficientemente significativo como para motivar la radicación en el interior:

- ...nadie se va por la calidad de vida para el interior... (EMB2 273-273)

A esto último, se le agrega la percepción según la cual esa misma tranquilidad y lentitud que caracteriza al interior, a la misma vez, puede devenir en algo negativo:

- ¿Radicarse en el interior?
- Mejor calidad de vida
- Mejor calidad de vida
- Calidad de vida
- Mejor calidad de vida
- Eso es lo primero, la salud mental es muy diferente
- Menor estrés
- Hasta cierto límite, después la falta...
- Sí, la falta de movilidad mental también te...
- Pueblo chico infierno grande. Mira que también todo es relativo (EMB3 645-679)

Por otro lado, en lo que respecta estrictamente a lo profesional, la tranquilidad como aspecto positivo del interior encuentra su contracara en el estrés laboral que significa trabajar en condiciones que no ofrecen respaldo:

- Sí, yo calidad de vida lo pienso como menos estrés, menos ruido, más tranquilidad
- Mira que pensás menos estrés pero si dice, o decías tú creo en "Localidad del Interior" solo las 24 horas del día disponible yo no sé si es menos estrés

- No, no yo lo digo porque lo dice todo el mundo, yo, llego a ir al interior y me traen a Villa Carmen...
- con ninguna infraestructura que te sostenga yo qué se, no sé
- Sí, tenés que hacer un análisis, saliendo de la medicina ¿no?...menos ruido, menos...
- Saliendo de la medicina sí es calidad de vida
- En ese sentido
- Son ciudades más tranquilas
- Sí, seguridad, o sea, para los hijos, todo
- Que también es relativo hoy en día ya
- Bueno pero es distinto que acá, es distinto que acá (EMB2 253-269).

## **POSIBILIDADES DIFERENCIALES EN CUANTO A LA DISTINCIÓN SOCIAL DESDE EL CONSUMO**

Un aspecto que hace poco atractivo al interior como lugar de radicación es la escasa oferta de determinados bienes y servicios que operan en el universo simbólico como elementos diferenciadores.

El poder disfrutar de ciertos bienes y servicios es un elemento que interviene en el proceso de diferenciación social que se construye a partir del consumo. Las dificultades de acceso en el interior, en la medida que la oferta disponible no condice con el capital económico del que se dispone, plantean de hecho una distinción respecto de quienes sí tienen la *posibilidad* de acceder en Montevideo:

- ... aparte eso hace que haya una diferencia, una diferencia substancial de sueldo ta, es verdad lo del nivel de vida, el sueldo es el, los gastos con, se multiplican al cuádruple cuando volví de Montevideo acá (Claro) con los mismo servicios (Claro que si) el cuádruple aumenta el nivel de vida, el colegio sale la cuarta parte, la empleada la tenés todo el día de lunes a domingos y la paga 3 chirolas, no gastas en auto, no gastas en comer afuera, no gastas en cine, no gastas en teatro, no gastas en nada porque no hay tá, no hay, entonces no gastas, no gastas en Shopping, si estás aburrido acá te vas al Shopping, gastas 3 palos igual con la tarjeta, o sea, allá no podés porque no tenés, entonces el costo de vida es diferente y aparte ganas, ganas mucho menos... (EMB3 54-54)

Un elemento que opera fuertemente en el imaginario de los Médicos de Montevideo radica en la distinción originada en el acceso diferencial a determinados bienes y servicios culturales (teatro, cine, bibliotecas):

- ... y el país está pensando desde Montevideo, no desde el interior y no solo en los médicos sino también en los servicios de acceso a la cultura por ejemplo ta, capaz

que tenés más recreación, más tiempo libre natural pero a veces por ejemplo no tenés biblioteca, no tenés mucho cine, no tenés ¿no?, teatros, hay otras cosas que faltan que una vez que vos venís del interior, porque digo, yo soy estudiante del interior, me vine con 18 años, te abris un poco a otras aspectos de la cultura... (EMB3 43-43)

En este sentido, mientras que Montevideo permite “abrirse a la cultura”, el radicarse en el interior del país lleva implícito el riesgo de quedar “aislado” o “marginado” culturalmente:

- El aislamiento académico y cultural en el sentido general no. Yo que sé, al tipo que le gusta el teatro por ejemplo, no puede ir nunca al teatro, como que actualmente hay más actividades en el interior es cierto pero...

- ...no se te va a ocurrir un domingo a las 6 de la tarde ir a ningún lado, ya lo tenés planificado de antes (EMB2 350-351).

- Porque yo lo que decía si cambiáramos todo... el triple de sueldo es difícil irse, yo entiendo que es difícil irse al interior. No puedes ir al estadio, no puedes ir a un concierto, no puedes ir a ningún lado, es decir, la persona queda marginada. Hay gente que no le importa

- Eso también, yo siempre me lo planteo que es como una cosa a veces que uno lo ve, es más como una fantasía, a uno le parece que va a ir, porque a mí me pasa personalmente, a mí me da la sensación que viviendo en Montevideo tengo más acceso a esas cosas y de repente no voy tan seguido como otra persona que pueda venir del interior y de repente vaya... (EMB2 55-56)

En la medida que la radicación del médico conlleva la radicación de una familia, otro elemento que hace poco atractivo al interior del país, es la percepción sobre la calidad deficitaria de la educación que este medio ofrece para sus los hijos.

- Y hay que darle, y hay que darle una base al médico que se va y a la familia y hay que dar un, es un combo, es un combo

- Todo, es todo, es un contexto. Qué le brindas a un tipo, que vos decís, bueno muy bien, vos ganas muy bien pero yo tengo una esposa, eh...

- Claro, ahí también

- ...tengo 2 hijos y además no es lo mismo ir a hacer la escuela en “Localidad del Interior 1”, por más que en “Localidad del Interior 1” tengan liceo privado, porque es otro, vamos a hablar que “Localidad del Interior 1” es un nivel top, top, económico (alto, alto) no es lo mismo “Localidad del Interior 1” que “Localidad del Interior 2”

- Por supuesto

- Yo “Localidad del Interior 2” lo conozco porque el Director de “Localidad del Interior 2” era íntimo amigo mío, éramos compañeros de residentado, (no hay

nadie) vivió 15 años en “Localidad del Interior 2”, ¿sabés lo que es “Localidad del Interior 2”

- No hay nada
- 5000 habitantes
- Yo lo conozco...
- Hay que ser guapo para irte a vivir a “Localidad del Interior 2”

En suma, el interior del país no ofrece el acceso a bienes y servicios culturales y educativos que satisfagan las expectativas que se han conformado de acuerdo al *habitus médico*. Por lo tanto, la radicación en el interior supone una restricción en cuanto a la capacidad de sostener el estilo de vida que condice con ese *habitus médico*, así como también implica una amenaza en cuanto a la posibilidad de mantener y aumentar el capital cultural que el médico posee y de *reproducir* éste en sus hijos.

