



## Empleo y Desempleo Médico \*

Las características del ejercicio de la profesión médica están signadas por cada época y su perfil se modifica según la estructura vigente de la sociedad.

En 1948 surgió el primer servicio nacional de salud a través de la ley dictada por el gobierno laborista inglés, que pretendía proteger la población en cualquier circunstancia. A partir de ese momento, puede decirse que los sistemas nacionales de salud de los países occidentales, tuvieron que elegir entre los tres modelos existentes: el liberal (norteamericano), el socializado (británico) y el intermedio (alemán), o bien, idear una combinación más o menos ingeniosa de ellos. En cualquier caso, la protección de la salud como un derecho social se generalizó al ser considerada como un elemento básico de toda política social de bienestar. El Estado benefactor debía tener entre sus prioridades la asistencia sanitaria.

En Colombia, si nos aproximamos a la comprensión de su sistema de salud a través de la forma como invierte sus recursos, podemos decir que su estructura refleja un sistema mixto en el que el 60.7% de los recursos destinados al gasto en salud proviene del sector privado y el resto del sector público. Sin embargo, de los 970 hospitales que existen en el país sólo el 21% son de tipo privado. Pese al esfuerzo, se presentan múltiples sistemas de prestación de servicios, baja cobertura e inequidad en la distribución del gasto.

El ejercicio de la profesión médica ha oscilado desde el siglo XIX, entre un ejercicio sin intervención del Estado, hasta la consideración de las condiciones del ejercicio médico como un problema político con distintas formas y niveles de intervención estatal.

### El ejercicio médico en Colombia

En la Colombia de hoy han entrado a jugar varios factores que determinan en gran parte el ejercicio profesional del médico: me refiero a la nueva Carta Constitucional, la apertura económica, la ley 4 de 1992 y el Proyecto de Ley de Pensiones.

La Apertura Económica traerá en los primeros años desajustes en el mercado laboral reflejados en desempleo e incremento de la participación del sector informal.

Una economía de mercado donde la competencia es informal, hará que muchas empresas que gozan de la protección y subsidio del Estado, de no elevar sus estándares de calidad, desaparecerán. En nivel del Estado, muchas empresas serán privatizadas y otras reorganizadas en busca de sanear el gasto público con el consecuente desempleo, al menos en los primeros años.

Esta política de apertura hace necesario incorporar una política del gasto social como elemento de equidad y redistribución. Hacer el gasto social eficiente, focalizado y con evaluación permanente, debe ser un propósito del Estado. De no crearse políticas adecuadas de mitigación del impacto social en áreas como la vivienda, la educación, la recreación y en especial en la salud organizada en un sistema nacional de seguridad social, se presentará un mayor malestar y desequilibrio social.

En lo particular para los médicos, la apertura tiene un impacto directo en el ejercicio profesional en varios aspectos. Uno de ellos es la utilización y empleo de tecnología médica avanzada para el diagnóstico y el tratamiento. Allí es probable que ocurra una transformación en la medida en que los aranceles disminuyan. Las tecnologías se harán accesibles para sectores más amplios de la población lo que podrá redundar en hacer más rápidos los diagnósticos, menos prolongados los tiempos de hospitalización y más frecuentes las terapias de tipo ambulatorio, especialmente las quirúrgicas. Implicará

---

\* Fragmento del discurso pronunciado por el doctor Ismael Roldán Valencia, Prof. Asoc. de la U. Nal. y Presidente del Colegio Médico de Cundinamarca, con motivo del II Congreso Nacional de Ética Médica organizado por esta entidad, y realizado durante los días 26 y 27 de noviembre de 1992 en el Hotel Orquídea Real, en Bogotá, D.C., Colombia.

cambios en la enseñanza de la medicina que les facilite a los estudiantes desde los estudios básicos, familiarizarse con las nuevas tecnologías.