- El que es del interior tiene 50 mil handicaps en contra, desde la educación primaria ya es distinta, y viene con handicaps en contra. Viene a competir contra gente que está en otro nivel cultural, social, desde todo punto de vista, siempre es menos
- Si
- Tiene que hacer así una reacción para decir no, yo no quiero seguir siendo menos ni que mis hijos sean, lo entiendo perfectamente (EMB2 364-366)

Esta percepción alimenta algunas imágenes estereotipadas respecto de algunos lugares, que si bien no son categorizados como “*bárbaros*”, si son contrapuestos a Montevideo y otros lugares específicos del interior que identificados como “*civilizados*”.

- “Localidad del Interior 1” es precioso, es lindo para ir a pescar y estar un fin de semana
- Es lindo para ir de visita
- Claro
- Yo no se si me iría
- Yo que lo conozco bien, pero ni loco
- Yo creo que no, pero ta
- Eso de pueblo chico, infierno grande “Localidad del Interior 1” es Sodoma y Gomorra, ¿no?, y mira que conozco la realidad, todos los vicios de la humanidad que se te ocurran están allí en cualquier pueblo chico
- Y si
- Cualquier ciudad es difícil
- Vive en “Localidad del Interior 2” una amiga que es odontóloga y se radicó ahí, digo, opto por irse
- ¿Y ahora esta arrepentida?
- No, le va bárbaro económicamente pero, es como claro

- Pero además la ciudad de “Departamento 1”, “Departamento 2” y “Departamento 3” es distinto, esas zonas, ese litoral es mucho civilizado que el resto (EMB2 285-301)

Lo hasta aquí descrito, adquiere mayor significación, al entrar en el discurso de los médicos de Montevideo la referencia al interior profundo:

- Acá hay 2 cosas, acá hay 2 cosas, porque estamos hablando de cosas diferentes (Si) una es el interior profundo que no tenés nada, que nadie quiere ir

- Si totalmente

- Claro, pero eso nadie, eso nadie y otro es los lugares decorosos, digamos lugares del interior decorosos (Capitales departamentales) donde vivís muy bien, pero que no te dejan entrar (Claro), pero en esos otros lugares, pero en esos lugares sí... (EMB2862-880)

- Yo creo que hay que hay una cosa que me gustaba como reflexionarla, se quejan que en el campo del Uruguay cada vez hay menos gente...

- Si, hay

- ...entonces vos decís, y quién va a querer vivir en el campo, de repente no hay ni calle, tenés que estar, digo gente común ¿no?, no médico, gente común (Si, si, si, si, si) no tenés ni calles, no tenés luz, no tenés agua, no tenés acceso...

- No tenés celular

- A televisión, no tenés celular

- Mira que no hay, no hay celular

- La Internet rural es re lenta

- ¿En otros países pasa lo mismo?, yo que sé, yo estuve en Estados Unidos, estuve en el campo de Estados Unidos, el campo de Estados Unidos

- Y bueno

- ... tenían de todo, TV satelital, tenían 2 4x4, tenían todo y a que se dedica este tipo, plantaba arbolitos para navidad, pinitos (Claro) arbolitos, los pinitos si llegaba navidad los cortaban y los vendían y de eso vivía toda la familia y fui a esa casa porque era un conocido de otro conocido, y vivía regio, regio, cuando no tenía los pinitos se dedicaba a cortar el pasto en los otros lugares, en los otros establecimientos, y vivía regio y vivía en el campo, estaba a 200 kilómetros de repente de la ciudad más cercana (EMB2862-880).

Por otro lado, un aspecto bien específico que surge como una dificultad concreta para la radicación de los médicos se vincula con la posibilidad de acceso a la vivienda. Las facilidades existentes para la compra y/o construcción de la vivienda propia de quienes son lugareños, redundan en una escasa oferta de viviendas para alquilar y por ende, la afectación sobre su precio:

- ... es verdad que hay un problema de alquileres, hay pocos alquileres

- Eso me lo habían mencionado, yo no lo manejaba

- Muy pocos, porque la gente es propietaria en el interior
- Y yo me imaginé que era eso, claro
- La gente es propietaria porque aún la gente de escasos recursos puede construir su casa
- Claro
- Porque había otras oportunidades y porque existe Mevir y porque se contempla más, la gente es propietaria, no hay casas para alquilar, entonces los pocos alquileres que hay son caros
- Caros, a mí me mencionaron eso, que yo no lo manejaba pero me imagine que venía por...
- Ta, es lo más caro del interior, es el tema, cuando tenés que alquilar
- El acceso a la vivienda es complicado
- El resto es todo más barato
- Es verdad (EMB3 290-321)

Exceptuando lo mencionado respecto a la vivienda, se destaca al interior del país como un lugar donde el costo de vida no es alto, no sólo vinculado a las restricciones en cuanto al consumo, sino porque en general los precios de los productos en general son más baratos respecto de Montevideo:

- También, a veces no gastan nada ¿no?, por todo eso que decíamos (Claro) gastan muy poco, gastan muchísimo menos de lo que uno puede gastar acá con traslado, con tiempo, con una cantidad de cosas, todo, todo es más costoso, todo es más costoso, allá, ya les digo que conozco 5, 5 y los 5, cualquier cosa, el alquiler, esto, aquello, lo otro, tener todo lo que quieras es muchísimo menos... (EMB1 228-228)

## **ANONIMATO DE MONTEVIDEO VS. VISIBILIDAD DEL INTERIOR**

Del discurso de los Médicos de Montevideo se desprende cierta tipificación de las relaciones sociales que caracterizan a Montevideo y el interior del país. Una y otra caracterización parte de una vinculación con la escala/ dimensión del espacio social donde estas relaciones tienen lugar.

En este sentido, se identifica como un elemento característico del interior el predominio de relaciones más personalizadas, afectivas y permanentes.

- ... pasas a ser una persona con nombre y apellido
- Ah viste, sos mucho más reconocido
- Claro
- Eso es así, eso es una fortaleza
- Es lo que yo te decía, más fácilmente sos conocido, acá

- Eso es una fortaleza, no sos un número me entendés, sos una persona, el doctor o la doctora fulanita tanto y la gente te respeta, la gente te escucha, la gente, claro después cuando te mandas una cagada chau, eso pasa en todos lados y hay otra cosa que... (EMB3 290-321).

En contrapartida, Montevideo es caracterizado por el predominio de relaciones impersonales, afectivamente neutras y puntuales.

- ... encuentran tentador Montevideo por una cantidad de cosas, por la parte académica, por la parte de la, porque ya están acá hace varios años y ya les gusto eso de lo que vos decías, el exilio, ya se quedaron, ya se adaptaron, les gusto, les gusto tener, no estar siempre ahí mirados si este es el hijo de, este es el otro de, este es el que tal cuestión... (EMB1 256-256)

A partir del discurso de los Médicos de Montevideo, no se puede profundizar mucho en la identificación de las implicancias que las características de la vida social de uno y otro lugar tiene a nivel individual.

En cambio, como se desarrolla en el capítulo, condiciones de trabajo, sí es posible identificar cómo estas características del vínculo social permean la relación médico-usuario y cómo se interpreta esto en términos de facilitadores y obstáculos para la radicación en el interior.

## **B) MÉDICOS DEL INTERIOR**

### **VIDA AGITADA DE MONTEVIDEO VS. TRANQUILIDAD DEL INTERIOR**

De manera coincidente con los Médicos de Montevideo, emerge la dicotomía que contrapone la tranquilidad que ofrece el interior del país respecto del ritmo de vida rápido y agitado que impone Montevideo.

- Acá vos podés ir al mediodía a tu casa a almorzar y después volver a otro lado, en Montevideo salís a las siete de la mañana y volvés a las 11 de la noche y al otro día tenés la misma la misma historia viste...

- Claro, todo te queda todo más cerca es diferente

- ... y cuando llegas de mañana de pronto le diste un beso a los gurises dormidos y de noche le diste de vuelta otro beso dormido viste de noche (EMB4 285-287)

Frente a este escenario, aparece la opción por radicarse en el interior como parte del proyecto de vida y la opción por el estilo de vida que este ofrece:

El tema de vivir en Montevideo te cambia, entonces es un modo, o sea, elegís el modo de vida del interior, con los tiempos del interior, con los colegios del interior, criar los hijos en el ámbito del interior y la seguridad del interior, o sea, esas cosas que son las que uno elige (EMB7 34-34)

En particular, el interior ofrece a los médicos la posibilidad “*tener vida*” en la medida que permite combinar de mejor manera las exigencias derivadas de la vida personal y familiar con las que surgen de la vida profesional, particularmente en el caso de las mujeres médicas:

- ... nosotros acá, a mi al menos me pasa a mi nene le duele la barriga yo voy, lo traigo, lo saco, pum, o sea sigo haciendo de madre además de poder ser médico, que me parece que eso lo puedo hacer acá no sé si en Montevideo podría hacerlo, yo tengo 4 hijos en escalera, de todas las edades y me da la posibilidad de ir a todas las reuniones de colegio y eso lo puedo hacer
- Nosotros tenemos más posibilidad de estar más cerca de la familia que en Montevideo de pronto puedes estar 3, 4 días de guardia en guardia (te perdés el día de la madre, el día del abuelo, el día de todo) y ves a tu familia una vez o dos veces por semana estando mismo en Montevideo ¿no? porque a mí me pasaba en Montevideo, me pasaba eso (EMB4 88-89)

A su vez, se entiende que el medio ofrece mejores condiciones para la crianza y el cuidado de los hijos:

- ... *hay una edad que es fantástico vivir en el interior, bueno porque los chicos se cuidan prácticamente solos, no es verdad, con el cuidado de, de todo el entorno y en los medios chicos como (la comunidad), (...) todo el pueblo te los cuida... (EMB6 19-19)*

## **POSIBILIDADES DIFERENCIALES EN CUANTO A LA DISTINCIÓN SOCIAL DESDE EL CONSUMO**

Lejos de las imágenes estereotipadas que caracterizan al discurso de los Médicos de Montevideo, otro elemento coincidente con éstos refiere a la escasa oferta de determinados bienes y servicios, la cual no se ajusta a las expectativas de consumo que los médicos tienen.

- ... acceder a las comodidades que tienen ellos, que tienen teatro todos los días, que tienen cine todos los días, que tienen shopping todos los días, que tienen eventos, que en el interior no
- Otra calidad de vida capaz, ¿no? nosotros tenemos calidad de vida pero más tranquila
- Son diferentes (EMB7 109-111)

Si bien los médicos del interior del país disponen del capital económico necesario, la oferta disponible plantea un límite en cuanto a sus expectativas de consumo, así como a las posibilidades de distinción social que se crean a partir de éste.

... el medio en general no ofrece este un, no es un medio fértil digamos para promover la consecución de otras expectativas y eso lo trasladamos también a los hijos... (EMB4 60-60)

- Claro, diversión, lo material, acá mi hijo por ejemplo pobrecito tiene 7 años y me dice: mira mama viene tal cosa al Punta Carreta Shopping viene no se qué, los niños de acá no tienen acceso a nada de eso, si a uno como padre te da no se que, si estás allá

- Y mismo para nosotros no tener entre semana no tener nada

- No tener, acá no hay un cine, acá no hay nada

- Cine hay en vacaciones

- Tenés muy limitado, además que dar la vuelta del perro: el centro, Parque Rivera y dos tres vueltas y se te termino...(EMB4 197-201)

Más allá de estas restricciones, también es compartida la percepción de que el costo de vida en interior es más barato, no sólo vinculado a que los precios en general son más bajos, sino también que las características del interior permite prescindir del uso cotidiano de determinados servicios.

nosotros gastamos mucho menos dinero también ta, en educación de nuestros hijos (Sí, sí) en transporte, vamos, podemos ir a pie a nuestros trabajos ta, el tiempo nos da más que ellos, yo los veo a mis compañeros y amigos allá están como locos (Sí, sí) tienen otro nivel de vida que yo no, no, no, no accedo no, pero yo vivo más tranquilo acá no, que sino cambio aquello por esto, creo que es un motivo...(EMB7 107-107)

Otro elemento coincidente refiere a las dificultades de acceso a la vivienda, tanto en lo que refiere a su costo, como a la oferta disponible.