Sin embargo, habrá que estar alerta contra los posibles abusos de la tecnología; en muchas ocasiones, estos se presentarán por las aspiraciones del paciente que desea ser examinado o tratado con la tecnología más avanzada; en otras, por el noble deseo del médico de ayudar al paciente o por un posible afán de lucro; también por la reafirmación del prestigio del médico en su entorno académico u hospitalario, por la fascinación o placer de realizar un nuevo procedimiento o por el simple afán de cubrirse contra una posible acción legal.

Hoy en día es frecuente encontrar que la tecnología genera la demanda y no el profesional, creando una grave distorsión en el ejercicio médico.

Otra área de impacto de la apertura económica estará dada por el proceso de integración con los países del Grupo Andino y especialmente con los fronterizos, lo cual conducirá en un futuro no muy lejano a la movilización de recursos humanos en los lugares que garanticen una mayor demanda. Los médicos no seremos ajenos a esta movilización y, especialmente con países como Ecuador donde hay un número significativo de profesionales médicos, 40.000 aproximadamente, para una población de 11 millones de habitantes.

Por otra parte, según la nueva Constitución Nacional se tendrán que dar cambios en la estructura de la atención médica y en la seguridad social vista como derecho irrenunciable de los colombianos. Ambas implican una reorganización y reforma en los servicios del Estado. Pero el Gobierno, aun no ha dado respuesta a los artículos pertinentes de la Constitución del 91. Sólo ha presentado un proyecto de ley acerca del Régimen de Pensiones. Este proyecto es de tal importancia para los colombianos que merece algunos comentarios:

- No se definen los alcances de la seguridad social: qué incluye y qué no. En ese sentido es inoportuna la presentación de un proyecto de ley que incluye sólo un aspecto de la seguridad social, como son las pensiones.
- El proyecto no se refiere a la seguridad social, entendida en el sentido clásico y en palabras sencillas, como un mecanismo de redistribución del ingreso o como la búsqueda de la paz y de la prosperidad general de la sociedad, a través del bienestar individual. Es un sistema de ahorro individual, concepto previo al de seguridad social, superado en el tiempo por su limitación y agotamiento.
- Sólo hace mención al establecimiento de "programas de atención para protección de los pobres contra riesgos de vejez, invalidez y muerte". De esta manera no desarrolla este aspecto y queda sólo como una idea que no define ningún compromiso estatal claro y real.
- El proyecto no responde a principios clásicos de la seguridad social, como los de solidaridad, pues no es un sistema de reparto de cargas sino de ahorro individual. La universalidad se refiere a un grupo limitado de la población, la integralidad no responde a necesidades sociales sino a la capacidad económica de ahorro y la unidad de las prestaciones que ofrece no es similar para todos.
- La edad de pensión se incrementa a 65 años, cuando la esperanza de vida al nacer en Colombia es actualmente de 68 años.

Por otra parte, la Ley 4 de 1992 al normatizar el empleo público, señala en su Artículo 19 que no se podrá desempeñar más de un empleo público con un horario máximo de 8 horas diarias, ni tampoco con instituciones privadas en las cuales el mayor aportante sea el Estado.

### **Empleo y desempleo médico**

El valor del trabajo médico se fundamenta en su utilidad, y las características individuales del médico.

La utilidad del trabajo médico está relacionada con una necesidad básica del ser humano. De esta manera, tiene un valor intrínseco y como tal debe ser reconocido por la sociedad.

En cuanto a las características del oferente diremos que existe una sobreoferta de recursos humanos capacitados, lo que obliga a replantear un enfoque racional en la promoción de estos recursos, habida cuenta de su costo social y económico para las familias, la sociedad y el Estado.

En 1959, Colombia tenía 7 Facultades de Medicina, 9 en 1969, 20 en 1979 y 21 en 1986, de las cuales 10 son del sector privado. Es decir, las Escuelas de Medicina se triplicaron en los últimos 32 años, aumento que rebasa el crecimiento demográfico y la demanda económica efectiva de servicio médicos. El número anual de nuevos médicos creció de 1023 en 1980 a 2100 en 1991.