- ... como yo te decía, que como yo no tengo vivienda ¿no?, en el interior tenés poca oferta de vivienda, es cara la vivienda

- Pero en Montevideo también pasa eso

- No, no también, bueno, pero tenés mayor oferta por lo menos, eso sí, acá, y en Montevideo capaz que tenés la casa de tus padres o lo que sea, viste (EMB7 259-261)

- ... las comodidades, hasta conseguir una casa más o menos acorde a tu estilo de vida muchas veces se hace difícil en el interior, incluso hasta dicen que los costos

son exagerados o no tienen las comodidades que a veces vos querrías tener...  
(EMB4 56-56)

### **C) ESTUDIANTES DE POSGRADO DE EMB**

Del discurso de los Estudiantes de Posgrado se desprenden elementos que dan cuenta de una fuerte semejanza respecto de lo planteado tanto por los Médicos de Montevideo como del interior, vinculado al papel del estilo de vida en la decisión de radicación de los médicos.

En este sentido, nuevamente aparece la distinción entre la vida tranquila que permite el interior y la vida agitada característica de Montevideo y las ventajas y desventajas que cada estilo de vida trae aparejado.

Otro elemento redundante refiere a las dificultades de acceso a determinados bienes y servicios en sí mismos y a la función que en términos simbólicos tiene como elementos diferenciadores a partir del consumo.

A su vez, en lo que refiere a la visibilidad- anonimato que caracteriza las relaciones sociales en uno y otro lugar, en los Estudiantes de Posgrado surge con particularidad la idea que la radicación en Montevideo habilita, de la mano con el anonimato por un lado, poder reafirmar su identidad como persona en la medida que uno deja de ser el “hijo de”, el “hermano de”, el “nieto de” y por otro, poder preservar su vida privada.

- eso lo ves en los estudiantes que recién llegan, se sienten liberados de ser conocidos (R1 309-309)

En este sentido, el retorno al interior implica recobrar su identidad a partir de los vínculos familiares que la definen, en un contexto de particular visibilidad, siendo que el Médico en el interior del país es identificado como un personaje público. Esto último, no sólo implica una mayor exposición pública sino particularmente una mayor intromisión en la vida privada.

- te compraste dos whiskys y ya sabe todo el mundo (R1 314-314)

### **D) ESTUDIANTES DE INTERNADO**

Tal como ha ocurrido en los demás tópicos, los grupos de los médicos- al haber sido el primer tipo social analizado- permitió advertir elementos discursivos que, esencialmente, no

marcaron diferencias sustanciales con los demás grupos -exceptuando a los estudiantes del Ciclo introductorio, que se analizan en capítulo aparte- incurriendo, en redundancias empíricas que hemos señalado oportunamente.

En el caso de la dimensión analítica ESTILOS DE VIDA, el discurso de los estudiantes del internado - más allá de pertenecer a Montevideo, interior o mixtos – verifica que el proceso de saturación de la evidencia empírica se concentra en el concepto de mejor calidad de vida:

Vivir en el interior es sinónimo de mejor calidad de vida, está impregnado en el imaginario de los hablantes que el modelo de vida en el interior del país es mucho más saludable que en la Capital

### **INTERNADO INTERIOR**

Observemos con mayor detalle la discursividad del grupo de estudiantes de internado provenientes del interior.

### **TENSIONES ALREDEDOR DEL “IMAGINARIO” DEL ESTILO DE VIDA.**

Es una de las versiones del “impulso y su freno” que ya hemos observado anteriormente, aparecen como elementos causales de esa tensión la falta de respaldo profesional y la mejor calidad de vida, en esa dimensión relacional parece coagular uno de los procesos de decisión respecto a radicarse o no en el interior del país:

- *Creo que para la gente que es, de repente, de acá de Montevideo, lo peor debe ser el respaldo. Irse para allá sin respaldo me parece que debe ser lo peor para ellos.*
- *Pero creo que también estaría de acuerdo en que, se gana, por más que sea de Montevideo, que se gana en calidad de vida.*
- *Yo si fuera de Montevideo, creo que me pesaría el tema, el tema, quizás el tema del vínculo y el tema de relacionarme socialmente, se me haría bastante difícil irme para el interior, yo pondría el vínculo o el relacionamiento con la sociedad para el tipo de Montevideo, para el que se formó en Montevideo e irse (Int. Interior 309-311)*

## II.VII- ESTUDIANTES DE CICLO INTRODUCTORIO

### Introducción

En este capítulo debe señalarse que el equipo de investigación optó por separar el análisis discursivo de los estudiantes del Ciclo Introductorio del resto de los grupos investigados pues las grillas de codificación (tipificación del discurso) que se utilizaron no resultaron funcionales para este tipo social. Se presentan las dimensiones emergentes del análisis de los discursos de los 3 grupos realizados (Montevideo, Interior y Mixto).

El Ciclo Introductorio de las Ciencias de la Salud de la carrera de Doctor en Medicina se ubica en el primer semestre del Primer Trienio de la carrera (Bases de la Medicina Comunitaria) del Nuevo Plan de Estudios que se viene desarrollando desde el 2009. Su duración es de 20 semanas y participan en este ciclo las siguientes cátedra y/o departamentos: Departamento de Medicina Preventiva y Social; Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria; Departamento de Métodos Cuantitativos; Departamento de Psicología Médica; Unidad de Bioética; Departamento de Genética; Departamento de Bacteriología y Virología; Unidad de Sociología de la Salud.

Este ciclo está orientado al *“...abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal. Centrados en los problemas, se integrarán los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, con mínimos a definir, en un marco ético de servicio social”*<sup>30</sup>.

### CONSECUENCIAS DE LA CENTRALIZACIÓN ACADÉMICA EN MONTEVIDEO

La centralización en Montevideo de la oferta educativa, tanto de pre-grado como de posgrado, ha sido un elemento presente de manera contundente y reiterada en los distintos grupos. Sin embargo, se han identificado elementos emergentes vinculados a los procesos sociales que genera la centralización de la oferta educativa en las representaciones de los estudiantes del Ciclo introductorio que son interesantes de profundizar.

### EL DESARRAIGO

Se plantea que los jóvenes del Interior del país al verse obligados a radicarse en Montevideo para lograr desarrollar los estudios en Medicina inician un proceso de desarraigo de sus espacios de origen.

---

<sup>30</sup> Contrato Didáctico. Ciclo Introductorio a las Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina, UDELAR.

Esta pérdida paulatina de los vínculos pre-existentes en el lugar de origen se plantea en varios sentidos, ya sea relacionado con las instituciones locales, los círculos de amistades, así como con la familia.

*Del que es entendes porque ya que estás con tu familia todas las semanas, una gurisa por ejemplo de Tacuarembó va a ser, recién en semana de turismo va a ser la primera vez que va a ver a la familia desde que vino acá, ya hace 4 o 5 semanas, no?. (CI1 657 – 657)*

## **LA EMANCIPACIÓN, LA SOCIALIZACIÓN Y UN NUEVO DESARRAIGO**

La emancipación vinculada a la ganancia de autonomía a raíz de esta partida del hogar es otro de los elementos que emergen con gran fuerza en el discurso de los estudiantes provenientes del interior. Esta sensación de libertad y autodeterminación vinculada al proceso de emancipación que implica la partida a Montevideo es vivida como una experiencia de gran crecimiento y que brinda la posibilidad de madurar como persona, asumiendo responsabilidades que de otra forma sería difícil de lograr:

*“Claro en mi caso por ejemplo yo pase de vivir con mi madre a vivir sola y fue como un cambio y me sirvió para madurar y todo y me di cuenta que no, cuando vuelvo a casa y estoy unos días y ya es como decir “tá, me quiero ir”. Ya quiero mi espacio, mis cosas, entonces volver a, de donde soy sería tipo volver de nuevo al, retrocederse. Yo lo tomo así”.(CI2 83 – 83)*

Esa adquisición de espacios propios en Montevideo se profundiza con el pasaje de los años.

*“...primero que nada adquirís libertad, madurás, tenés tus propias responsabilidades y después de siete años mentira que te vas a querer ir” (CI2 12-12)*

Vinculado con esto último, la posibilidad de retorno al lugar de origen se identifica como un retroceso, “una vuelta a atrás”:

*“volver a cambiar de nuevo de vida, es como cuando te mudás, el volver a otra vez de cero de nuevo”, (CI2 14-14)*

Incluso planteando la posibilidad de volver a la situación anterior de dependencia:

*“si sos del interior tenés más de 9 años acá, ya te acostumbrás a la vida acá y no vas a querer volver, para volver por ejemplo a volver a vivir con tus padres y allá*

*comenzar a trabajar para hacer tus propias cosas por tu cuenta, ¿entendés?”  
(CI3-14-14)*

La centralización de la oferta educativa genera todo un proceso social vinculado a instancias de socialización secundaria -en el mundo adulto y en el submundo de la Medicina- que transcurre en su totalidad en Montevideo. En este proceso se interiorizan nuevas pautas normativas, afectivas y cognitivas vinculadas a la vida social montevideana y a la vida profesional que pueden llegar a resultar un freno para la radicación en el interior:

*“El tiempo que estas estudiando, te desarrollas entodes en Montevideo, profesionalmente y personalmente también entodes, entonces que vas a tender a ser, no se, me parece, para buscarle, si vos estudias acá, haces más o menos todo en el área de Montevideo”.(CI1 412 – 412)*

El desarrollo de la vida adulta en Montevideo crea fuertes raíces, al momento de plantearse la vuelta hacia el interior se vislumbra la posibilidad de vivir un nuevo desarraigo, incluso con cierto temor a verse obligado a dejar todo nuevamente. Este planteo del nuevo desarraigo se realiza a partir de *la formación* de la familia en el transcurso de la socialización en Montevideo.

Se plantea también que la carrera de medicina tiene una duración de 7 años; esta característica influye en que este periodo de socialización sea de mayor duración que en otra circunstancias:

*“Este, creo que justamente medicina, no se, mi opinión, será el lugar donde, el estudio donde habrá más casos de que los que se vienen a estudiar se quedan mismo en Montevideo, al ser una carrera tan larga que generalmente son 7 años, pero son 7 años, se puede hacer obviamente pero al tener 7 años o 8 años, quizás 9 estudiando medicina general, luego recibirte y en esos 9 años de vivir acá en Montevideo, son, es medio complicado, ya tenés tu grupo de familia, tenés un grupo de amigos, podes llegar a tener tu novia, quien sabe sino comenzaste con tu novia el segundo año y tuviste 7 años de novio, y tu novia es de Montevideo, lo veo como muy complicado no...”. (CI1 30 – 30).*

Las comodidades y acostumbramiento a Montevideo surgen como un obstáculo para pensar en radicarse en el interior:

*“Capaz que es un tema de concientización también porque, ya el estudiar tantos años acá, como que conocemos más el sistema, como funciona acá, ya como es, capaz que, no sé la gente piensa estudia acá, me recibo acá, para qué volverme, ya tengo todo acá servido en, te ganaste todo lo que hiciste, te esforzaste durante 7*

*años, te especializas después como quieras, te recibís y como que, la dejás ahí si ya tenés todo, para que molestarte en volver".(CI2 Interior 200–200)*

## **VISIÓN SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

Las representaciones de los estudiantes del Ciclo Introductorio sobre las posibilidades de ejercicio profesional en el Interior están orientadas hacia los problemas en la formación, no tanto vinculadas a la práctica misma. Las actividades de formación médica continua ocupan un lugar central en su discurso, y se cuestionan sobre las dificultades existentes en el Interior para realizar formación de posgrado y formación médica continua:

*Como que viste que te dicen que por ejemplo en el Plan (Plan de Estudios Nuevo) te dicen que después de recibirte vos tenés que seguir estudiando, que si tenés que hacer un congreso o algo no sé, como que en el interior se te dificulta más, por ejemplo tá si tenés la plata viajas y hacés otro, otro postgrado se dice ¿no?, o congreso o lo que sea.(CI2 583 – 583)*

Hay otro aspecto que se presenta con gran preocupación que es la sensación de aislamiento profesional, de una medicina practicada en soledad.