Alfonso Mejía publicó en la revista Salud Mundial de la OMS el artículo “Sobredosis de Médicos” y afirmaba que para Colombia en 1986, la oferta de médicos era de 23.000 y había sólo 18.158 puestos para profesionales médicos, 12.050 de los cuales con dedicación de tiempo completo. Creemos que las proporciones para 1992 se mantienen, pues ni el Sistema Nacional ni la Seguridad Social han ampliado su planta.

Un estudio realizado en una muestra de 319 médicos, representativa de los egresados entre 1980 y 1984 de las tres Facultades de Medicina de la ciudad de Medellín, arrojaba un subempleo del 5.1%. La mayoría de los médicos de la muestra, trabajaba en el sector privado de tiempo parcial y con poca actividad no médica. Su situación laboral tiende a agravarse progresivamente pues mientras el 89% de los egresados en 1980 estaba desempleado y el 11% subempleado, ya en 1984 el 42% solamente estaba empleado, un porcentaje igual subempleado y un 15.8% desempleado. (Yepes A., en Revista Colombiana de Educación Médica, 1988).

En reciente encuesta realizada por el Colegio Médico de Cundinamarca y la firma Publidados, en una muestra de 468 médicos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga, se encontró que de los médicos que trabajaban en empresas oficiales, un 22% tiene 4 horas de trabajo, 11.88% 6 horas, 20.63% 7 horas y 16.14% 8 horas. En la empresa privada, se encontró que un 13.45% trabajaba 1 hora, mientras que un 48% lo hacía en 2 horas, un 13.8% 3 horas y un 17.45%, 4 horas. En la docencia un 40% trabaja 1 hora, el 21.19%, 2 horas, el 13.5%, 3 horas, el 17.8%, 4 horas y sólo el 2.54%, 8 horas.

La encuesta también mostró que la remuneración se encontró adecuada en un 28.14% e inadecuada en un 71.86%.

Estos datos nos permiten conocer que existe un subempleo médico significativo lo que corroboraría la encuesta realizada en los años 80 en la ciudad de Medellín.

Entre 1985 y 1992, en Colombia se pasó de 19.158 a 32.000 médicos vinculados y activos, la población aumento de 28 millones de personas a 32 millones de habitantes. Para este año se obtendría una tasa de un médico por 1.000 habitantes.

Estos resultados pueden tener diversos análisis ya sea por regiones, por distribución geográfica y especialidad. En efecto, el 61% de los médicos empleados trabaja en las capitales donde se concentra el 48% de la población, generándose un déficit significativo en áreas rurales y pequeñas poblaciones, según el documento Conpes del 5 de mayo de 1991. En esto juegan una serie de factores que hacen que el médico se concentre en las ciudades, tales como la accesibilidad a los servicios, las vías de comunicación, los medios de transporte, el nivel socio-cultural de la población, la presencia de servicios de seguridad social para su familia y medios técnicos que le permiten realizar un ejercicio ético de la profesión.

En resumen el patrón de la práctica profesional depende más de factores socio-económicos que de la misma orientación que se adopte en la formación del médico.

En los años 70's, decíamos anteriormente, se crearon 10 Escuelas de Medicina con el propósito de formar profesionales para la atención primaria en salud. La realidad es que según el documento Conpes, existe un déficit importante de médicos para la atención primaria en salud.

En Colombia, paradójicamente, han surgido señales de desempleo y subempleo médico.

## Conclusiones

En síntesis, podemos decir que el ejercicio médico depende del momento histórico, de la evolución demográfica, de las necesidades de bienes y servicios de una sociedad y del grado de modernización del propio mercado de trabajo.

Ante esta realidad, es preciso replantear los aspectos del empleo y desempleo médico. Es preciso entender el trabajo médico como un conjunto de realidades sociales, económicas, científicas, éticas, estructurales y políticas, en que no sólo se da salud sino se busca también un medio de subsistencia decorosa y digna. (Bustamante R., en la Revista Colombiana de Educación Médica, 1988).