*Capaz que limita más el intercambio de ideas, como que acá intercambias ideas con muchas más personas al haber mucho más gente (CI2 590 – 590)*

Asimismo, se plantea también la sensación de rezago en el acceso a los nuevos conocimientos que se tiene desde el Interior, los nuevos conocimientos parecen estar en los centros universitarios de Montevideo:

*No, no, pero no es intercambio de ideas específicamente, es aprender porque van saliendo cosas nuevas y uno se va quedando atrás y allá no tenés la posibilidad de ir, venir a un Clínicas o a una Facultad de Medicina. (CI2 591 – 591).*

En cuanto a las condiciones y medio ambiente de trabajo se plantea que la división entre las horas de trabajo y descanso están más claramente definidas en Montevideo, la sensación de que en el Interior es difícil dejar de “ser el médico” aunque se estén realizando otras actividades de esparcimiento o recreación.

*“Acá saliste de tu lugar de trabajo y ya está, se termino” (CI1 191 – 191)*

La acumulación de capital social y simbólico que se realiza en Montevideo, ya sea como estudiante o como profesional titulado implica un trayecto recorrido a nivel laboral, por lo que ir al Interior podría suponer un “empezar de cero”:

*“Pero el tema que después de empezas acá, como que volver a tu ciudad es empezar todo de vuelta, ponéle que trabajes 5, 6, 7 años acá después cuando vuelvas a tu ciudad es como que tenés que armar tu reputación, como que empezar todo de vuelta me parece” (CI2 131 – 131)*

## ¿POR QUÉ VOLVER?

Los vínculos afectivos parecen ser uno de los elementos trascendentes a la hora de optar por volver:

*“Si en algún momento llegaran a trabajar allá sería solamente porque la familia”. (CI1 19 – 19)*

Se plantea la necesidad de encontrar mecanismos para no perder esos vínculos, ya que de no mantenerse sería más dificultoso plantearse la posibilidad de volver.

*“Tal vez una forma ¿no?, de hacer los médicos que se vayan hacia el interior podría ser mantener esos vínculos, porque después a lo largo del tiempo, porque como te, esa pérdida de mamá, de papá, de tus amigos, ese desprendimiento es lo que lleva a que, bueno hacés amistades nuevas acá, no sé si me entienden lo que yo quiero decir, mantener eso, sabemos que es algo importante si está, pero después de 7 años como que se pierde un poco, intentar desde el principio de mantener esas relaciones para que sean tu razón de volver en algún momento, la razón después que te recibiste para volver, veo como que, veo como que no me entendieron”. (CI2 432 – 432).*

Surge el planteo más amplio sobre cuán atrayente es el Interior, y más precisamente el medio rural, para las personas en general, no sólo dirigido a los médicos:

*“Sabés lo que pasa, no es solo que vos mandas, porque el, esa persona que va también tiene la opción de ir o no ir, y entonces ahí ya depende de la atracción que tiene ese lugar para esos profesionales que se precisan, capaz que vos, tenés profesionales en algún lado y que precisás más es en una zona rural que no hay ninguno, pero quién quiere no sé, un ejemplo, quién quiere dejar su vida en la ciudad para ir a trabajar en una zona rural. Entonces ya es un poco más difícil. (CI2 65 – 65).*

### **CAPÍTULO III. EN SUMA**

La síntesis de los principales resultados se presenta para cada uno de los capítulos en los que fue desarrollado el análisis.

#### **LA CONCENTRACIÓN DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA RADICACIÓN DE LOS MÉDICOS**

- La permanencia de médicos en la capital está fuertemente explicada por los escasos espacios de formación de posgrado y carrera docente en el interior del país.
- Se identifican una serie de obstáculos que hacen de la formación de posgrado por el régimen del interior un proceso dificultoso y que, en varios casos, va dejando por el camino al aspirante a dicho posgrado.
- Uno de los primeros obstáculos identificados se vincula a la organización de la formación de posgrado, la cual no contempla – por ejemplo, en su carga horaria, su organización curricular y sus modalidades pedagógicas- las particularidades de aquellos estudiantes que residen en el interior del país, de modo de subsanar las restricciones que impone la distancia geográfica.
- En las representaciones de los médicos montevidEOS la Facultad de Medicina es un actor “ausente” en el interior del país así como tampoco se identifica otro actor académico que pueda ocupar ese lugar
- La concentración académica alimenta la percepción de los Médicos de Montevideo respecto del aislamiento profesional y el significativo temor frente al riesgo de desactualización que implica la radicación en el interior.
- El internado obligatorio cumple un rol significativo en la conformación de las representaciones sociales sobre el interior del país y la práctica médica.
- Tanto los médicos de Montevideo como los médicos del interior plantean una divergencia sobre la formación y las expectativas sobre la práctica profesional. Los médicos de Montevideo lo atribuyen a las condiciones inadecuadas que ofrece el interior como ámbito para su práctica, en tanto los del interior lo adjudican a una formación médica pensada en función del acceso y la disponibilidad de recursos existentes en Montevideo, particularmente en el ámbito académico-hospitalario. Dicha formación no contempla ni se adecua a las características de la práctica

profesional médica que se ejerce en todo el país y en los distintos niveles de atención.

- Si bien “el estereotipo del médico del interior” como profesional con escasa formación y poca capacidad resolutive se encuentra presente en la práctica asistencial en general, el uso acrítico de dicho estereotipo en el ámbito académico y en instancias formativas refuerza el proceso de estigmatización por el cual el médico del interior se transforma en un modelo profesional a no seguir y al cual le es asignado un escaso valor en términos de capital simbólico.
- Desde un discurso posicionado desde lo generacional, surge la percepción de los médicos de Montevideo según la cual quienes actualmente egresan de la carrera de medicina no cuentan con las competencias y destrezas suficientes para el ejercicio profesional.
- Los desarraigos: En los jóvenes del interior se verifica un primer desarraigo de los vínculos afectivos y sociales de su lugar de origen. Años después, ya profesional, radicarse en el interior implicaría un “segundo desarraigo”. Y por último, a un núcleo familiar ya formado le puede ocurrir un tercer desarraigo vivido en este caso desde el lugar de padres cuando sus hijos tienen que radicarse en Montevideo.
- Existe un elemento de orden simbólico de gran importancia, desde el cual se ubica a quienes realizan su formación bajo la modalidad de posgrado y particularmente desde el interior del país, en una posición de menor reconocimiento social con respecto a la modalidad de residente.
- En términos simbólicos las representaciones sociales de los Médicos del Interior están permeadas por el estereotipo que sobre ellos se han construido los Médicos de Montevideo, lo que en términos de posicionamiento en el campo de la salud los posiciona nuevamente en un lugar de menor reconocimiento social.
- Un obstáculo clave para los estudiantes de posgrado se verifica en la ausencia de estructuras docentes que den soporte a la formación y que pueda habilitarse la carrera docente y estimule la radicación de quienes tengan interés en ejercerla.
- En la percepción de los estudiantes de posgrado, la descentralización se presenta más como “pensada” a efectos de descongestionar los hospitales donde tiene lugar la formación sin contemplar el debido respaldo académico, debe agregarse la fuerte percepción que además se está ante una estrategia para cubrir “baches asistenciales”.

## **ROL DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD (NO HAY DISCURSO RESIDENTES)**

- Existe una importante impugnación en las representaciones de los actores sobre la falta de diagnóstico sobre RR.HH en el sistema sanitario. A su vez, también se señala la ausencia de un “paquete integral” que contemple inductores para la radicación.
- Se verifica una visión crítica respecto del rol del Estado expresada por un lado, en la debilidad de la Autoridad Sanitaria. Esto también se constata a partir de la “colonización” del prestador público de Salud ( ASSE) por parte de profesionales que trabajan y tienen intereses económicos en el sector privado en el interior del país.
- Hay un imaginario que robustece la idea que el actor público está omiso en la supervisión y control de servicios y acciones profesionales, sobre todo cuando el tópico gira en torno a la práctica médica en el interior del país.
- Puede concluirse que el desarrollo de políticas de recursos humanos para la salud, debe convocar la interacción de los actores relevantes en un proceso de elaboración paulatina de consensos.
- La inexistencia de un laudo único (coexisten los denominados laudos SMU y FEMI) es un generador de desigualdad en términos de remuneración médica.
- La complementación pública-privada enfrenta serios problemas de organización de los servicios y es uno de los elementos que caracterizan una visión negativa que tienen los actores respecto al rol del efector público de salud.

## **MERCADO DE TRABAJO MÉDICO COMO CAMPO SOCIAL**

- En las representaciones de los médicos de Montevideo se identifica un actor hegemónico en el interior del país, como el gran regulador del mercado de trabajo y frecuentemente identificado con situaciones que obstaculizan la radicación de los médicos. El sentido asignado a dicha acción “regulatoria” tiene por objetivo restringir el ingreso de aquellos profesionales médicos que, por vía de la competencia, pueden representar una amenaza a su posición en este campo.
- En dicho poder regulatorio se destaca el criterio de Exclusividad. Ello implica una restricción de las opciones de empleo, la cual ya de por sí se identifica como limitada

a razón de su escala y poco diversa, debido al menor número de prestadores existentes.

- El ingreso al mercado de trabajo médico en el interior del país se encuentra determinado por la capacidad que tiene cada actor de poner en juego su capital social. En este sentido, se identifica como un facilitador de la radicación del médico en el interior del país el disponer de los vínculos familiares y/o sociales que permitan *“tener el consultorio esperando”*.
- Si bien todos los grupos sociales analizados dan cuenta de este actor y de su capacidad regulatoria sobre el mercado de trabajo médico, aparecen matices en cuanto a la posición hegemónica que este tiene en el campo de la salud.

### **EL INTERIOR DEL PAÍS COMO ÁMBITO DE EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO**

- Debe señalarse un tópico expresado en forma intensamente vivencial: la sensación de soledad en la práctica, explicado por la falta de respaldo para la tarea profesional.
- La falta de respaldo se vincula a: carencias de insumos e infraestructura para la práctica médica en el interior del país, percepción que se presenta de manera reiterada en los discursos de los médicos de Montevideo. Estas carencias se identifican tanto a nivel de insumos e infraestructura considerados indispensables para la práctica clínica, así como también respecto de la disponibilidad de equipamientos y tecnologías.
- En el caso de los médicos del interior, si bien se reconoce la falta de insumos e infraestructura se hace hincapié en que la falta de respaldo está relacionada con la ausencia de un Sistema que respalde su actuación, destacando las principales dificultades en la problemática de la referencia y contra referencia.
- Existe un cuestionamiento implícito – en el discurso de los médicos montevideanos- a nivel profesional y ético hacia aquellos médicos que, aceptando las condiciones que ofrece el medio, aún así desarrollan su práctica clínica en el interior del país añadiendo que estas situaciones son generadoras de un mayor estrés laboral
- Se identifica como un elemento característico del interior del país el predominio de relaciones más personalizadas, afectivas y permanentes. En contrapartida, Montevideo es caracterizado por el predominio de relaciones impersonales, afectivamente neutras y puntuales

- La relación médico- usuario en el interior del país trasciende los límites del consultorio, ubicando al médico en una posición de mayor *visibilidad* en otros campos más allá del estrictamente sanitario. Esta ausencia de límites entre la vida personal y profesional conlleva a que el médico vea avasallada su vida cotidiana por parte de la comunidad en la que se encuentra inserto.
- El anonimato que ofrece Montevideo así como algunas capitales departamentales resulta un atractivo, que no sólo se vincula con el resguardo y protección que esto implica ante la mayor exposición que tiene, sino también con la posibilidad de poder disfrutar libremente del tiempo dedicado a la vida personal y no ser médico las 24hs
- Se detecta en el discurso de los posgrados, que una decisión vinculada con radicarse en el interior supone sopesar alternativas, valorar los riesgos de un ejercicio profesional alejado de la protección que supone ejercer la medicina en ámbitos donde exista respaldo profesional y una praxis de mayor “invisibilidad” o anonimato.

### **ESTRATIFICACIÓN SIMBÓLICA ENTRE LOS PROFESIONALES MÉDICOS**

- En las representaciones de los actores existen principios generadores de estratificación simbólica, uno de ellos es la dicotomía que subordina la figura del médico interior a la del médico Montevideo. Ello supone una experticia y un nivel académico que parecen estar determinados por la ubicación geográfica y la exposición diferencial al centro del conocimiento (Montevideo).
- El “prestigio social” en el interior del país, funciona simultáneamente como obstaculizador y facilitador de la radicación. El prestigio es fácil ganarlo y es fácil perderlo y alrededor de ello se mueven los actores. Radicarse en el interior es una decisión basada en el análisis de riesgos.
- Se plantea la idea que hacer medicina en el interior del país supone dilemas éticos (por falta de respaldo, de infraestructura, de tecnología, etc.) a lo que se le suma la impunidad en la actuación profesional. Estas expresiones tienen un fuerte contenido estigmatizante desde médicos de Montevideo hacia médicos del interior que es consistente con la dicotomía planteada en términos de estratificación simbólica donde la subordinación de estos últimos a los primeros es fácilmente observable en la construcción de imaginarios.
- En el universo de estas representaciones sociales la analogía medicina interior =

medicina elemental, sencilla, primitiva tiene un gran poder estructurador en el discurso común o conocimiento vulgar de los actores y consolida la posición social de subordinación que ya hemos manejado del interior respecto a Montevideo

- El ser médico no especialista equivale -en el imaginario observado- a no ser médico. La dicotomía especialista- no especialista también traduce la dialéctica de los principios diferenciadores y la posición objetivamente subordinada que asume aquel profesional que no acredita una especialización.
- Existe una percepción generalizada que la obtención del título de médico no opera ningún cambio fundamental en los actores involucrados. Más allá que esta percepción debe ser contrastada con una importante modificación en el mercado de trabajo médico, el requisito de “por lo menos” haber iniciado un posgrado opera como un mecanismo de acreditación que favorece la inserción laboral y reafirma otra de las dicotomías generadoras de estratificación simbólica: Médico con o sin posgrado.
- El componente académico también se presenta como un fuerte principio diferenciador y esto lleva a pensar que la concentración de la oferta académica en Montevideo es explicativa de un obstaculizador, que si bien no debería tener impacto estadístico en la fuerza de trabajo médica, es un constructor de imaginarios respecto al poder simbólico de actores sociales, que son médicos, son docentes y trabajan en Montevideo.
- Las representaciones sobre la figura del médico empresario, en el interior del país, suelen estar asociadas a emprendimientos visibles y conocidos, uno de los que tiene mayor poder estructurador del imaginario es el formar parte de una cooperativa médica, en general la mutualista local. En Montevideo también existen estas situaciones, solo que tiene menor visibilidad y por ello, es presa menos fácil para la construcción de este tipo de estereotipos. También es importante señalar otro “consenso intersubjetivo”: quién asume el rol de “empresario médico” suele no acotar su actuación empresarial a dicho ámbito sino que suele desarrollar otras actividades empresariales.
- La consolidación del capital cultural y simbólico (y como consecuencia el económico) en el interior, está caracterizado por relaciones de cercanía, cara a cara y ello supone (como mecanismo de mantenimiento del dichos capitales) tácticas de reforzamiento

del vínculo usuario- médico.

- La praxis médica en el interior tiene implicancias en la vida cotidiana: pérdida de intimidad, imposibilidad de cierre de la actividad laboral, etc. Este aspecto suele tener visiones generacionales diferentes. En la primera mitad del siglo XX solía verse como el acompañamiento natural de la práctica médica en el interior del país, ahora parece esbozarse una configuración mas “proletarizada” del médico a la vez, que simultáneamente forma parte de la comunidad que atiende y ello genera condicionamientos en su práctica. Desde nuestra perspectiva teórica, responder a dichos condicionamientos configura una estrategia de mantenimiento del capital.
- La derivación de pacientes a Montevideo y el procedimiento de referencia y contra referencia entre médicos del interior y Montevideo es un capítulo que debe ser analizado con mucha atención. Ya habíamos observado en el discurso de los montevideanos una narrativa muy estereotipada sobre situaciones que dejaban al médico del interior en situación de “ridículo” profesional. También debe observarse la percepción del médico del interior: la sensación de inutilidad que se padece frente a la derivación realizada y el “ninguneo” que recibe de su contraparte montevideana.
- En términos de estratificación social y ya sólo observando el medio local en el interior, la integración de diferentes círculos sociales es un componente muy frecuente en la consolidación de poderes individuales, siendo una de sus bases el detentar el título de médico y la socialización secundaria que dicho título impone.

## **EL PAPEL DEL ESTILO DE VIDA EN LA DECISIÓN DE RADICACIÓN DE LOS MÉDICOS**

- Una primera dicotomía vinculada al estilo de vida en Montevideo y el Interior, caracteriza al primero por una vida más rápida, agitada y estresada, en contraposición a una vida más lenta y tranquila del segundo. Esta característica es percibida como un valor agregado del interior en términos de calidad de vida, en la medida que se dispone de tiempo para disfrutar de actividades de la vida cotidiana que la rapidez y agitación de Montevideo no lo permite.
- En lo que respecta estrictamente a lo profesional, la tranquilidad como aspecto positivo del interior encuentra su contracara en el estrés laboral que significa trabajar en condiciones que no ofrecen respaldo.

- Un elemento que opera fuertemente en el imaginario de los Médicos de Montevideo radica en la distinción originada en el acceso diferencial a determinados bienes y servicios culturales (teatro, cine, bibliotecas). En este sentido, mientras que Montevideo permite “abrirse a la cultura”, el radicarse en el interior del país lleva implícito el riesgo de quedar “aislado” o “marginado” culturalmente.
- En la medida que la radicación del médico conlleva la radicación de una familia, un elemento que hace poco atractivo al interior del país, es la percepción sobre la calidad deficitaria de la educación que este medio ofrece para sus los hijos.
- El interior del país no ofrece el acceso a bienes y servicios culturales y educativos que satisfagan las expectativas que se han conformado de acuerdo al *habitus médico*. Por lo tanto, la radicación en el interior supone una restricción en cuanto a la capacidad de sostener el estilo de vida que condice con ese *habitus médico*, así como también implica una amenaza en cuanto a la posibilidad de mantener y aumentar el capital cultural que el médico posee y de *reproducir* éste en sus hijos.
- Exceptuando la vivienda, se destaca al interior del país como un lugar donde el costo de vida no es alto, no sólo vinculado a las restricciones en cuanto al consumo, sino porque en general los precios de los productos en general son más baratos respecto de Montevideo.
- Del discurso de los Médicos de Montevideo se desprende cierta tipificación de las relaciones sociales que caracterizan a Montevideo y el interior del país. Una y otra caracterización parten de una vinculación con la escala/ dimensión del espacio social donde estas relaciones tienen lugar. En este sentido, se identifica como un elemento característico del interior el predominio de relaciones más personalizadas, de mayor efectividad y permanentes.
- Aparecen como elementos causales y enfrentados la falta de respaldo profesional y la mejor calidad de vida, en esa dimensión relacional parece coagular uno de los procesos de decisión respecto a radicarse o no en el interior del país.